

Senza OPG: riflessioni dopo un anno



Pietro Pellegrini

Direttore del Dipartimento Assistenziale Integrato Salute Mentale Dipendenze Patologiche, Ausl di Parma

Parma 1 marzo 2016

Introduzione

Fare un bilancio ad un anno esatto dall'inizio della formazione congiunta degli operatori delle REMS di Bologna e Parma è impegnativo.

Se un anno fa, quando le paure e le incertezze del percorso apparivano in primo piano, ci avessero rappresentato la realtà di oggi forse non vi avremmo creduto: da aprile 2015 nessun cittadino dell'Emilia Romagna è in OPG, le REMS temporanee funzionano (i 24 posti sembrano sufficienti ai bisogni della nostra Regione), i percorsi con le diverse istituzioni sono stati costruiti, sono in corso di perfezionamento quelli con le magistrature e l'UEPE e nel complesso sono abbastanza soddisfacenti.

La riforma sembra poter funzionare.

Abbiamo riferito le nostre esperienze nei convegni del 26 ottobre 2015 a Bologna e del 3 dicembre 2015 a Parma; le abbiamo documentate con un numero monografico di Sestante, diversi articoli e il testo "Per una psichiatria senza Ospedali Psichiatrici Giudiziari".

In più sedi abbiamo detto che la chiusura degli OPG era necessaria. Tuttavia come è noto l'approvazione delle leggi n. 9 del 2012 e n. 81 del 2014 è avvenuta senza una revisione organica degli articoli del Codice Penale (c.p.) su imputabilità, pericolosità sociale e misure di sicurezza. E' rimasta la misura di sicurezza del ricovero in OPG (art 222 c.p) senza più l'OPG.

In altri contributi sono stati elencati pre-requisiti e requisiti affinché il percorso di chiusura dell'OPG si potesse realizzare. Oggi è quanto mai necessario un nuovo e più avanzato punto di incontro tra magistrature, psichiatria, DAP in quanto se ciascuna componente interpreta in modo rigido la propria parte, le norme ecc. il sistema si blocca e la riforma è destinata al fallimento. Occorre prendere atto che le nuove norme hanno di fatto reso inapplicabile un insieme di altre preesistenti come ad esempio il regolamento penitenziario, che risulta del tutto inapplicabile nel nuovo contesto. Quindi la sfida consiste nel realizzare nella pratica un modello innovativo che il legislatore non ha del tutto definito, a partire dallo stato della attuale della psichiatria alla quale la legge affida la gestione dei percorsi il che presuppone una forte intesa con la magistratura e credo che in Emilia Romagna possiamo vantare una collaborazione davvero di eccellenza, sia per i documenti, i protocolli e per la pratica quotidiana.

Un compito che mi permetto di suggerire sarebbe quello di adeguare la normativa o almeno parte di essa (regolamento penitenziario) alle nuove norme previste dalla riforma. Questa va inquadrata in un sistema di salute mentale di comunità che spesso è assai poco conosciuto. Riprendo quindi parte dell'intervento effettuato all'incontro di aggiornamento "Dall'Ospedale Psichiatrico alle REMS: esperienze e prospettive" promosso dalla magistratura e tenutosi il 26 gennaio scorso a Bologna.

La salute mentale di comunità

Per molto tempo i riferimenti legislativi (la legge 36/1904 e regolamento attuativo del 1909) e scientifici (biologico-organicistici) per il trattamento delle persone con disturbi mentali sono stati caratterizzati da una visione pessimistica quasi nichilistica che vedeva una sostanziale inguaribilità

e incurabilità dei disturbi, riteneva i malati pericolosi socialmente, irresponsabili, da interdire e custodire in Ospedale Psichiatrico, un luogo caratterizzato da un modello assistenziale non differenziato, separato dalla comunità sociale e con tempi di degenza molto lunghi (diversi anni, quando non tutta la vita).

A partire dalle riforme degli anni 60 e 70 (legge 180/78) sono stati realizzati cambiamenti molto importanti: la persona anche con patologia psichiatrica è portatrice di diritti/doveri; i disturbi mentali, inquadrati secondo il modello biopsicosociale, sono curabili e, come le altre patologie, in parte guaribili anche clinicamente o sul piano funzionale e sociale (recovery), la pericolosità sociale non costituisce più un requisito per i TSO e non necessariamente connota i pazienti che per la gran parte non sono affatto pericolosi; il consenso e la volontarietà sono la base degli accertamenti e dei trattamenti sanitari.

Le cure personalizzate sono attuate nel contesto di vita, il territorio, la comunità di riferimento dall'insieme dei servizi sanitari e sociali; quelli specialistici della salute mentale sono organizzati in forma dipartimentale con una pluralità di strutture in grado di erogare, in rapporto alla fase del disturbo, livelli di cura differenziati, per intensità e complessità. Ne consegue un sistema organizzativo complesso spesso di non facile lettura che vede il riferimento fondamentale nei Centri di Salute Mentale, titolari del programma terapeutico riabilitativo individualizzato da co-costruire con il paziente e se possibile/indicato con la sua famiglia, e dispone di una serie di interventi medico-biologici, psicoterapici e sociali (ruoli, relazioni, formazione-lavoro, abitazione). Il dipartimento si compone di una serie articolata di servizi:

Servizi Psichiatrici Diagnosi e Cura (l'unico per i TSO, per l'Emergenza Urgenza, diagnosi e cure urgenti, tempi di degenza brevi, 7-14 gg.)

