

Sestante

RIVISTA SCIENTIFICA OSSERVATORIO
SALUTE MENTALE, DIPENDENZE PATOLOGICHE E SALUTE NELLE CARCERI

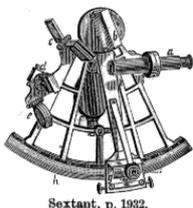


Oltre l'ospedale psichiatrico giudiziario: quali percorsi?

CRIMINALE (È IL) MANICOMIO / GLI OPG CHIUDONO: CHE COSA SUCCEDDE ORA? / IL SISTEMA DI MONITORAGGIO PER IL SUPERAMENTO DEGLI OPG IN ITALIA E IN REGIONE EMILIA-ROMAGNA / INTERVISTA AI PROFESSIONISTI DELLE REMS DI BOLOGNA E PARMA / L'UTOPIA DELLA REALTÀ: RIFLESSIONI SUI PERCORSI OLTRE L'OPG / PERIZIA PSICHIATRICA E ACCERTAMENTI SULLA PERICOLOSITÀ SOCIALE / LA VALUTAZIONE DELLA PERICOLOSITÀ SOCIALE / DOPO L'OSPEDALE PSICHIATRICO GIUDIZIARIO: VALUTAZIONI E RIFLESSIONI "OLTRE IL CONFINE" / ANCHE QUANDO È PIÙ DIFFICILE / PERCORSI ED ESITI DEI DIMESSI DALL'OSPEDALE PSICHIATRICO GIUDIZIARIO

Sestante

RIVISTA SCIENTIFICA OSSERVATORIO SALUTE MENTALE,
DIPENDENZE PATOLOGICHE E SALUTE NELLE CARCERI



Sextant, p. 1982.

ANNO I
NOVEMBRE 2015 - NUMERO 01
Autorizzazione del Tribunale di Forlì
n. 5 del 23 febbraio 2015

Direttore responsabile

Paolo Ugolini,
Osservatorio Epidemiologico DSM-DP Cesena, AUSL della Romagna

Comitato esecutivo

Michele Sanza,
Programma Dipendenze AUSL della Romagna, Cesena

Alessio Saponaro,
Osservatorio Salute mentale, Dipendenze patologiche,
Salute nelle carceri, Regione ER

Paolo Ugolini,
Osservatorio Epidemiologico DSM-DP Cesena, AUSL della Romagna

Comitato scientifico e di redazione

Stefano Costa, NPIA Bologna

Dorella Costi, Direzione Sanitaria AUSL Reggio Emilia

Vincenzo De Donatis, Regione Emilia Romagna

Fausto Mazzi, SPDC Modena

Marco Menchetti, Università degli Studi di Bologna

Carmen Molinari, NPIA Piacenza

Alberto Nico, Ufficio Stampa e Comunicazione AUSL Parma

Antonella Piazza, DSM-DP, AUSL Bologna

Paolo Stagi, NPIA Modena

Teo Vignoli, AUSL della Romagna / SerT Lugo

Comitato consultivo

Domenico Berardi, Università degli Studi di Bologna

Anna Cilento, Salute nelle carceri, Regione ER

Mila Ferri, Regione ER

Cristina Fontana, Salute nelle carceri, Piacenza

Ivonne Donegani, DSM-DP, AUSL Bologna

Gaddomaria Grassi, DSM-DP, AUSL Reggio Emilia

Giuliano Limonta, DSM-DP, AUSL Piacenza

Alba Natali, DSM-DP, AUSL Imola

Pietro Pellegrini, DSM-DP, AUSL Parma

Claudio Ravani, DSM-DP, AUSL della Romagna

Fabrizio Starace, DSM-DP, AUSL Modena

Mauro Marabini, Direttore DSM-DP, AUSL Ferrara

Comunicazioni:

Paolo Ugolini, tel. 0547 352163 cell. 334 6205675
email: paolo.ugolini@auslromagna.it

Sede:

Via Brunelli, 540 - 47521 Cesena

Segreteria organizzativa:

Alessandro Mariani D'Altri, tel 0547 354372

Claudia Nerozzi, tel 051 5277072

Spedizione e Distribuzione:

Ufficio informazione e comunicazione per la salute Regione ER

Sito web SESTANTE:

<http://salute.regione.emilia-romagna.it/dipendenze/documentazione/la-rivista-sestante>

Stampa:

Centro stampa AUSL Romagna - Cesena

SOMMARIO

- EDITORIALE 1
Paolo Ugolini, Anna Cilento, Dorella Costi
- LETTURA MAGISTRALE 3
Criminale (è il) manicomio
Francesco Maisto
- VALUTAZIONE 8
Gli OPG chiudono: che cosa succede ora?
Mila Ferri
- OSSERVATORIO 12
Il sistema di monitoraggio per il superamento degli OPG in Italia e in Regione Emilia-Romagna
Alessio Saponaro, Valeria Calevro, Anna Cilento, Teresa Di Fiandra, Mila Ferri, Natalia Magliocchetti
- PAGINA APERTA 17
Intervista ai professionisti delle REMS di Bologna e Parma
Anna Cilento, Dorella Costi, Paolo Ugolini
- VALUTAZIONE / RIFLESSIONE 22
L'utopia della realtà: riflessioni sui percorsi oltre l'OPG
Pietro Pellegrini, Giuseppina Paulillo, Giovanni Francesco Frivoli, Pietro Domiano, Valerio Giannattasio, Sandra Grignaffini
- VALUTAZIONE / RIFLESSIONE 25
Perizia psichiatrica e accertamenti sulla pericolosità sociale
Roberto Zanfini
- VALUTAZIONE / RIFLESSIONE 31
La valutazione della pericolosità sociale
Far dialogare la Magistratura con i Dipartimenti di Salute Mentale
Michele Sanza, Anna Mori
- VALUTAZIONE / RIFLESSIONE 34
Dopo l'Ospedale Psichiatrico Giudiziario: valutazioni e riflessioni "oltre il confine"
Franco Scarpa
- REMS 38
Anche quando è più difficile
L'esperienza della REMS Casa degli Svizzeri di Bologna
Claudio Bartoletti, Velia Zulli, Federico Boaron, Maria Grazia Fontanesi, Gemma Verbena, Franca Bianconcini, Ivonne Donegani, Angelo Fioritti
- RICERCA 42
Percorsi ed esiti dei dimessi dall'Ospedale Psichiatrico Giudiziario
Studio retrospettivo sui pazienti psichiatrici autori di reato ricoverati in OPG e in cura presso l'Ausl di Parma nel periodo 2002-'15.
Risultati preliminari
Pietro Pellegrini, Giuseppina Paulillo, Clara Pellegrini, Diego Gibertini

Editoriale

Paolo Ugolini, Anna Cilento, Dorella Costi

È con grande soddisfazione che, dopo l'avvio di SESTANTE con il numero ZERO dedicato a temi di innovazione in ambito di Salute mentale, Dipendenze patologiche e Salute nelle carceri, apriamo con SESTANTE n.1, monografico, dedicato al tema del superamento e chiusura degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari e alla contemporanea apertura delle REMS – Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza.

Non sembra vero, ma è oramai una realtà: gli Ospedali Psichiatrici Giudiziari sono stati chiusi il 31 marzo 2015; nessuna persona internata ha fatto più ingresso in quelle strutture successivamente a quella data. Quello che sembrava un obiettivo arduo, previsto dall'allegato C al DPCM 1° aprile 2008 "Linee di indirizzo per gli interventi negli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG) e nelle case di cura e custodia", è stato raggiunto.

Due elementi hanno giocato un ruolo rilevante: da un lato la politica, sia nazionale che regionale, che ha creduto in questa finalità, dall'altro i responsabili e gli operatori dei servizi che si sono impegnati in un percorso i cui risultati non sono facilmente raggiungibili.

A partire dal DPR 230/99, che ha riordinato la medicina penitenziaria, dopo un iter durato nove anni, la riforma ha previsto un percorso a step successivi: dal trasferimento delle competenze in tema di sanità penitenziaria al Servizio Sanitario Nazionale, sino al passaggio delle competenze sulla valutazione clinica e cura delle persone autori di reato e giudicati pericolosi e incapaci di intendere e volere al momento del fatto dal Ministero della Giustizia alle AUSL/Regioni. È demandato ai Centri di Salute Mentale delle AUSL il compito di farsi carico

della progettazione dei programmi riabilitativi territoriali alternativi alla detenzione, dei pazienti propri residenti, realizzati in base alle condizioni sanitarie delle persone.

La riforma della sanità penitenziaria può essere definita una rivoluzione per una serie di motivazioni: l'affermazione dei diritti di equità e uguaglianza costituzionalmente riconosciuti a tutte le persone e per le ricadute in termini di organizzazione anche sul sistema penitenziario, che inevitabilmente ne derivano; ma lo è ancora di più in quanto sancisce un forte e rilevante cambiamento culturale assimilabile a quello che ha chiuso gli ospedali psichiatrici con la legge 180.

La programmazione, relativa al superamento OPG, prevista dal DPCM, non poteva da sola portare alla chiusura degli OPG. È stata necessaria l'emanazione di una normativa specifica che, con forza di legge, ne disponesse tempi e modalità; la L.n.9/2012, e soprattutto la L.n.81/2014, segnano un definitivo punto di svolta in Italia: si passa da un modello di cura istituzionalizzante ad un modello di trattamento personalizzato ispirato a paradigmi riabilitativi ed inclusivi all'interno di un sistema di misure di sicurezza non detentive. Il focus dell'intervento è la persona e non solo la malattia, il progetto di cura individuale.

Alle Regioni viene chiesto, per poter rispondere in maniera completa alle esigenze delle persone sottoposte alle misure di sicurezza per infermità mentale, anche di aprire, attraverso le proprie articolazioni sanitarie

aziendali, le REMS - Strutture residenziali per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza – per l'accoglienza di persone non immediatamente dimissibili sul territorio. La Regione Emilia-Romagna ha investito fortemente nel raggiungimento di questo importante obiettivo; oltre al potenziamento dei servizi di salute mentale, è stata la prima Regione in Italia ad aver aperto le REMS e ad aver fatto uscire tutti i propri pazienti dagli OPG. In qualità di capofila del GISPE (Gruppo tecnico interregionale sanità penitenziaria) ha coordinato le Regioni nel complesso percorso e approfondito le tematiche correlate di confronto ed integrazione di interventi, in maniera costante, con l'Amministrazione penitenziaria e la Magistratura.

L'apertura delle REMS deve essere considerato un punto di partenza e non un punto di arrivo. Il cammino verso il vero riconoscimento dei diritti delle persone con problematiche psichiatriche autori di reato è ancora lungo, i servizi di salute mentale aziendali dovranno farsi carico dei percorsi riabilitativi di queste persone definendo nuove strategie di cura e riabilitazione.

SESTANTE n.1: da una lettura magistrale di Maisto, ai dati nazionali e regionali di Saponaro (et altri), al cosa succederà ora della Ferri della Regione capofila, di Pellegrini (et altri), di Scarpa, e poi degli accertamenti sulla pericolosità sociale (Zanfini) e del conseguente rapporto tra Magistratura e Dipartimenti di Salute Mentale (Sanza e Mori), ad uno studio retrospettivo su pazienti psichiatrici autori di reato, oltre naturalmente al valore e alla traduzione organizzativa della prima esperienza di REMS in Italia a Bologna (Bartoletti et altri). Ultimo, ma non per questo meno importante, PAGINA APERTA che raccoglie interviste ai professionisti delle REMS di Bologna e Parma, nella loro motivazione e professionalità e nelle loro fatiche e soddisfazioni gestionali.

Buona lettura.

Rif Paolo Ugolini
Sociologo della salute, Direttore SESTANTE,
email: paolo.ugolini@auslromagna.it
Cell. 334 6205675

Criminale (è il) manicomio

Francesco Maisto

1. Un moloch

L'insieme strutturale-istituzionale, diversamente denominato OPG dalla Legge penitenziaria (art.62 L.26 luglio 1975, n°354), in luogo del vecchio manicomio giudiziario (così denominato dal codice penale, ancora in vigore, del 1930 dall'art.215ss.), prima detto anche criminale, tanto da confondere tranquillamente il sostantivo con l'aggettivo e viceversa, è un complesso intrecciato ed inestricabile di istituzione penale, di istituzione sanitaria e di misura di sicurezza detentiva.

È noto che col termine di misura di sicurezza (detentiva e non detentiva) ci si riferisce ad un anomalo strumento sanzionatorio, imposto prima dal codice penale, previsto poi dall'art.25, III° comma della Costituzione, nel solo senso della "possibile" previsione nei casi previsti dalla legge. Un singolare "unicum" destinato a rispondere contemporaneamente a tre diversi statuti di sapere ed a tre finalità.

Da altro punto di vista, l'OPG è il precipitato storico istituzionale della repressione penale di stampo positivista, fondata sulla pericolosità sociale del reo folle e del folle reo, ammantata dalla necessità della cura e della prevenzione. Da qui l'immane fatica per disarticolare l'insieme, come delineato, e per vincere le tante resistenze culturali, economiche e sociali coagulate ed alleate nei decenni.

Che la strada della legalità costituzionale (globale, in relazione a tutti i principi della Costituzione), in questo settore, sia ancora molto lunga e che in questo percorso le scorcioie possono solo allontanare dalla meta deve essere sempre chiaro, ma altro conto è l'opposizione, manifesta o implicita, la resistenza alla deistituzionalizzazione.

È necessario allora ricordare come era il sistema "puro", alle origini, prima di contaminazioni ed innesti, altrimenti non si comprende il complesso delle problematiche istituzionali, giuridiche e scientifiche.

In sintesi ed aggregando per grandi fasi storiche, bisogna fissare:

1) Una prima fase:

il sistema della misura di sicurezza dell'OPG (e, ovviamente, quello della Casa di cura e custodia) si fondava su tre "pilastri" che avevano caratteristiche di assolutezza:

- A. l'assunto della incurabilità e della sostanziale perpetuità della "malattia mentale";
- B. il sistema giuridico delle misure di sicurezza dominato dalle presunzioni di legge relative alla pericolosità sociale (fondamento necessario delle misure di sicurezza), che operavano in astratto e sull'esistenza e sulla durata della pericolosità sociale, e che consentivano proroghe ripetute (cd. "ergastolo bianco");
- C. una condizione di internamento o detentiva assolutamente priva di possibilità terapeutiche, del tutto funzionale alle due "perpetuità" precedenti, che si materializzava in istituti con strutture e personale carcerari.

2) Una seconda fase:

questo sistema delle misure di sicurezza detentive cd. terapeutiche veniva eroso nel corso degli anni in forza di una serie di modifiche cultural-giuridiche dei singoli aspetti indicati. Infatti:

- Cambiamento sul punto 1A: la curabilità della "malattia mentale" diventava la tesi prevalente, ma attuando la cura in ambito sociale, senza istituzionalizzazione e con il ricorso ad interventi farmacologici non esclusivi. Questo primo elemento si è quindi relativizzato anche per effetto della disponibilità sollecitata (alleanza terapeutica?) alla cura dell'interessato e alla partecipazione socio-familiare al riguardo.
- Cambiamento sul punto 2A: il sistema giuridico è stato liberato dalle presunzioni assolute che lo dominavano. In primo luogo, la sentenza della Corte Costituzionale n°110 del 1974 rese possibile la revoca anticipata della misura di sicurezza (anche prima del suo inizio), affidandone la competenza al Giudice di sorveglianza (allora così denominato) ed eliminò la presunzione di dura-

ta della pericolosità sociale e, quindi, della misura di sicurezza. In secondo luogo, con la sentenza della Corte Costituzionale n°139 del 1982, ed ancora con la Legge n°663 del 1986, cd. Legge Gozzini, che fecero venir meno anche la presunzione di esistenza della pericolosità sociale. Infine, l'art. 679 c.p.p. ha sancito che per ogni misura di sicurezza, prima dell'inizio della esecuzione, il Magistrato di sorveglianza deve rinnovare l'accertamento per verificare se la pericolosità sociale perduri e sia attuale.

Oggi, pertanto, occorre, per procedere alla esecuzione della misura di sicurezza, accertare la pericolosità sociale attuale dell'interessato: se non è confermata, la misura di sicurezza non viene disposta e, se disposta, viene meno.

La Corte Costituzionale poi, con le storiche sentenze n°253 del 2003 e n°367 del 2004, è intervenuta anche sulla fase precedente all'esecuzione della misura, cioè, dichiarando illegittimo ogni automatismo nell'applicazione provvisoria o definitiva dell'OPG e della Casa di cura e custodia (e quindi l'applicazione di misure attenuate), secondo il duplice parametro della cura della salute mentale e della prevenzione, ma pur sempre in ossequio al principio di tipicità delle misure di sicurezza sancito dall'art.25 Cost. Inutile sottolineare che questo sistema vige per tutte le misure di sicurezza detentive e non.

- Restava immutato il punto 3A, quanto meno fino all'attuazione delle altre "strutture". Restava, cioè, la "struttura" manicomio o OPG, poco modificata nelle sue caratteristiche (strutture e personale), a mantenere il vecchio sistema.

C) Una terza fase:

rispetto a questo ultimo punto (3) si sono concentrate le finalità del DPCM. 1° aprile 2008 e l'allegato C, in attuazione del D. Lgs. 22 giugno 1999, n°230, ma senza produrre reali mutamenti dell'istituzione, sicché la situazione reale degli OPG (e naturalmente anche delle Case di cura e custodia) non ha registrato una evoluzione da istituto di contenzione a istituto di assistenza e cura. Erano rimasti, come tratti caratterizzanti, la "stretta" del sovraffollamento e la mancata "sanitarizzazione" del personale a contatto diretto con gli internati, oltre alla deprecata oscenità delle condizioni di vita degli internati.

L'illusione di gran parte del movimento antimanicomiale è stata quella di ritenere determinante il concentrarsi sull'efficacia del DPCM 1° aprile 2008 e l'allegato C, in attuazione del D. Lgs. 22 giugno 1999, n°230. In altri termini, ci si è resi conto troppo tardi che per l'abolizione del manicomio giudiziario

non erano riproponibili i quattro "passaggi" fondamentali realizzati dal movimento di deistituzionalizzazione per la chiusura dei manicomi civili.

In primo luogo, non era realizzabile il "passaggio spaziale" dal manicomio al territorio a causa della (facilmente) riscontrabile non coincidenza tra le due entità, ed in particolare, a causa delle connotazioni penalistiche delle vicende degli autori di reato infermi o seminfermi di mente e socialmente pericolosi.

In secondo luogo, non era realizzabile allo stesso modo del manicomio civile, il "passaggio giuridico" in quanto, per questo, si trattò del passaggio dal ricovero obbligatorio alla cura nei DSM, mentre gli OPG (ma anche le nuove REMS) restano strutture di esecuzione di misure di sicurezza detentive (e non Comunità) per soggetti che conservano lo status giuridico di "internati".

In terzo luogo, non era riproponibile, sic et simpliciter, il "passaggio organizzativo" dall'internamento ai Servizi territoriali, implicando questo, peraltro, competenze giuridiche, istituzionali ed ordinamentali, non dismesse dell'Amministrazione Penitenziaria e, peraltro, non chiarite dalla normativa.

In quarto luogo, non si poteva riproporre, allo stesso modo, il "passaggio culturale" dall'esclusione all'inclusione a causa della più forte resistenza nei confronti del reo-folle e del folle-reo. Resistenze peraltro radicate non solo in contesti di società civile, ma anche di settori della psichiatria e degli Enti Locali.

In questo contesto è maturata la ferma convinzione che la "liquidazione" degli OPG richiedesse una soluzione legislativa.

2. La Legge n.81/2014

Nel maggio del 2014, in sede di conversione del DL. del 31 marzo si è reso giustamente necessario un intervento repentino del Parlamento. Non v'è chi non veda l'inutilità di dar conto dei fallimenti dei due precedenti decreti legge e delle proroghe dei termini, succedutesi nel corso degli anni, che dimostrano, ancora una volta, come la materialità, le scelte politiche, l'allocatione delle risorse abbiano la forza di condizionare l'inattuazione del dettato legislativo al punto da far apparire come ingenua le scelte del Parlamento e, prima ancora, del Governo. Si aveva l'impressione che si procedesse "pedetemptim", per prova ed errore (Lucrezio, De rerum natura,V,143). E tuttavia, valutammo quegli interventi come importanti ed apprezzabili perché imponevano azioni concrete e termini ai vari livelli ministeriali e regionali.

La nuova Legge, omettendo del tutto interpolazioni del cor-

pus normativo prima vigente, nell'ambito della novazione dell'art. 3 ter, detta ben quattro principi:

1. il carattere e la funzione residuale della misura di sicurezza dell'OPG e della CCC rispetto alle misure di sicurezza attenuate con preliminare obbligo di motivazione rafforzata da parte del Giudice per l'applicazione della misura di sicurezza detentiva;
2. la valutazione cd. decontestualizzata dell'attualità della pericolosità sociale dell'infermo e del seminfermo di mente, previo accertamento (cd. ridotto) della griglia degli indici di cui all'art.133 c.p., ad eccezione di quelli cd. esterni di cui al n°4, secondo comma, art. cit. ("le condizioni di vita individuale, familiare e sociale del reo");
3. l'espressa e conseguente inammissibilità della sussistenza della pericolosità sociale dell'infermo e del seminfermo di mente a causa della mancanza di programmi terapeutici individuali;
4. l'espressa previsione di misure di sicurezza detentive a termine.

Si tratta di grandi novità che recepiscono e portano a compimento quanto statuito dieci anni prima dalla Corte Costituzionale nelle note e richiamate sentenze n.253/2003 e n.367/2004, che hanno consentito l'adozione, in luogo del ricovero in OPG, di una diversa misura di sicurezza non detentiva (cioè, la libertà vigilata), idonea ad assicurare adeguate cure all'infermo di mente ed al contempo, a far fronte alla sua pericolosità sociale.

3. L'applicazione della misura di sicurezza

La realizzazione effettiva della residualità dell'OPG e della CCC si può implementare, prima ancora che con la deistituzionalizzazione mediante revoche ed attenuazioni della misura di sicurezza, anche col supporto di programmi individualizzati di reinserimento, evitando responsabilmente l'istituzionalizzazione e, quindi, applicando il meno possibile la misura di sicurezza detentiva. Non è solo una questione di mera applicazione di legge con prevalenza del favor libertatis, ma anche, e prima di ogni opzione ermeneutica, una questione culturale e di codici comunicativi tra psichiatria e giurisprudenza, tra statuti di sapere e di potere, tra deontologie solo parzialmente coincidenti.

In questa prospettiva una proposta ed una prassi virtuosa consiglia, per esempio, di affidare l'incarico peritale ad un professionista che già conosce l'indagato/imputato, ed è quindi in grado di valutarne l'evoluzione della salute.

Quanto all'attività dell'esperto (perito CTU, ma anche CT del PM), la tendenza prevalente, riscontrata nelle buone pratiche, nel territorio della Regione Emilia-Romagna, è stata quella di ridurre al minimo il ricorso al ricovero in OPG.

Ed allora è per il giudice, e non solo, molto importante che il perito o il CT non si limiti a valutare la pericolosità, ma individui anche la tipologia di misura di sicurezza più idonea a contenerla ed il genere di struttura più adatto per la cura. Sarebbe poi utilissimo se l'esperto, sempre nell'ambito di quella buona prassi sopra richiamata, individuasse anche in concreto la struttura indicandone le caratteristiche, in modo che il Giudice possa valutare l'idoneità della stessa in relazione alla personalità dell'indagato. Questa soluzione presuppone, ovviamente, sia uno stabile collegamento tra lo psichiatra ed il territorio e sia una conoscenza di quest'ultimo da parte del primo.

Esiti smodati, eccessi di perizie si possono evitare sulla base della documentazione dei DSM, come è provato dall'utilizzazione sinergica da parte della Magistratura e dai Consulenti dell'Emilia-Romagna, delle schede per un Protocollo di Intesa in materia.

La recente Ricerca Nazionale del 2015 del Ministero della Salute sugli utenti degli OPG ha accertato che circa il 70% degli internati sono stati in carico ai DSM. È facile dedurre che, pur applicando rigorosamente il codice di procedura penale per la parte relativa alla formulazione dei quesiti peritali sull'accertamento dell'imputabilità al momento della consumazione del reato, ed in particolare con riferimento allo specifico reato, si tratta di folli rei, cioè di indagati già noti, curati, ma soprattutto già "analizzati" dai DSM; tante perizie sarebbero non solo inutili, ma anche foriere di diagnosi contrastanti.

4. Una nuova nozione di pericolosità sociale?

La L.81/2014, come precisato prima, ha giustamente imposto un nuovo concetto di pericolosità sociale che, tra l'altro, imporrà mutamenti di ruoli e di funzioni nell'attività peritale e nella giurisprudenza de libertate e di sorveglianza in materia di applicazione, revoca ed attenuazione delle misure di sicurezza detentive terapeutiche.

Si tratta, invero, di innovazioni disposte in una epoca in cui l'apoteosi della pericolosità sociale appare come inversamente proporzionale alla valanga delle critiche.

