

LA PENA E LA CURA. I SERVIZI DI SALUTE MENTALE IN ITALIA DOPO LA CHIUSURA DEGLI OSPEDALI PSICHIATRICI GIUDIZIARI

Roberto Mezzina

*Psichiatra, ex-Direttore Dipartimento di Salute Mentale, Centro Collaboratore dell'OMS per la Ricerca e la Formazione, ASUI Trieste.
Chair, International Mental Health Collaborating Network.
Vice-President, World Federation for Mental Health*

Una “rivoluzione gentile”: la chiusura degli ospedali psichiatrici giudiziari

E' noto che in Italia la legge di riforma n. 180, detta legge Basaglia", poi confluita nella n. 833 nel corso dello stesso 1978, mentre aboliva il ricovero coatto fondato sulla "pericolosità e sé e agli altri" e vincolava i trattamenti sanitari obbligatori a provvedimenti temporanei destinati a tutelare la salute, lasciava intatto il codice penale col concetto di non imputabilità per "vizio di mente" (totale o parziale). Se esso si abbinava ad un giudizio di pericolosità sociale, formulato sulla base di una perizia psichiatrica, il "folle reo" veniva escluso, "prosciolto" dal processo penale e sottoposto ad una "misura di sicurezza" in un ospedale psichiatrico giudiziario (OPG), di durata tra cinque e dieci anni ma prorogabile. Si trattava del cosiddetto "doppio binario", che sanciva lo "statuto speciale" in sede penale del paziente psichiatrico fino a creare "ergastoli bianchi" in una istituzione ibrida, più simile ad un carcere che ad un ospedale psichiatrico.

Le prime e precoci critiche alla legge di riforma rilevavano che nei primi anni vi era stato un aumento del 15% circa del n° internati nei 6 Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG) italiani, ma successivamente questo dato rimaneva stabile. Con il decreto del 2008, che sanciva l'introduzione di un servizio di sanità penitenziaria gestito dal Servizio Sanitario Nazionale, si è iniziato il processo di regionalizzazione degli stessi OPG, partendo da circa 1400 presenze.

Le disposizioni legislative ed i provvedimenti correlati al superamento degli OPG, che si sono succeduti a partire dall'ottobre 2011 (decreto-legge 211/2011, convertito nella Legge 9/2012) fino al febbraio 2016, e culminati nella legge 81 del 30/5/14 «Disposizioni urgenti in materia di superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari», hanno portato all'uscita definitiva di tutte le persone in essi internate nel maggio 2017 e alla loro chiusura. Tale legge, incluso il percorso che l'ha preceduta, determinando il completamento della deistituzionalizzazione psichiatrica iniziata in Italia negli anni '70, sancita dalla legge di riforma, ha favorito quella che è stata comunque definita, nonostante contraddizioni evidenti e problematiche non ancora risolte [4], una vera e propria "rivoluzione gentile" [5], che ha profondamente trasformato il terreno difficile e incerto tra la cura e la sanzione.

E' stato innanzitutto confermato e sancito il principio della territorialità, che tuttavia ancora deve essere realizzato completamente nel nuovo sistema delle Residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza (REMS), nato su una scala e in una prospettiva di regionalizzazione e finalizzato al superamento degli OPG, quindi transitorio. Circa 50 persone sono attualmente fuori dalla loro regione (2019), tra le circa 600 ristrette nelle 26 REMS italiane. Estremamente variabili sono le caratteristiche strutturali e organizzative adottate per le REMS, a partire dalle dimensioni, che variano da 2 fino a 20 posti-letto (limite massimo stabilito per legge), mentre va rilevata la grossa contraddizione di aver creato nell'ex-OPG lombardo di Castiglione delle Stiviere un insieme "polimodulare" per circa 200 posti. Insieme ad esse, il loro rapporto coi servizi territoriali, con i quali risultano più o meno integrati, fino ad essere una componente dei Dipartimenti di Salute Mentale (DSM).

Il nuovo assetto istituzionale non ha peraltro modificato il quadro normativo di riferimento, confermando la vecchia impostazione di "doppio binario", ossia l'uso di misure di sicurezza che vengono quindi comminate al reo non imputabile o parzialmente imputabile, invece della condanna alla sanzione penale ordinaria. Inoltre è ancora possibile, come per i vecchi OPG, l'invio di persone in "misura di

sicurezza provvisoria” anche in fase preliminare o di incidente probatorio e senza necessaria perizia psichiatrica [6].