Servizi Psichiatrici Ospedalieri Intensivi (per la diagnosi e cura intensiva, tempi di degenza di 15-30 gg.)

Residenze Sanitarie Intensive (per la fase di cura post acuzie, o per la riacutizzazione di utenti già in cura presso i CSM, interventi psichiatrici e psicologici, impostazione dei programmi socio-riabilitativi in un periodo di 1-2 mesi)

Residenze Sanitarie Estensive (per la fase di cura di medio termine di utenti in cura presso i CSM, interventi psichiatrici, realizzazione dei programmi socio-riabilitativi volti all'inclusione sociale in un periodo di da 6 mesi-1 anno nel trattamento protratto o di 1-3 anni per il trattamento socio-riabilitativo)

Residenze socio sanitarie: Comunità Alloggio e Gruppi Appartamento sono destinati a pazienti dove le necessità di supporto (psichiatriche, psicologiche) sono stabilizzate e di lungo termine (e senza scadenze predefinite ma con verifiche periodiche) con un'assistenza centrata sugli aspetti base del funzionamento del soggetto e la sua partecipazione/inclusione nella comunità sociale.

Alloggi protetti e per l'autonomia

Centri Diurni

Comunità Terapeutiche per Dipendenze Patologiche

La **REMS**, come struttura Residenza specializzata, si inserisce in questo contesto organizzativo.

La base del lavoro è la persona vista nella sua interezza e con l'insieme delle relazioni significative e di contesto. Questo fa della territorialità un requisito essenziale per la cura, specie se prolungata nel tempo.

Alla persona malata viene riconosciuta la capacità di intendere, volere e di agire, quindi di esercitare diritti doveri e di prestare consenso ai trattamenti. Pertanto viene considerata capace di assumersi responsabilità, magari in forma supportata (come per altro prevede anche la legge n. 6/2004 sull'amministratore di sostegno). Non più l'interdizione ma forme di supporto

nell'affermazione dei diritti e della dignità della persona, della quale va valorizzato il punto di vista nelle scelte che la riguardano, le forme possibili di partecipazione alla vita sociale.

Per gli aspetti clinici e quindi per la cura, su questi punti non si può mai derogare.

Gli interventi vanno realizzati nel territorio secondo i principi della intensità di cure, complessità e adeguata collocazione in base ai bisogni delle persone: necessità diagnostiche (inquadrare la patologia), terapeutiche (relazioni, terapie farmacologiche, psicoterapiche), riabilitative e di inclusione sociale (abitare, formazione lavoro, socialità). Questo è importante in quanto, non va mai dimenticato, i disturbi mentali possono essere simulati, manipolati, le persone sono suggestionabili e influenzabili e risentono fortemente degli aspetti iatrogeni dei trattamenti (le c.d. "patologie da istituzionalizzazione") e degli effetti negativi dello stigma.

Dall'insieme di queste considerazioni emerge chiaramente che il modello custodialistico dell'OPG non riproducibile nelle REMS, è sostituito da un modello terapeutico di comunità (welfare pubblico universalistico), cioè dall'insieme dei servizi sanitari e sociali del territorio di cui fa parte il Dipartimenti di salute mentale dipendenze patologiche che vede tra le sue strutture specialistiche, la REMS.

Quindi i disturbi mentali sono curabili e questo deve avvenire di norma nel territorio di residenza e non in ospedale e in una prospettiva di libertà e responsabilità secondo il modello della recovery.

La riforma e la salute mentale di comunità

I cambiamenti introdotti dalle leggi 9/2012 e 81/2014 si inseriscono all'interno di un modello di salute mentale di/nella comunità di cui ho sommariamente delineato le caratteristiche.

La legge 9/12 nel momento in cui stabilisce la regionalizzazione degli OPG, la predisposizione delle Residenze per l'Esecuzione delle misure di sicurezza (REMS) con ambito regionale e un potenziamento dei servizi psichiatrici territoriali, dà una precisa impostazione che si iscrive pienamente nel principio della territorialità.

La legge 81/14 introduce una forte innovazione nel momento in cui dispone che si possa mantenere il ricovero in ospedale giudiziario soltanto quando non sia possibile assicurare altrimenti cure adeguate alla persona internata e contemporaneamente a fare fronte alla sua pericolosità sociale. Viene data la netta priorità alla cura e all'applicazione di misure di sicurezza non detentive (la libertà vigilata) mediante la collocazione delle persone nei contesti ordinari dei dipartimenti di salute mentale o nel territorio di residenza considerando la misura di sicurezza detentiva e il ricovero in REMS come scelta del tutto residuale. La legge ha anche previsto la revisione del programma di costruzione delle REMS ridefinendone (al ribasso) il numero e la dotazione complessiva dei posti letto a conferma della scelta che non sono le REMS a sostituire gli OPG ma è l'insieme dei servizi sanitari e sociali di una comunità chiamata a farsi carico della persona cui vengono riconosciuti doveri, diritti e garanzie. In questo spirito, la legge dispone che la durata della misura di sicurezza non possa essere superiore alla pena massima edittale prevista per il reato commesso e definisce che la mancanza di programmi territoriali non possa essere addotto come motivazione per la permanenza in OPG.