Per indicare in modo plastico l'inconsistenza scientifica del concetto basta ricordare la "famosa monetina" lanciata in aria di Ennis-Littwack, la critica serrata del concetto di pericolosità sociale, per quanto sempre più implementato nel corso degli ultimi decenni, l'auspicio del superamento della pericolosità sociale e della scissione del duplice concetto di pericolosità sociale, la pericolosità sociale come "malattia infantile della criminologia" (Debuyst), la pratica di rifiuto di perizie o di omissioni di risposta sul punto, ritenuta di esclusiva competenza del Giudice.

Sono noti i quattro modelli/metodi interpretativi di accertamento della pericolosità sociale:

1. Il modello clinico-anamnestico che ha come riferimento esclusivo l'osservazione e l'analisi psichica e, quindi, escluderebbe l'utilizzo di parametri esterni.
2. Il metodo statistico-attuariale che ha come riferimento i fattori di predittività (con punteggi), ma segnati dal carattere multiforme dei metodi e tali da mettere in conto l'inquadramento nei gruppi a rischio.
3. Il modello "combinato" dei primi.
4. Il metodo cd. intuitivo che si materializza nel "fiuto del giudice" e che lungi dall'apparire fuori dalla realtà è, invece, una triste realtà in molti casi, quanto meno perché denso di rischi.

Serpeggiano poi, nelle prime decisioni giudiziarie, i metodi o le tecniche di cd. neuroimaging, quasi come un rivolo che aumenta con l'implementazione delle neuroscienze, della biologia molecolare, della genetica comportamentale. A fronte di tanta varietà di impostazioni cd. scientifiche si imponeva un taglio netto: il divieto di rilevanza degli indicatori esterni nella valutazione della pericolosità sociale.

La fondatezza della scelta legislativa è stata solennemente sottolineata dalla recente sentenza n°186/2015 del 23 luglio 2015 della Corte Costituzionale che, sollecitata da una ordinanza del 16 luglio 2014 del Tribunale di Sorveglianza di Messina di incidente di costituzionalità dell'art. 3 ter per la parte relativa ai criteri di valutazione della pericolosità sociale dell'infermo e del seminfermo di mente, in relazione alla presunta incostituzionalità rispetto a ben 13 articoli della Costituzione, all'art.3 della CEDU ed all'art.3 della Dichiarazione Universale dei Diritti dell'uomo, nel dichiarare infondata la questione sollevata, ha ritenuto errato "il presupposto interpretativo" secondo il quale la Legge avrebbe effettuato "modifiche strutturali di istituti secolari come la pericolosità sociale".

La Corte Costituzionale con motivazione tranchant, come richiedeva il caso, ha sottolineato come la limitazione della griglia valutativa ha lo scopo di riservare le misure estreme, "fortemente incidenti sulla libertà personale, ai soli casi in cui sono le condizioni mentali della persona a renderle necessarie". Si è voluto, in altri termini, che l'applicazione della misura di sicurezza detentiva possa aver luogo o protrarsi solo in base alla specifica valutazione della situazione personale dell'infermo di mente e che non sia "conseguenza dello stato di marginalità socioeconomica in cui questi verrebbe a trovarsi se dimesso" (Resoconto stenografico, Senato della Repubblica, 23 aprile 2014).

Ancora una volta, una decisione solo apparentemente poco elaborata della Corte Costituzionale, riafferma la

prevalenza e la priorità di principi fondamentali del nostro ordinamento, come i "doveri inderogabili di solidarietà politica, economica e sociale" (art.2 Cost.), la rimozione degli ostacoli di ordine economico e sociale per il pieno sviluppo della persona umana (art.3), il diritto alla salute (art.32), rispetto agli invocati "istituti secolari" che perpetuano il paternalismo giudiziario.

5. Una pratica di deistituzionalizzazione

L'attuazione della L.81/2014 esige pratiche globali, sistemiche, istituzionali e sociali.

Innanzitutto, esige un mutamento culturale che impone una strategia di interventi diversificati e quindi, non un travaso istituzionale degli internati dagli OPG alle REMS, né queste come sostitutive dei primi.

In secondo luogo, deve essere chiaro, e bisogna farsene una ragione a tutti i livelli istituzionali, a partire dalla Magistratura e dalle Forze di Polizia, che le nuove strutture previste dall'art. 3 ter sono connotate per norma dalla esclusiva gestione sanitaria all'interno, dall'attività perimetrale di sicurezza e di vigilanza esterna, ove necessario in relazione alle condizioni dei soggetti interessati, e dalla destinazione ai soggetti provenienti, di norma, dal territorio regionale di ubicazione delle medesime. Quindi, non celle, non reparti chiusi, non agenti di polizia, non trattamenti sanitari obbligatori.

In terzo luogo, pur prendendo atto dell'incompletezza normativa, bisogna assumere l'opzione responsabile di armonizzazione interpretativa della L. 81 con l'Ordinamento penitenziario, con i Codici e con la legislazione sanitaria verificandone di volta in volta, in relazione ai nuovi bisogni, i punti applicabili secondo il principio di razionalità, e non invocando a piè sospinto la mancanza di norme finalizzata al fallimento della riforma.

Ancora, critiche infondate sono state espresse da alcuni settori componenti della psichiatria, rispetto alla possibilità che la gestione delle strutture sia affidata ai privati, paventando il grave precedente, non previsto dalle nostre leggi, di strutture detentive, sia pure sui generis, gestite da privati. Più in generale, varie critiche sono state mosse da componenti associative alla stessa configurazione delle nuove strutture, qualificate come mini OPG, tali da riprodurre vizi e storture degli attuali (maxi) OPG, con il rischio di una deriva neo-manicomiale.

Si tratta, certamente, di critiche non peregrine e non immotivate, che vanno tenute presenti nel tempo che ancora rimane per completare il percorso riformatore. Deve essere chiaro però che nulla dovrebbero conservare di manicomiale queste Residenze in quanto:

- strutture socio sanitarie, ma non penitenziarie;
- strutture, ma non istituzioni totali;
- strutture sicure, ma non chiuse;
- strutture di “gestione dell’aggressività e della debolezza”, ma non di contenzione, di TSO;
- strutture di piccole dimensioni;
- strutture temporanee.

A partire dal DPCM 1° aprile 2008, in Regione Emilia-Romagna abbiamo avviato una serie di azioni per il superamento dell’OPG (rinvio ad altri articoli della Rivista). Tra le varie azioni si colloca la nomina, con determinazione del Direttore generale Sanità e Politiche Sociali n. 9904/2011, del Gruppo di lavoro sull’esecuzione delle misure di sicurezza per persone prosciolte e riconosciute socialmente pericolose di cui all’allegato C del DPCM 1° aprile 2008.

Nell’ambito di tali attività è stata definita una scheda di valutazione in cui sono presenti una serie di indicatori, anamnestici, riguardanti la storia del paziente, interni, riferiti allo status clinico, anche riguardo alle possibilità familiari/sociali di accoglienza nel territorio. Tali indicatori hanno guidato i Servizi, sia dell’OPG che del Servizio competente territorialmente, nella stesura della Relazione che viene inviata alla Magistratura di sorveglianza, competente a decidere sulla possibilità di uscita per un percorso terapeutico -riabilitativo esterno.

Sono fondamentali i Protocolli di Intesa con le Istituzioni di riferimento. E quindi, il Protocollo sulle procedure operative di collaborazione fra il personale sanitario ed il personale della Forze di Polizia nei casi di situazioni critiche all’interno delle REMS.

I Protocolli di attuazione dell’Accordo della Conferenza Stato – Regioni.

È stata sollecitata una Circolare, poi diffusa, dei Capi della Corte e della Procura Generale di Bologna ai Presidenti dei Tribunali del Distretto ed ai Procuratori della Repubblica in merito alla chiusura degli OPG ed all’applicazione della L.81/14, nonché per la diffusione dei nominativi dei Referenti dei DSM per i contatti con la Magistratura.

È in corso di formulazione, d’intesa con i Magistrati di Sorveglianza, il Regolamento (i) delle due REMS della Regione.

6. Le obiezioni più o meno manifeste

Serpeggia un allarme sulle presunte e nuove responsabilità degli operatori dei nuovi Servizi che, francamente, mi sembra del tutto infondato. Ora, non solo la responsabilità penale degli operatori delle nuove REMS deve essere esaminata nel contesto della responsabilità degli esercenti le professioni sanitarie, ma l’esigenza difensiva dell’operatore potrebbe risolversi in pratiche di controllo coercitivo.

Le formule evocative della posizione di garanzia degli operatori e della psichiatria difensiva, amplificate ad arte contro il cambiamento, rischiano di bloccare il movimento di chiusura degli OPG. Allora bisogna precisare, ad di fuori dalle polemiche, che sono titolari di posizione di garanzia i soggetti titolari di dati interessi, nel senso che sono destinatari (fra l’altro) di obblighi di attivarsi per impedire fatti lesivi o pericolosi degli interessi affidati per legge alla loro garanzia. Quindi, sono potenziali responsabili per eventi lesivi. Esempi: sicurezza stradale, sicurezza del lavoro, ecc. Bisogna mettere radicalmente in discussione la formula posizione di garanzia, ma non negarla, quindi discutere di conformazione, di delimitazione, dei presupposti, delle implicazioni, secondo le declinazioni classiche di colpa - responsabilità - regole cautelari - regole di condotta orientate alla:

1. prevedibilità (come l’insieme delle conoscenze per rendere possibile una certa previsione), ed
2. alla “prevenibilità” (intesa come l’insieme delle conoscenze e delle competenze operative, di carattere tecnico).

Sicché la posizione di garanzia degli operatori, posta tra una posizione di controllo ed una posizione di protezione, deve essere inquadrata allo stesso modo di qualsiasi attività terapeutica, dove sono in gioco doveri di cura di persone bisognose. Nulla di più e nulla di meno.

Insomma: promuovere la persona e la sua libertà significa fare i conti con il rischio.

Bibliografia minima

Debuyst C. (1984), La notion de dangerosité, maladie infantile de la criminologie, n°2, XVII, pp.7-24

Ennis B.J. – Lirwack T.R. (1974), Psychiatry and the Presumption of Expertise. Flipping Coin in the Courtroom, in, California Law Review, 62, pp. 693- 752

Pugiotto A., Dalla chiusura degli Ospedali psichiatrici giudiziari alla (possibile) eclissi della pena manicomiale, in , Costituzionalismo.it, fasc.2/2015

Piccione D., Morte di un’istituzione totale? L superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari, in, Rivista AIC, 14 marzo 2012,7

Della Casa F., Basta con gli OPG! La rimozione di un “ fossile vivente”in Riv. It. Dir. Proc. Pen., 2013, 83

Maisto F., Quale superamento dell’OPG.?, in, Antigone, 2014, n°1, 39ss

Francesco Maisto
Presidente del Tribunale di Sorveglianza di Bologna
Ministero della Giustizia
email: francesco.maisto@giustizia.it

Gli OPG chiudono: che cosa succede ora?

Mila Ferri

1. Breve riassunto delle puntate precedenti

Il percorso di superamento di una "istituzione totale" come l'Ospedale psichiatrico giudiziario, sopravvissuta anche alla riforma Basaglia, inizia formalmente con il passaggio di competenze della sanità penitenziaria al Servizio Sanitario Nazionale. Il DPCM 1 aprile 2008, che disciplina tale passaggio, prevedeva una serie di fasi (definizione dei bacini di riferimento per ogni OPG, progressiva presa in carico dei pazienti da parte dei Centri di Salute Mentale), che avrebbero dovuto esitare nella completa attribuzione alle Regioni di residenza del trattamento delle persone con misura di sicurezza.

In questo contesto normativo le Regioni maggiormente coinvolte dal tema erano comunque quelle sede di Ospedale psichiatrico giudiziario, e quindi Lombardia, Emilia-Romagna, Toscana, Campania, Sicilia. Faticosamente queste Regioni attivarono i primi coordinamenti con le Regioni di bacino, sensibilizzando i colleghi delle altre Regioni su un tema che fino ad allora era stato affrontato in maniera volontaristica e poco organizzata. In Emilia-Romagna, sede dell'OPG di Reggio Emilia e bacino di riferimento anche per le Regioni Veneto, Friuli-Venezia Giulia, Marche e Province autonome di Trento e Bolzano, si definì una procedura di raccordo tra i Centri di Salute Mentale delle regioni di residenza e la Direzione sanitaria dell'OPG, per rendere possibile in tempi brevissimi una dimissione in misura alternativa. Contemporaneamente fu ampliata la dotazione del personale e furono messe in atto numerose misure organizzative e cliniche in grado di migliorare il trattamento all'interno dell'OPG.

Questo percorso a livello nazionale non si rivelò facile.

Le cause di questa difficoltà sono attribuibili a diversi fattori. Mettere a punto percorsi individualizzati per le persone con misura di sicurezza richiede competenze organizzative e tecnico-professionali peculiari; il corpo professionale in larga misura temeva - e teme - una delega alla custodia delle persone, in conflitto con il mandato di cura; le Regioni, soprattutto quelle non sede di OPG, faticarono a mettere in campo percorsi di cura efficaci ed appropriati. In sintesi il percorso messo in campo con il DPCM e i successivi accordi non parve idoneo all'obiettivo di superare l'istituzione OPG.

La svolta venne a seguito del report della Commissione di indagine sullo stato del SSN, presieduta dall'allora Senatore Ignazio Marino. La Commissione, approfondendo il tema dell'assistenza alle persone con disturbi mentali, programmò alcune visite agli OPG italiani, rilevandone le caratteristiche carcerarie e manicomiali e le grosse carenze strutturali, di personale e di qualità nell'assistenza erogata. La Commissione denunciò questa situazione, evidenziando casi di sostanziale abbandono di persone in questi Istituti: il meccanismo di reiterazione della misura di sicurezza, infatti, in alcuni casi ha prodotto la permanenza di persone per decenni, a fronte magari di un reato bagatellare.

Dalle conclusioni dei lavori della Commissione scaturì una discussione in Parlamento, che esitò nella emanazione della L. n.9/2012. Le misure di sicurezza a partire dal 1° aprile 2013 avrebbero dovuto essere eseguite in strutture a gestione esclusivamente sanitarie. Inoltre, furono destinate risorse per investimenti da dedicare alla costruzione di strutture o ristrutturazione di edifici esistenti, e risorse destinate al personale.

Che cosa si può osservare su questa legge? Innanzitutto viene sancito un principio importante: le persone oggetto di misura di sicurezza hanno bisogno di cure, in un ambiente dedicato. D'altro lato, la legge non modifica in alcuna parte il codice penale e l'ordinamento penitenziario. Quindi il meccanismo "reato-incapacità di intendere e di volere al momento del fatto-pericolosità sociale" persiste immutato. La misura di sicurezza detentiva permane come istituto giuridico, e tale misura detentiva deve essere eseguita in una struttura sanitaria. Questo punto è stato oggetto di forti critiche da parte di alcuni settori dei professionisti della salute mentale.

L'altro punto da sottolineare è la assoluta ed evidente improponibilità della tempistica prevista dalla legge. Porto l'esperienza della Regione Emilia-Romagna, che ha presentato il proprio programma secondo le tempistiche previste dal Ministero: il programma, approvato formalmente dal Ministero della Salute, prevedeva che la struttura sarebbe stata disponibile ad inizio 2017, senza che questa previsione temporale sia stata oggetto di rilievi da parte del Ministero.

La legge intendeva comunque lanciare un messaggio forte: gli OPG, definiti dal Presidente della Repubblica Italiana Napolitano "luoghi indegni di un paese civile", devono essere chiusi. Pur con tutti i problemi sopra elencati, mi pare chiaro che questa legge ha messo in moto il percorso che porta inevitabilmente alla chiusura degli OPG.

2. Dopo la legge 9/2012

Il percorso è stato, ed è, piuttosto accidentato. La evidente impossibilità a rispettare i tempi previsti dalla L. n. 9/2012 ha portato ad un primo rinvio e poi ad un secondo, fissato per il 31 marzo 2015. Nel frattempo la discussione sui temi politico-strategici, organizzativo-gestionali e clinico-professionali si è ampliata ed arricchita di contributi. Innanzitutto con Decreto ministeriale furono definiti i requisiti delle nuove strutture per l'esecuzione della misura di sicurezza (REMS). Successivamente a tale decreto, la discussione si è polarizzata tra due estremi. Da un lato, una parte del corpo professionale, ma anche alcune Regioni, sollevarono dubbi riguardo alla opportunità di delegare alla sanità non solo la cura ma anche la custodia; di conseguenza venivano chieste maggiori garanzie di presidio da parte delle forze dell'ordine di queste strutture. Dall'altro, altri professionisti e portatori di interesse, interpretando in modo ampio lo

spirito del legislatore, premevano affinché il ricorso alle REMS fosse minimo e possibilmente nullo, puntando maggiormente l'attenzione sul potenziamento della rete dei servizi ordinari.

Ed in effetti, l'ultima normativa emanata (L. n.81/2014), oltre a prorogare la chiusura degli OPG al 31 marzo 2015, ha introdotto alcuni importanti principi. Innanzitutto, la misura di sicurezza detentiva in REMS va applicata solo ove non siano percorribili misure alternative. Inoltre, la durata della misura di sicurezza non può essere superiore a quella massima edittale prevista per il reato commesso (con l'eccezione dei reati per i quali è previsto l'ergastolo). Ancora, la pericolosità sociale va valutata indipendentemente dalla presenza-disponibilità di un programma terapeutico.

L'Accordo in Conferenza Unificata sancito il 26 febbraio 2015 cerca di contemperare l'applicazione dell'ordinamento penitenziario alla natura completamente sanitaria delle REMS. In particolare definisce che i diritti delle persone con misura di sicurezza detentiva devono essere garantiti, in prospettiva ampliativa, in base ai principi del SSN. Inoltre viene sancita la necessità di definire accordi di collaborazione tra Regioni, Amministrazione penitenziaria e Magistratura.

Queste due normative delinearono, a mio parere, un quadro che consente di superare la polarizzazione sopra descritta. È possibile – e doveroso – da parte delle Regioni prevedere l'attivazione della rete ordinaria dei servizi, considerando le REMS come parte del percorso, e non come unica soluzione. Inoltre la interazione con la Magistratura diviene fondamentale e non eludibile.

Torniamo all'accidentato percorso che ha portato alla chiusura degli OPG. Le Regioni, a torto o a ragione, sono state ritenute le prime responsabili dei ritardi nell'applicazione della legge e dei conseguenti rinvii; dopo l'emanazione della legge n. 81/2014, tuttavia, le Regioni, a partire dall'iniziativa della Regione Emilia-Romagna, decisero di non chiedere ulteriori rinvii e di attrezzarsi anche attraverso programmazioni transitorie.

3. È deciso: si chiude!

Nel settembre 2014 fu istituito un Organismo di coordinamento per il superamento OPG, coordinato dal Sottosegretario alla Salute On. Vito De Filippo, con la partecipazione di 5 Regioni e del Ministero della Giustizia. I lavori di questo organismo furono fin da subito improntati a grande pragmatismo e alla ricerca di soluzioni ope-

rative che consentissero il rispetto dei tempi previsti. Il tavolo dopo pochi incontri fu allargato a tutte le Regioni, e nel periodo immediatamente precedente la data del 31 marzo 2015 si riunì settimanalmente. Recentemente il tavolo è stato integrato con la presenza di alcuni Magistrati di sorveglianza, e si riunisce a cadenza quindicinale.

L'Organismo per il superamento OPG ha attivamente promosso la redazione dell'Accordo sopraccitato del febbraio 2015; ha monitorato la situazione Regione per Regione, fornendo elementi al Governo per la redazione di due relazioni al Parlamento, nonché per le audizioni nelle commissioni parlamentari competenti.

Tutte le Regioni sono state chiamate a esplicitare come avrebbero affrontato la chiusura degli OPG al 31 marzo 2015. Va ricordato che la L. n.9/2012 e le successive modificazioni prevedono la possibilità per il Governo di commissariare le Regioni inadempienti.

Non tutte le Regioni si presentavano all'appuntamento con lo stesso numero di internati in OPG in rapporto alla popolazione. Una rilevazione effettuata dal Coordinamento interregionale sanità penitenziaria riferita al 2013 evidenziava un quadro piuttosto eterogeneo: si andava da un 6,5 per milione di abitanti delle Regioni Marche e Basilicata, passando per un 9/milione dell'Emilia-Romagna, fino a giungere a un 24,1/milione della Regione Campania e a un 25,5/milione della Regione Lombardia, con una media italiana di 18,8/ milione.

Le motivazioni di questa differenza possono essere molte, ma certamente non di tipo epidemiologico; è verosimile che i diversi modelli organizzativi abbiano favorito o ostacolato le dimissioni dagli OPG.

Le presenze complessive di internati in OPG al 31 dicembre 2013 erano di 933 persone, ridottesi a 793 al 9 settembre 2014, e a 761 al 30 novembre 2014. Questa costante diminuzione va attribuita ad una intensificazione del lavoro di dimissioni attraverso programmi individuali da parte delle Aziende USL, e non ad una diminuzione della emanazione delle misure di sicurezza. Calcolando il numero di persone che le Regioni dichiaravano dimissibili in tempi non lunghi, cioè persone per le quali era disponibile un programma terapeutico-riabilitativo da sottoporre alla Magistratura, si ipotizzò che al 1° aprile 2015 avrebbero dovuto essere accolte nelle REMS circa 450 persone.

Negli ultimi mesi del 2014 e nei primi del 2015 le Regioni hanno lavorato intensamente per predisporre soluzioni, anche transitorie, con i requisiti previsti per le REMS.

Tali soluzioni sono state approntate in totale assenza del previsto finanziamento dello Stato destinato all'assunzione di personale in deroga alla normativa di limitazione delle assunzioni. Alcune Regioni a tutt'oggi non hanno presentato i programmi. Altre, come è il caso dell'Emilia-Romagna, pur avendo presentato il programma a fine novembre 2014 hanno visto l'approvazione del decreto a fine giugno 2015. Queste Regioni hanno accettato di anticipare la spesa, nella convinzione della bontà del progetto.

Al 31 marzo, tuttavia, poche Regioni erano pronte ad accogliere i propri residenti: Emilia-Romagna, Basilicata con Calabria, Lombardia con Liguria e Valle d'Aosta, Lazio hanno attivato strutture immediatamente o poco tempo dopo. Successivamente si sono aggiunte Sicilia, Friuli-Venezia Giulia, Marche, Campania; a breve è prevista l'apertura in Sardegna, mentre per la fine dell'estate dovrebbero attivarsi Toscana con Umbria, Piemonte, Trentino-Alto Adige. Per le Regioni Abruzzo con Molise e Puglia sono pendenti ricorsi al TAR; la Regione Veneto non ha ancora previsto una struttura transitoria.

Oggi circa 300 persone sono accolte nelle REMS attive, mentre altrettante sono ancora accolte negli Ospedali psichiatrici giudiziari, che dal 1° aprile 2015 non accettano più ingressi; mi auguro che anche le Regioni non ancora pronte, e in particolare la Regione Veneto, si attrezzino rapidamente per rispettare la legge.

Sono convinta del fatto che sia stato messo in moto un processo irreversibile, che entro pochi mesi porterà alla definitiva chiusura degli OPG.

4. Il lavoro che ci aspetta

Il percorso delineato dalla normativa è del tutto originale. Non è possibile basarsi su precedenti esperienze: stiamo costruendo qualcosa di totalmente nuovo, e per questo particolarmente affascinante dal punto di vista organizzativo e professionale. In ogni caso, questo percorso deve a mio parere basarsi su alcuni presupposti, che si sono andati delineando in questi mesi di intenso lavoro, e che sono stati sperimentati sul campo in Emilia-Romagna.

Innanzitutto, la REMS ha senso solo se e in quanto inserita in una rete di servizi ed interventi che prevedano la presa in carico da parte della AUSL di residenza fin dalla applicazione della misura di sicurezza, e possibilmente anche prima. Per raggiungere questo obiettivo è indispensabile costruire a livello locale, con il forte supporto della Regione, circuiti interistituzionali che coinvolgano

la AUSL, gli Enti locali, la Magistratura nella fase di cognizione e di sorveglianza, i periti e i consulenti tecnici d'ufficio, l'Amministrazione penitenziaria e l'Ufficio esecuzione penale esterna. La delicata relazione con la Magistratura deve essere curata con particolare attenzione, condividendo la natura sanitaria dell'intervento nel rispetto della sicurezza dei cittadini e dei pazienti stessi. È inoltre fondamentale supportare tutto il processo con capillari azioni formative e informative. I professionisti della salute mentale, ma anche degli Enti locali, del volontariato e dell'associazionismo ci chiedono di essere formati; i policy makers hanno necessità di informazioni specifiche e aggiornate; la Magistratura ha necessità di conoscere i referenti delle Aziende sanitarie; i periti devono essere aggiornati sulle scelte di politica sanitaria regionali e locali.