Per molto tempo una delle sfide principali della legge di riforma è stata dimostrare che sarebbe stato possibile curare le persone con disturbo mentale senza utilizzare altre istituzioni totali, come l’OPG o il carcere, come scarico di fallimenti terapeutici e difficoltà di gestione, ma provando a restituire alle persone l’integrità della loro esperienza, la continuità della loro esistenza, mantenendo loro il supporto e la cura necessarie.

Questa catena, altrove spezzata e sconnessa, di interventi, di servizi, di scelte e di strategie, oggi ha infine compreso il delicato tema delle REMS, e va a nostro avviso concepita e assunta come un tutto, come un circuito le cui parti interagiscono [7], e quindi come un ambito integrale di azione anti-istituzionale di rinnovata coerenza.

Tra affermazione dei diritti e contraddizioni della nuova legge

La nostra esperienza parte dal principio fondamentale che non vi debba essere un percorso, uno statuto, un istituto speciale per i rei che presentano disturbi psichiatrici, i quali devono essere considerati responsabili e, come tali, aver diritto al processo. In questa ottica i DSM devono essere rafforzati e responsabilizzati rispetto ai percorsi di cura anche nella pena, sia in condizioni di normale detenzione sia attraverso alternative (che comportino pure la modulazione della pena). La responsabilizzazione resta principio cardine, che coinvolge in prima istanza il soggetto giuridico, ovvero il reo, ma anche le agenzie sanitarie implicate nel percorso di cura, ossia i servizi.

La Convenzione sui Diritti delle Persone con Disabilità, all’art.12, sostiene come diritto inalienabile un uguale riconoscimento dinanzi alla legge, vincolato al riconoscimento della capacità legale. Vi si legge [8]: “Gli Stati Parti riaffermano che le persone con disabilità hanno il diritto al riconoscimento in ogni luogo della loro personalità giuridica”.

Di fatto, anche al di fuori del quadro del diritto internazionale, nessun supporto viene al concetto, presente nel codice penale italiano, di “incapacità di intendere” (il significato dei fatti di cui si fa esperienza), e “di volere” (riferita alle azioni): né da parte delle scienze cognitive, della neuropsicologia, della psicoanalisi [9], che escludono un meccanicismo deterministico di causalità e prevedibilità dei comportamenti; né dalla filosofia, specie se si guardano i concetti di intenzionalità e di senso, in Husserl [10], Ricoeur [11], Apel e soprattutto Habermas [12].

Affermare l’imputabilità del malato di mente non vuol dire peraltro negare la malattia e i suoi effetti, ma significa invece proporre la ricerca del senso del gesto-reato all’interno della storia di quel soggetto, e della continuità della sua esistenza, senza negarlo ed invalidarlo attraverso presunti automatismi naturalistici attribuiti alla malattia.

Per quanto concerne la pericolosità, per le persone con disturbi psichiatrici, essa è stata correttamente riferita ad elementi di contesto, specie di natura relazionale, che si esplicano soprattutto all’interno delle relazioni familiari e comunque significative [13]. Invece nel concetto di pericolosità “il patologismo deterministico di derivazione lombrosiana” viene riconfermato, anche se risulta “impossibile dare un contenuto scientifico al quesito circa la pericolosità sociale psichiatrica” [14]. Simili posizioni critiche sono state in passato espresse da molti altri studiosi: “la pericolosità sociale consiste nella sua essenza in un giudizio individualizzato di prognosi comportamentale, con il quale si ritiene concretamente prevedibile la reiterazione di atti delittuosi” [15]. Da qui il nuovo impulso ad affrontare e a smontare – nella pratica - la questione, che la nuova legge non ha risolto, della pericolosità.

Come già riferito, “de facto”, con la legge 81, l’esecuzione delle misure di sicurezza “detentive” negli ospedali psichiatrici giudiziari è sostituita dall’invio in REMS. In questo senso, la più grande contraddizione è stata l’applicazione dell’ordinamento penitenziario in una struttura che per legge è ad esclusiva gestione interna sanitaria, col solo “controllo perimetrale” da parte delle autorità di pubblica sicurezza. Ciò ancora si trova in numerose REMS italiane, nonostante l’Accordo della Conferenza Stato Regioni e le successive prese di posizione dello stesso Dipartimento dell’Amministrazione Penitenziaria (DAP) a questo proposito [6].