Un cambiamento molto rilevante che richiede un grandissimo impegno da parte di tanti diversi soggetti, per realizzare percorsi che devono caratterizzarsi per la massima appropriatezza nell'utilizzo di una rete assai complessa e articolata di servizi della salute mentale, superando il modello custodialistico del contenitore unico (l'OPG).

Questo implica un nuovo punto di incontro tra giustizia e psichiatria: il che significa essere in grado di gestire i rischi e superare le persistenti contraddizioni (in più sedi è stata evidenziata la scarsa organicità delle norme) vedendo nelle prassi operative, l'individuazione degli strumenti idonei a realizzare le potenzialità e gli aspetti positivi della riforma.

In particolare per la strutturazione delle REMS, ci siamo trovati nella necessità di dovere inventare strutture diverse dall'OPG, dal carcere (dal modello della sanità penitenziaria) e da una comune

Residenza psichiatrica sia sotto il profilo strutturale che percorsi partendo certo dalle migliori esperienze sviluppatesi negli ultimi anni (con le tante dimissioni dall'OPG) ma andando molto oltre. Sono stati formulati nuovi protocolli tra soggetti diversi e la capacità di collaborare tra istituzioni diverse è stata fondamentale.

A che punto siamo?

In Emilia Romagna i 24 posti di REMS sembrano sufficienti: al 28 febbraio 2016 nelle due REMS sono stati ricoverati 35 pazienti di cui 5 provenienti dalla regione Toscana. Sono stati dimessi 13 pazienti.

Ora i principali temi sono:

- 1) Attuazione della legge
- 2) Responsabilità
- 3) Temi aperti e prospettive

1) Attuazione della legge

Principio della legalità: l'attuazione della legge è molto variegata: regioni che hanno predisposto percorsi e soluzioni, altre che ancora non hanno realizzato nulla di operativo. Questo comporta l'invio di pazienti in regioni diverse, la mancata applicazione di misure detentive (in circa 8 mesi alla REMS di Parma abbiamo ricevuto circa 40 fax di richieste extraregione, prive di ogni documentazione sanitaria e quindi senza alcuna responsabilizzazione dei servizi e dei contesti sociali di riferimento). Questo è antiterapeutico.

Il principio della territorialità non solo è nella legge ma è anche alla base della cura. L'esperienza dell'Emilia Romagna dimostra che la legge può funzionare: la maggior parte dei pazienti è stata dimessa in ordinari contesti sociali e sanitari, le REMS sono attive e temporanee (sia per il paziente, sia come istituzioni).

Principio della cura: realizzare il mandato di cura, abilitazione e inclusione sociale e per questo occorre: a) definire le procedure per l'accesso; b) dare respiro ai programmi personalizzati.

a) Definire le procedure per l'accesso

In questi mesi si è verificato che le misure di sicurezza provvisorie di tipo detentivo in REMS per soggetti provenienti dalla libertà, siano state disposte dalla magistratura di cognizione spesso senza una perizia e un'adeguata valutazione psichiatrica dando netta priorità alla misura di sicurezza piuttosto che alla cura e abilitazione della persona con un disturbo mentale che in diversi casi non è stato nemmeno diagnosticato. Quindi il tema degli accessi è fondamentale e, schematicamente vanno valutati:

Diagnosi (quale disturbo mentale?): richiede visita e/o perizia psichiatrica;

Trattabilità (quale piano terapeutico?): richiede presa in cura presso CSM e piano di cura personalizzato che indichi anche tempi, modi e sedi dove realizzarla in modo appropriato;

Pericolosità sociale? Questa deve essere adeguata al tipo di bisogno: cura (REMS o altre strutture sanitarie), controllo e custodia (penitenziarie o misure alternative); la sicurezza è il risultato di una molteplicità di fattori e interventi;

Rischi (fuga, recidiva, violazioni gravi delle norme di convivenza);

Misure di sicurezza: quale e dove realizzarla in modo appropriato;

Processi e esiti: l'intero processo va attentamente monitorato con verifiche periodiche e precise tempistiche.

Come si vede, il progetto di cura e le misure di sicurezza devono essere entrambi appropriati (secondo il principio della correttezza allocativa) e quindi punto di incontro tra psichiatri e magistrati.

Dalla combinazione di questi fattori deriva un insieme (non esaustivo) di possibili percorsi come riportato schematicamente in tabella.

	Diagnosi psichiatrica	Trattabilità psichiatrica (programma terapeutico)	Imputabilità	Pericolosità sociale	Misura di sicurezza e sede	Processi e Esiti
1	Presente	Si	No (art.88)	Si	Non detentiva Da definire con il CSM e servizi territorio	Monitoraggio del progetto di cura Rivalutazione periodica della pericolosità e della misura di sicurezza
2	Presente	Si	No	Si	Detentiva in REMS Misure alternative?	Stesura progetto e revisione nel periodo più breve possibile della pericolosità e misura detentiva (per attivare il percorso di cui al punto 1)
3	Presente	Si	? da accertare	Si (reato non grave)	Provvisoria in REMS Misure alternative? SPDC o Spoi o casa di cura specialistica	Realizzazione del programma di cura. Definizione della imputabilità per realizzare il programma (punto 1)
4	Non accertata	? Bisogni di diagnosi	? Bisogni di diagnosi	Si Bisogni di controllo e custodia	REMS non idonea Arresto Istituto Penitenziario (o misure alternative) SPDC o Spoi o Casa di cura specialistica	Valutazione psichiatrica nella sede ove la persona viene collocata
5	Altamente probabile /Si	Si	?	Si, per reato molto grave. Bisogni di custodia prevalenti	REMS non idonea Arresto in IP (o misura alternativa)	Valutazione congiunta magistratura/psichiatria circa il trattamento o la sede più idonea
6	Accertata D. di personalità Psicopatia, uso di sostanze	?	SI, attenuata (art 89 c.p.)	Si Bisogni di controllo prevalenti sui bisogni di cura/ sicurezza	REMS non idonea Arresto in IP (o misura alternativa)	Valutazione congiunta magistratura/psichiatria circa il trattamento o la sede più idonea. Comunità per Dip. Patologiche (legge 309/90)