Le risorse messe a disposizione dalla L. n.9/2012 devono essere utilizzate in modo oculato, bilanciando le necessità di funzionamento delle REMS con l'indispensabile potenziamento dei Dipartimenti salute mentale e della assistenza psichiatrica negli istituti penitenziari.

La Regione deve presidiare con costanza e attenzione questo processo, avendo a disposizione dati aggiornati quotidianamente sulla situazione, sostenendo l'attività delle REMS e i percorsi alternativi, relazionandosi con tutte le Istituzioni e i portatori di interessi.

Chiudere gli OPG comporta un impegno quotidiano. La Regione Emilia-Romagna si è mossa e continuerà a muoversi in questo senso.

Mentre scrivevo questo articolo, sono stata invitata a partecipare ad un concerto offerto ai pazienti della REMS di Bologna da un gruppo di giovani e bravi musicisti della Associazione Consonanze. In una calda serata estiva ci siamo trovati in tanti, nel giardino della REMS "Casa degli Svizzeri": pazienti, professionisti della REMS, dei CSM e del privato sociale, la Direttrice della AUSL di Bologna, il Presidente del Tribunale di Sorveglianza e il Magistrato di sorveglianza di Bologna, dirigenti regionali. In una atmosfera informale e rilassata abbiamo ascoltato le note di Beethoven e abbiamo assaggiato il buffet preparato dai pazienti. Proprio come dovrebbe essere: tutti i protagonisti del cambiamento presenti, nutrimento per corpo e mente.

Bibliografia di riferimento

Senato della Repubblica – XVI legislatura - COMMISSIONE PARLAMENTARE DI INCHIESTA SULL'EFFICACIA E L'EFFICIENZA DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE Istituita con deliberazione del Senato del 30 luglio 2008: RELAZIONE SULLE CONDIZIONI DI VITA E DI CURA ALL'INTERNO DEGLI OSPEDALI PSICHIATRICI GIUDIZIARI Relatori sen. Michele SACCOMANNO e sen. Daniele BOSONE Approvata dalla Commissione nella seduta del 20 luglio 2011

Senato della Repubblica – XVI legislatura R E L A Z I O N E SULLO STATO DI ATTUAZIONE DEI PROGRAMMI REGIONALI RELATIVI AL SUPERAMENTO DEGLI OSPEDALI PSICHIATRICI GIUDIZIARI (Articolo 3-ter, comma 8-bis, del decreto-legge 22 dicembre 2011, n. 211, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 febbraio 2012, n. 9) Presentata dal Ministro della GIUSTIZIA (CANCELLIERI) e dal Ministro della salute (LORENZIN) Comunicata alla Presidenza il 16 dicembre 2013

LEGGE 30 maggio 2014, n. 81 Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 31 marzo 2014, n. 52, recante disposizioni urgenti in materia di superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari. (14G00093) (GU Serie Generale n.125 del 31-5-2014)

ATTI PARLAMENTARI XVII LEGISLATURA- CAMERA DEI DEPUTATI Doc. CCXVII n. 1 RELAZIONE SULLO STATO DI ATTUAZIONE DELLE INIZIATIVE PER IL SUPERAMENTO DEGLI OSPEDALI PSICHIATRICI GIUDIZIARI (Aggiornata al 30 settembre 2014) (Articolo 1, comma 2-bis, del decreto-legge 31 marzo 2014, n. 52, convertito, con modificazioni, dalla legge 30 maggio 2014, n. 81) Presentata dal Ministro della salute (LORENZIN) e dal Ministro della giustizia (ORLANDO) Trasmessa alla Presidenza il 30 settembre 2014

ATTI PARLAMENTARI XVII LEGISLATURA- CAMERA DEI DEPUTATI Doc. CCXVII n. 2 RELAZIONE SULLO STATO DI ATTUAZIONE DELLE INIZIATIVE PER IL SUPERAMENTO DEGLI OSPEDALI PSICHIATRICI GIUDIZIARI (Aggiornata al 31 dicembre 2014) (Articolo 1, comma 2-bis, del decreto-legge 31 marzo 2014, n. 52, convertito, con modificazioni, dalla legge 30 maggio 2014, n. 81) Presentata dal Ministro della salute (LORENZIN) e dal Ministro della giustizia (ORLANDO) Trasmessa alla Presidenza il 12 febbraio 2015

ATTI PARLAMENTARI XVII LEGISLATURA- CAMERA DEI DEPUTATI Doc. CCXVII n. 3 RELAZIONE SULLO STATO DI ATTUAZIONE DELLE INIZIATIVE PER IL SUPERAMENTO DEGLI OSPEDALI PSICHIATRICI GIUDIZIARI (Aggiornata al 31 marzo 2015) (Articolo 1, comma 2-bis, del decreto-legge 31 marzo 2014, n. 52, convertito, con modificazioni, dalla legge 30 maggio 2014, n. 81) Presentata dal Ministro della salute (LORENZIN) e dal Ministro della giustizia (ORLANDO) Trasmessa alla Presidenza il 16 aprile 2015

Mila Ferri

Medico, Responsabile Area Salute Mentale Dipendenze Patologiche e Salute nelle Carceri - Regione Emilia Romagna

email: miferri@regione.emilia-romagna.it

Tel. 051 5277478

Il sistema di monitoraggio per il superamento degli OPG in Italia e in Regione Emilia-Romagna

Alessio Saponaro, Valeria Calevro, Anna Cilento,
Teresa Di Fiandra, Mila Ferri, Natalia Magliocchetti

La legge n. 81 del 31 maggio 2014, modificando in parte la precedente legge n. 9/2012, segna un punto di svolta in Italia che può definirsi fondamentale in quanto traccia lo stesso percorso che portò alla chiusura dei manicomi con la legge 180. Più che un punto di arrivo è un punto di partenza: gli Ospedali psichiatrici giudiziari, istituiti con una legge nel 1930, saranno progressivamente e definitivamente chiusi.

La riforma ha previsto un percorso a step successivi: dal trasferimento delle competenze in tema di sanità penitenziaria al Servizio Sanitario Nazionale, sino al passaggio delle competenze sulla valutazione clinica e cura delle persone autori di reato e giudicati pericolosi e incapaci di intendere e volere al momento del fatto dal Ministero della Giustizia alle AUSL/Regioni. È demandato ai Centri di salute mentale delle AUSL il compito di farsi carico della progettazione dei programmi riabilitativi territoriali alternativi alla detenzione, realizzati in base alle condizioni sanitarie delle persone.

Alle Regioni, attraverso le proprie articolazioni sanitarie aziendali, è demandato il compito sia di realizzare le REMS - Strutture residenziali per l'esecuzione delle misure di sicurezza - sia di prendere in carico questi pazienti predisponendo programmi di dimissibilità e di cura alternativa.

Questo obiettivo ha fatto sì che tutte le Regioni, con diverse velocità, abbiano istituito le REMS diminuendo progressivamente, come i dati presentati di seguito dimostreranno, il numero di persone presenti in OPG. L'Emilia-Romagna ha attivato, a partire dal 1 aprile 2015, due residenze provvisorie ma perfettamente funzionanti, presso l'AUSL di Parma Casale di Mezzani e

l'AUSL di Bologna Casa degli Svizzeri.

Come previsto dalla normativa, il processo di superamento degli OPG e di istituzione delle REMS è stato supportato da un'attività di costante monitoraggio dei risultati raggiunti. Gli attori di questo monitoraggio sono stati essenzialmente due:

- il Gruppo tecnico interregionale sanità penitenziaria, coordinato dalla Regione Emilia-Romagna, con il compito di facilitare il confronto tra le Regioni e il raggiungimento degli obiettivi prefissati;
- l'Organismo di coordinamento superamento OPG, istituito presso il Ministero della Salute e presieduto dal Sottosegretario alla Salute.

I dati di seguito presentati vengono essenzialmente da tre diverse fonti:

- relazione al Parlamento sul Programma di superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari, ai sensi del decreto-legge 31 marzo 2014, n.52, convertito dalla legge 30 maggio 2014 n. 81, realizzata congiuntamente dal Ministero della Giustizia e dal Ministero della Sanità;
- report Ospedale Psichiatrico Giudiziario Presenze e flussi - Anni 2012 e 2013, a cura del Gruppo tecnico interregionale Sanità penitenziaria;
- sistema di monitoraggio degli utenti in OPG della Regione Emilia-Romagna.

Le sedi di OPG in Italia hanno capienza regolamentare molto differenziata, si va dai 100 posti di Secondigliano a 452 di Barcellona Pozzo di Gotto. Relativamente al monitoraggio del sistema nazionale sono stati rilevati i dati relativi alle seguenti sedi di OPG in Italia:

- Reggio Emilia

- Castiglione delle Stiviere (MN)
- Montelupo Fiorentino (FI)
- Aversa Filippo Saporito (CE)
- Napoli Sant'Eframo (c/o C.C. Secondigliano, NA)
- Barcellona Pozzo di Gotto (ME).

Gli utenti in OPG in Italia

Il Coordinamento interregionale Sanità penitenziaria, in raccordo con il Ministero della Salute, ha realizzato alcune rilevazioni puntuali per monitorare il numero di pazienti in OPG e, di conseguenza, l'impatto che tali numeri avrebbero successivamente avuto sulle strutture REMS. La raccolta dati è stata curata dalle Regioni attraverso le Direzioni sanitarie degli OPG.

La rilevazione è stata effettuata in un giorno puntuale, per eliminare gli effetti dei diversi spostamenti, al 31 dicembre del 2012 e 2013.

Nel 2013, ultimo dato rilevato dal Coordinamento (Tab. 1), i pazienti in OPG erano 1.337 di cui 941 presenti in OPG e 396 in Licenza Finale Esperimento – una sperimentazione della durata di solito di sei mesi presso la famiglia o una struttura per pazienti psichiatrici. Tra i due anni esaminati si osserva una crescita dei presenti del 4,9%. Si potrebbe affermare che in una prima fase la nuova normativa, a partire dalla L. 9/2012, non ha prodotto dei risultati di diminuzione dei pazienti in OPG e un aumento delle persone in LFE.

A seguito delle modifiche normative suddette, ogni Regione è tenuta ad assistere i propri residenti anche presso i servizi territoriali o residenziali di salute mentale adulti. La residenza degli internati in OPG e la popo-

lazione residente in ogni regione sono stati gli indicatori base sui quali le Regioni hanno previsto l'impatto sulle REMS e sui servizi territoriali e, di conseguenza, definito la programmazione necessaria al superamento degli OPG.

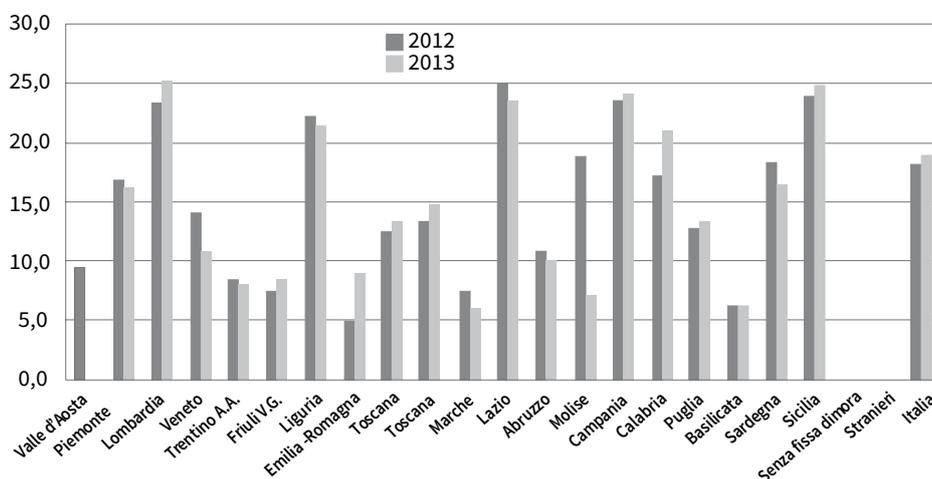
Tab. 1. Internati in OPG e variazioni % negli anni (rilevazione puntuale 31 dicembre)

Anno		Presenti	LFE	Totale
2012	v.a. %	897 68,9%	405 31,1%	1.304 100,0%
2013	v.a. %	941 70,4%	396 29,6%	1.337 100,0%
Var.% 2013/2012		4,9%	-2,2%	2,7%

Il numero di persone in OPG è molto differenziato per ogni regione e non sempre è in relazione al numero di cittadini residenti; probabilmente alcuni fattori organizzativi o locali hanno anche determinato la maggiore o minore quota di utenti. Le regioni con maggior numero di utenti presenti sono Lombardia (207), Campania (112), Lazio (109) e Sicilia (102).

In Italia i tassi grezzi di prevalenza (Fig. 1) nel 2013 sono stati di 18,9 utenti in OPG per milione di abitanti, valore che conferma quello dell'anno 2012 (18,2). Quasi tutte le regioni hanno mantenuto lo stesso tasso di prevalenza nel corso dei due anni esaminati. I valori più alti si riscontrano in Lombardia (25,5 per milione), Sicilia (24,9), Campania (24,1), Lazio (23,5), Liguria (21,5) e Calabria (21,0). Le altre regioni hanno avuto dei tassi inferiori al 16 per milione.

Fig. 1. Rapporto internati "presenti" residenti su popolazione maggiorenne per regione di residenza (tasso * 1.000.000)



Gli utenti in OPG della Regione Emilia-Romagna

Anche la Regione Emilia-Romagna si è dotata di un proprio strumento di monitoraggio degli utenti presenti nell'OPG di Reggio Emilia. Il bacino di riferimento dell'OPG è costituito da cinque Regioni/Province autonome: Veneto, Marche, Friuli Venezia Giulia, Trentino-Alto Adige ed Emilia-Romagna.

Il monitoraggio è stato effettuato in alcuni periodi campione dal 2010 al 2014 al fine di individuare quale impatto vi sarebbe stato successivamente con l'apertura delle REMS per i residenti in Emilia-Romagna e per i residenti in altre regioni.

Di fatto vi è stato un costante e significativo calo delle persone inserite in OPG di Reggio Emilia (Tab.2 e Fig. 2). Da 289 del settembre 2010 a 143 del dicembre 2014, con un calo di circa il 50% delle presenze totali. Risultano rilevanti i cali dei residenti in Emilia-Romagna (da 48 del 2010 a 32 del 2014), ma anche delle Regioni di bacino (da 74 del 2010 a 68 del 2014). Complessivamente, nell'OPG di Reggio Emilia sono presenti a dicembre 2014, il 22,4% dei residenti in Emilia-Romagna, il 47,6% dei pazienti residenti in regioni del bacino e il 30,0% di regioni non di bacino.

Vi è anche da evidenziare un buon risultato raggiunto con l'apertura delle REMS: a maggio 2015 non vi era nessun

internato negli OPG italiani residente in Emilia-Romagna. I dimessi nel corso del 2014 dall'OPG di Reggio Emilia sono stati complessivamente 31, di cui 13 con licenza finale esperimento, 11 per revoca della misura di sicurezza detentiva o revoca della misura di sicurezza provvisoria e trasferimento in libertà vigilata, 6 scarcerati con libertà vigilata e 1 ricovero in luogo di cura esterno.

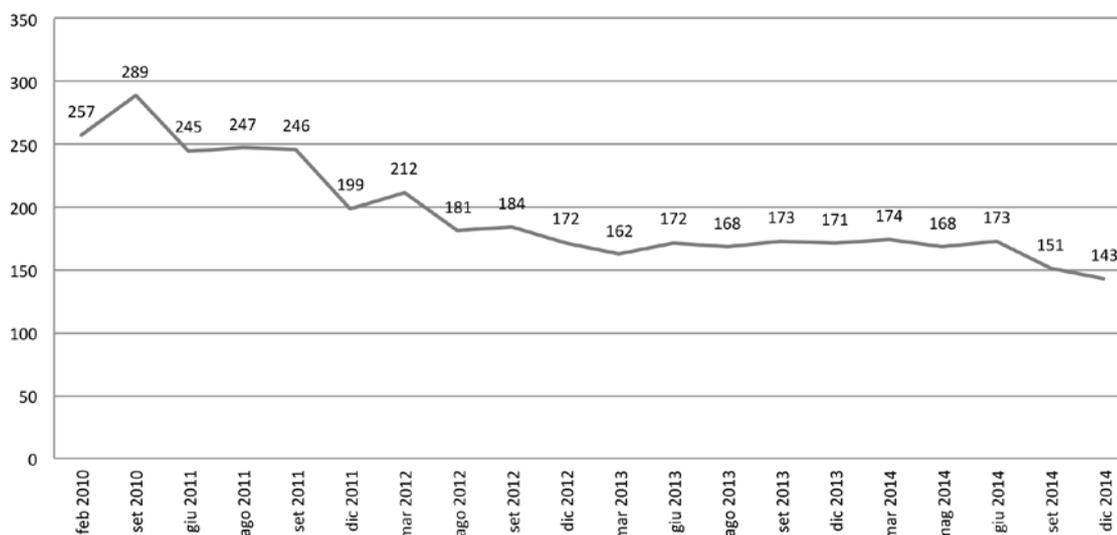
Tab. 2. Monitoraggio presenze in OPG per aree di residenza degli assistiti in alcuni periodi campione (Valori %)

Area	sett 2010	dic 2011	dic 2012	dic 2013	dic 2014
Emilia-Romagna	48	44	25	34	32
Altre Bacino	74	82	63	64	68
Extra Bacino	145	73	64	73	43
SFD e Estero	22	0	20	0	0
Totale	289	199	172	171	143

Dimissibilità

La dimissibilità dei pazienti dall'OPG rappresenta uno degli obiettivi principali da raggiungere. La legge 81/2014 stabilisce che «i percorsi terapeutico-riabilitativi individuali di dimissione di ciascuna delle persone ricoverate negli ospedali psichiatrici giudiziari alla data di entrata in vigore della legge di conversione devono essere obbligatoriamente predisposti e inviati al Ministero della salute e

Fig. 2. Monitoraggio "presenti" in OPG di Reggio Emilia in alcuni periodi campione



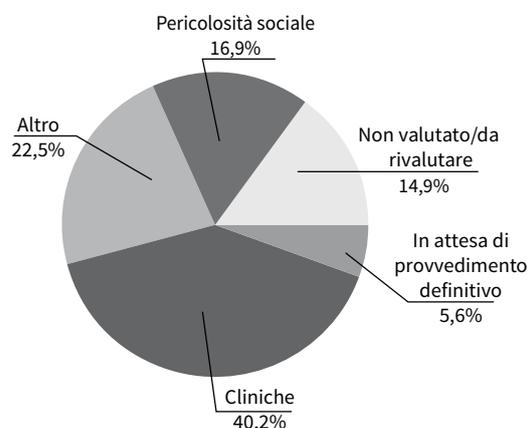
alla competente autorità giudiziaria». Le REMS ospitano solo le persone non dimissibili, cioè con problematiche cliniche o di altro tipo, che non possono essere trattati presso le strutture dei servizi territoriali dei servizi di salute mentale adulti. È questo lo spirito sancito nella legge, tendendo comunque in considerazione che la decisione definitiva sulla dimissione dei pazienti viene comunque presa dal Magistrato.

Pertanto, le regioni italiane hanno compilato i piani individuali di dimissibilità per la quasi totalità delle persone presenti in OPG. Tutti i dati relativi al periodo luglio-agosto 2014 sono stati raccolti ed elaborati dal Ministero della Salute al fine di fornire un primo quadro sintetico sugli utenti inseriti in OPG.

Su 826 schede inviate dalle regioni, il 57,6% (476 pazienti) è stato dichiarato non dimissibile (Fig. 3) da parte degli psichiatri delle regioni, pertanto non erano state individuate le condizioni per un programma alternativo all'OPG. Le motivazioni ampie e varie, vanno da condizioni cliniche (40,2%), pericolosità della persona (16,9%), da rivalutare o non valutato (14,9%) o in attesa di provvedimento definitivo e quindi ancora non dimissibili (5,6%). Sono individuabili un'ampia serie di altre motivazioni che sono state aggregate in una unica voce (22,5%).

Fig. 3. Motivazione della non dimissibilità dei pazienti in OPG (% totali, periodo giugno 2014)

Fonte: Elaborazione Ministero Salute su dati Regioni.



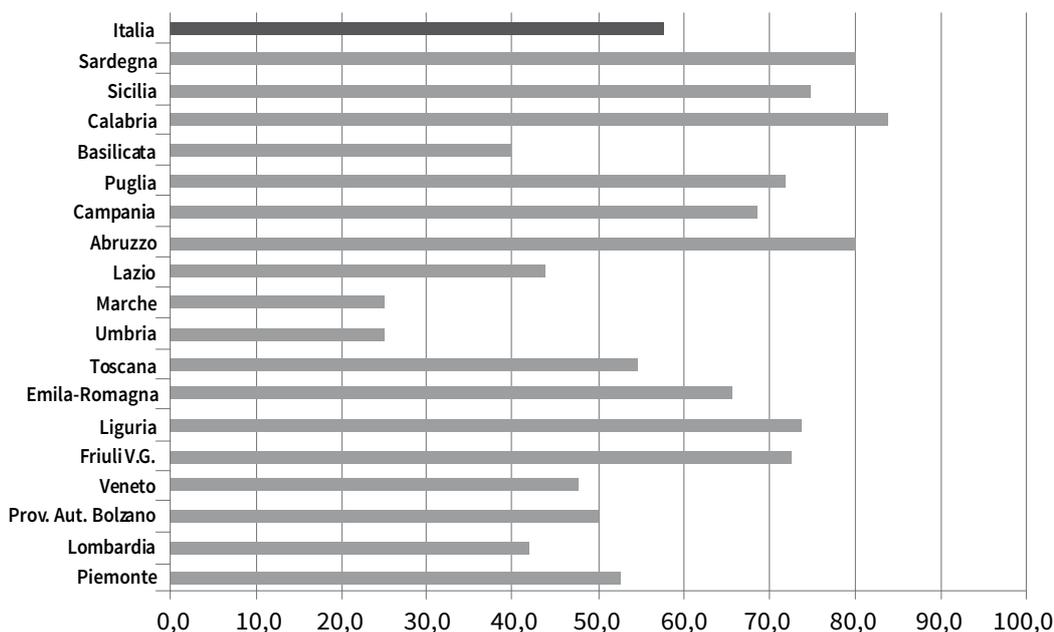
Per 476 detenuti sono stati previsti altri tipi di percorso alternativo alla detenzione in OPG. L'inserimento in strutture residenziali è sicuramente la via elettiva, dato che è stata prevista per l'84,9% dei detenuti, seguita dai programmi ambulatoriali (5,9%) e inserimento in strutture semiresidenziali (3,4%). Per 5,9% dei casi non è stata indicata nessun percorso.

Al primo monitoraggio le differenze tra le regioni sono risultate consistenti (Fig. 4). A prescindere dal numero

Fig. 4. Percentuale di pazienti non dimissibili sul totale dei pazienti in OPG per Regione di residenza dell'assistito (% periodo di rilevazione giugno 2014)

Fonte: Elaborazione Ministero Salute su dati Regioni.

* In alcune regioni è elevata la quota di non valutabile /dato non inviato. In particolare: Friuli VG: 27,3%, Lombardia: 14,1%, Piemonte: 5,1%.



di pazienti, le regioni dove vi è stata la maggior percentuale di soggetti dimissibili sono la Calabria (83,9%), Abruzzo (80,0%), Sardegna (80,0%) e Sicilia (75,0%).

Conclusioni

L'apertura delle REMS rappresenta senza dubbio una delle più importanti novità della psichiatria italiana. È stato riconosciuto alle persone internate in OPG un diritto alla cura, così come fortemente auspicato dalla Commissione Parlamentare di inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del Servizio Sanitario Nazionale con la Relazione sulle condizioni di vita e di cura all'interno degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari nel 2011, che riportava: «Assetto strutturale e condizioni igienico-sanitarie: gravi e inaccettabili sono le carenze strutturali e igienico-sanitarie rilevate in tutti gli OPG ... tutti gli OPG presentano un assetto strutturale assimilabile al carcere o all'istituzione manicomiale, totalmente diverso da quello riscontrabile nei servizi psichiatrici italiani».

L'apertura delle REMS, e correlata normativa, rappresenta un elemento innovativo in merito alla deistituzionalizzazione delle persone con problematiche psichiatriche, che potrà consentire all'Italia di collocarsi quale punto di riferimento internazionale, al pari di quanto accaduto con la legge n. 180/78 per la chiusura dei manicomi.

Il sistema di monitoraggio degli utenti inseriti in OPG ha avuto il merito di tracciare l'andamento dei progressi delle singole regioni per i progetti alternativi all'OPG ed ha rappresentato un elemento su cui basare la programmazione per l'apertura delle REMS.

Il lavoro non può dirsi concluso; vi sono alcune regioni che attueranno la riforma con l'apertura delle REMS a breve.