Abbiamo peraltro riscontrato nella pratica come la dichiarata “pericolosità”, se legata ad una patologia cronica, o ad un disturbo di personalità, che non si può adeguatamente curare e soprattutto riabilitare in contesti reali, viene inserita in un circolo vizioso laddove il soggetto viene ristretto da una misura di sicurezza “detentiva”, invece della sua verifica nelle condizioni di realtà dell’esperienza. Per

fortuna la nuova legge stabilisce che tale misura non può oltrepassare la durata della pena prevista per il reato.

Quando viene invece riscontrata una “pericolosità sociale attenuata” (nuova categoria priva di fondamento, come la semi-infermità, potremmo così parlare di semi-pericolosità), come prodotto del lavoro terapeutico e riabilitativo, può invece essere proposto dal CTU al magistrato il passaggio da una misura di sicurezza detentiva ad una non detentiva.

A nostro parere va tenuto in considerazione il principio, più volte richiamato dalla Corte Costituzionale, per cui la misura di sicurezza di carattere detentivo deve essere considerata alla stregua di una soluzione residuale, estrema, da comminare soltanto nei casi in cui nessun'altra forma di trattamento possa ritenersi adeguata. Essa va comunque sottoposta a verifiche costanti per evitare gli abusi del passato.

La stessa REMS è in sé un luogo che deve essere intesa come residuale e ad esaurimento. Si pongono allora una serie di questioni di prospettiva: è possibile andare oltre le REMS? Ovvero superare la disciplina delle misure di sicurezza? È attuabile una riforma del Codice Penale in merito a incapacità e pericolosità?

La presa in carico

Nel circuito che alla fine porta alle REMS, piuttosto che in carcere, persone con disturbo mentale autrici di reato, il ruolo dei DSM nella riforma introdotta dalla legge 81 risulta assolutamente centrale e strategico. In passato, il DSM non interveniva su quanto deciso dal magistrato a meno che non espressamente richiesto di un programma, anche a seguito di specifico quesito posto al CTU. Nella nuova normativa, il DSM è fondamentale nel valutare e proporre alternative di presa in carico, attraverso protocolli specifici con la magistratura, in ogni grado di indagine e giudizio (come in Regione FVG), e nel sostenere il piano di trattamento in REMS e pure il Progetto terapeutico riabilitativo individuale (PTRI) proposto per un'alternativa alla REMS.

L'accordo della Conferenza Stato-Regioni col DAP del 26 febbraio 2015 già ha previsto che venga formulato subito, entro 45 giorni dall'ingresso in REMS, tale PTRI finalizzato all'adozione di soluzioni diverse dalla REMS.

Quanto fin qui esposto ha trovato conforto nel parere del Comitato Nazionale per la Bioetica [16], che ha sottolineato i principi di residualità della misura di sicurezza, di territorialità nella sua esecuzione, di individualità del progetto terapeutico, e soprattutto il principio del primato della salute del paziente sulle esigenze di controllo sociale.

L'aspetto qualificante e centrale è rappresentato dal modo, dalla pratica, con cui i DSM svolgono questo ruolo nella dinamica della riforma. Laddove i servizi territoriali di salute mentale intendono la loro operatività in chiave ambulatoriale, con ricorsi routinari al ricovero ospedaliero, con un uso “amministrativo” del trattamento sanitario obbligatorio, e sono attenti a mantenere tecniche e vocazioni terapeutiche senza considerare la domanda di controllo sociale e gli aspetti di sanzione penale, il rischio dell'abbandono o, inversamente, dell'induzione di istanze fortemente repressive e di contenimento diventa la norma. Diversamente, qualora si sia organizzata una rete organica di servizi capace di accogliere complessivamente il disagio, disposta ad assumersi il carico dei bisogni che lo accompagnano, di essere attraversabile e flessibile alla soggettività ed all'unicità del cittadino portatore di tale disagio, si creano condizioni che permettono di affrontare in maniera articolata la complessità del percorso di cura, nell'intersezione con i circuiti della sanzione.