Legenda

Caso 1: applicazione della legge 81/2014: Misure non detentive (libertà vigilata)

Caso 2: applicazione della legge 81/2014: Misure detentive (definitive). Implica che la valutazione della possibilità di trattamento nel territorio abbia dato esito negativo. Misura detentiva è residuale e comunque a termine e fissata per tempi il più possibile adeguati ai bisogni di cura. Ad esempio nella REMS è poco funzionale ogni misura di durata superiore a 6 mesi.

Mi chiedo se le misure di sicurezza non possano essere declinate diversamente facendo ad esempio riferimento a quanto previsto dalla legge 67/2014: ad es. quelle di tipo detentivo possono prevedere “la detenzione domiciliare” o presso strutture o l’arresto presso l’abitazione o altro luogo pubblico o

privato di cura, assistenza o accoglienza ("domicilio") e non solo presso le REMS?; la legge 67/2014 prevede anche la detenzione oraria che può avere durata continuativa o per singoli giorni della settimana o fasce orarie e l'utilizzo del braccialetto elettronico; tra le misure non detentive si dovrebbero potere includere la messa alla prova, i lavori socialmente utili. E' possibile che le misure di sicurezza siano più arretrate e restrittive delle misure cautelari o delle pene non carcerarie?

Nell'attuale contesto, per il soggetto con seminfermità mentale non ha senso che la misura di sicurezza detentiva venga effettuata al termine della detenzione in carcere.

Caso 3: applicazione della legge 81/2014. Le misure di sicurezza detentive "provvisorie" implicano la diagnosi e un piano di cura. Il ricovero può essere in REMS o in strutture alternative es. Spdc, Spoi e case di cura specialistiche. Viene da chiedersi il senso delle misure di sicurezza provvisorie e se non si configurino, di fatto come misure cautelari?

Caso 4: manca la diagnosi di disturbo mentale e pertanto i bisogni diagnostici sono prevalenti rispetto alla cura e in questo caso per gli aspetti sanitari la sede più appropriata è il SPDC o Spoi e non la REMS; la fase valutativa della persona non conosciuta e mai diagnosticata da psichiatri non trova nella REMS l'ambito operativo ideale. La REMS non è un ospedale e con difficoltà può strutturare percorsi per la diagnosi differenziale. L'impatto del nuovo ingresso sconosciuto su persone che hanno già in atto percorsi abilitativi può compromettere il clima operativo, la qualità degli interventi e della vita della struttura. Non solo ma ingressi di "sconosciuti" aumenta il rischio di un utilizzo improprio delle REMS da parte della criminalità.

Inoltre si deve tenere conto del bisogno di custodia e controllo alla luce del reato commesso e quindi fatta la valutazione potrà essere collocata negli Istituti di pena (vedasi caso 5).

Caso 5: se vi sono dubbi circa il disturbo mentale o pure in presenza di una diagnosi, se vi sono necessità di tipo giudiziario, la misura della custodia cautelare in carcere (art. 275 c.p.p. comma 3) in particolare per i reati gravi (omicidio, tentato omicidio) in quanto le esigenze giudiziarie di controllo e custodia sono del tutto prevalenti, se non esclusive.

Se il soggetto viene tradotto in carcere, per quanto attiene alla salute mentale è necessario che vi sia un'approfondita valutazione psicologica e psichiatrica. Se la persona, per le sue condizioni di salute mentale, non pare compatibile con la permanenza in carcere può essere collocata (art. 286 c.p.p.) presso una struttura sanitaria indicata alla magistratura dal perito o dal direttore del Dipartimento di salute mentale competente per territorio. Se è da effettuarsi in regime di ricovero è preferibile che questo avvenga presso il Servizio Psichiatrico di diagnosi e Cura (SPDC) o Servizio Psichiatrico Ospedaliero Intensivo (Spoi) o Casa di Cura specialistica.

Solo dopo che vi è stata una valutazione psichiatrica potrà essere data corretta applicazione alla legge 81/2014. Per questo è necessario uno sforzo della magistratura di cognizione affinché l'utilizzo della misura di sicurezza detentiva (e della REMS) rappresenti l'estrema ratio e non sia la prima scelta magari in ragione di prevalenti o esclusive esigenze custodiali il che è del tutto contrario allo spirito della riforma.

Caso 6: implica una particolare tipologia di pazienti con disturbi gravi della personalità (psicopatia) spesso con uso di sostanze che spesso sono imputabili o presentano un vizio parziale che non rispondono ai trattamenti psichiatrici e nei quali i bisogni di controllo comportamentale o custodia sono prevalenti. Possono avvalersi dei percorsi previsti dalla legge 309/90.