Il lavoro non è concluso in quanto sarà necessario strutturare un sistema di monitoraggio dei percorsi terapeutico-riabilitativi messi in atto dai CSM delle Aziende sanitarie. Esistono delle esperienze consolidate, come il Sistema informativo di superamento degli OPG realizzato dalla Regione Campania (SMOP) che molte regioni italiane stanno valutando di adottare quale strumento per monitorare e valutare i percorsi dei pazienti ancora inseriti in OPG, di quelli nelle REMS e di quelli territoriali. L'Emilia-Romagna, come altre regioni italiane, sta strutturando un accordo di collabo-

razione con la Regione Campania al fine di valorizzare l'esperienza maturata in questi anni. Non in ultimo, l'utilizzo di uno strumento informativo unico, permetterà di condividere modelli di rilevazione, specificità locali, nonché un modello di valutazione condiviso sui risultati ottenuti.

Bibliografia

Lega I., del Re D., Mirabella F., Di Fiandra T., Gruppo OPG-ISS, Verso il definitivo superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari, luglio-agosto 2014, <http://www.epicentro.iss.it>.

Peloso P.F., D'Alema M., Fioritti A., Mental health care in prisons and the issue of forensic hospitals in Italy. *J Nerv Ment Dis* 2014;202(6):473-8.

Fioritti A., Ferriani E., Rucci P., et al., I fattori predittivi della durata di degenza in ospedale psichiatrico giudiziario: un'analisi di sopravvivenza. *Epidemiol Psichiatr Soc* 2001;10(2):125-33.

Fioritti et Al., I percorsi assistenziali del paziente reo: il punto di osservazione dell'ospedale psichiatrico giudiziario. *Psichiatria e carcere, Noos*, 1/2006.

Commissione Parlamentare di inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del Servizio Sanitario Nazionale, Relazione sulle condizioni di vita e di cura all'interno degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari nel 2011, Roma, 2011.

Rif.

Alessio Saponaro

Sociologo sanitario, Responsabile Osservatorio regionale Salute mentale Dipendenze patologiche, Salute nelle carceri
email: asaponaro@regione.emilia-romagna.it

Tel. 051 527 7478

Intervista ai professionisti delle REMS di Bologna e Parma

a cura di

Anna Cilento, Dorella Costi, Paolo Ugolini

Intervistati REMS “Casa degli Svizzeri” di Bologna

- Dott.ssa Maria Grazia Fontanesi (Psicologa)
 - Anna Rita Fiorentini (Educatore Professionale)
 - Giuseppe Santella (Infermiere)
-

D. 1 Come prima domanda potete introdurre sinteticamente come è nata la REMS di Bologna e quali sono stati i percorsi di inserimento professionale?

Come è noto, a Bologna non vi era l'OPG; la struttura che ospita l'attuale REMS precedentemente era una residenza psichiatrica, la “Casa degli Svizzeri”. Una considerevole parte dell'équipe di quell'unità operativa (infermieri ed OSS) ha deciso di sperimentare il cambiamento e l'innovazione, seguendo un percorso formativo che ha portato all'apertura della REMS; un altro gruppo di operatori, invece, proviene da altre esperienze. L'équipe multidisciplinare è costituita da: medico psichiatra responsabile della Unità Operativa cui afferisce la REMS, un medico psichiatra a tempo pieno, un coordinatore infermieristico, una psicologa 2 giorni a settimana per l'attività clinica, 4 educatori professionali, un'assistente sociale part-time, 13 infermieri professionali, 7 OSS, un'amministrativa, un medico di medicina generale una volta a settimana, medici psichiatri di guardia fino alle 20 di sera. Il turno minimo prevede la presenza di almeno 2 infermieri professionali ed 1 OSS, con la reperibilità notturna e festiva del medico psichiatra. Questa organizzazione consente un buon rapporto numerico operatore

paziente, necessario per il raggiungimento di un buon livello di individualizzazione della relazione.

Prima dell'apertura della REMS di Bologna, il personale già selezionato ha partecipato ad una formazione specifica intensiva sia teorica che pratica; inoltre sono attualmente in corso moduli di formazione e supervisione permanenti rivolti a tutta l'équipe (Il modello della Schema Therapy, Supervisione sui Gravi Disturbi di Personalità, Risk Mangement).

Oltre alle professionalità differenti, significative sono le diverse esperienze professionali: una buona parte del personale da anni lavora in ambito psichiatrico, per la maggior parte nella stessa struttura e nella medesima équipe; almeno un terzo dello staff invece proviene da altri ambiti lavorativi: alcuni dal territorio (CSM o Ser.T), alcuni da unità operative ospedaliere internistiche, altri ancora dal settore socio-sanitario. È chiaro che questo incide nell'approccio con i pazienti, alcuni di noi infatti si sentono poco attrezzati rispetto alla specificità dei bisogni di questi pazienti, ma al tempo stesso uno sguardo “nuovo” consente di porre domande che stimolano l'équipe nella lettura della complessità.

Psicologo: Come psicologo lavoro all'OPG di Reggio Emilia dall'anno 2000 pertanto sono da anni attivamente

te coinvolta nel lungo processo di chiusura degli OPG. La mia formazione è molto specifica ed è permanente nell'ambito della psichiatria forense. In occasione dell'apertura della REMS mi è stata chiesta la disponibilità a portare la mia esperienza clinica e, nonostante la distanza effettiva dal mio luogo di vita, ho accettato con grande entusiasmo.

Educatore Professionale: Gli educatori sono stati contattati da una graduatoria di un concorso del 2009, per un tempo determinato di 12 mesi: solo in due hanno accettato il posto. Solo a metà giugno sono arrivati gli altri due educatori, da altre graduatorie della Regione Emilia-Romagna. Personalmente ho sempre lavorato per cooperative sociali, prevalentemente nel settore del disagio sociale. Fra gli altri educatori c'è chi ha lavorato nell'OPG di Castiglione delle Stiviere, chi in comunità psichiatriche.

Infermiere: Sapevo di una prossima apertura di questa struttura dentro l'azienda per cui lavoro: appena uscito il bando ho fatto richiesta di partecipazione e sono stato fortunato poiché in totale le domande sono state solo 35 a fronte di una richiesta di 13 posti, considerando che 8 posti erano riservati ai colleghi che già lavoravano nella struttura "Casa degli Svizzeri", che è stata poi sostituita con la REMS.

D.2 Avete implementato procedure, protocolli, istruzioni operative generali o specifiche o avete tradotto le vostre "buone pratiche" professionali? State utilizzando (o avete intenzione di utilizzare) strumenti di valutazione dell'esito?

È stato elaborato un format per la costruzione del progetto individualizzato specifico che prevede la condivisione degli obiettivi con il paziente stesso.

Gli strumenti e le procedure specifiche in uso sono quindi state elaborate dall'équipe sulla base dei protocolli condivisi con Magistratura e Forze dell'Ordine. Il lavoro in équipe, quindi, ha permesso la condivisione di modelli relazionali e operativi specifici.

Inoltre, è in corso una collaborazione con l'Università di Bologna, facoltà di Psicologia Giuridica, proprio per la scelta di strumenti evidence based, per quanto riguarda l'assessment e la valutazione dell'esito (Scheda socio-demografica, BPRS, SCID II, HCR-20, PCL-R, GAS, ASSE K, Batteria cognitiva e neuropsicologica). Al momento è in corso la somministrazione della batteria di assessment sui pazienti presenti e si sta delineando la definizione

degli obiettivi generali di cura.

D.3 Quali sono le opportunità e i rischi secondo chi ci lavora?

Al momento, dal punto di vista della sicurezza interna non si sono verificati episodi degni di nota; alcuni momenti critici sono stati risolti con interventi di tipo relazionale. Ad aprile un paziente si è allontanato dalla struttura: gli operatori hanno messo in atto le procedure previste ed il paziente è stato ricondotto in struttura dalle forze dell'ordine entro le 24 ore. Di conseguenza sono stati rafforzati i dispositivi di contenimento del perimetro della struttura. All'interno è presente un presidio h24 di vigilanza da parte di guardie giurate, che dispongono di dispositivi di videosorveglianza esterna e controllano gli accessi alla struttura. Attualmente si stanno concludendo le attivazioni di ulteriori dispositivi di segnalazione di criticità (allarmi da polso per gli operatori e allarmi a muro in ogni locale), sia per la sicurezza dei pazienti, sia per quella degli operatori. È in uso un registro di eventi sentinella e critici. L'obiettivo è quello di costituire un team di lavoro a forte coesione interna attraverso la formazione permanente sul modello operativo di riferimento, gli incontri quotidiani di staff e gli incontri di équipe settimanali. Si lavora sul coinvolgimento dei pazienti, attraverso colloqui e gruppi settimanali, per favorire una buona gestione della quotidianità (spazi e tempi di vita). Il riscontro è positivo. Il clima interno è stato, sino ad oggi, tranquillo, orientato alla mediazione ("Occhi che guardano, orecchie che ascoltano").

È molto evidente, da parte di tutti, una notevole discrepanza fra la percezione del pericolo da parte dell'esterno (sia opinione pubblica che professionisti del settore) e quella di chi invece lavora nella struttura: ciò non significa sottovalutare o quantomeno negare la possibilità che possano delinearsi situazioni difficili o rischiose, ma che possano essere affrontate caso per caso in uno spirito di più totale collaborazione e condivisione tra i vari servizi. Le situazioni difficili si affrontano solo se sono responsabilmente considerate da parte di tutti.

Al momento nessun operatore ha chiesto di essere spostato dal servizio, anzi sono da segnalare richieste di personale interessato a fare parte di questa esperienza lavorativa.

D.4 Qual è la qualità dei rapporti istituzionali, e non, con le forze dell'ordine, autorità giudiziaria e magi-

struttura di sorveglianza?

Il rapporto con la magistratura è curato dal responsabile della struttura; il medico psichiatra della struttura ha la delega per la richiesta di permessi e autorizzazioni varie. Nei primi mesi si è vissuto un clima piuttosto restrittivo (i magistrati non hanno concesso autorizzazioni ad uscite, se non per motivi sanitari); dal mese di giugno è stato possibile sperimentare attività individuali riabilitative all'esterno della struttura. Si auspica che il buon esito di queste esperienze apra la possibilità ad attività di gruppo sul territorio. L'Amministrazione penitenziaria si occupa della gestione della posizione giuridica degli internati e delle traduzioni. Le forze dell'ordine del territorio provvedono ad eseguire occasionali interventi di monitoraggio. Alla luce dell'esperienza di allontanamento volontario dell'ospite è stato migliorato il protocollo di intervento in caso di chiamata da parte degli operatori della struttura.

D.5 Allo stato dell'arte attuale, a vostro parere, quali sono i punti di forza e i punti di debolezza della vostra REMS? Ci sono ambiti ove maggiormente e fattibilmente rilevate margini di miglioramento?

Tra i punti di forza troviamo:

- la multidisciplinarietà rappresenta un valore aggiunto poiché la nostra esperienza è orientata ai fini del raggiungimento dell'obiettivo terapeutico condiviso;
- la stringente e assidua collaborazione con i servizi territoriali di riferimento dei pazienti;
- la collocazione della struttura (nel centro di Bologna ma all'interno di una area verde);
- l'essere parte in termini organizzativi di una Unità Operativa Complessa (Carcere – Residenza a Trattamento Intensivo – REMS), che rinforza i livelli di collaborazione nella gestione di casi complessi.

Tra i punti di debolezza possiamo individuare:

- la logistica degli spazi, ricavata da una precedente struttura e non costruita ad hoc (troppo dispersiva, impianti e finiture non del tutto in linea con i criteri di sicurezza specifica);
- la scarsa possibilità di svolgere attività interne ed esterne per carenza di risorse destinate e per le restrizioni giudiziarie, che genera una quotidianità scarsamente strutturata dove i pazienti lamentano assenza di stimolazioni.

Intervistati REMS di Parma

- Pietro Domiano Psicologo, Psicoterapeuta
- Valerio Amore, Infermiere
- Ivana Vincenza Molinaro, Tecnica della Riabilitazione
- Chiara Malorgio, Tecnica della Riabilitazione

D. 1 Come prima domanda potete introdurre sinteticamente come è nata la REMS di Parma e quali sono stati i percorsi di inserimento professionale?

La REMS di Casale di Mezzani (PR) è nata come struttura provvisoria che accoglie al suo interno un massimo di dieci persone afferenti alle province di residenza di Parma, Piacenza, Modena e Reggio Emilia, Area Vasta Emilia Nord, tutte di sesso maschile, che sono state giudicate totalmente o parzialmente incapaci di intendere e di volere e a cui sono state applicate le misure di sicurezza detentive.

La REMS di Parma è una struttura residenziale sanitaria specializzata per l'esecuzione delle misure di sicurezza, nell'ambito della rete delle strutture del Dipartimento

di Salute Mentale - Dipendenze Patologiche. Si pone pertanto l'obiettivo della cura di questi ospiti. A tal fine è stata strutturata una équipe multiprofessionale formata da ventitre operatori, due psichiatri, di cui uno è il responsabile, uno psicologo, una assistente sociale, una coordinatrice infermieristica, quattro tecnici della riabilitazione, otto infermieri, cinque operatrici socio sanitarie (OSS), un collaboratore amministrativo. La maggior parte degli operatori che prestano servizio presso la REMS proviene da precedenti esperienze in ambito psichiatrico presso il DSM-DP di Parma. A questi si sono aggiunti le figure mancanti attingendo a graduatorie attive per ruolo professionale. Si è venuto pertanto a formare un gruppo di lavoro che presenta un mix di esperienza e freschezza

lavorativa. L'età media degli operatori si colloca sui 35 anni circa.

L'inserimento professionale è avvenuto in modo graduale. A tutti gli operatori è stato erogato un iniziale corso di formazione dal titolo "Oltre l'OPG: gli interventi del DSM-DP per i pazienti autori di reato e l'organizzazione delle Residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza", suddiviso in 4 moduli riguardanti gli aspetti giuridici, psicopatologici, la sicurezza e la responsabilità professionale, la costruzione dei progetti terapeutici riabilitativi personalizzati, svolto in alternanza presso le sedi Ausl di Parma e Bologna. Il corso di formazione e il graduale inserimento degli ospiti, avvenuto a far tempo dal 27 aprile 2015, ha consentito all'équipe di conoscersi e di amalgamarsi e di produrre tutti i documenti necessari per l'avvio della struttura.

D.2 Avete implementato procedure, protocolli, istruzioni operative generali o specifiche o avete tradotto le vostre "buone pratiche" professionali? State utilizzando (o avete intenzione di utilizzare) strumenti di valutazione dell'esito?

I primi mesi di lavoro sono serviti per mettere a punto procedure, protocolli, istruzioni operative generali e specifiche. Per esemplificare sono stati prodotti i documenti interni alla struttura (mission e vision, regolamento, turnistica medici e personale di comparto, pronta disponibilità infermieristica e medica, programma delle attività settimanali, clinical competence del personale), le procedure di accoglienza e dimissione, di emergenza e urgenza sia internistica che psichiatrica, di allontanamento volontario da parte degli ospiti. Tutti i documenti sono stati prodotti dalla équipe di lavoro prendendo a riferimento le buone pratiche professionali. Sono state quindi adattate allo specifico contesto di lavoro le procedure che vengono generalmente messe in atto nelle varie strutture territoriali del DSM-DP quando presenti, o create ex-novo se assenti. Il poter partecipare e condividere idee e dubbi su quanto si sarebbe andato a fare è stato sicuramente un punto a favore della creazione di un buon clima all'interno del gruppo di lavoro.

Sono stati individuati strumenti e questionari di tipo psicologico, oltre al colloquio clinico, per approfondire la conoscenza degli ospiti al fine di sviluppare una migliore comprensione delle dinamiche psichiche sottostanti i loro comportamenti e utili per l'individuazione di una adeguata progettualità futura. Vengono fatte indagini su

quattro aree principali: cognitiva, psicopatologica, personalità, mondo esterno-relazioni-adattamento sociale. Tra i test che utilizziamo possiamo citare la WAIS- IV (Wechsler Adult Intelligence Scale - Fourth Edition), le Matrici Progressive di Raven, il CBA 2.0 (Cognitive Behavioural Assessment 2.0 - Scale Primarie), la SCID I e II (Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I e II Disorders), la SCL 90 R (Symptom Checklist 90), la BIS (Barratt Impulsiveness Scale), la BDHI (Buss Durkee Hostility Inventory), la HONOS (Health of the Nation Outcome Scales) e la CARTA DI RETE.

Dal punto di vista infermieristico ogni giorno viene compilata la scheda di osservazione sulle ventiquattro ore per ciascun ospite, riguardante gli ambiti della cura di sé e dello spazio personale, le modalità alimentari, gli stili comunicativi e la gestione della aggressività, la gestione del tempo, la partecipazione alle attività programmate, l'assunzione della terapia farmacologica.

Stiamo infine testando una scheda di valutazione della dimissibilità dei pazienti, a cura del Dr. Pietro Pellegrini, Direttore del DSM-DP di Parma, che si sviluppa su venti item secondo una scala likert a cinque punti, suddivisi su tre aree (anamnestica, osservazione, progettualità).

D. 3 Quali sono le opportunità e i rischi secondo chi ci lavora?

Le opportunità che la REMS offre sono molteplici e significative. Sicuramente è molto stimolante poter partecipare in modo attivo alla costruzione di percorsi alternativi alla custodia investendo tempo ed energie fisiche e mentali sulla cura, la riabilitazione e l'inclusione sociale delle persone. La prima e più importante opportunità è quella di poter lavorare in modo intensivo, continuativo e tempestivo sulle problematiche di cui sono portatori gli ospiti. Viene infatti offerta una cura psichiatrica, psicologica, relazionale e sociale nel medesimo luogo da parte di una équipe multiprofessionale dedicata. Questo senza mai perdere di vista il fatto che la REMS non è un luogo autonomo ed autosufficiente, quanto piuttosto un nodo intensivo di una rete di servizi territoriali a diversa intensità. È un luogo temporaneo dove sperimentare la possibilità di stare bene alimentando la speranza di poter continuare a farlo anche una volta dimessi. Si cura affinché le persone sviluppino l'idea e le abilità di prendersi cura in modo sempre più autonomo, abbandonando una posizione passiva ed assistenzialistica. Si cerca soprattutto di aiutare le persone a credere che là

fuori c'è ancora una società disposta ad accoglierli, con le loro peculiarità, aree di forza e fragilità nonostante il loro pesante passato e la pericolosità sociale che si portano in dote.

A due mesi dalla apertura della nostra struttura, siamo abbastanza soddisfatti di tutto quello che siamo riusciti a fare e del clima di positività e di propositività che si respira all'interno dell'équipe di lavoro, nonostante la difficoltà del compito assegnatoci e dei carichi emotivi di cui ci facciamo quotidianamente carico. Così come possiamo definirci soddisfatti del riscontro che ci danno gli ospiti, i quali in più di una circostanza hanno manifestato apertamente la loro gratitudine nei nostri confronti. Siamo altresì consapevoli di avere appena iniziato un difficile percorso e di avere un assoluto bisogno di formazione continua e sempre più specialistica sulle complessità di cui si fanno portatori i pazienti psichiatrici autori di reato. Il rischio più grande che corriamo è quello di colludere con la mancanza di speranza di cui i nostri ospiti sono intrisi per la difficoltà del lavoro in cui siamo ingaggiati, diventando dei nuovi carcerieri e peggio ancora degli abili ma inutili parolieri, dove la parola cade nel vuoto per l'impossibilità di generare pensieri e azioni trasformative.

D.4 Qual è la qualità dei rapporti istituzionali, e non, con le forze dell'ordine, autorità giudiziaria e magistratura di sorveglianza?

Il percorso terapeutico e riabilitativo di ciascun ospite non può prescindere da una adeguata ed efficace relazione e collaborazione con l'autorità giudiziaria. È quest'ultima, infatti, che autorizza lo svolgimento del percorso di cura all'esterno, mediante la concessione di permessi e licenze. Il Magistrato di Sorveglianza deve dapprima comprendere il significato dei progetti individualizzati proposti dall'équipe della REMS in collaborazione con i CSM/Ser.T di competenza territoriale, al fine di poterli avallare mediante la sperimentazione, quindi favorendo il passaggio da misure di sicurezza detentive a quelle non detentive. Solo infatti mettendo alla prova gli ospiti della REMS, dopo un congruo periodo di osservazione all'interno della struttura, è possibile verificarne l'attualità della pericolosità sociale. Ne deriva pertanto la necessità di costruire un linguaggio comune condiviso, e progetti concreti, realistici e realizzabili, dove siano pertanto chiari tempi, modalità, risultati attesi. Per realizzare tutto ciò riteniamo sia opportuno avere

aperto un tavolo di lavoro dove incontrarsi e confrontarsi periodicamente al fine di perseguire il cambiamento culturale e sociale insito nella legge 81/2014. Riteniamo fondamentale poter arrivare, nel rispetto degli ambiti specifici, alla possibilità di una assunzione condivisa di responsabilità nelle decisioni dando unitarietà e coerenza ai progetti di cura.

D.5 Allo stato dell'arte attuale, a vostro parere, quali sono i punti di forza e i punti di debolezza della vostra REMS? Ci sono ambiti ove maggiormente e fattibilmente rilevate margini di miglioramento?

Essendo la REMS una esperienza pilota, non c'è una letteratura e/o uno studio di casi cui fare riferimento per valutare la bontà o meno del percorso intrapreso. Crediamo fortemente nella necessità di costruire una équipe affiatata dove le varie professionalità vengano valorizzate e messe a disposizione in modo proficuo per i nostri ospiti.

Più che sulla capacità di contenimento fisico, crediamo che gli operatori che a vario titolo si occupano di pazienti psichiatrici dovrebbero essere selezionati sulla loro capacità empatica, cioè di entrare in relazione. Che credano, perciò, attraverso lo scambio comunicativo ed affettivo di poter mettere in moto un cambiamento, accendendo o tenendo viva la possibilità nei nostri ospiti, dapprima di sognare e poi di realizzare il proprio desiderio di essere cittadini del mondo, e non semplici abitanti di quattro mura.

Per fare ciò siamo assolutamente convinti che ci occorra passare sempre più tempo in ascolto e in loro compagnia, al fine di poter condividere la possibilità di creare dei progetti in cui sia più facile andare incontro ad un successo piuttosto che ad un insuccesso.

Ciò è possibile farlo quando tutti i vari interlocutori, che a vario titolo si occupano di queste persone, credono nella possibilità di ridare loro un futuro. Quello di cui sono capaci di portare avanti in compagnia della loro malattia.

Rif Paolo Ugolini
Sociologo della salute, Direttore SESTANTE,
email: paolo.ugolini@auslromagna.it
Cell. 334 6205675

L'utopia della realtà: riflessioni sui percorsi oltre l'OPG

A cura di

Pietro Pellegrini, Giuseppina Paulillo, Giovanni Francesco Frivoli,
Pietro Domiano, Valerio Giannattasio, Sandra Grignaffini

Introduzione

L'approvazione della legge 180/1978 non ha modificato il funzionamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG); solo negli ultimi anni inchieste parlamentari, denunce e movimenti hanno posto la necessità di superare gli OPG e sono state approvate leggi e norme specifiche.

Le motivazioni alla base di queste scelte sono state di varia natura e non tanto di tipo scientifico, medico o giuridico: anzi, più spesso, sono state di tipo emotivo, etico, politico ed ideologico.

Si è formato un ampio schieramento parlamentare, sostenuto anche dalle più alte cariche dello stato, favorevole alla chiusura degli OPG che tuttavia non si è attuata mediante un disegno riformatore coerente ed unitario (si pensi ad esempio che nel codice penale le norme su imputabilità, pericolosità sociale, misure di sicurezza sono rimaste invariate), né è stata affrontata la questione delle persone con disturbi mentali e/o dipendenza da sostanze che risultano detenute (25% circa dell'intera popolazione carceraria). Ancora resta aperto in larga misura il tema dei minori autori di reato.

Al momento sembra necessario un pensiero lungo in grado non solo di applicare normative in prevalenza risalenti agli anni 70-80 (180/78, 354/75, 448/88 ecc. - salvo aggiornamenti) ma di dare un senso e prospettive, in un mutato contesto storico, sociale ed economico, a parole quali diritti, cura ed inclusione sociale che trovano fondamento nella Carta Costituzionale.