Il Dipartimento di Salute Mentale di Trieste è basato sui principi della responsabilità sulla salute mentale dell'area territoriale, con la presenza attiva del Servizio e mobilità verso la domanda, l'accessibilità (e modello di riconoscimento non solo clinico); della continuità terapeutica, inclusa la risposta alla crisi garantita dal e nel servizio territoriale; della globalità e integrazione degli interventi, del lavoro di una équipe multidisciplinare.

L'orizzonte è quello di un approccio di sistema, complessivo, alla vita intera della persona. Qui di seguito indichiamo i principali passaggi che nella nostra esperienza si sono rivelati fondamentali per la presa in carico delle persone con disturbo mentale a rischio di commissione di reati e di problemi con la giustizia. La prevenzione secondaria si realizza attraverso la pratica proattiva ed assertiva dei sottogruppi di continuità terapeutica, operanti nei vari Centri di salute Mentale (CSM), aperti sulle 24 ore, ciascuno con 6 posti letto, finalizzati alle persone ad alta priorità sulla base di criteri (costante aggiornamento elenco e modulazione dell'intensità – circa 1/10 utenza del CSM) [17],[18],[19],[20].

Gli interventi di crisi dei CSM, anche a domicilio, sono volti a prevenire il TSO, attraverso l'ingaggio attivo della persona, la negoziazione assertiva, a volte anche in collaborazione con le forze dell'ordine. E' stato inoltre creato un team di crisi per rafforzare queste pratiche, a partenza dal piccolo Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura nell'ospedale generale (SPDC). Lo stesso TSO è in questo quadro non già un accadimento esterno al sistema salute mentale, ma una decisione del servizio in caso di fallimento del programma e di rischio per la salute del soggetto. La presa in carico globale dei bisogni personali e sociali ("whole life") si pone in una prospettiva di abilitazione e recovery, articolandosi in progetti personalizzati (PTRI, eventualmente con Budget Individuali di Salute), imperniati sugli assi casa-lavoro-socialità.

L'affiancamento nei percorsi giudiziari e l'intervento in carcere

Qualora si inizi un percorso giudiziario che riguarda una persona nota al servizio, o comunque portatrice di disturbo mentale, dall'interrogatorio alla relazione di supporto alla difesa legale, è immediata la presenza e l'offerta del servizio nei confronti di polizia e magistratura. Nei vari passaggi dell'accompagnamento, del sostegno, dell'informazione, della comunicazione, l'interazione con gli apparati dell'ordine pubblico e della giustizia è finalizzata non a giustificare ma a far comprendere il percorso della persona fino al gesto di rottura, al potenziale reato, e permette di riportare a ragioni "umane" il comportamento sintomatico o deviante [21]. E inoltre, ad offrire garanzie a chi opera sul versante della sicurezza e alla magistratura inquirente, giudicante e di sorveglianza, attraverso la formulazione di un progetto, di un percorso di cura e di re-inclusione sociale.

Per quanto concerne la pratica della perizia psichiatrica, riteniamo che essa sia necessaria, attraversando criticamente la contraddizione del ruolo peritale come compito del servizio.

Tale pratica vede l'atto peritale come una necessaria ricostruzione di storia, soggettività e continuità di senso ("l'ininterrotto rapporto di senso" di cui ha scritto Klaus Doerner) [22]. La perizia dunque indaga su alcune domande chiave, che attengono alla relazione tra la soggettività e il disturbo, la malattia: come questo viene direzionato e gestito dal soggetto [23],[24], che senso ha il sintomo per il soggetto, che senso ha l'esperienza stessa di malattia in quanto fatto anche interpersonale e sociale.

La questione centrale del determinismo biomedico è che esso non rende ragione del senso [25], che invece può essere un tramite per riconoscere un livello di capacità giuridica rispetto al reato. Com'è noto negli studi sulla "recovery", trovare un senso allo star male è essenziale alla riappropriazione di sé, e dunque esso sarà centrale anche nella riabilitazione connessa alla pena, alla sanzione [26],[27]. La questione principale diventa allora comprendere come un gesto-reato si inquadra in una storia, che significato particolare può rivestire, e come da esso ripartire. Anche dal carcere.