La questione delle recidive e reiterazione dei reati riguarda alcune tipologie di pazienti. Ad es. pazienti resistenti ai trattamenti o fortemente oppositivi agli stessi, pazienti con disturbi gravi della personalità, psicopatia e uso di sostanze; pazienti con ritardo mentale. Il loro numero reale va identificato e va aperta una riflessione come era avvenuto alla chiusura dell'OP quando diversi pazienti che erano stati contenuti o in isolamento per lungo tempo, una volta collocati in diversi contesti assistenziali sono risultati del tutto gestibili (a dimostrazione dell'effetto disumanizzante delle istituzioni totali). Quindi occorre comprendere quanta parte della ingestibilità sia frutto della

esperienza istituzionale e del modello carcerario e quanto sia invece più strettamente connesso al quadro psicopatologico seppure letto e affrontato tenendo conto di tutti gli aspetti biologici, psicologici, sociali e di contesto. Questa considerazione rende necessario vedere quali strumenti adottare per le diverse tipologie di utenza prima indicate (ritardo mentale, uso sostanze/d. di personalità, psicosi resistenti) strutturando le risposte adeguate. Infatti, in molti casi, questi pazienti “difficili” sono tali per servizi, famiglie e comunità anche in assenza di reati. La via giudiziaria può essere un’occasione per incrociare quella della cura ma talora risulta del tutto inutile se non dannosa (ad es. nel ritardo mentale medio-grave) e quindi deve essere il più possibile prevenuta, specie se i reati commessi sono di piccola entità. Va forse previsto un percorso specifico per i soggetti altamente resistenti ai trattamenti, ad alto rischio o con diverse recidive nelle condotte criminali gravi che pongono elevati problemi di sicurezza (e controllo comportamentale) decisamente prevalenti sui bisogni di cura. Una tipologia di utenti che al momento è difficile quantificare che potrebbe beneficiare di un trattamento specifico nell’ambito percorsi specifici organizzati anche con gli istituti penitenziari.

Infine fa riflettere anche il dato della REMS di Bologna che su 20 accessi ha poi dovuto effettuare 5 TSO il che fa riflettere anche sulla qualità degli accessi e su altri elementi.

Proposte

Per risolvere i problemi citati possono essere di grande aiuto la definizione e la condivisione di percorsi proceduralizzati, la reciproca conoscenza e dialogo tra psichiatri e magistrati, l’esplicitazione delle risorse a disposizione. E’ molto utile che il giudice nel quesito posto al perito chieda di esprimersi su imputabilità e pericolosità sociale e di indicare anche la misura ritenuta più idonea, tramite una fattiva interlocuzione con il DSM-DP competente per territorio.

Una proposta interessante potrebbe essere quella di regolare l’accesso ed i percorsi attraverso il Cruscotto Regionale anche per risolvere il problema delle misure di sicurezza detentive non eseguite per mancanza di posti letto. Il Cruscotto regionale dovrebbe essere il riferimento per gli accessi e ad esso dovrebbero rivolgersi la magistratura ancora prima di emanare la misura. Il cruscotto, in tempi molto brevi può provvedere all’attivazione dei DSM-DP competenti per territorio e favorire la valutazione per la corretta applicazione della legge 81/2014 fornendo alla magistratura e al DAP orientamenti e proposte in ambito sanitario che potranno poi essere validate.

In uno spirito realmente nuovo si potrebbe prevedere l’abolizione del procedimento di immatricolazione (qualora non sia è stata effettuata in precedenza mentre e per il nuovo dovrebbe avvenire solo se il soggetto entra nel circuito penitenziario).

Il cruscotto potrebbe operare anche il monitoraggio dei progetti dei pazienti ospiti delle REMS al fine di facilitare le dimissioni e dei pazienti dimessi dagli OPG e dalle REMS (Programmi di ricerca sugli esiti e di formazione)

b) Dare respiro ai programmi personalizzati presso la REMS

La questione dell’applicazione dell’Ordinamento Penitenziario (OP, legge 354/75) e dei regolamenti delle REMS nella Regione Emilia Romagna ritengo sia sostanzialmente risolta. In altri contributi ho evidenziato come larga parte dell’Ordinamento penitenziario non sia applicabile nelle REMS. Un recente (23 luglio 2015) documento “Misure di sicurezza - Tema per Stati Generali dell’Esecuzione Penale - Tavolo 11” , Dipartimento Amministrazione Penitenziaria, Ufficio Studi Ricerche Legislazione e Rapporti Internazionali (https://www.giustizia.it/giustizia/it/mg_1_12_1.wp?previousPage=mg_2_19_1_11&contentId=S_PS1181979) ritiene che l’esclusiva gestione sanitaria all’interno delle REMS ove non vi è presenza di polizia penitenziaria, renda “*incompatibili: le norme che limitano la permanenza all’aperto (art. 10 OP); quelle disciplinari (artt. 38-40); le norme che vietano di possedere denaro (art. 77); le modalità e il numero dei colloqui e delle telefonate (art. 18, 37, 39)*”. Sono incompatibili altresì le norme che si riferiscono ad esigenze di ordine e sicurezza: *quelle relative alle perquisizioni (art. 34); l’impiego della forza fisica (art. 41); il regime di sorveglianza particolare (art 14-bis); il regime del 41-bis; i trasferimenti per motivi di sicurezza (art. 42)*”.