Un cambiamento importante avviene quindi in maniera "pionieristica" anche se abbiamo già esperienze, quali la chiusura dei manicomi, l'inserimento e lo sviluppo della sanità negli istituti penitenziari e le dimissioni avvenute negli ultimi anni dagli OPG, dalle quali dovremmo trarre

utili insegnamenti:

a) il processo riformatore per giungere ad un nuovo "Patto sociale" richiede un forte coinvolgimento di numerosi attori, giudici, sanitari, prefetti, forze dell'ordine, amministrazione penitenziaria, avvocati, sindaci, comunità locale, opinione pubblica, pazienti, famiglie e volontariato che, con molto equilibrio e gradualità operativa, possano portare a pieno compimento un progetto, da tutti condiviso. In tale ambito gli operatori devono sviluppare molta competenza e pragmatismo per evitare di alimentare aspettative irrealistiche e salvifiche da un lato o condotte abbandoniche ed atteggiamenti rinunciatari, polemici dall'altro.

b) vi siano chiarezze nel difficile rapporto fra mandati (custodia/controllo e cura) e precise assunzioni di competenze e responsabilità. I sanitari devono esercitare il mandato di cura e solo in funzione di questo possono collaborare a quello di controllo. Non potranno mai svolgere con competenza una funzione per la quale non solo non sono preparati ma che snaturerebbe la loro identità professionale. Il processo riformatore non avrebbe nessun senso se i compiti della Polizia Penitenziaria venissero svolti dai sanitari. Sarebbe stato meglio parlare di "Residenze per la Diagnosi e la Cura delle Persone con Misure di Sicurezza" piuttosto che di "Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza" (REMS). Una differenza molto significativa che va sempre ricordata per evitare il crearsi di REMS "mini-opg", che non solo sarebbero inutili ma anche pericolose. Quindi occorre intendersi sugli obiettivi e sulla loro traduzione nelle pratiche ed anche sulle responsabilità e la posizione di garanzia.

c) ci vuole la capacità di individuare quali prospettive e futuro offrire alle persone che soffrono, andando oltre all'ordinario per fare diversamente, con un'attenta valu-

tazione dei rischi. Nella massima sicurezza condivisa possibile occorre sperimentare nuovi equilibri normativi e operativi, abbandonando posizioni improntate ad una visione difensiva. Vi sono molti punti di contatto tra la legge Gozzini e la legge 180: si tratta in fondo della comune matrice presente nella Costituzione della Repubblica Italiana.

d) sarebbe auspicabile riuscire finalmente a superare i pregiudizi relativi alla follia e alla delinquenza che in questo ambito vengono spesso a sovrapporsi.

Questo può avvenire se si pone al centro la persona e non le sue malattie ed i reati commessi, ecco perché appare necessario uno slancio etico che superi i pregiudizi e le solitudini e consideri la persona protagonista nel suo percorso di cura.

e) l'equazione "più pene più carcere = più sicurezza" appare un'affermazione giusta e tranquillizzante ma andrebbe verificata nella sua veridicità.

Riteniamo che la sicurezza sociale sia determinata e amplificata dal prendersi cura delle persone; solo attraverso un lavoro che si basi sulla prevenzione del disagio sociale, che investa sull'istruzione e la cultura, nonché garantisca ai cittadini i diritti essenziali (casa, lavoro e ambiente) può creare altre condizioni per il futuro.

Da dove partiamo

Il nostro sistema penale prevede le valutazioni di:

1) "Imputabilità": chi nel momento in cui ha commesso un reato non era capace di intendere o di volere a causa di una patologia ("infermità"), non può essere imputabile, non può essere considerato responsabile di quel reato, pertanto non può essere giudicato e punito.

2) "Pericolosità sociale": le persone che attualmente si trovano in OPG sono malati mentali ritenuti non imputabili ai quali è attribuita la "pericolosità sociale", tramite un provvedimento della Magistratura sulla base di una perizia psichiatrica che comporta l'applicazione delle misure di sicurezza.

I soggetti ritenuti socialmente pericolosi vengono sottoposti ad una misura di sicurezza che può essere di tipo "detentivo", il ricovero in OPG o in casa di cura e custodia (attualmente nelle REMS), oppure di tipo "non detentivo", in particolare la libertà vigilata. Non avendo un aspetto punitivo, le misure di sicurezza sono state concepite in primis per curare e riabilitare il reo affetto da vizio di mente e socialmente pericoloso e al contempo per tutelare il resto della popolazione da possibili agiti violenti o, comunque, da ulteriori fatti reato legati alla malattia

mentale.

Qui si apre la prima sfida: rendere le REMS in grado di assicurare la cura nella sicurezza. Tale sfida non riguarda solo le REMS ma l'intero Dipartimento di Salute Mentale Dipendenze Patologiche.

Infatti la Legge 81 del 30 maggio 2014 ha introdotto due norme molto importanti:

a) il giudice dispone, nei confronti dell'infermo/seminfermo di mente, l'applicazione di una misura di sicurezza anche in via provvisoria, diversa dal ricovero in un ospedale psichiatrico giudiziario o in una casa di cura e custodia (oggi nelle REMS), il che significa che in primis deve valutare la possibilità di utilizzare la rete ordinaria dei servizi i quali pertanto devono predisporre un piano specifico;

b) pone un preciso limite di tempo alle misure di sicurezza provvisorie o definitive, fissandolo nella pena edittale massima per il reato commesso, escludendo l'ergastolo. La conseguenza è che il soggetto, terminato il tempo della misura di sicurezza, rientra in un regime di piena libertà e quindi sembra cadere la possibilità di considerare ancora socialmente pericoloso un malato che, al termine del periodo previsto, potrebbe ancora manifestare livelli di gravità del tutto analoghi o anche maggiori a quelli mostrati al momento della commissione del reato. Tuttavia alcuni giuristi ritengono sia possibile il mantenimento di misure di sicurezza non detentive, quali la libertà vigilata, anche al termine del periodo della pena edittale pur persistendo perplessità di tipo giuridico e di efficacia di tale strumento. Con il programma di dimissioni dall'OPG si è posto anche il problema di chi, come, ed in che modo, abbia il dovere di vigilare e garantire la cura di questi malati nel territorio e al contempo la sicurezza sia del malato che della comunità (tenuto conto che in Italia non esiste alcuna forma di TSO territoriale protratto).

Come ci si debba comportare con soggetti liberi, già giudicati socialmente pericolosi e, caso non infrequente, non inclini a curarsi, è un problema ancora non pienamente risolto.

Riprendere un'efficacia terapeutica

Tutto il percorso di superamento dell'OPG nasce dalla constatazione che lo stato di abbandono dei pazienti da parte dei dipartimenti di salute mentale ha contribuito a determinare i cosiddetti "ergastoli bianchi". Il legislatore ha ritenuto, tra le altre cose, di individuare nella natura stessa degli OPG la base della loro scarsa efficacia

terapeutica, anche alla luce di oggettive carenze di personale, logistiche, di degrado ecc. Minore attenzione è stata prestata ad altri fattori quali ad esempio l'assenza di rete sociale, la mancanza di reddito e di occasioni di lavoro e casa nonché le insufficienze del sistema di cura e sociale di riferimento. Il grado di coinvolgimento degli enti locali e della comunità è stato per ora molto basso come se la questione fosse solo psichiatrica. Alcune riflessioni vengono dall'operatività e dall'esperienze fatte nella dimissioni dall'OPG circa i reinserimenti inadeguati, la discontinuità delle cure di certi pazienti, la frequente ricaduta in condotte di abuso di sostanze e di alcolici che hanno portato a reingressi nello stesso OPG (con fenomeni tipo "revolving door") e fallimenti dei percorsi territoriali, residenziali/comunitari, in case di cura. Infatti si sono evidenziati profili di gravità di alcuni pazienti resistenti alle terapie farmacologiche, con assenza di insight ed adesione ai trattamenti e rifiuto delle cure. Ed ancora pazienti con ritardo mentale che presentano gravi problemi comportamentali e persone con disturbi gravi di personalità che riprendono l'uso/abuso di sostanze. Sono situazioni che spesso mettono in scacco la rete dei servizi dei dipartimenti di salute mentale ma anche le agenzie sociali ed il sistema dell'ordine pubblico. Per comprendere quale sia il migliore modello da adottare servirebbero dati epidemiologici, scientifici ed uno sguardo all'esperienze internazionali, aprendo prospettive di ricerca e innovazione anche per poter valutare percorsi ed esiti sia in termini di salute che giudiziari. Al contempo potrebbe essere molto utile un coordinamento dell'attività per il superamento dell'OPG e per la definizione dei percorsi psichiatrici negli istituti penitenziari.

L'approccio: recovery e diritti

Per realizzare il cambiamento dobbiamo pensare ai pazienti come persone in cura presso i Dipartimenti di Salute Mentale Dipendenze Patologiche che hanno "anche" una misura di sicurezza.

Questo richiede comunque un lavoro per la costruzione del consenso, la responsabilizzazione nel percorso di cura e di vita, l'affermazione di diritti e l'assolvimento di doveri. Un approccio quindi che veda nella Recovery un metodo fondamentale affinché la persona diventi protagonista, la sua vita si iscriva in una storia e in orizzonti di senso, la sua pericolosità si riduca e si trasformi in una risorsa per la comunità. I diritti delle persone internate sono attualmente affermati sia dalla normativa penitenziaria (L.354/75 e DPR 230/00) sia, con il passaggio ad una orga-

nizzazione esclusivamente sanitaria, dai principi del SSN e all'art 1 del D. LGS. 230/99.

Pur persistendo misure di sicurezza di tipo detentivo, occorre la consapevolezza che all'interno delle REMS l'ordinamento penitenziario non può essere applicato ed esso cambia nella misura in cui vi sono finalità sanitarie. Non può prevalere pertanto una logica penitenziaria perché si finirebbe col ricostituire, di fatto, l'OPG o i vecchi manicomi trasformando medici, psicologi, infermieri e tutti gli operatori in (inetti) custodi.

La volontà di superare l'OPG deve avvenire con una metodologia adeguata a garantire sia un miglioramento delle condizioni di cura dei malati sia per consentire i necessari margini di sicurezza rispetto a soggetti gravati da un serio rischio di commettere ulteriori comportamenti/reato.

Le REMS non solo non devono diventare mini-OPG ma possono essere un luogo che facilita l'intera politica di deistituzionalizzazione. Per questo è necessario un lavoro sociale e culturale sulla nozione di "misura di sicurezza" per mitigare i pregiudizi che da sempre accompagnano la malattia mentale ed ancor più i soggetti che come conseguenza della loro infermità si rendono colpevoli di un reato.

Bibliografia di riferimento

Andreoli V. (2002). Anatomia degli ospedali psichiatrici giudiziari italiani. Roma: Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria, Ufficio studi e ricerche legislazioni e rapporti internazionali; Disponibile all'indirizzo: www.rassegnapenitenziaria.it

Borzacchiello A. (2007) I luoghi della follia: l'invenzione del manicomio criminale; Disponibile all'indirizzo: http://www.museocriminologico.it/documenti/carcere/manicomio_criminale.pdf;

Commissione parlamentare di inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del servizio sanitario nazionale.

Relazione sulle condizioni di vita e di cura all'interno degli ospedali psichiatrici giudiziari. Roma: Senato della Repubblica; 2011. Disponibile all'indirizzo <http://www.senato.it/documenti/repository/>

[commissioni/servizio_sanitario16/Relazione_OOPGG_doc_XXII-bis_4.pdf](#);

Lega I, Del Re D, Picardi A, Cascavilla I, Gigantesco A, Di Cesare A, Ditta G, Di Fiandra T (Ed.).

Valutazione diagnostica dei pazienti psichiatrici autori di reato: messa a punto di una metodologia standardizzata e riproducibile. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2014. (Rapporti ISTISAN 14/10).

Rif.

Pietro Pellegrini

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

email: ppellegrini@ausl.pr.it

Tel./cell: 0521396624/3356958847

Perizia psichiatrica e accertamenti sulla pericolosità sociale

Roberto Zanfini

Introduzione

Obbiettivo dell'articolo è quello di indicare i criteri da utilizzare per raggiungere il giudizio di pericolosità sociale, quali siano gli elementi su cui basarsi per definire le misure di sicurezza e quali siano i criteri per definire i luoghi ove la misura di sicurezza possa essere applicata.

1. Imputabilità, infermità e seminfermità di mente

L'articolo 85 del CP stabilisce che è imputabile chi ha la capacità di intendere e di volere: "Nessuno può essere punito per un fatto previsto dalla legge come reato se al momento in cui lo ha commesso non era imputabile. È imputabile chi ha la capacità di intendere e di volere". La capacità di intendere va intesa come la capacità di comprendere il valore delle proprie azioni ed è rappresentata dalla consapevolezza della realtà e da quella comportamentale, dalla capacità di critica e di comprensione circa il disvalore della propria azione o omissione.

La capacità di volere consiste nella libertà di poter scegliere tra diverse azioni e rappresenta la capacità di autodeterminarsi e la scelta decisionale autonoma rispetto al comportamento che s'intende realizzare.

Il CP prevede che "Non è imputabile chi al momento in cui ha commesso il fatto era, per infermità, in tale stato di mente da escludere la capacità di intendere e di volere" (art. 88) mentre "Chi nel momento in cui ha commesso il fatto era, per infermità, in tale stato di mente da scemare grandemente, senza escluderla, la capacità di

intendere e di volere risponde del reato commesso ma la pena è diminuita" (art. 89). La prima condizione (incapacità di intendere e di volere) definisce il vizio totale di mente, la seconda la seminfermità di mente (capacità di intendere e di volere grandemente scemata).

Il giudice può avvalersi, per esprimere il suo giudizio, della figura di un perito che, per la tipologia del quesito, sarebbe opportuno che fosse uno psichiatra. Il quesito che di solito viene posto è quello di valutare se nel momento in cui ha commesso il fatto la capacità di intendere e di volere di XY fosse, per infermità di mente, esclusa oppure grandemente scemata.

Il CP prevede già condizioni in cui l'imputabilità è, per legge, presente (stati emotivi e passionali; l'intossicazione da alcol o sostanze stupefacenti volontaria, preordinata, o colposa; l'abituale intossicazione da alcol o sostanze stupefacenti) oppure assente (l'età inferiore ai 14 anni; ubriachezza da caso fortuito o da forza maggiore; cronica intossicazione da alcol o da sostanze stupefacenti; il sordomuto che nel momento in cui ha commesso il fatto non aveva per causa della sua infermità la capacità di intendere e di volere).

Anche se il concetto di infermità di mente ha un alone più ampio del concetto di malattia di fatto questa si può identificare con:

- a) il ritardo mentale,
- b) le reazioni abnormi,
- c) gli sviluppi di personalità,
- d) le psicosi organiche,
- e) le psicosi funzionali.

In altre parole sono considerate infermità tutte quelle che erano classificate nell'asse 1 del DSM IV TR, mentre per l'asse 2 veniva considerato come infermità solo il ritardo mentale a partire però da una certa gravità.

Nel 2005 la sentenza 9163 delle Sezioni Unite Penali della Corte di Cassazione ha stabilito che "Anche i disturbi di personalità come quelli da nevrosi o psicopatie possono costituire causa idonea ad escludere o grandemente scemare la capacità di intendere e di volere... sempre che siano di consistenza, intensità e rilevanza e gravità tali da concretamente incidere sulla stessa". La presenza di una infermità mentale non rappresenta però di per sé una condizione per l'esclusione o la compromissione della capacità di intendere e di volere perché è necessario che tra il disturbo mentale ed il reato vi sia un nesso causale.

Quindi durante la perizia bisogna:

- a) valutare se era presente un disturbo psichico al momento del fatto;
- b) eseguirne la diagnosi;
- c) accertare il nesso di causalità tra il disturbo e il fatto;
- d) accertare il tipo di compromissione della capacità di intendere e di volere.

Se la persona verrà considerata imputabile (capace di intendere e di volere) gli verrà inflitta una pena, se verrà considerata non imputabile (vizio totale di mente) la persona verrà prosciolta. La decisione verrà presa dal Giudice in base alla sua convinzione e la perizia, che non è vincolante, rappresenta uno degli elementi a sua disposizione per emettere il giudizio. Nel caso in cui venga riconosciuta una seminfermità di mente la pena è ridotta e dopo la sua espiazione verrà eseguito un periodo di ricovero presso la casa di cura e custodia.

2. La pericolosità sociale

Associato al primo quesito, di solito, il Giudice ne pone un altro relativo alla presenza o meno di una pericolosità sociale al quale si risponde solo se la persona è stata ritenuta incapace di intendere e di volere. Mentre la valutazione dell'imputabile è riferita al momento in cui è avvenuto il fatto, la valutazione della pericolosità sociale è riferita al momento in cui si esegue la valutazione stessa.

Se una persona oltre che incapace di intendere di intendere e di volere verrà ritenuta socialmente pericolosa gli verrà applicata una misura di sicurezza.

La misura di sicurezza fino a poco tempo fa corrispondeva all'internamento in OPG in caso di infermità totale o in casa di cura e custodia in caso di infermità parziale. Ha sempre avuto una valenza relativa alle esigenze di tutela sociale e di protezione della società e la sua durata è non proporzionale al reato commesso, ma alla pericolosità del reo.

Nel 2003 la sentenza 253 della Corte Costituzionale stabilisce che per le forme di pericolosità sociale attenuata può essere disposta, in alternativa all'internamento in OPG, la libertà vigilata. Questa consiste in una serie di prescrizioni, non solo terapeutiche, che possono essere applicate in un percorso di cura residenziale ma anche semiresidenziale o territoriale identificandosi di fatto con piano di trattamento. Però questa misura deve essere idonea non solo ad assicurare adeguate cure, ma anche a far fronte alla pericolosità sociale della persona. Da allora, il quesito sulla pericolosità sociale comprende anche la richiesta di indicare, nel caso in cui sia presente la pericolosità sociale, quale sia la misura di sicurezza più idonea a controllarla.

Con la legge n.81 del 2014 viene stabilito il superamento degli OPG individuando nelle Residenze per l'esecuzione della misura di sicurezza (c.d. REMS), strutture sanitarie a gestione completa del SSN, il luogo alternativo all'OPG in cui eseguire i trattamenti per le persone prosciolte per infermità di mente e socialmente pericolose continuando però i seminfermi socialmente pericolosi ad essere trattati nelle case di cura e custodia.

La pericolosità sociale è un concetto giuridico e non clinico e identifica la probabilità di commissione di nuovi reati.

È regolata dall'articolo 133 CP che, oltre ai criteri da utilizzare per stabilire la gravità del reato, stabilisce che la pericolosità sociale viene dedotta:

- 1) dai motivi a delinquere e dal carattere del reo;
- 2) dai precedenti penali e giudiziari e in genere dalla condotta e dalla vita del reo antecedenti al reato;
- 3) dalla condotta contemporanea o susseguente al reato;
- 4) delle condizioni di vita individuale, familiare e sociale del reo.

La summenzionata legge n.81/2014 ha anche stabilito che l'accertamento della pericolosità sociale "è effettuato sulla base delle qualità soggettive della persona

e senza tenere conto delle condizioni di cui all'articolo 133, secondo comma, numero 4, del codice penale" e che "Non costituisce elemento idoneo a supportare il giudizio di pericolosità sociale la sola mancanza di programmi terapeutici individuali". In altre parole, sia l'assenza di programmi terapeutici individuali che le condizioni di vita individuale, familiare e sociale del reo non possono essere prese in considerazione per la valutazione della stessa.

Prima di questa legge, quando si eseguiva la valutazione della pericolosità sociale ci si soffermava anche sull'analisi di questi aspetti definiti come i c.d. "fattori esterni"; adesso l'analisi della pericolosità sociale viene eseguita analizzando solo i c.d. "fattori interni". L'analisi di questi fattori

- a) deve essere quantitativa, ma anche qualitativa in quanto la presenza di un solo fattore di rischio può avere un peso maggiore rispetto alla co-presenza di diversi fattori di rischio;
- b) individua la probabilità che un comportamento/reato venga messo in atto e non ha valore predittivo;
- c) di fatto si tratta dell'analisi dei fattori alla base dei comportamenti aggressivi.

Non solo l'esperienza, ma anche diversi studi evidenziano come gli psichiatri sopravvalutano il rischio di violenza: è per evitare falsi negativi (persone con basso rischio di violenza ma che commettono un reato) che vengono individuati diversi falsi positivi (persone con alto rischio di violenza ma che non commettono reati).

Le dimensioni da considerare per la valutazione delle pericolosità sono:

- a) intensità della sintomatologia psicotica florida e partecipazione a livello emotivo;
- b) rifiuto delle terapie prescritte;
- c) risposta insufficiente alle terapie praticate;
- d) consapevolezza della necessità di eseguire un percorso terapeutico;
- e) livello di aderenza ai trattamenti proposti;
- f) capacità di analisi e di critica;
- g) grado di disorganizzazione cognitiva e di impoverimento ideo-affettivo;
- h) evoluzione e prognosi del disturbo;
- i) capacità di elaborazione critica della condotta illecita;
- l) presenza di comorbidità, in particolare uso di sostanze;
- m) pregressi comportamenti aggressivi.

Anche se la diagnosi in sé ha poco valore, gli episodi di aggressività sono più frequentemente associati al disturbo da uso di sostanze, schizofrenico, alle fasi maniacali del disturbo bipolare, ai disturbi di personalità antisociale e borderline, ai ritardi mentali e alle demenze.

Dei comportamenti aggressivi vanno analizzati:

- a) età di esordio;
- b) andamento nel tempo in assenza e in presenza di un trattamento;
- c) gravità degli episodi;
- d) eventuali recenti modificazioni;
- e) presenza attuale.

Tra i sintomi positivi, ai fini della valutazione della pericolosità, rivestono particolare importanza le allucinazioni acustiche imperative e quelle visive e disturbi del pensiero di tipo paranoide e di influenzamento corporeo.

Oltre al sesso maschile, aumentano il rischio anche i tratti e i disturbi di personalità in cui sia presente una tendenza all'irritabilità, alla impulsività, alla rabbiosità, una attitudine ostile, sospettosità, come pure i tratti narcisistici. Di fondamentale importanza poi è la valutazione della presenza di tratti di tipo psicopatico.

Fattori di rischio specifico per il sesso femminile appaiono essere la prostituzione, l'autolesionismo e la gravidanza in giovane età.

Nella valutazione degli adolescenti va valutata:

- a) l'età di esordio dei comportamenti aggressivi;
- b) se è presente una progressione o meno nel corso del tempo;
- c) se la violenza è di gruppo o individuale;
- d) se la vittima sia un familiare o uno sconosciuto.

Nelle forme c.d. Early Onset l'esordio del comportamento violento avviene prima della pubertà e sono di solito presenti:

- a) alterazioni della genitorialità;
- b) un disturbo Oppositivo Provocatorio;
- c) un abuso di sostanze;
- d) scarsa influenza del gruppo dei pari nell'innescare del comportamento;
- e) progressione del comportamento aggressivo.

Le forme c.d. Late Onset differiscono dalle prime sia perché l'esordio dei comportamenti aggressivi avviene dopo la pubertà sia per l'importanza che il gruppo dei

pari ha nello scatenare il comportamento aggressivo. Inoltre, in alcune persone il comportamento antisociale è persistente nel tempo, in altre è limitato. Le due forme non sono distinguibili sul piano trasversale ma quelle persistenti nel tempo sono associate a iperattività, deficit dell'attenzione e delle funzioni esecutive, relazioni inadeguate con i coetanei, deficit neuropsicologici, mentre quelle che si estinguono rappresentano un processo di imitazione sociale che si auto-estingue. Questi aspetti sono da tenere in considerazione perché i comportamenti antisociali possono essere presenti negli stati prodromici degli esordi psicotici.

I fattori di rischio possono essere:

- a) predisponenti al comportamento aggressivo (ad es. una vulnerabilità preesistente);
- b) motivanti alla violenza (ad es. dei avere benefici);
- c) scatenanti (ad es. assunzione di alcol);
- d) di mantenimento (impediscono la riduzione del rischio come la non compliance).

È inoltre, necessario tenere presente che alcuni fattori di rischio sono statici e quindi imm modificabili (ad es. pregressi comportamenti aggressivi), altri invece sono dinamici e quindi modificabili (ad es. abuso di sostanze). Va inoltre eseguita una anamnesi degli episodi aggressivi pregressi per identificare:

- a) i fattori precipitanti (interpersonali, psicopatologici, ecc);
- b) il significato della violenza per quella persona (espressione di rabbia, riduzione della tensione, ottenimento dei benefici, ecc.).

Una volta individuati i fattori di rischio, i fattori precipitanti e il significato della violenza per quella persona è necessario chiedersi:

- a) sono ancora presenti;
- b) che ruolo hanno attualmente;
- c) che ruolo potranno avere.

Oltre ai fattori di rischio vanno analizzati i fattori protettivi rispetto al comportamento aggressivo. Questi possono:

- a) agire direttamente sul fattore di rischio (ad es. i farmaci riducono le voci imperative);
- b) inserirsi tra il fattore di rischio e il comportamento (ad es. una misura di sicurezza interrompe un abuso di sostanze e l'impulsività che ne deriva).

I fattori protettivi possono essere sia interni (QI, stili di attaccamento, stili di coping, autocontrollo, attitudini personali, tipo e grado di motivazione, atteggiamento

nei confronti dell'autorità, obiettivi di vita, sentimenti religiosi) che esterni (presenza di una rete sociale, attività professionale, relazioni affettive stabili, avere dei figli).

Per la valutazione della pericolosità sociale vi sono anche strumenti di tipo testistico tra cui si ricorda la PCL-R di Hare, la BIS 11 di Barrett e la HCR-20, di cui esiste una traduzione in italiano. Il MMPI 2 ha una utilità solo per quello che riguarda la valutazione della modalità di approccio al test, mentre l'utilizzo del test di Rorschach è di dubbia utilità. In letteratura sono presenti diverse scale di valutazione differenziate anche per sesso, per età e per l'identificazione dei fattori protettivi, ma non sono tradotte in italiano.