Col DPCM 1° aprile 2008, e nei successivi Accordi della conferenza Stato-Regioni, emerge la chiara indicazione che "gli interventi diagnostici e terapeutico riabilitativi sono assicurati dai dipartimenti di salute mentale delle Aziende sanitarie territorialmente competenti, oltre che dagli specialisti del Servizio" (Accordo n. 3/CU del 22/01/2015).

Generalmente si auspica che ciò avvenga attraverso la realizzazione di c.d. "Articolazioni Psichiatriche", ossia sezioni specializzate, gestite con criteri sanitari, all'interno delle carceri, esperienza tuttavia ancora da sottoporre a verifica rigorosa sia dal punto di vista dell'efficacia che dei diritti umani. A fronte di ciò, la nostra scelta a Trieste è stata quella di privilegiare l'entrata dei servizi in carcere (l'esemplificazione di questa scelta è ritenere che "il carcere è territorio") per mantenere la continuità di cura e di relazione e per affrontare le nuove domande in un luogo ad alta concentrazione di sofferenza, mettendole immediatamente in contatto con le risorse e i programmi disponibili soprattutto "nel fuori".

A Trieste dal 1980 il DSM interviene in carcere dapprima con un numero ristretto di operatori, poi attraverso una convenzione coinvolgendo direttamente tutti i CSM attraverso operatori autorizzati, capaci anche di supportare in modo intensivo le situazioni critiche, e comunque di garantire la dovuta continuità dei programmi terapeutici, riabilitativi e di reinserimento sociale. Questo sia a vantaggio di coloro che sono già noti al servizio, che di altri che manifestano il loro star male, o si ammalano, all'interno del carcere [28]. Al di là della risposta basata sul colloquio e sul farmaco, l'intenzione è sempre quella di costruire un progetto individuale di recovery, che si proietti all'esterno, fuori dall'orizzonte ristretto della detenzione, per preconizzare un futuro possibile di vita. Circa 45 persone all'anno, di cui una ventina già note, vengono attualmente seguite o quantomeno valutate quando presentino sospetti disturbi psichici e/o comportamentali di dubbia natura.

La pratica dei CSM nel carcere (coordinata a livello dipartimentale in un “gruppo carcere”) ha permesso di azzerare ben presto gli invii in OPG dal carcere, dato che è stato sempre assunto come importante successo anche dalla direzione della Casa Circondariale. Attualmente il servizio è diventato pressoché giornaliero e si integra strettamente con il servizio sanitario generale gestito dall’ASUITS che include anche il Dipartimento per le Dipendenze.

Sono possibili, in casi e situazioni particolari, delle alternative offerte dai servizi del DSM. Si può concordare col magistrato il ricovero in SPDC (il Servizio nell’ospedale generale) di persone in condizioni acute di scompenso (anche per TSO), o più lunghe permanenze nel CSM 24 ore, ad esempio in attesa o in corso di perizia, con finalità più prettamente riabilitative, proponendo detenzione o arresti domiciliari presso il servizio. Alternative al percorso psichiatrico-forense sono state più facilmente attuate proprio nel corso di periodi lunghi di ospitalità nel CSM, qualora non utili o non disponibili altre soluzioni. Ciò corrisponde a “porre la persona al centro dell’attenzione del servizio”, ripartendo con programmi abilitativi sia residenziali che nelle diverse aree ed ambiti garantiti oggi dal Centro Diurno “diffuso”, per un complessivo progetto di vita.

I PTRI sostenuti da Budget di salute, con specifico uso del FAP (Fondo per l’autonomia possibile), in co-progettazione con i servizi sociali dell’ente locale, sono strumenti utili in tal senso, anche al fine di evitare percorsi di deriva sociale ed istituzionalizzazione. Ne è elemento chiave il coinvolgimento del privato sociale in funzione di supporto quotidiano, accompagnamento, gestione di programmi di inserimento socio-lavorativo e di abitare assistito [29],[30].