Quindi la gestione interna alla REMS è competenza sanitaria e quindi va regolata secondo questi principi (compresi colloqui, visite, telefonate, ingressi ecc.). Poi alcune precisazioni che segnano il passaggio dal sistema penitenziario (e da quello dell'OPG) a quello sanitario.

Nelle strutture sanitarie si parla di “persona affetta da un disturbo mentale” (ad es. affetto da schizofrenia mai “schizofrenico”) e con una misura di sicurezza in quanto la persona è sempre qualcosa in più e di diverso rispetto alla patologia e ad una eventuale limitazione della libertà. Un cambiamento di terminologia, abbandonando i termini “internato” e “minorato” sarebbe quanto mai utile al fine di segnare anche tramite il linguaggio, una diversa concezione, un cambio di mentalità.

Rilevante è il tema del diritto al “trattamento rieducativo individualizzato” previsto dall'ordinamento penitenziario. Occorre notare che vi è una notevole differenza tecnica fra un “trattamento rieducativo” e un “progetto terapeutico riabilitativo” per quanto entrambi “individualizzati”. Non mi dilungo sui differenti riferimenti teorici, sulla necessità di valutare e trattare la patologia, la disabilità primaria, secondaria, bisogni, livello di autonomie, il livello di funzionamento psicosociale, livello di adattamento ecc. per i quali rimando a testi specifici.

Occorre evitare che vi sia una lettura impropria e prevenga ogni malpractice quale sarebbe il tentativo di rieducare e non curare un paziente affetto da un disturbo mentale (grave). L'aspetto educativo e rieducativo è solo una parte da applicarsi, se possibile e al momento opportuno, nell'ambito di un programma terapeutico riabilitativo che vede la necessità di interventi medici, psichiatrici, psicoterapici, individuali e di gruppo, psico-sociali, tecniche riabilitative e abilitative (negli ambiti dell'abitare, formazione lavoro, relazioni). Nonché di un'azione sui contesti familiari e sociali (psicoeducazione, auto mutuo aiuto, sensibilizzazione) nell'ambito di un intervento di tipo “bifocale” (attuato contemporaneamente sulla persona e sul contesto). Tutto questo è ben diverso dall'utilizzare solo strumenti educativi e rieducativi e implica la possibilità di esercitare al meglio il mandato di cura, lasciando agli operatori della salute mentale il necessario spazio operativo, l'opportuna flessibilità da concordare in termini generali per l'intera REMS e specifici sul singolo caso, tra psichiatri e magistrati.

Nell'ambito di questo impianto certamente sono essenziali una serie di collaborazioni volte ad attivare la comunità di riferimento e a favorire l'inclusione sociale. Nel condividere l'idea che occorra sostenere i diritti delle persone ritengo che nello specifico di quelle affette da disturbi mentali occorra una maggiore flessibilità in quanto alcune rigidità non hanno alcun senso e possono limitare fino a compromettere le capacità terapeutiche riabilitative e le spinte all'autonomia delle persone in particolare quelle con disturbi mentali che vanno agevolate secondo precise tempi clinici, nel momento in cui sono pronti. Faccio riferimento alla licenze che debbono essere concesse quando il paziente è in grado e non in base ad un determinato periodo; lo stesso per quanto attiene ai limiti di trenta giorni per favorire il riadattamento sociale che possono essere del tutto insufficienti in percorsi riabilitativi complessi dove l'inclusione sociale può essere molto complessa e con possibili momenti di difficoltà e regressione.

L'applicazione del regime della semilibertà potrebbe essere affiancare la pratica della concessione dei permessi ad horas (concessi “a pacchetto”) che è attualmente in atto nelle REMS di Casale di Mezzani e Bologna.

Nel complesso serve una maggiore permeabilità fra interno ed esterno alla REMS come per altro avviene per ogni struttura residenziale e nell'ambito di ogni programma riabilitativo. A questo riguardo si può constatare che le REMS operano in contesti ambientali profondamente diversi (città, campagna, zone ad alta criminalità, spaccio di stupefacenti, zone molto tranquille e presidiate ecc.) ed essendovi la necessità di strutturare forme di flessibilità e percorsi locali, tutto questo rende piuttosto difficile la possibilità di avere un unico regolamento nazionale (per quanto i riferimenti legislativi siano gli stessi) ma potrebbero essere valorizzate tutte le specificità locali in grado di favorire i percorsi di cura. Quindi sarebbe quanto mai importante che la magistratura validasse il progetto terapeutico complessivo della REMS e del singolo utente, nell'ambito della più ampia misura di sicurezza. Affermare il modello della recovery e vedere i pazienti come risorsa,

responsabilizzati, sostenuti nei loro diritti, dando loro speranza e futuro. In questo quadro sarebbe auspicabile anche per le REMS l'applicazione di quanto previsto dall'art. 94 della legge 309/90.

Infine una notazione sui Dipartimenti di salute mentale competenti per territorio: va migliorata l'efficienza e l'efficacia. La prevenzione è un punto rilevante: circa il 70 % dei pazienti autori di reato è noto ai servizi territoriali. Sviluppare interventi preventivi è essenziale. Una volta entrati nel percorso, spesso l'operatività non è finalizzata in primis a superare la misura di sicurezza e a strutturare un progetto territoriale. Per questo sarebbe necessario che ogni dipartimento declinasse una propria rete di strutture atte ad ospitare le persone con misure di sicurezza. Come è noto il percorso in REMS assume significati in relazione al prima e al dopo. Occorre che vengano assicurati i bisogni di base e viste soluzioni innovative, altamente personalizzate, come è possibile tramite il budget di salute. Nell'anno di esperienza abbiamo avuto una quota rilevante (circa 1/3) di ospiti privi di reddito e di ogni capacità di fare fronte alle necessità di base. Se stranieri, sono spesso privi di documenti e quindi senza un Comune di residenza al quale fare riferimento. Nel complesso la risposta degli Enti locali può essere migliorata e il sistema non può contare solo sul volontariato (Caritas e altre associazioni).