Il solo giudizio clinico ha mostrato una utilità nelle valutazioni a breve termine, ma non in quelle a lungo termine. Il metodo attuariale (utilizzo di scale di valutazione) associato a quello clinico è quello che ha mostrato una maggiore predizione nel medio-breve termine.

3. Le misure di sicurezza

Una volta identificata la presenza di una pericolosità sociale si tratta, a questo punto, di identificare quale sia la misura di sicurezza più idonea a contenerla.

Di solito alcuni periti tendono a identificare il luogo dei trattamenti (ad es. struttura) con il trattamento stesso. In realtà, per rispondere a questa domanda bisogna analizzare quali siano i trattamenti che abbiamo a disposizione che sono suddivisi in trattamenti farmacologici, psicologici e psicosociali.

Per quello che riguarda i trattamenti farmacologici, oltre al trattamento del disturbo di cui la persona è affetta, la clozapina appare essere efficace nella riduzione dell'ostilità e dell'aggressività in quanto questo effetto appare specifico e indipendente dall'effetto antipsicotico. Altri trattamenti non si sono dimostrati altrettanto efficaci (l'alooperidolo si è mostrato superiore ai SGA; una certa efficacia si è osservata con il litio, il valproato e la fenitoina; gli SSRI, i beta bloccanti, la lamotrigina e la carbamazepina hanno mostrato una efficacia debole o dubbia), mentre l'uso di benzodiazepine, per l'azione disinibente e paradossa, è sconsigliato.

Oltre agli interventi indicati per le singole disfunzioni e disabilità eventualmente presenti, tra i trattamenti psicosociali per il controllo del comportamento aggressivo si sono mostrati efficaci il Social Skills Training, il role

playing, il problem solving training, lo Stress inoculation training, l'Anger Management, il training di rilassamento e il training di assertività.

Per quello che riguarda i trattamenti psicoterapici, oltre a quelli specifici per singoli disturbi, sono risultati efficaci per il controllo dell'aggressività interventi di gruppo che applicano tecniche derivanti dalle teorie cognitivo-comportamentali (Cognitive Skills, il Reasoning and Rehabilitation (R&R), il Cognitive Self Change e il Violence Prevention Program).

Il trattamento più efficace è dato dall'integrazione dei tre trattamenti.

Successivamente va valutata la motivazione al trattamento. Non sempre questa può essere presente, però abbiamo a nostra disposizione il colloquio motivazionale e tecniche ad esso collegato.

Infine, dobbiamo passare dall'identificazione del rischio (pericolosità sociale) alla gestione del rischio. L'obiettivo non è la previsione del rischio, ma la sua gestione.

Per far ciò è necessario:

- a) individuare tipo e numero dei fattori di rischio alla base della probabilità che un episodio di aggressività possa avvenire;
- b) individuazione della qualità e del grado di comportamento aggressivo che potrebbe essere messo in atto;
- c) individuazione della probabilità che l'offesa avvenga;
- d) individuazione degli interventi che possono prevenire l'eventuale episodio.

Per il punto b) si tratta di immaginare, in base alle notizie che si hanno in possesso, quale potrebbe essere la manifestazione aggressiva più probabile. Si costruisce tenendo conto della natura, gravità, imminenza, frequenza e probabilità dei comportamenti violenti. Nella letteratura anglosassone questo viene chiamato "scenario" e, una volta definito, si mettono in atto gli interventi e i trattamenti più idonei a gestire il rischio.

4. Dove eseguire la misura di sicurezza

Dato che i trattamenti farmacologici, psicosociali e psicologici possono essere eseguiti in qualsiasi luogo, è solo in base al c.d. scenario che può essere indicato il luogo ove eseguirli essendo presente una gradazione di intensità di interventi e di limitazione della libertà che va dalla REMS

ai trattamenti residenziali, a quelli semiresidenziali fino a quelli territoriali.

Non bisogna dimenticare l'importanza che hanno anche i trattamenti psicosociali rivolti ai familiari che, nel caso in cui non potessero essere erogati, per qualsiasi motivo, dalla struttura in cui avviene il trattamento, potrebbero essere eseguiti dal servizio che ha in carico la persona.

Per questo motivo il perito, durante le operazioni peritali, dovrebbe rapportarsi con il DSMDP di riferimento non solo perché potrebbe essere depositario delle informazioni utili per la valutazione della pericolosità sociale e quindi per la costruzione dello "scenario", ma perché ha anche le conoscenze dei luoghi ove i trattamenti sovra descritti possono essere eseguiti.

Solo a questo punto sarà possibile indicare al Giudice non solo quali siano le misure di sicurezza più idonee ma anche la sede, il luogo, ove eseguire i trattamenti.

5. La gestione dell'aggressività come problema clinico e non giuridico

Fino ad ora abbiamo sempre descritto l'aggressività e il comportamento violento come se la persona che li mette in atto non sia inserita in un contesto sociale e relazionale. Infatti, il comportamento aggressivo oltre che a fattori interni all'individuo è determinato anche dalla situazione e dal contesto socio-ambientale.

Le condotta aggressiva può essere distinta in aggressività di tipo:

- a) psicopatologica;
- b) impulsiva;
- c) psicopatica (organizzata o pianificata).

Nell'aggressività di tipo psicopatologico il fattore scatenante è, di solito, un quadro di tipo delirante. Prima di mettere in atto il comportamento aggressivo la persona appare spaventata e aggredisce per difendersi da un persecutore; dopo l'aggressione il suo comportamento è variabile fluttuando in base all'intensità della condizione delirante. In questa categoria possono anche essere inseriti i comportamenti disfunzionali, non su base delirante, presenti nei disturbi psichici.

Nell'aggressività di tipo impulsivo il fattore scatenante è rappresentato da una provocazione interpersonale. Prima di mettere in atto il comportamento aggressivo vi è una modificazione del comportamento (aumento dell'arousal con escalation) e l'aggressione avviene per ridurre o rimuovere una minaccia. Successivamente

all'aggressione la persona mostra rimorso.

Nell'aggressività di tipo organizzato il comportamento aggressivo comporta un vantaggio e il comportamento è finalizzato al suo ottenimento. Non vi è una modificazione del comportamento prima di mettere in atto il comportamento aggressivo (assenza di aurosal) e l'aggressione avviene per acquisire un vantaggio. Dopo l'aggressione non vi è rimorso, preoccupazione per la vittima e la persona tende a giustificare il suo comportamento.

Se è complesso trattare l'aggressività di tipo psicopatico, questo può non esserlo per l'aggressività di tipo psicopatologico e di quella impulsiva.

In una recente metanalisi della letteratura circa episodi di aggressività manifestati da pazienti ricoverati è stato rilevato che il 39% degli episodi è determinato da una interazione paziente/staff, nel 38% dei casi l'episodio è preceduto dalla presenza di segni comportamentali e nel 25% dei casi il fattore scatenante è una interazione paziente-paziente (Papadopoulos et al).

Per la gestione dell'aggressività non è quindi sufficiente che il personale abbia solo competenze sulle tecniche di gestione della violenza imminente (ricerca del trigger e sua rimozione, de-escalation, talk down, affect management, strategie di coping, contenimento emotivo) ma anche competenze relazionali terapeutiche improntate non solo sul controllo. Infatti anche se in certi contesti di cura può essere estremamente difficile, va sempre ricordato che il rischio di violenza deve sempre essere gestito come un qualsiasi altro problema clinico e non come un problema legale.

Pur essendovi situazioni in cui le richieste non possono essere esaudite e le persone sono private della libertà, a volte, proprio le regole delle istituzioni, pur se funzionali all'organizzazione stessa, possono portare ad una ulteriore costrizione della libertà come pure depersonalizzazione. E l'atteggiamento e il comportamento del personale possono indurre comportamenti aggressivi, che rappresentano il 40% degli episodi di aggressività manifestati in situazioni collettive.

Anche per le persone in misura di sicurezza - nei confronti delle quali il nostro obiettivo principale è la cura, indipendentemente dal luogo in cui vengono eseguiti i trattamenti - l'atteggiamento deve essere sempre improntato a far sentire l'individuo come una persona, evitando di renderlo dipendente e istituzionalizzato,

cercando fin dove è possibile di applicare i principi della partnership e dell'empowerment.

In altre parole, anche in questi contesti, gli interventi devono essere orientati il più possibile al recovery. Il rischio è quello di indurre inconsapevolmente, attraverso la nostra modalità di relazionarci, comportamenti aggressivi che non fanno altre che confermare la pericolosità della persona quando invece sono iatrogeni.

Bibliografia

- Fornari U: Trattato di psichiatria forense. Utet Torino 2013
- Logan C e Johnstone L: Managing clinical risk. A guide to effective practice. Routledge, Abington 2013
- Heilbrun K: Evaluation for risk of violence in adults. Oxford University Press, New York 2009
- Papadopoulos et al: The antecedent of violence and aggression within psychiatric inpatients setting. Acta Psychiatr Scand 125:425-439 2012
- Sabello U (a cura di): Lo sviluppo antisociale: dal bambino al giovane adulto. Una prospettiva evolutiva e psichiatrico forense. Raffaello Cortina Editore, Milano 2010
- Sanza M: Il comportamento aggressivo e violento in psichiatria. Valutazione e intervento. Centro Scientifico Editore, Torino 1999
- Simon RI e Tardiff K: Textbook of violence assessment and management. APP, Washington 2008
- Webster CD e Hucker SJ: Violence risk assessment and management. Wiley, Chichester 2007

Zanfini Roberto
 Direttore UO Urgenza Emergenza Psichiatrica DSMDP di Ravenna, AUSL della Romagna
 email: roberto.zanfini@auslromagna.it

La valutazione della pericolosità sociale

Far dialogare la Magistratura con i Dipartimenti di Salute Mentale

Michele Sanza, Anna Mori

Il superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari, attuato in via definitiva con l'emanazione della legge 81 del 2014 (1), riflette l'evoluzione della giurisprudenza in materia di imputabilità che, allineandosi alle conoscenze scientifiche e mediche sulla natura e sulla prognosi dei disturbi mentali, ha riconosciuto la prevalenza dell'interesse verso il trattamento ed il recupero dell'infermo di mente rispetto alle esigenze di controllo sociale, le quali si ritengono meglio garantite e tutelate in un contesto riabilitativo, piuttosto che meramente contenitivo. Questo traguardo, in realtà, è il punto di partenza di un percorso molto articolato dell'inquadramento e della gestione della pericolosità sociale dei prosciolti per infermità di mente, che vede nelle Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza (REMS) non tanto la soluzione del problema, quanto il necessario supporto ad un intero impianto, assai più complesso, della rete degli interventi di cura. Le misure detentive, infatti, sono chiaramente intese, nella normativa recente, come soluzioni aventi carattere di pura residualità rispetto ai percorsi di cura nelle strutture territoriali. Lo strumento adottato dal punto di vista giuridico per graduare l'intensità dei provvedimenti restrittivi - contenitivi, che sempre si associano ad un giudizio di pericolosità sociale di natura psichiatrica, è quello della libertà vigilata, la cui origine risale all'emanazione del codice Rocco, di epoca fascista. Certamente non era nel pensiero del legislatore che tale strumento potesse essere utilizzato per gestire pazienti psichiatrici autori di reato, dal momento che allora, inevitabilmente, la prognosi dei gravi disturbi psichici, tanto più se con elementi di antisocialità, era strettamente connessa ad un destino di internamento manicomiale che rendeva superfluo il doversi cimentare

con soluzioni di indirizzo mandatario, ma non di carattere detentivo, alla cura. Del resto gli Ospedali Psichiatrici Giudiziari, con l'emanazione della Legge 180 nel 1978, sono stati privati di quel percorso di uscita dagli OPG che rendeva socialmente sicura la dimissione degli internati attraverso la contestualità tra revoca della misura di sicurezza e il ricovero in Ospedale Psichiatrico, percorso che rappresentava il più frequente degli esiti a valle dell'OPG.

Negli anni 2000 alcune sentenze della Corte Costituzionale hanno anticipato soluzioni territoriali per i prosciolti autori di reato

Passaggi decisivi, nel disegno del nuovo scenario, si sono realizzati con la sentenza n. 253/2003 della Corte Costituzionale (2) con la quale è stata dichiarata l'illegittimità costituzionale della parte dell'articolo che: *“non consente al giudice [...] di adottare, in luogo del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario, una diversa misura di sicurezza, prevista dalla legge, idonea ad assicurare adeguate cure dell'infermo di mente e a far fronte alla sua pericolosità sociale.”* e con la successiva sentenza 367 del novembre 2004 (3) che ha dichiarato *“l'illegittimità costituzionale dell'art. 206 del codice penale (Applicazione provvisoria delle misure di sicurezza), nella parte in cui non consente al giudice di disporre, in luogo del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario, una misura di sicurezza non detentiva, prevista dalla legge, idonea ad assicurare alla persona inferma di mente cure adeguate e a contenere la sua pericolosità sociale.”* Tali posizioni della Corte Costituzionale hanno certamente agito in senso evolutivo favorendo il definitivo approdo alla legge del 2012 (4) che abolisce gli Ospedali Psichiatrici Giudiziari ma soprattutto, esse hanno generato un terreno di coltura

che ha consentito di superare l'automatismo dell'associazione alla misura di sicurezza detentiva in OPG e di graduare la misura di sicurezza territoriale applicando lo strumento della libertà vigilata con prescrizioni alla cura in un contesto non detentivo. Queste possibilità hanno aperto nuovi scenari e inciso profondamente sul senso e sulle finalità della perizia psichiatrica, divenuta l'ambito tecnico in cui quella libertà di scegliere le caratteristiche delle prescrizioni ritenute più idonee alle esigenze di cura e di contestuale controllo sociale può essere realmente praticata, scenario nuovo, più coerente con le conquiste scientifiche, culturali e morali della Psichiatria certamente sfidante, ma anche irto di problematiche e di contraddizioni di fondo non sanabili dalle mere posizioni di principio.

Dalle misure di sicurezza detentive alla libertà vigilata

In mancanza di una radicale riforma dell'intero settore delle misure di sicurezza la libertà vigilata rappresenta infatti tuttora il solo strumento giuridico per attuare un percorso terapeutico individualizzato, che consenta di conciliare le esigenze di difesa sociale con quelle di recupero, cura e riabilitazione del sottoposto. Sono, quindi, del tutto evidenti le difficoltà di adattare al nuovo contesto una tipologia di misura che era stata pensata per tutt'altre situazioni, ed in un'esclusiva ottica di controllo sociale. In questo scenario certamente il dialogo tra Magistratura e Servizi di Salute Mentale deve essere più profondo e proficuo, perché le soluzioni da adottare in sede di giudizio del prosciolto devono essere proiettate sui percorsi reali che i Dipartimenti di Salute Mentale possono istruire; dialogo che deve seguire il tracciato delle procedure dettate dalle normative e che quindi trova nel perito e nella perizia un punto di riferimento fondamentale per l'istruzione delle decisioni operative. In sostanza, in questo nuovo contesto, il professionista incaricato della verifica dell'imputabilità e della valutazione della pericolosità è chiamato a svolgere una funzione di raccordo tra la Giurisdizione da un lato ed i Servizi di Salute Mentale dall'altro, elaborando una soluzione che tenga conto delle diverse esigenze e dei valori in gioco.

La necessità di un dialogo operativo tra Magistratura e Dipartimenti di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche

Interpretando le problematiche, ma anche e soprattutto

to le potenzialità, dello scenario descritto, la Regione Emilia-Romagna si è fatta carico di istruire un percorso di dialogo e di collaborazione con la Magistratura di Sorveglianza, che ha poi coinvolto anche esponenti della Magistratura di Cognizione, teso a fornire alcune indicazioni per l'elaborazione della perizia e della consulenza tecnica psichiatrica sull'imputabilità e sulla pericolosità sociale. In particolare è stato istituito, a tal fine, nel 2014 un gruppo di lavoro che ha prodotto una scheda tecnica, (5) *“Scheda sull'applicazione delle misure di sicurezza a soggetti parzialmente o totalmente incapaci di intendere e di volere a causa di infermità psichica”*. Il documento suggerisce una prassi di collaborazione tra il Tribunale e il DSM-DP fin dalla fase delle indagini preliminari svolte dalla Procura, prassi mediata dal perito e/o dal consulente tecnico che, pur in posizione *“di autonomia e terzietà, assume l'onere di indicare, in collaborazione con i Servizi territoriali, le soluzioni più idonee dal punto di vista sanitario per l'infermo di mente autore di reato. Ciò al fine di favorire soluzioni prescrittive che garantiscano prioritariamente, nei limiti delle concrete possibilità di offerta dei DSM DP, il soddisfacimento dei fabbisogni terapeutici dei pazienti, e il rispetto delle esigenze di controllo sociale.”*

Gruppo di Lavoro interdisciplinare Servizio Salute Mentale, Dipendenze Patologiche e Salute nelle Carceri della Regione Emilia Romagna – Magistratura (di Sorveglianza e di Cognizione) (ex determina DG Sanità e Politiche sociali Regione Emilia Romagna n. 10702/2014)

- Nadia Buttelli, Giudice presso il Tribunale di Bologna
- Valeria Calevro, Azienda USL Reggio Emilia
- Anna Cilento, Servizio Salute Mentale Dipendenze Patologiche e Salute nelle Carceri - Regione ER
- Francesco Maisto Presidente del Tribunale di Sorveglianza di Bologna
- Manuela Mirandola, Magistrato di Sorveglianza presso il Tribunale di Bologna
- Anna Luisa Giuliana Mori, Magistrato di Corte D'Appello presso il Tribunale di Bologna
- Michele Sanza, Servizio Salute Mentale Dipendenze Patologiche e Salute nelle Carceri - Regione ER
- Sandra Ventura, Servizio Salute Mentale Dipendenze Patologiche e Salute nelle Carceri - Regione ER
- Fabio Santarini, DSM-DP Azienda USL della Romagna
- Nazario Santolini, DSM-DP Azienda USL della Romagna
- Roberto Zanfini, DSM-DP Azienda USL della Romagna

La scheda, che è stata presentata in tre incontri pubblici tenutisi a Reggio Emilia, Bologna e Cesena negli ultimi mesi del 2014, si rivolge ai Magistrati, ai professionisti dei

Dipartimenti di Salute Mentale, ai periti ed ai consulenti dei Tribunali e delle Procure, sottolineando il ruolo primario assunto dalla perizia psichiatrica nel rinnovato quadro normativo. Il perito infatti è chiamato, e questa funzione è molto evidenziata e valorizzata nella scheda, a favorire ed istruire il dialogo tra il Magistrato e il Dipartimento di Salute Mentale, inquadrando sotto il profilo tecnico le soluzioni terapeutico-riabilitative proposte dai DSM-DP come alternative alla detenzione, verificandone la praticabilità e la coerenza con le finalità di controllo sociale per mezzo del recupero riabilitativo dell'infermo di mente autore di reato; uno spazio inedito per la perizia, quanto mai necessario per dare concretezza agli indirizzi e ai postulati della normativa in materia di imputabilità. Già all'epoca del gruppo di lavoro interistituzionale (è passato solo un anno) si cercava di elaborare ed individuare percorsi alternativi alla detenzione in OPG in modo da ridurre al minimo il ricorso alla misura di sicurezza detentiva; questa esigenza è divenuta ancor più pressante con l'entrata in vigore della riforma, che come si è visto vede la collocazione nella REMS come soluzione estrema, adottabile solo se forme di misura di sicurezza graduate risultino inidonee. La normativa che ha chiuso gli Ospedali Psichiatrici Giudiziari ha inoltre posto un limite alla durata della detenzione del prosciolto per infermità di mente, ed eliminato ai fini della valutazione della pericolosità sociale la rilevanza degli indicatori esterni. Da ciò deriva che la difficoltà a definire un percorso di cura non potrà più essere motivo per invocare la misura detentiva e i Dipartimenti dovranno ordinariamente proporre percorsi territoriali a carattere terapeutico-riabilitativo per mezzo dei quali dare risposta alle esigenze di controllo sociale connaturate con l'applicazione delle misure di sicurezza. La scheda esemplificando il quesito peritale propone la seguente formulazione:

"- dica il perito, esperiti gli opportuni accertamenti e sentito il DSMDP competente per territorio, se l'indagato/imputato fosse capace di intendere e di volere al momento di commissione del fatto, ovvero se la capacità dello stesso risultasse esclusa o grandemente scemata. - In quest'ultimo caso dica altresì il perito se l'indagato/imputato sia persona socialmente pericolosa e nell'affermativa individui la tipologia di misura di sicurezza più idonea a ridurne e superarne la pericolosità, nonché, sentito il DSM-DP competente per territorio, il piano terapeutico e riabilitativo e, in caso di intervento residenziale,

la struttura ove il predetto può essere inserito."

In tale contesto il giudice sarà quindi chiamato a valutare in concreto l'adeguatezza della soluzione proposta, il che non può avvenire senza una conoscenza di massima, anche da parte del giudicante, del contesto e dell'assetto delle singole strutture." La prassi suggerita dalla scheda del gruppo Interistituzionale Magistratura Regione Emilia-Romagna può considerarsi superata in alcune parti dalla successiva normativa del 2015, ma certamente l'impianto concettuale che la sorregge e il focus sul ruolo della perizia come strumento prioritario del dialogo tra magistrati e servizi rimane valido, anzi ne esce rafforzato dalla applicazione della legge 81.

Bibliografia

- (1) Legge 30 maggio 2014, n. 81 Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 31 marzo 2014, n. 52, recante disposizioni urgenti in materia di superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari. (14G00093) (GU Serie Generale n.125 del 31-5-2014)
- (2) Corte Costituzionale, sentenza 18/07/2003 n° 253; Ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario: illegittimità dell'art. 222 cod.pen.
- (3) Corte costituzionale, Sentenza 29 novembre 2004, n. 367
- (4) Legge 17 febbraio 2012, n. 9 Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 22 dicembre 2011, n. 211, recante interventi urgenti per il contrasto della tensione detentiva determinata dal sovraffollamento delle carceri. (GU n. 42 del 20-2-2012)
- (5) Determina Direzione Generale Sanità e Politiche sociali Regione Emilia Romagna n. 10702/2014

Michele Sanza
 Direttore Programma Dipendenze Patologiche di Cesena - Azienda USL della Romagna
 email: michele.sanza@auslromagna.it
 Tel. 0547 352162

Anna Mori
 Magistrato Corte d'Appello Tribunale di Bologna
 email: anna.mori@giustizia.it

Dopo l’Ospedale Psichiatrico Giudiziario: valutazioni e riflessioni “oltre il confine”

Franco Scarpa

Gli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG) da qualche mese sono chiusi, ma non vuoti. Ancora molte persone permangono in queste strutture ormai illegittime, perché non tutte le Regioni hanno organizzato i servizi e allestito le residenze previste. È pertanto necessario completare il processo attivato dalla Legge 09/2012: l’obiettivo fondamentale è chiudere gli OPG, di fatto e completamente, essendo ingiusto mantenere ancora cittadini in una istituzione dichiarata più volte dal Presidente della Repubblica Giorgio Napolitano “autentico orrore indegno di un paese appena civile”.

Alla luce di questa premessa, come prevede la Legge 81 del 2014, occorre riconoscere che una fase di ulteriore lavoro, difficile e complesso, attualmente attende:

- tutte le Regioni, cui è affidato il compito di programmazione e di impulso verso la costruzione di un sistema di servizi in grado di affrontare ogni necessità di cura;
- tutti i Servizi territoriali, che dovranno farsi carico dei pazienti autori di reato proponendo Programmi di cura e di riabilitazione;
- tutti i Magistrati, sia di cognizione che esecuzione, che dovranno, in base ai progetti terapeutici proposti, applicare misure non detentive.

In effetti, la questione del trattamento dei pazienti psichiatrici autori di reato non può e non deve essere limitata semplicemente ad una modifica del luogo di cura delle persone, dagli OPG carcerari alle Residenze per l’esecuzione di misure di sicurezza detentive (REMS). Le REMS sono residenze sanitarie ancora senza una fisionomia definita, non tanto in riferimento a logistica e organizzazione, per molti versi strutturate in base ai criteri minimi del Decreto Ministero della Salute del

1° ottobre 2012, ma soprattutto riguardo ai programmi terapeutici da assicurare. La logica dell’invio in OPG era infatti basata sul “contenimento” della pericolosità sociale, senza alcuna differenziazione per bisogni individualizzati. Come dimostra una recente ricerca, negli OPG è stato invece gestito un ampio spettro di disturbi patologici e di livelli di gravità, tale da richiedere trattamenti differenziati per livelli di intensità di cura. Il 62% degli internati presentava disturbi psicotici (il 39,5% di tipo schizofrenico ed il 22,5% di tipo diverso), il 20% disturbi di personalità e più del 55% dei casi, oltre a disturbi psichici, manifestavano comorbidità gravi con abuso o dipendenza da sostanze (2). Poiché un case mix elevato può rendere l’intervento terapeutico particolarmente complesso e difficile, le REMS devono avere standard non modificabili, adattati al principio della cura e non del mero contenimento, come ad esempio numero di posti letto, durata dei trattamenti, eventuale differenziazione dei percorsi di cura.