Le Residenze per l’Esecuzione delle Misure di Sicurezza diffuse e a rete

In tale quadro, all’inizio del percorso di superamento degli OPG, la Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia aveva previsto il dimezzamento del modello organizzativo dell’unica REMS regionale allora prevista da 20 a 10 posti letto, secondo il fabbisogno “storico” rispetto all’OPG (per Trieste pari a zero dal 2006). Successivamente, vi è stato lo “spacchettamento” del modello di 10 posti in tre sub-unità territoriali (attualmente, come REMS provvisorie, tutte tre di 2 posti ciascuno). La REMS “diffusa” regionale che ne risulta è quindi collocata nei servizi di tre DSM (nel caso di Aurisina, a Trieste, all’interno di una sede di Centro Diurno) ed opera a rete ed in rete con tutti i servizi regionali coinvolti, con ciò evitando la costituzione di un luogo o servizio dedicato, dunque “speciale”, la creazione di una struttura carceraria, di detenzione, operando invece di fatto a porta aperta.

Altro cardine è l’affermazione nella pratica della responsabilità territoriale dei servizi prima descritta, che, nel rispondere alle necessità di una presa in carico che garantisca i percorsi delle persone, si attiva per evitare un “altrove” dove accada di recludere, escludere, relegare, segregare, delegare, detenere. La responsabilità è condivisa tra la stessa persona, la REMS e il CSM di riferimento. Il principio della piccola scala ha permesso di inserire “una persona alla volta”, ed uno “stare con” essa, permettendo la ricostruzione della storia e della rete sociale insieme, tenuto conto che la storia si attualizza in una rete di relazioni (ad esempio, per un ospite, l’accompagnamento dalla famiglia d’origine in Sicilia; per una coppia milanese il raccordo col padre a Milano).

L’entrata della comunità nella REMS si è realizzata con attività culturali, mercato, concerti, presenza di scolaresche. Strumenti utili in senso evolutivo sono stati i permessi per l’inserimento lavorativo e per la partecipazione alle attività del CSM di provenienza.

Il confronto con gli aspetti di sanzione da assumere direttamente con la REMS è stato un lavoro difficile e duro per servizi che operano a porta aperta e senza contenzione [31]. La sanzione costituita dall’internamento, che si fonda sul principio dell’esclusione, è stata in un certo senso rovesciata nel suo opposto: nell’inclusione in una relazione stretta, nell’umanità di questa relazione, nell’accogliere l’ospite, lo straniero. È stata realizzata la continua decostruzione e ricostruzione, cioè lo sminuzzamento nella pratica del modello REMS in quanto potenziale nuovo mini-OPG. Se ciò da un lato ha significato la deistituzionalizzazione della struttura per come essa è concepita, nei suoi aspetti reclusivi, dall’altro ha permesso la costruzione di una piccola “istituzione inventata”, per dirla con Franco Rotelli [32], che aveva lo scopo di smentire, di superare sé stessa per trovare nuove soluzioni, più utili alle persone.

Questo è possibile solo nel quadro di servizi forti e capaci di presa in carico, e orientati a chiari principi. Si lavora dunque per prevenire anche l’invio in REMS, offrendo alla magistratura opportunità e alternative, tra cui la più semplice e spesso la più efficace è la stessa sede del CSM 24 ore di riferimento.

In sintesi, i processi accaduti in FVG sono stati caratterizzati da:

- REMS a porte aperte
- decentralizzazione della REMS come funzione, su piccola scala
- co-progettazione tra gli attori istituzionali sia rispetto alla struttura che ai protocolli e alle procedure
- rielaborazione del mandato di controllo e riduzione al minimo degli aspetti reclusivi
- personalizzazione dell'assistenza e progettazione personalizzata (PTRI) con i servizi e le risorse del territorio
- non delega ma condivisione della responsabilità tra utente, sanitari (REMS e servizi), ordine pubblico, magistratura.

I risultati principali sono riassumibili come segue:

- 20 persone sono state accolte nella "REMS diffusa" in poco più di 4 anni (tra maggio 2015 e dicembre 2019, di cui una sola proveniva originariamente dall'OPG)
- alcuni allontanamenti sono subito rientrati
- solo un ospite ha richiesto un ricovero in SPDC-
- il reinserimento dei dimessi è avvenuto sempre in collaborazione e con il concorso attivo dei CSM
- non è stata impiegata nessuna pratica di contenzione.