Bisogna impedire che allo stigma della malattia mentale e della delinquenza si aggiunga anche quello della povertà.

E' molto importante che la rete dei Dipartimenti venga rinforzata con le adeguate risorse di personale e strutture, anche grazie ai fondi destinati dalla legge per il superamento degli OPG.

E' necessario dare certezze nei tempi di Revisione delle misure e, per questo è fondamentale la qualità della valutazione e delle relazioni dei periti, dei responsabili delle REMS, dei servizi. Potrebbe essere utile un gruppo di esperti per la rivalutazione della pericolosità e delle misure che possa affiancare il magistrato.

2) Responsabilità

Bisogna anche condividere come prevenire, affrontare e gestire rischi quali fughe, atti aggressivi, violazioni. Poi vi è la questione della responsabilità, della posizione di garanzia che ha preoccupato i colleghi e l'Ordine dei Medici di Bologna. So bene che vi è il tema della responsabilità civile del magistrato. Non nascondo la mia preoccupazione per il possibile innescarsi e diffondersi di una visione difensiva, per altro molto presente e conosciuta non solo in sanità, che potrebbe compromettere alla base il funzionamento dell'intera riforma.

A novembre 2015 si è avuta la notizia dell'accusa di omicidio colposo mossa allo psichiatra per un delitto commesso da un paziente in cura ed ospite di una struttura residenziale dove era stato inserito dopo un lungo percorso di cura che aveva visto anche la permanenza in OPG. Infatti, la procura di Pistoia ha accusato di omicidio colposo lo psichiatra a seguito dell' assassinio avvenuto il 17 gennaio 2014 in una casa famiglia, dove un paziente uccise il compagno di stanza dopo un lungo percorso di cura che aveva comportato, per un precedente reato, anche il ricovero in OPG e un lungo periodo di osservazione. Un fatto molto grave, che insieme all'umana pietà e ad un pensiero solidale per la vittima e per tutti coloro che sono coinvolti, richiede alcune riflessioni. La base giuridica dell'accusa è data dall'art 40 del c.p. 2 comma che pone a carico del medico la c.d. "posizione di garanzia". Lo psichiatra non può essere responsabile per le azioni commesse dai pazienti in cura. Per diversi motivi:

-giuridici: relativi alla capacità di intendere e volere che la maggior parte dei pazienti possiede ed anche a fronte di fatti reato l'incapacità d'intendere e volere deve essere dimostrata in modo circostanziato non potendosi escludere che il fatto derivi da una libera scelta consapevole;

-scientifici: mediante metodi e strumenti scientifici non vi è la possibilità di prevedere i comportamenti umani, non vi è la capacità di prevenire con certezza i comportamenti aggressivi auto o eterodiretti. Si possono solo valutare i fattori di rischio, precipitanti e di protezione. Il soggetto può non essere pericoloso ma diventarlo dopo l'assunzione di sostanze (alcool o cocaina ad esempio). Quindi si tratta di condizioni non iscritte solo nella patologia o negli aspetti biologici

ma dipendenti da molteplici fattori psicologici, relazionali, sociali ed economici (ad esempio un paziente tossicodipendente in astinenza può commettere un reato per procurarsi il denaro per la dose mentre non fa assolutamente nulla se ha la dose). Ne consegue che la pericolosità non è una condizione statica ma dinamica e correlata con una molteplicità di fattori, relazioni variabili nel tempo/spazio;

- la nozione di pericolosità sociale presunta (ex art. 204 del c.p.) per malattia mentale è stata abolita; la legge 180/78 (poi 833/78) supera la nozione di "pericolosità a sé e agli altri" a favore di un modello di cura diverso basato sul consenso, la responsabilità, la territorialità e quindi limita il ricorso ai trattamenti sanitari obbligatori ospedalieri alle sole condizioni urgenti, di rifiuto delle cure e nell'impossibilità di attuare adeguati tempestivi interventi terapeutici nel territorio. Al paziente sono attribuiti diritti e doveri. I professionisti fanno quanto possibile, sia per curare le persone sia per sensibilizzare i contesti ed un maggiore impegno della società potrebbe aiutare a ridurre povertà, stigma, emarginazione e abbandono. Pur con tutte le cure, nessuno però ha il potere della veggenza. La responsabilità è personale, anche per la persona con disturbi mentali.

In questa fase di superamento degli OPG e di creazione della rete delle REMS è essenziale un metodo condiviso tra magistrati, psichiatri, forze dell'ordine e comunità sociale, per prevenire e gestire gli inevitabili rischi e attuare i programmi terapeutici e riabilitativi formulati secondo criteri tecnici e scientifici. In questo occorre tenere sempre conto della mancanza di certezze assolute e della frequente incertezza e del dubbio insito nelle pratiche psichiatriche e sociali che vanno viste ex ante mentre è troppo facile farlo ex post, magari dopo un grave incidente. Quindi il modello di cura adottato in Italia è fondato su precise leggi, requisiti e strutture e non può assumere caratteristiche custodialistiche. Chiedere questo al singolo medico, cioè di essere in grado con strumenti tecnici e scientifici di predire e prevenire i comportamenti umani significa attribuirgli un compito umanamente impossibile.