Un gruppo di utenti, caratterizzato da un case mix così differenziato, e che può spesso presentare una maggiore tendenza all’acting out, richiede un intervento terapeutico particolarmente complesso, rispetto a quello messo in atto nelle strutture territoriali già esistenti per pazienti non “giudiziari” e dalle quali, in molti casi, la medesima persona è stata già allontanata o, in altri casi, non viene accolta. Le REMS, strutture nuove e dedicate a farsi carico di tale utenza, dovranno avere standard non modificabili per quanto riguarda il numero massimale di posti letto, la durata dei trattamenti e, per particolari gruppi di utenti, la tipologia di percorsi in grado di erogare.

L’abbattimento del perimetro murario, che ha finora

“confinato” l’esecuzione delle misure di sicurezza nelle strutture OPG, porta a ridisegnare il sistema di trattamento, in particolare a definire i confini tra funzioni e strutture diverse. Un mondo separato invade territori finora tenuti a debita distanza, ponendo questioni molto rilevanti, alcune delle quali riguardano confini particolarmente critici.

Confine tra luogo di cura e di esecuzione penale.

Dato il persistere della natura “penale” della misura di sicurezza detentiva, i diritti delle persone internate nelle REMS sono disciplinati dalla normativa penitenziaria (Legge 354/75 e DPR 230/00), come specificato nell’Accordo approvato dalla Conferenza Unificata Stato-Regioni del 26 febbraio 2015. Tale Accordo non può essere però considerato un risultato finale non modificabile nel futuro. L’ordinamento penitenziario, calato integralmente in queste strutture sanitarie, dove opera esclusivamente personale del Servizio Sanitario, finirebbe tuttavia per stravolgerne il senso. Infatti, un luogo di cura deve avere organizzazione di vita e regolamentazione delle attività centrate sulle esigenze individuali, e deve essere flessibile per adattarsi alle individualità ed alle variazioni diacroniche dei progressi della persona e della condizione patologica. In sintesi non è la persona che deve adeguarsi al Regolamento, come nel carcere accade, ma è l’organizzazione della struttura, con le sue regole, che deve prendere in considerazione le esigenze ed i bisogni della persona e adattarsi ai tempi ed alle modalità relazionali con le quali il processo di cura si realizza.

La Legge 09/2012, art. 3 ter, con il conseguente D.M. 1° ottobre 2012, descrive strutture sanitarie dove la funzione penale della misura di sicurezza è circoscritta al “perimetro della struttura che deve “comprendere” il trattamento sanitario. Analogamente deve essere circoscritto l’impatto del regolamento penitenziario solo al perimetro delle strutture, inteso come “valico fisico” ed “interfaccia” tra interno ed esterno (contatti con l’esterno, telefonate, visite, corrispondenza od altro), ma non al complesso della vita quotidiana che si svolgerà al loro interno.

La vera e propria quotidianità delle attività (gestione oggetti personali, attività individuali, utilizzo oggettistica) deve essere calibrata sulle esigenze e sui bisogni individuali, sulle modifiche evolutive del disturbo che la persona può presentare, sulla necessità e possibilità di impegnare il proprio tempo in progetti terapeutici riabi-

litativi in grado di restituire senso al periodo trascorso nella struttura e prospettive per il futuro successivo alla dimissione o al transito in altre strutture e fasi del percorso terapeutico. In conclusione bisogna andare “oltre l’ordinamento penitenziario” per superare davvero nelle REMS la normativa penitenziaria.

Confine tra REMS e servizi territoriali

La REMS non deve configurarsi come una struttura di lungodegenza e tanto meno rappresentare una sosta o un ostacolo per il percorso terapeutico che la persona deve iniziare in tale luogo e completare all’esterno. La stessa Legge 81/2014 prevede che “per i pazienti per i quali è stata accertata la persistente pericolosità sociale, il programma terapeutico documenta in modo puntuale le ragioni che sostengono l’eccezionalità e la transitorietà del prosieguo del ricovero”.

Potenziati conflitti saranno possibili tra il Servizio che gestisce la REMS e quelli competenti per territorio, dovuti a differenze nella valutazione diagnostica, alla formulazione del progetto terapeutico, ad eventuale disparità di visione nel valore attribuito alla tipologia di reato o al comportamento, all’aderenza al trattamento terapeutico, ed alle differenti condizioni contestuali che ne modificano dosaggi e scelta, alla difficoltà di individuare soluzioni alternative territoriali: tali conflitti possono diventare elementi che determinano una stasi nel percorso terapeutico ed il rischio di prolungare la permanenza nella struttura residenziale REMS. Esempi del genere si sono già verificati, soprattutto quando scelte centrate su motivate esigenze di modificare la residenza delle persone, o di individuarla per soggetti senza fissa dimora o stranieri, determinano passaggi di competenze tra Servizi, o tra differenti equipe territoriali. È utile inoltre sottolineare come il trattamento di stranieri, sottoposti a misure di sicurezza, diventa particolarmente complicato per la difficoltà di assicurare adeguata assistenza alla dimissione (3).

Sarà pertanto necessario definire con accuratezza i rapporti tra REMS e servizi territoriali ai fini della realizzazione dei percorsi terapeutico-riabilitativi. A questo scopo, la creazione di equipe integrate, REMS-territorio, ben definite nei rispettivi compiti e nelle modalità di collaborazione, facilita e rende più agevole l’attuazione di un percorso, finora frazionato “a staffetta” tra servizi ed equipe separate, con la inevitabile necessità di attese per conoscere e rivalutare i casi e differenti impostazioni del trattamento.

L'integrazione con il territorio facilitante la "recovery" e la riabilitazione delle persone affidate alle cure del personale sanitario richiede uno scambio continuo con l'esterno. Che tali luoghi possano divenire, come molti temono, un luogo di stasi e di istituzionalizzazione dipende sostanzialmente dalla possibilità di garantire un adeguato scambio con il territorio. Per attuare percorsi di scambio con il territorio è indispensabile stabilire con i Giudici competenti una collaborazione basata su un flusso di informazioni e l'elaborazione di procedure chiare per attivare gli strumenti possibili (licenze, semilibertà).

Confine tra cura e controllo

Al personale sanitario delle REMS sono affidati compiti di cura e di protezione del paziente, analoghi a quelli vigenti in strutture come i Servizi di Diagnosi e Cura o le Comunità Terapeutiche, destinate a pazienti non giudiziari. La ben nota "posizione di garanzia" (art. 40 del Codice Penale), vincolante per l'operare del medico, se estesa alla previsione di eventuali comportamenti lesivi nei confronti altrui, rischia di essere paralizzante per le scelte terapeutiche ed innescare modalità di gestione tali da far perdere di vista l'obiettivo della cura, come è accaduto fin troppo spesso negli ambienti penitenziari dominati dalla logica del controllo e dell'ossessivo richiamo alla responsabilità penale, a discapito della libera, e necessariamente flessibile, relazione terapeutica. Le responsabilità connesse alla misura di carattere penale non devono diventare elementi troppo condizionanti l'intervento dei sanitari: i compiti supplementari connessi all'esercizio del controllo rispetto ai possibili comportamenti aggressivi, rischiano di riversarsi sul personale sanitario a discapito della funzione terapeutica.

Confine tra cura e sicurezza

Occorre sottolineare che la cura deve esplicarsi in un luogo sicuro per operatori e pazienti, ma tale esigenza non deve ostacolare le azioni terapeutiche. La definizione di ambienti, intesi sia come mero spazio fisico ma anche e soprattutto come "organizzazione", che abbiano "a cuore e mente" la sicurezza di movimento del personale, intesa nel senso della Legge 81-2002, un corretto rapporto numerico tra operatori ed utenti, la qualificazione professionale, l'adozione di procedure di intervento chiare, condivise (con prefetture, auto-

rità giudiziaria, servizi dell'emergenza-urgenza, etc.) e realisticamente attuabili, l'utilizzo delle più moderne tecnologie e di strumenti di controllo e di allarme, possono abbattere tale rischio. La formazione specifica del personale e la stabilità delle equipe di lavoro rappresentano aspetti essenziali per la costruzione di un "setting" e di un clima di relazioni all'interno dell'equipe, tale da garantire modalità appropriate di intervento e di relazione con i pazienti.

Confine tra cura e valutazione

Al personale delle strutture sanitarie per le misure di sicurezza è attribuito il compito prioritario della cura. Non bisogna però dimenticare, né sottovalutare, che l'ingresso nel sistema delle misure di sicurezza, e la stessa uscita, è determinato da una decisione del Giudice che si avvale di una valutazione degli aspetti psichiatrico forensi, connessi al criterio, in primis, della pericolosità sociale.

La valutazione tecnica, sulla quale si decide il destino giuridico della persona (imputabilità nella fase di cognizione, revoca o trasformazione della misura di sicurezza nella fase esecutiva in base alla pericolosità sociale), ma anche del percorso esistenziale, non deve essere affidata al personale che cura né forse al solo giudizio unilaterale del consulente del Giudice.

L'ipotesi su cui lavorare nel futuro, in analogia a quanto in molti paesi accade, è la costituzione di un collegio di esperti, non solo psichiatri, che abbia il compito di esprimere una valutazione professionalmente documentata, sulla quale il Magistrato basi il giudizio ultimo, di sua competenza, in base ai requisiti ed ai criteri definiti nel Codice Penale.

L'articolo 133 del Codice Penale, sul quale il Magistrato si basa per la valutazione di pericolosità sociale, come prevede l'art. 203 del CP, è ormai anacronistico, e superabile, attraverso la ri-formulazione esclusiva e specifica dei criteri per la definizione della pericolosità sociale, nel caso delle misure di sicurezza.

Un primo intento di modifica lo ha già operato la Legge 81/2014, là dove prevede che l'accertamento della pericolosità sociale "è effettuato sulla base delle qualità soggettive della persona ... senza tenere conto delle condizioni previste al secondo comma, numero 4".

La stessa Legge 81 impone al Magistrato di disporre "l'applicazione di una misura di sicurezza, anche in via provvisoria, diversa dal ricovero in un ospedale psichiatrico giudiziario o in una casa di cura e custodia, salvo

quando sono acquisiti elementi dai quali risulta che ogni misura diversa non è idonea ad assicurare cure adeguate e a fare fronte alla sua pericolosità sociale”, mantenendo comunque immutata l’esigenza di garantire la sicurezza sociale anche nelle REMS.

Analogamente, i criteri sui quali lo Psichiatra Forense fonda la valutazione, “indicatori interni ed esterni”, meritano di essere profondamente rivisti ed aggiornati con una metodologia più aderente ad una logica di valutazione del rischio di commettere atti violenti piuttosto che della generica “pericolosità sociale”: si cita ad esempio l’utilizzo di metodologie e strumenti basti sul Giudizio Clinico Strutturato di Rischio di Violenza, come la scheda HCR20 versione 3 (4). Tale strumento è costituito da 20 items che misurano i fattori storici, i fattori clinici presenti al momento della valutazione e la possibile risposta di gestione del rischio da parte dei Servizi territoriali, non solo psichiatrici; nella versione 3 consente di operare una descrizione dei possibili scenari di rischio e delle misure atte a contenerne gli effetti.

In conclusione, una riformulazione dell’articolo 133 del CP, coordinata alla funzione ed alle caratteristiche dei percorsi terapeutico riabilitativi, potrebbe avere maggiore efficacia e chiarezza, evitando una serie di interpretazioni fuorvianti. In tal senso la lettura delle ordinanze dei Magistrati di applicazione di misure detentive nelle REMS, e di quelle per misure non detentive, offre già un utile traccia su quanto la prassi stia modificandosi.

Sulla base di queste considerazioni, risulta indispensabile attivare a livello nazionale e regionale un sistema di monitoraggio e governo.

Questo sistema, condiviso tra tutte le Regioni, dovrà garantire un costante coordinamento tra le strutture e sui metodi di lavoro, nel rispetto delle prerogative di ogni Dipartimento di Salute Mentale, e prevedere:

- scambio di buone prassi nell’organizzazione delle strutture e dei percorsi di cura e riabilitazione;
- monitoraggio epidemiologico, sia sugli aspetti più tipicamente connessi alla patologia psichiatrica che alla tipologia di comportamenti di reato;
- monitoraggio ingressi per acquisire notizie sull’effettiva appropriatezza dei criteri di valutazione del livello di pericolosità sociale che, come descritto in precedenza, dovrebbero esser tali cui non si può “far fronte” con misure alternative non detentive;
- monitoraggio dei percorsi che richiedono la permanenza in REMS poichè la pericolosità sociale è rite-

nuta ancora persistente i caratteri di “eccezionale e transitoria”;

- raccordo con il Ministero della Giustizia, Dipartimento dell’Amministrazione Penitenziaria, che mantiene le funzioni di assegnazione delle misure di sicurezza nelle varie REMS.

Da questo continuo scambio e confronto tra operatori responsabili dei processi attivati dal nuovo sistema può scaturire una concreta metodologia di valutazione tecnico-scientifico-giuridica. Ciò anche allo scopo di affrontare il sistema dell’imputabilità e i passi necessari a modificare il Codice Penale.

In sintesi estrema, dopo la chiusura degli OPG, e per non ripercorre errori di emarginazione e istituzionalizzazione, è necessario operare sugli aspetti che determinano l’eccesso di domanda e la mancanza di soluzioni a valle: la sfida primaria è rappresentata dal controllo della variabile “tempo di permanenza” nelle strutture REMS e dalla capacità di governare il flusso di uscita verso soluzioni meno istituzionali e più riabilitative.

Non abbiamo ancora, a distanza di pochi mesi dalla chiusura degli OPG, dati certi per verificare se il sistema di ridurre gli invii nelle REMS stia davvero funzionando, riducendo il numero di posti letto effettivamente necessari, e se il Magistrato riesca ad applicare, come prevede la Legge 81, misure “non detentive” ma comunque in grado di “far fronte” alla pericolosità sociale. Un osservatorio nazionale potrebbe rispondere anche a tale indispensabile attività di raccolta dati che consenta un monitoraggio “epidemiologico” e degli eventuali problemi applicativi della Legge 81/2014.

Bibliografia

http://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=4983

Lega I., Del Re D., Mirabella F., Di Fiandra T. ed il gruppo OPG-ISS, “Verso il definitivo superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari” Inserto BEN, Roma 2015.

Scarpa F., Bonagura V.: La perizia negli stranieri, in La Perizia psichiatrica nel processo penale, a cura di M.S. Lembo, A.M. Casale, P. De Pasquali, Maggioli, 2015.

Douglas K.S. Version 3 of the Historical-Clinical-Risk Management-20 (HCR-20V3): Relevance to Violence Risk Assessment and Management in Forensic Conditional Release Contexts – Behav Sci Law. 2014 Sep; 32(5):557-76

Franco Scarpa

Psichiatra, Criminologo, Direttore Unità Operativa Complessa “Salute in Carcere” USL 11 Toscana - Direttore Servizi Sanitari c/o II.PP.

“Ospedale Psichiatrico Giudiziario” di Montelupo Fiorentino Referente Regionale Tavolo per Superamento OPG.

email: f.scarpa@usl11.toscana.it francoscrp@gmail.com

cell. 339 7364295

Anche quando è più difficile.

L'esperienza della REMS Casa degli Svizzeri di Bologna

A cura di

Claudio Bartoletti, Velia Zulli, Federico Boaron, Maria Grazia Fontanesi, Gemma Verbena, Franca Bianconcini, Ivonne Donegani, Angelo Fioritti

Introduzione

Il primo di aprile 2015 ha avuto inizio una era nuova nella storia della psichiatria italiana. Con il divieto di effettuare nuove ammissioni in Ospedale psichiatrico giudiziario e con l'avvio delle Residenze per l'esecuzione della misura di sicurezza (REMS) si sono chiusi gli oltre cento anni di affidamento alle autorità penitenziarie della gestione del paziente psichiatrico autore di reato. Si è così stabilita la preminenza dell'aspetto terapeutico-riabilitativo su quello custodiale e si è riportato tutto il percorso all'interno della competenza dei servizi sanitari. Curiosamente sono passati esattamente sette anni dall'entrata in vigore del DPCM 1 Aprile del 2008, con il quale l'intero ambito della sanità penitenziaria era stato ricondotto all'interno del Servizio Sanitario Nazionale, ma il cammino applicativo dell'allegato C che prevedeva il superamento dell'OPG è sembrato più simile ad un tortuoso passo di montagna che ad una autostrada in pianura. Tra battute d'arresto legate a cambi di governo, questioni amministrative sulla direzione degli OPG, divergenza di visioni tra regioni e governo centrale, visite ispettive di commissioni parlamentari, prese di posizione del Presidente della Repubblica, rinvii e proroghe, molto tempo era andato perso. Così quando il Parlamento ha approvato la Legge 81 nel Maggio 2014, stabilendo tra le altre cose la prorogabilità del termine dell'1.4.2015, il rammarico per il tanto tempo perso si è sovrapposto all'apprensione per il poco tempo rimasto. Sostanzialmente si trattava di fare in dieci mesi ciò che non si era riusciti a programmare nei sei anni precedenti.

In questo articolo vogliamo illustrare come sia stato possibile elaborare ed avviare in un tempo relativamente breve un progetto molto complesso e dalle implicazioni storiche di grande rilievo. Il fatto che si sia operato

sotto la spinta evidente di una normativa nazionale che imponeva ritmi serrati non significa che il progetto sia stato improvvisato o approssimativo. Molti degli autori di questo articolo lavoravano da molti anni alla progettazione di possibili alternative all'OPG ed avevano da tempo elaborato percorsi per rendere ciò attuabile. Uno di noi (A.F.) aveva coordinato l'unico studio epidemiologico di follow-up della popolazione degli OPG italiani, evidenziandone le caratteristiche cliniche sociali e criminologiche (Fioritti et al., 2001), giungendo a proporre uno schema di superamento degli OPG molto simile da quello poi contenuto nell'allegato C del DPCM 1.4.2008, che per altro aveva contribuito a scrivere (Fioritti & Melega, 2000). Un altro autore (C.B.) era da anni alla direzione di una residenza all'interno della quale erano stati istituiti posti letto per la cura dei pazienti detenuti, inviati dal carcere per patologie acute intervenute durante la detenzione, maturando una grande esperienza di tipo clinico e medico-legale. Un altro ancora (F.B.) aveva lavorato come psichiatra penitenziario per anni e successivamente svolto una notevole quantità di perizie in ambito penale. Inoltre due autori (A.F. e F.B.) avevano rappresentato l'Italia in un gruppo di lavoro voluto dalla Commissione Europea per valutare i sistemi psichiatrico-forensi degli Stati Membri.

Più in generale tutti avevano maturato esperienza nel trattamento clinico dei pazienti autori di reato e nei loro percorsi riabilitativi; inoltre avevamo predisposto e realizzato un programma biennale di formazione in psichiatria penitenziaria per conto della Regione Emilia-Romagna che aveva in gran parte riguardato gli aspetti clinici ed organizzativi delle possibili alternative all'OPG (Peloso et al., 2014).

Si è quindi trattato di concentrare in un tempo breve la

realizzazione di idee e progetti maturati in oltre venti anni di esperienza, traendo il massimo beneficio dal fatto di avere preso parte al programma che la Regione Emilia-Romagna aveva avviato sin dal 1993, quando presentò insieme alla Regione Toscana un Disegno di Legge per il superamento degli OPG e la riforma delle perizie psichiatriche.

1. Dove, come e perché

Nei mesi estivi del 2014 c'è stata una febbrile attività condivisa tra la Regione Emilia-Romagna le Direzioni delle Aziende USL ed i DSM-DP per preparare e realizzare il piano di superamento dell'OPG, con particolare riferimento all'avvio delle REMS, integrativo di quello precedentemente elaborato ed approvato dal Ministero che prevedeva una sola REMS a Reggio Emilia, nonché diverse azioni a sostegno delle attività dei DSM-DP.

Di esso viene data una descrizione in altro contributo di questo numero della rivista e ci concentreremo sulla attivazione della REMS provvisoria di Bologna, tassello importante di un mosaico di azioni molto più esteso.

Bologna fu scelta perché presso il DSM-DP della AUSL Bologna sin dal 2011 era stato avviato un progetto comprensivo finalizzato alla cura ed all'assistenza dei cittadini con disturbi mentali autori di reato in tutte le fasi del loro percorso giudiziario, che aveva previsto sei azioni:

- la creazione di un'équipe psichiatrica operante all'interno della casa Circondariale della Dozza, costituita da tre medici part-time e due infermieri;
- l'individuazione di 5 p.l. presso la RTI Arcipelago per i ricoveri di detenuti che necessitano di cure intensive per episodi di scompenso psichico e per far fronte ai bisogni di ricovero di pazienti sottoposti a vari tipi di misura giudiziaria (arresti domiciliari, libertà vigilata, licenza finale esperimento dall'OPG) inclusi pazienti dimessi dall'OPG che devono essere avviati ad un progetto territoriale;
- la partecipazione alla rete di coordinamento tra i professionisti dei DSM - DP e i medici dell'OPG di Reggio Emilia, consolidando i percorsi per il passaggio di presa in carico da parte dei CSM territorialmente competenti;
- il collegamento con la Magistratura di Cognizione e di Sorveglianza, il Dipartimento della Amministrazione Penitenziaria, le Forze di Polizia, i CSM di riferimento, collegamento anch'esso tenuto dal responsabile della UOSD Arcipelago e Carcere;
- l'investimento sulla formazione, in primis tramite la

organizzazione del corso di formazione della Regione Emilia-Romagna (2011-2012) rivolto a Dirigenti dei Dipartimenti di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche del territorio regionale che ha portato tra l'altro a facilitare la creazione di un gruppo di 'esperti' della materia;

- la sperimentazione su ampia scala del "Budget di salute" per i pazienti in uscita dall'OPG.

L'attivazione della REMS a Bologna fu decisa di fatto alla fine di settembre e la sede individuata poco dopo. La scelta ricadde sulla RTP Casa degli Svizzeri, ritenuta pienamente soddisfacente i requisiti strutturali per affrontare una sfida così impegnativa.

2. La Casa degli Svizzeri

All'epoca Casa degli Svizzeri era una Residenza a Trattamento Protratto (secondo la definizione data dalla DGR 327/04) collocata nel Quartiere Navile di Bologna, circondata da un ampio giardino e dotata di 18 posti letto per accogliere pazienti con psicopatologia complessa, che potessero avvalersi di un percorso terapeutico - riabilitativo e psicosociale personalizzato, in regime residenziale.

Era dotata di un organico di 1 medico, 7 infermieri, 7 OSS per la copertura di 24 ore su 7 giorni settimanali, con una presenza mista di infermieri e OSS (1 infermiere e 1 OSS per turno di lavoro). Gli interventi terapeutico/riabilitativi personalizzati erano garantiti dagli operatori della RTP in stretta collaborazione con i CSM territoriali a cui gli utenti erano in carico.

Uno dei motivi fondamentali che portarono alla scelta di Casa degli Svizzeri fu l'elevato comfort ambientale. Si tratta senza dubbio della struttura terapeutico-riabilitativa più bella ed accogliente tra quelle in dotazione alla AUSL e probabilmente tra le migliori della regione. Volendo interpretare compiutamente il passaggio da un concetto di sicurezza basato sulla detenzione ad uno basato sulla cura si è deciso di scegliere una struttura dotata di ampi spazi sia interni che di verde, con ampie possibilità di individualizzazione degli spazi personali e di effettuazione di attività di gruppo. Questo non è avvenuto senza discussioni interne al DSM-DP o nel contesto socio-politico bolognese.

Il progetto è stato presentato alla CTSS ai primi di novembre ed il giorno dopo ai professionisti della struttura, agli utenti allora ospiti ed ai loro familiari. In rapida succes-

sione fu poi presentato al Comitato di Dipartimento, alle Organizzazioni Sindacali, al CUFO, ai Comitati Consultivi Misti ed al Comitato di Distretto, ottenendo una sostanziale approvazione. Esso prevedeva:

1. Una riprogettazione individuale di tutti i pazienti ospitati, in modo da svuotare la struttura entro il 15 gennaio ai fini della ristrutturazione per il nuovo utilizzo.
2. Una ristrutturazione edilizia concordata con le Forze dell'Ordine locali sotto la guida della Prefettura, finalizzata ad aumentare la sicurezza interna e perimetrale, come richiesto dalle norme vigenti.
3. Una ricomposizione della dotazione del personale che si sarebbe arricchita di figure mediche, infermieristiche, psicologiche, assistenti sociali, educatori, personale amministrativo e personale di vigilanza.
4. Una progettazione clinico-terapeutica, idonea a trattare pazienti con diagnosi tra loro diverse, con permanenze medio lunghe ed in regime di privazione della libertà.
5. Una rigorosa definizione dei protocolli interni e di collaborazione con Magistratura, Forze dell'Ordine, Servizi di Emergenza, reparti ospedalieri, consulenze specialistiche, medici di base e tutto ciò che serve per una struttura prevalentemente autosufficiente per le esigenze sanitarie e psicosociali.
6. Un percorso di formazione intensiva della durata di un mese a tempo pieno, da effettuare nel mese di marzo, insieme alla équipe della REMS di Parma, nella imminenza della apertura della struttura stessa, per tutti gli operatori di tutte le professionalità, impegnati nella struttura stessa.