Raccomandazioni finali

Da quanto esposto, è possibile ora raccogliere alcune sensate raccomandazioni per una buona pratica che si muova con attenzione e tensione critica nello spazio di relazione tra psichiatria e giustizia, tra cura e sanzione penale:

- 1) Potenziare il lavoro dei servizi: non solo utilizzare residenze e comunità, ma mettere a disposizione risorse, attività utili alla presa in carico, progetti, il che implica affrontare e prendere in carico la crisi sul territorio a partire dai CSM, lavorando con le forze dell'ordine evitando deleghe e facendone il motore del percorso di cura successivo.
- 2) "Ridurre" l'enfasi sulla pericolosità, destigmatizzare attraverso pratiche concrete l'immagine sociale della persona con disturbo.
- 3) Realizzare progetti personalizzati ad ampio respiro ("whole life"), coinvolgendo le risorse del territorio e il privato sociale – strumento suggerito il BdS ma anche le pratiche e le sottoequipe di continuità delle cure territoriali (che utilizzano i principi organizzativi del case management, dell'ACT, del FACT etc).
- 4) Offrire attivamente le risorse del sistema salute mentale inclusi CSM, SPDC, residenzialità e soluzioni abitative e riabilitative alla magistratura, offrire competenze per programmi e perizie in una logica di "concertazione".
- 5) Realizzare protocolli di collaborazione inter-istituzionale con magistratura – e la loro diffusione e applicazione, il c.d. "cruscotto" integrato con la sanità penitenziaria.
- 6) Entrare nel carcere come normale pratica degli operatori dei CSM per garantire la continuità terapeutica, offrendo soluzioni in caso di "crisi dell'istituzione", ora più frequente data la "sanitarizzazione" del carcere.
- 7) Evitare la deriva verso le misure di sicurezza, intercettare il rischio di REMS, proporre alternative.
- 8) Se c'è un invio in REMS, tentare di socializzare le conoscenze della e attorno alla persona, il supporto, la gestione e il percorso di cura congiuntamente col CSM di riferimento territoriale, e le risorse del territorio (il privato sociale innanzitutto).

In definitiva, ciò può consentire di riattraversare il campo della sanzione e trasformarlo, evitando al tempo stesso un'acritica psichiatrizzazione: la cura nella pena, e non viceversa.

Bibliografia

1. Mezzina R. *La contaminazione tra psichiatria e giustizia in Gran Bretagna*. Aut-aut, 370, 2016, 74-91
2. Castel R. *Dalla pericolosità al rischio*. Aut-aut, 370, 2016, 147-166