Al contempo per cercare di prevenire incidenti occorre molta conoscenza (del paziente, delle strutture, del contesto), fiducia reciproca (lavoro di equipe e di collaborazione interistituzionale), condivisione dei progetti (e dei rischi), capacità di verificarli periodicamente, con molto realismo e umiltà ricordando che non vi è attività umana che non possa essere migliorata e che sia priva di rischi. Per questo possono essere utili sistemi di valutazione e definizione di tipo gruppale (es. di Esperti) al fine di non lasciare decisioni assai delicate al singolo operatore.

3) Temi aperti e prospettive

La tipologia delle strutture e percorsi

Attualmente si va da posti REMS in residenze ordinarie o centri diurni, a strutture REMS "dedicate" fino al complesso di REMS costituito da l'ex OPG di Castiglione e ne va verificata l'adeguatezza, al fine di vedere se servono altre soluzioni (ad es. REMS a diverso livello di protezione?).

Siamo in un sistema che prevede un "doppio binario" (prosciolti e imputabili) e pertanto viene da chiedersi quale debba essere il rapporto con la sanità penitenziaria, limitatamente a situazioni dove è decisamente prevalente la necessità di sicurezza e controllo. Il tema, a mio avviso, va molto approfondito.

In termini pragmatici sembra che la riforma, se applicata in modo corretto possa portare non solo a chiudere e superare gli OPG mediante il modello della psichiatria di comunità fondato sul lavoro nel territorio ma che questo possa essere il punto di riferimento per un adeguato trattamento dei rei prosciolti per infermità mentale e quindi possa proiettarsi nel futuro mediante una serie definita di percorsi di cura e di inclusione sociale.

La maggior parte dei pazienti ospiti delle REMS pare avere caratteristiche simili a quelle degli altri utenti dei Dipartimenti di salute mentale e quindi possono essere assistiti nell'ordinaria rete dei servizi. Resta una quota minoritaria che probabilmente necessita di una soluzione "specialistica" e

residuale quale può essere la REMS. E' necessario aumentare le opportunità per i pazienti, lavoro, casa, cultura. Le cooperative vanno coinvolte affinché possano sviluppare impresa sociale e solidale, attivare i contesti e le risorse della comunità sociale.

Sul fabbisogno di posti REMS è difficile esprimersi ma sulla base dell'esperienza di questo anno si può dire che in Emilia Romagna (4,5 milioni di abitanti) 24 p.l. sembrano sufficienti a condizione che si attivino dimissioni e non vi siano invii "selvaggi" da altre regioni ecc.

Il buon funzionamento della legge dipende da più fattori e tra questi, una particolare importanza ha l'appropriatezza degli accessi per la quale è rilevante il ruolo della magistratura di cognizione. La collaborazione con la magistratura di sorveglianza è essenziale per la gestione dei pazienti con misure di sicurezza non detentive (libertà vigilata) con prescrizioni e sarebbe auspicabile una specifica procedura.

Nel complesso vi è l'assoluta necessità di tutelare il mandato di cura a fronte di ogni possibile tentativo consapevole e/o inconsapevole di deformazione e per questo può essere molto utile un Cruscotto regionale. La vigilanza e il sostegno della società civile è essenziale. Sarebbe molto utile avere dati di processo ed esito. (Osservatorio nazionale, regionale, sistema informativo).

La questione a lungo termine: gran parte dei pazienti (dai pochi dati disponibili circa il 70% dei dimessi da percorsi ex OPG) resta in cura nei dipartimenti spesso ospite delle strutture residenziali socio-sanitarie e questo va tenuto presente nella programmazione. Occorre quindi vedere il sistema complessivo e comprendere come articolare nel tempo le risposte.

Il tema si intreccia con quello dell'assistenza psichiatrica negli istituti penitenziari (occorre definire e completare i percorsi) e quello dei minori autori di reato (legge 448/1988).

Non sembra all'orizzonte una riforma dell'imputabilità della persona con disturbi mentali e delle misure di sicurezza. E' essenziale rivedere la normativa sull'uso di sostanze per non carcerare i consumatori di sostanze.

Attivazione della comunità sociale

Infine, è indispensabile ricordare che il processo richiede una forte spinta culturale, politica, tecnica e adeguate risorse. E' assai rilevante che il processo riformatore sia sostenuto da un nuovo "Patto sociale" e da un forte impegno e coinvolgimento dei diversi attori (giudici, sanitari, prefetti, forze dell'ordine, amministrazione penitenziaria, avvocati, ma anche sindaci, comunità locale, opinione pubblica, mass media. e ovviamente pazienti, famiglie e volontariato) in grado di dare compimento ad un progetto di accoglienza (con opportunità di casa, formazione, lavoro e relazioni sociali) delle diversità che superi la cultura della separatezza e della segregazione (in carcere o altri luoghi) ma sappia recuperare alla comunità, condividendone anche nei rischi, tutte le persone dando così piena applicazione alla nostra Costituzione.

pubblicato su:



Pubblicato su

www.stopopg.it