Ci sono cambiamenti che sono così lenti a realizzarsi che sembra che non cambi mai niente. Ce ne sono altri che sono così rapidi che rischiano di precedere chi li deve praticare. Nel caso della apertura della REMS sembra oggi quasi miracoloso il fatto che si sia riusciti nel breve arco di qualche mese a realizzare punto per punto e nei tempi prestabiliti quanto previsto dal programma.

Un elemento che non si sottolineerà mai abbastanza è che la stragrande maggioranza degli operatori che lavorava a Casa degli Svizzeri ha volontariamente scelto di continuare a lavorare al nuovo progetto, accettando una sfida professionale ed etica di grande valore, integrandosi con le figure che secondo progetto si sono poi aggiunte. E così va anche sottolineato come tutti gli

utenti all'epoca ospitati a Casa degli Svizzeri e quasi tutti i loro familiari abbiano colto l'opportunità di riprogettare il loro percorso altrove, rientrando a domicilio in alcuni casi con un budget di salute, in altri andando presso gruppi appartamento in altri ancora trovando una idonea soluzione presso altre RTP. Senza queste disponibilità di alto senso civico il progetto non si sarebbe potuto realizzare.

3. L'avvio del progetto

La struttura è stata inaugurata il giorno 30 marzo 2015 e le prime tre pazienti sono giunte, trasferite dalla sezione femminile di Castiglione delle Stiviere la sera del 3 aprile. Gli altri ingressi sono continuati al ritmo di due-tre alla settimana in trasferimento dagli altri OPG maschili. Alla fine del mese di aprile tutti e 14 i posti della struttura erano occupati e, per così dire, si è cominciato a lavorare a regime.

Possiamo dire che il livello di motivazione professionale è stato altissimo fin dall'inizio, e tale si è mantenuto sin qui, garantendo la qualità che è necessaria per funzioni così delicate.

Il fatto di costituire la prima REMS d'Italia ad avere aperto i battenti ha sicuramente aiutato a tenere viva l'attenzione, anche se ha comportato notevoli problemi nella relazione con i media, la cui gestione è stata condivisa con la Magistratura di Sorveglianza in ogni minimo aspetto. Non c'è dubbio però che poche altre strutture sanitarie hanno attratto l'interesse di televisioni e giornali come la REMS di Bologna. Anche le visite di colleghi provenienti dal Lazio, dal Piemonte, dalla Sardegna e da Bolzano, interessati a cogliere il meglio per poterlo replicare nelle esperienze che andavano costruendo ha costituito senza dubbio una forte motivazione di carattere professionale, anche se comunque un impegno non piccolo.

Inoltre essere stati i primi in Italia ha comportato sì qualche momento di gloria, ma anche l'essere i primi a sperimentare tutti gli eventi negativi previsti ed imprevedibili. In sostanza si sono verificati:

1. Il primo allontanamento da una REMS (25 aprile) mediante scavalco della recinzione, conclusosi con il ritrovamento al domicilio del paziente che è rientrato in struttura dopo poche ore senza opporre resistenza. L'evento ha comportato un riesame insieme alle Forze dell'Ordine delle misure strutturali di sicurezza con loro decise ed un adeguamento della recinzione in modo da renderla meno vulnerabile.

2. Il primo Trattamento Sanitario Obbligatorio da una REMS ad un SPDC, conclusosi dopo circa una settimana con il rientro in REMS, esauritosi l'episodio di eccitamento che lo aveva determinato;
3. Il primo trasferimento presso un reparto internistico, con piantonamento, di un paziente con una condizione medica grave intervenuta durante la permanenza in REMS, conclusasi anche in questo caso con il rientro in REMS una volta stabilizzatesi le condizioni cliniche.
4. Il primo mancato rientro da un permesso accordato dal Magistrato di Sorveglianza, in accompagnamento all'esterno da parte di un operatore della struttura, episodio non ancora conclusosi in quanto il paziente non è stato per ora rintracciato.

Ciascuno di questi episodi ha comportato riflessioni ed aggiustamenti di una pratica in corso di rodaggio, ma che nella sua pratica più essenziale (la cura residenziale del paziente autore di reato) è parsa molto più simile alla attività delle strutture psichiatriche "ordinarie" che a quella di un OPG.

Ciò ha costituito per ora la nota più rilevante dell'esperienza.

Il trasferimento di pazienti che in condizioni di detenzione negli OPG avevano manifestato comportamenti regressivi ed aggressivi, una volta posti in un contesto strutturato, responsabilizzante e di grande comfort alberghiero, non ha sinora comportato problemi maggiori di gestione della aggressività, per lo meno non in misura maggiore rispetto alle strutture residenziali ordinarie. E' sicuramente presto per dirlo, ma sin qui l'adattamento alla struttura e l'adesione ai programmi comunitari è stato molto buono, lasciando sperare che la scommessa fatta con la riforma possa essere vinta. Essa consiste in pratica nel produrre sicurezza mediante la cura e non mediante la punizione o la reclusione. Nell'arco di cinque mesi le chiamate del medico reperibile per situazioni urgenti sono state quattro, molto meno di quanto avveniva in una notte in media in un SPDC.

L'alleanza forte tra sanitari e Magistratura di Sorveglianza che si è consolidata in questi mesi ha proprio riguardato i percorsi di recupero che con il nuovo assetto sono diventati maggiormente intensivi e più orientati al reinserimento esterno. Non è un caso che già quattro pazienti siano stati dimessi e che i programmi di dimissione siano predisposti per altri ancora.

Più in dettaglio sono stati ammessi in REMS, nei primi 5 mesi, 17 pazienti (13 uomini e 4 donne). Dei 4 dimessi 2 sono in licenza finale esperimento e due in libertà vigilata. Un paziente proviene da fuori Regione, le misure di sicurezza definitive sono 11 e 6 le provvisorie.

Ed infine non va dimenticato come sia stato raggiunto l'obiettivo principale di tutto il programma: nessun cittadino emilia-romagnolo è più in OPG. Non era un fatto scontato.

Conclusioni

Sei mesi di attività sono pochi per valutare compiutamente un programma così ambizioso. Molte sono le incognite che ancora occorrerà esaminare. Come procederà il programma nelle altre Regioni? Come agirà la Magistratura di cognizione relativamente alle Misure di Sicurezza provvisorie, che se troppo numerose rischiano di saturare rapidamente le REMS? I percorsi di uscita dalle REMS manterranno lo stesso ritmo che hanno avuto in questi primi mesi? Come reagirà la comunità professionale o la pubblica opinione a fronte di incidenti maggiori che dovessero riguardare persone in REMS? Se dovesse essere il caso come verrà valutata la responsabilità professionale di chi opera in REMS?

L'esperienza di questi primi mesi è però molto confortante e ci insegna che un trattamento umano, dignitoso e professionale in un luogo accogliente produce una quantità di sicurezza e di salute che sembra speculare rispetto all'abbandono, all'incuranza ed agli abusi che costellarono la storia degli OPG. Ed è già un risultato entusiasmante poterne parlare al passato remoto.

Bibliografia di riferimento

Fioritti A., Melega V., *Psichiatria Forense in Italia: una storia ancora da scrivere. Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, 2000, 9/4, 219-226

Fioritti A., Melega V., Ferriani E., Rucci P., Scaramelli A.R., Venco C. & Santarini F., *Crime and Mental Illness: an Investigation of Three Italian Forensic Hospitals, Journal of Forensic Psychiatry*, 2001, 12/1, 36-51

Peloso PF, D'Alema M, Fioritti A. *Mental health care in prisons and the issue of forensic hospitals in Italy. J Nerv Ment Dis.* 2014 Jun;202(6):473-8.

Rif.

Claudio Bartoletti, psichiatra,
Resp. Sanitario REMS "Casa degli Svizzeri" - DSM-DP Ausl Bologna
email: claudio.bartoletti@ausl.bologna.it
Tel. 051-6351059

Percorsi ed esiti dei dimessi dall'Ospedale Psichiatrico Giudiziario

Studio retrospettivo sui pazienti psichiatrici autori di reato ricoverati in OPG e in cura presso l'Ausl di Parma nel periodo 2002-'15. Risultati preliminari

Pietro Pellegrini, Giuseppina Paulillo, Clara Pellegrini, Diego Gibertini

Introduzione

La chiusura degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG) a seguito dell'approvazione delle leggi 9/2012 e 81/2014, nel 2014 è stata preceduta da una dettagliata valutazione dei pazienti ancora ricoverati in OPG, al fine di determinarne la dimissibilità mentre non sono note indagini epidemiologiche sui pazienti dimessi negli anni precedenti.

Scopo e metodo

Scopo del presente studio è quello di documentare i percorsi dei pazienti psichiatrici autori di reato in epoca precedente la chiusura degli OPG. Si tratta di uno studio retrospettivo che contiene dati preliminari sui pazienti autori di reato ricoverati in OPG e seguiti dal Dipartimento Assistenziale Integrato Salute Mentale Dipendenze Patologiche (DAI-SMDP) dell'Ausl di Parma nell'arco temporale gennaio 2002-aprile 2015 nel quale si è realizzata la presa in cura mentre il momento in cui è avvenuto il reato può essere stato antecedente al periodo considerato.

Lo studio, che necessita di ulteriori approfondimenti, intende valutare la consistenza dell'utenza e la capacità del sistema territoriale psichiatrico di farsi carico di pazienti che hanno avuto ricoveri in OPG. Attraverso l'esame della documentazione, i dati del sistema informativo (Efeso) e la ricostruzione anamnestica, sono state rilevate alcune caratteristiche dei percorsi e dei pazienti, le diagnosi, le reiterazioni dei reati e l'esito in termini di collocazione abitativa e attività lavorativa. In

questo contributo vengono presentati i primi risultati preliminari ritenuti attendibili. La ricerca è suscettibile di approfondimenti e perfezionamenti man mano che i dati saranno dettagliati e verranno analizzati anche altri punti di vista (ad esempio quello degli utenti e dei familiari).

Risultati

Negli archivi sono stati rintracciati i documenti/informazioni relativi a 26 pazienti tutti di sesso maschile, range di età al momento della presa in carico (per il reato) da 28 a 79 anni, età media 37 anni, tutti affetti da disturbi mentali gravi e ricoverati in OPG.

La dimissione con collocazione territoriale è stata possibile per 24 pazienti mentre 2 sono rimasti in OPG ove sono deceduti per cause mediche.

Dei 24 pazienti dimessi dall'OPG: 5 pazienti sono stati collocati in residenze "vocate" (es. "Casa Zacchera"), 12 sono stati dimessi in residenze psichiatriche "ordinarie", 5 in altre collocazioni (Casa di cura, Casa protetta per anziani, Comunità terapeutica per tossicodipendenti) e 2 utenti, ad aprile 2015, sono stati trasferiti in Residenza per l'Esecuzione delle Misure di sicurezza (Rems).

Attualmente dei 24 pazienti dimessi: 12 sono ancora nelle strutture residenziali, 2 sono in REMS, 5 sono a domicilio, 2 sono in casa protetta per anziani e 1 è senza fissa dimora; 2 pazienti sono deceduti (uno per suicidio e 1 per patologia internistica).

Ad oggi 7 utenti lavorano per lo più in modo protetto e solo 1 di loro lavora regolarmente. Tuttavia anche

prima del reato la quota di pazienti che lavoravano era limitato (9 su 26). Titolo di studio prevalente la scuola dell'obbligo. Gli stranieri sono 2 su 26.

Al momento del reato i pazienti con familiari erano 22; ad oggi 14 utenti hanno familiari presenti. La riduzione si è verificata in parte per ragioni naturali e in parte a seguito del reato che ha visto i familiari coinvolti (in 12 casi). In 5 situazioni il reato ha riguardato altri soggetti significativi per il paziente, il che fa riflettere sull'importanza della famiglia e della rete relazionale di prossimità.

I pazienti noti e già seguiti dal DAI-SMDP sono stati nel complesso 18 (di cui 12 erano in cura al Centro di salute mentale (CSM), 4 al CSM e Dipendenze patologiche e 2 solo nelle Dipendenze patologiche) mentre 8 utenti al momento del reato non erano noti ai servizi.

Diagnosi psichiatrica prevalente: 20 schizofrenia/psicosi (associato in 2 casi all'uso di sostanze e 2 con ritardo mentale lieve); 6 disturbo della personalità associato ad uso di sostanze (4 casi) e ritardo mentale (1 caso).

I reati commessi sono: omicidio 8 pazienti; tentato omicidio o lesioni gravissime/gravi 9; altri reati 9.

Nel periodo considerato non si è avuta la reitrazione di reati gravi; si è verificata la violazione delle misure di sicurezza (con rientro in OPG e/o aggravamento delle misure di sicurezza) in 4 pazienti su 26. La caratteristica clinica principale di questi pazienti è quella di essere affetti da gravi disturbi della personalità con uso di sostanze. Questi pazienti sono "instabili" ed hanno difficoltà nell'aderenza ai programmi di cura, il che ha riguardato anche altri 3 utenti con disturbi psicotici. Questo gruppo di pazienti ha avuto le stesse difficoltà anche prima del reato e sembra quindi una condizione collegabile al quadro clinico, alla personalità e alle condizioni socio-familiari.

Discussione e Conclusioni

Lo studio evidenzia che nel periodo considerato (13 anni circa) il numero di pazienti autori di reato ospitati in OPG sono stati 26, con una media di 2 pazienti/anno. L'analisi dei percorsi dimostra che le pratiche psichiatriche territoriali del DAI-SMDP dell'Ausl di Parma, nel complesso sembrano in grado di prendersi cura dei pazienti psichiatrici autori di reato con percorsi alternativi all'OPG. La dimissione dall'OPG è avvenuta tramite la collocazione prevalente di tipo residenziale;

nel tempo una parte degli utenti (5) ha raggiunto livelli di autonomia tali da poter vivere autonomamente e 7 riescono a lavorare per lo più in modo protetto. La collocazione residenziale, seppure costituita da diverse strutture, si configura come una soluzione che dura piuttosto a lungo (in media circa 6,5 anni) per cui ad oggi 12 utenti sono in strutture psichiatriche o assistenziali, 2 alla REMS.

La reiterazione dei reati/violazione delle misure risulta bassa e sembra correlare con le caratteristiche personali, l'uso di sostanze e la scarsa aderenza ai trattamenti che rende difficili i programmi e aumenta i rischi. Quindi l'assistenza alternativa all'OPG è stata possibile per 24 pazienti su 26. I 2 soggetti non dimessi, in epoca antecedente il 2008 (anno in cui l'assistenza sanitaria negli OPG è passata alle Ausl), avevano effettuato periodi di prova che non erano ancora esitati nella dimissione dall'OPG dove poi si è avuto il decesso. Questo dato riflette pratiche datate (che la legge 81/2014 invita a superare) ma ricorda la possibilità che seppure in un ridotto numero di casi, anche nel nuovo contesto operativo vi possano essere difficoltà nel promuovere le dimissioni di determinati utenti da luoghi di cura altamente protetti.

Nei pazienti collocati nel territorio si è verificato 1 suicidio di un paziente ricoverato in una residenza e 1 utente è diventato "un senza fissa dimora". Quindi nel complesso si rileva una buona capacità di trattenere in cura i pazienti forse anche per l'effetto "facilitante" della misura di sicurezza non detentiva. La reiterazione dei reati appare limitata ma pone il problema dell'adesione alle cure e dell'assistenza a lungo termine nel territorio delle persone con disturbi mentali specie se abusano di sostanze.

Pur con i limiti di tipo metodologico (ricostruzione retrospettiva, numerosità della popolazione, ecc.), lo studio dimostra che la legge per la chiusura degli OPG, seppure promossa per un insieme complesso di motivazioni può trovare un sostegno anche nelle pratiche psichiatriche realizzate sul campo dal 2002 e, nella Regione Emilia Romagna, perfezionate dopo il DPCM 1 aprile 2008 con la costruzione di procedure tra OPG e Dipartimenti di salute mentale.

La ricerca dà un'idea dell'entità del fenomeno (2 casi / anno per una popolazione di 450 mila abitanti) e rileva che una buona parte (circa il 70%) dei pazienti autori

di reato era nota ai servizi e questo apre interrogativi sulla possibilità di operare in termini di tipo preventivo. Al contempo evidenzia la necessità di prese in carico precoci e di adeguate valutazioni in sedi opportune per i soggetti non noti ai servizi al momento del reato per poter formulare progetti terapeutici riabilitativi individualizzati che possano utilizzare una rete di strutture (preparate in ciascun dipartimento) disponibili a realizzare percorsi alternativi all'OPG con soluzioni residenziali anche di lungo termine e al contempo possano preservare e sostenere le famiglie e le risorse della comunità. Lo studio sembra indicare che occorre promuovere l'adesione alle cure e i percorsi di autonomia dei pazienti per migliorare i dati relativi alla collocazione abitativa e all'inserimento lavorativo aumentando le occasioni, sensibilizzando la comunità e sviluppando strumenti innovativi come il "Budget di salute".

Infine permette di considerare le neonate Residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza (REMS) non come contenitori aspecifici analoghi all'OPG bensì come nodi specializzati di una rete in grado di fare valutazioni e promuovere con ciascun dipartimento e comunità sociale di riferimento del paziente, percorsi territoriali terapeutici e abilitativi volti, seppure in tempi lunghi, ad attivare la recovery, l'inclusione sociale e il protagonismo delle persone con disturbi mentali autrici di reato. Va ricordato in chiusura che la ricerca ha rappresentato i percorsi e le pratiche che si sono realizzate prima della legge 81/2014 e quindi anche le tipologie dei percorsi potranno essere modificate dalla puntuale applicazione della nuova legge e tramite di uno specifico sistema informativo potranno essere documentati percorsi ed esiti.

Bibliografia essenziale

Lega I, Del Re D, Picardi A, Cascavilla I, Gigantesco A, Di Cesare A, Ditta G, Di Fiandra T (Ed.). Valutazione diagnostica dei pazienti psichiatrici autori di reato: messa a punto di una metodologia standardizzata e riproducibile. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2014. (Rapporti ISTISAN 14/10).

Ruggeri M., La Salvia A. La valutazione di routine dell'esito nei Dipartimenti di Salute Mentale *Noos* 3:2003 205-220

Saponaro A. Carozza P. Natali A., Piazza A., Piraccini G., Ravani C., Sanza M., Ventura S. Programma di sviluppo della valutazione di esito nei Dipartimenti di salute mentale e dipendenze patologiche della Regione Emilia - Romagna 2014-2018, *Sestante* 00 maggio 2015, 9-10

Rif.

Pietro Pellegrini

Direttore Dipartimento Assistenziale Integrato Salute Mentale e Dipendenze Patologiche Ausl di Parma

email: ppellegrini@ausl.pr.it

Tel.- cell: 0521 396624 - 335 6958847

Eventi, pubblicazioni, siti

Libri

Salvatore Verde
IL CARCERE MANICOMIO
Roma, Sensibili alle foglie, 2011, 79 pp.

Laura Baccaro, Renzo Pegoraro (a cura di)
SALUTE MENTALE E GARANZIA DEI DIRITTI
Padova, Cleup, 2009, 193 pp.

Jean Louis Senon
LA SALUTE MENTALE IN CARCERE
Torino, Centro Scientifico Editore, 2006, 140 pp.

Articoli

Pugiotto A.
DALLA CHIUSURA DEGLI OSPEDALI PSICHIATRICI
GIUDIZIARI ALLA (POSSIBILE) ECLISSI DELLA PENA
MANICOMIALE
In: Costituzionalismo.it, fasc.2/2015

Martin O. Olsson
PREDICTORS OF PSYCHIATRIC HOSPITALIZATION IN EX
PRISONERS WITH SUBSTANCE-USE PROBLEMS: A DATA-
LINKAGE STUDY
In: Journal of Drug Issues, n. 2 (apr. 2015)

Lega I, Del Re D, Picardi A, Cascavilla I, Gigantesco A, Di
Cesare A, Ditta G, Di Fiandra T.
VALUTAZIONE DIAGNOSTICA DEI PAZIENTI PSICHIATRICI
AUTORI DI REATO: MESSA A PUNTO DI UNA METODOLOGIA
STANDARDIZZATA E RIPRODUCIBILE.
Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2014. (Rapporti ISTISAN
14/10)

Lega I., Del Re D., Mirabella F., Di Fiandra T., ed il gruppo
OPG-ISS
VERSO IL DEFINITIVO SUPERAMENTO DEGLI OSPEDALI
PSICHIATRICI GIUDIZIARI
Inserito BEN, Bollettino Epidemiologico Nazionale, Not Ist
Super Sanità 2014;27(7-8):i-iii

Bettina Picconi (a cura di)
LA SANITÀ PENITENZIARIA. NODI CRITICI E PROBLEMI
DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE PER GARANTIRE
IL DIRITTO ALLA SALUTE E L'ASSISTENZA ALLE PERSONE
DETENUTE DOPO LA RIFORMA DEL DPCM 01/04/2008
In: Salute e Territorio, A. 33, n. 194 (set.-ott. 2012)

Marion Vacheret, Denis Lafortune
PRISONS ET SANTÉ MENTALE, LES OUBLIÉS DU SYSTÈME
In: Déviance et Société, n. 4 (dic. 2011)

Nunzio Cosentino, Angela Giannetto
SUI FOLLI - REI: UNA RICERCA COMPARATA
In: Rassegna Italiana di Criminologia, A. 3, n. 3 (2009)

Paolo Francesco Peloso, Tullio Bandini
FOLLIA E REATO NELLA STORIA DELLA PSICHIATRIA.
OSSERVAZIONI STORICHE SUL RAPPORTO TRA
ASSISTENZA PSICHIATRICA E CARCERE
In: Rassegna Italiana di Criminologia, A. 1, n. 2 (2007)

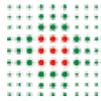
Documenti on line

Commissione parlamentare di inchiesta sull'efficacia e
l'efficienza del servizio sanitario nazionale.
RELAZIONE SULLE CONDIZIONI DI VITA E DI CURA
ALL'INTERNO DEGLI OSPEDALI PSICHIATRICI GIUDIZIARI.
ROMA
Senato della Repubblica; 2011. Disponibile all'indirizzo
[http://www.senato.it/documenti/repository/commissioni/
servizio_sanitario16/Relazione_OOPPGG_doc_XXII-bis_4.
pdf](http://www.senato.it/documenti/repository/commissioni/servizio_sanitario16/Relazione_OOPPGG_doc_XXII-bis_4.pdf)

Borzacchiello A.
I LUOGHI DELLA FOLLIA: L'INVENZIONE DEL MANICOMIO
CRIMINALE
2007. Disponibile all'indirizzo: http://www.museocriminologico.it/documenti/carcere/manicomio_criminale.pdf

Andreoli V.
ANATOMIA DEGLI OSPEDALI PSICHIATRICI GIUDIZIARI
ITALIANI
Roma: Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria,
Ufficio studi e ricerche legislazioni e rapporti internazio-
nali; 2002.
Disponibile all'indirizzo: www.rassegnapenitenziaria.it

Primo Pellegrini
Educatore Professionale, U.O. Dipendenze Patologiche - Centro Studi e
Documentazione di Rimini/Ausl della Romagna
email: primo.pellegrini@auslromagna.it



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA



Regione Emilia-Romagna



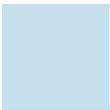
Bologna, 26 ottobre 2015

CONVEGNO “LA CURA E LA SICUREZZA” Servizi psichiatrici e istituzioni giudiziarie in un paese senza OPG
Terza Torre, Viale della Fiera 8, Bologna
Info: Marisa Marchesini - tel. 0516584156; marisa.marchesini@ausl.bologna.it



Bologna, 29 ottobre 2015

CONVEGNO “GET UP Genetics, Endophenotypes and Treatment: Understanding early Psychosis”
Auditorium Regione Emilia-Romagna, Viale Aldo Moro 18, Bologna
Info: cnerozzi@regione.emilia-romagna.it



Bologna, 6 novembre 2015

CONVEGNO “LA SALUTE DEI TOSSICODIPENDENTI”
organizzato da UO Osservatorio epidemiologico dipendenze patologiche, DSM-DP, Azienda Usl Bologna.
Sede: Sala Convegni - Casa dei donatori di sangue AVIS, Via dell’Ospedale 20 Bologna,
Info: tel. 0516584192; <http://www.ausl.bologna.it/oem>



Bologna, 27 novembre 2015

CONVEGNO “IL PROMOTORE DELLA SALUTE IN CARCERE: UNA NUOVA FIGURA NEL SERVIZIO SANITARIO
PENITENZIARIO IN EMILIA ROMAGNA”
organizzato da Regione Emilia Romagna
Info: cell. 320 8912371; farinidaniela@gmail.com