3. Priebe S, Badesconyi A, Fioritti A, Hansson L, Kilian R, Torres-Gonzales F, Turner T & Wiersma D. *Reinstitutionalisation in mental health care: comparison of data on service provision from six European countries*. *BMJ*. 2005 January 15; 330(7483): 123–126. doi:10.1136/bmj.38296.611215.AE
4. Barbui C & Saraceno B. *Closing forensic psychiatric hospitals in Italy: a new revolution begins*. *BJPsych* (2015) 206, 445–446. doi: 10.1192/bjp.bp.114.153817
5. Corleone F. *Manicomi Criminali. La rivoluzione aspetta la riforma*, Quaderni del Circolo Rosselli, Pacini Editore, Pisa, n. 1, 2018, 141-157
6. Pellegrini P. *Liberarsi della necessità degli ospedali psichiatrici giudiziari. Quasi un manuale*. Edizioni Alphabeta Verlag, Merano; 2017
7. Steadman H & Monahan J. *The movement of offenders population between mental health and correctional facilities*. National Institute of Justice, 1982
8. Committee on the Rights of Persons with Disabilities. Eleventh session, 31 March–11 April 2014 General comment No. 1 (2014) Article 12: equal recognition before the law. 2014 <http://www.ohchr.org/OHCHR/English/HumanRightsBodies/CRPD>
9. Colucci M. *Individui pericolosi, società a rischio*. Aut-aut, 370, 2016, 3-20
10. Husserl R. *Idee per una fenomenologia pura e per una filosofia fenomenologica. Libro primo: Introduzione generale alla fenomenologia pura*, Torino: Einaudi; 1981
11. Ricoeur P. *Filosofia della volontà I. Il volontario e l'involontario*. Genova: Marietti; 1990
12. Habermas J *Teoria dell'agire comunicativo*. Bologna: Il Mulino; 1986
13. Dell'Acqua G, Cogliati MG & Mezzina R. Servizi psichiatrici e nodi della sanzione. In Dell'Acqua G & Mezzina R (eds) *Il folle gesto. Perizia psichiatrica, manicomio giudiziario, carcere nella pratica dei servizi di salute mentale a Trieste (1978-88)*. Roma: Sapere 2000; 1988
14. Fornari F. *Psicopatologia e psichiatria forense*. I ed. Torino: UTET; 1989
15. Ponti GL. *Compendio di Criminologia*. Milano: Raffaello Cortina; 1973
16. Comitato Nazionale per la Bioetica (2017) *La cura delle persone con malattie mentali: alcuni problemi bioetici*, Roma: Presidenza del Consiglio dei Ministri, 21 settembre 2017. <http://bioetica.governo.it/it/comunicazione/notizie/la-cura-delle-persone-con-malattie-mentali-alcuni-problemi-bioetici/>
17. Mezzina R. Servicios comunitarios de salud mental con puertas abiertas y sin restricciones en Trieste, Italia. *Topia, Psicoanálisis, sociedad, cultura*, Año XXVII, 81, Noviembre 2017.
18. Mezzina R. Community mental healthcare in Trieste and beyond. An 'open door-no restraint' system of care for recovery and citizenship. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 202, 2014, 440–445
19. Mezzina R. *Creating mental health services without exclusion or restraint but with open doors – Trieste, Italy*. *L'Information Psychiatrique* 92(9), 2016, 747–754
20. Mezzina R. *Servizio «forte» ed integrazione: organizzare le risorse*. Nuova Rassegna di Studi Psichiatrici, Vol. 15 - 10 Novembre 2017
21. Mezzina R. *Appunti su pratica psichiatrica e "carcerario"*. *Dei Delitti e Delle Pene*, 2, 87, 333-346
22. Doerner K. *Il borgesiano e il folle. Storia sociale della psichiatria*. Bari: Laterza; 1975
23. Dell'Acqua G & Mezzina R. *La storia, il soggetto, la capacità di intendere e di volere*. De Leonardis O, Gallio G, Mauri D & Pitch T (eds), *Curare e punire - Problemi e innovazioni nei rapporti tra psichiatria e giustizia penale*, Milano: UNICOPLI; 1988
24. Strauss J. *The person – key to understanding mental illness. Towards a new dynamic psychiatry*. *III British Journal of Psychiatry*, October (Suppl.) 1992, 19-26
25. Augé M & Herzlich C. *Il senso del male. Antropologia, storia, sociologia della malattia*. Milano: Il Saggiatore; 1986
26. Marin I & Mezzina R. *Percorsi soggettivi di guarigione. Studio pilota sui fattori di recovery in salute mentale*. *Rivista Sperimentale di Freniatria*, Vol. CXXX, N. 1/2006, p.129-152
27. Mezzina R. *Che cos'è guarigione? L'oggetto oscuro della nostra (e vostra) ricerca*. In Marin I., Bon S. *Guarire si può. Persone e disturbo mentale*, 180 – Archivio Critico della Salute Mentale, Ed. Alphabeta Verlag, Merano 2012, pp. 7-23
28. Oretti A & Castelpietra G. *Prevenire il suicidio in carcere. Le linee guida dell'OMS e la realtà italiana. Manuale per operatori penitenziari e sanitari*. Dipartimento di Salute Mentale / WHO Collaborating Centre for Research and Training in Mental Health, ASS n. 1 Triestina, Trieste; 2012
29. Mezzina R, Ridente G. La trasformazione della residenzialità a Trieste verso l'abitare supportato. *Nuova Rassegna di Studi Psichiatrici* 2015; 12. www.usl7.toscana.index.php/nrsp
30. Ridente P & Mezzina R. *From residential facilities to supported housing: the personal health budget model as a form of coproduction*. *International Journal of Mental Health*, 2016, 45(1), 59-70
31. Mezzina R. Friuli Venezia Giulia – Aurisina. In *Seconda Relazione Semestrale sulle attività svolte dal Commissario unico per il superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari Franco Corleone*, 19 agosto 2016–19, febbraio 2017. All. B: Contributi delle Rems, 104-111. Senato della Repubblica.

32. Rotelli F. *L'istituzione inventata. Almanacco Trieste 1971-2010*. 180 - Archivio Critico della Salute Mentale, Merano: Alphabeta Verlag, 2015