

DOCUMENTO SULLA LEGGE 81/2014 (“Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 31 marzo 2014, n. 52, recante disposizioni urgenti in materia di superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari”).

Elaborato in occasione del Convegno dell’Aquila del 12-13 dicembre 2014 “Comportamento aggressivo in psichiatria e superamento degli OPG: nuovo ruolo del DSM tra integrazione socio-sanitaria e responsabilità professionale” organizzato dal Direttivo della WAPR- Italia e dal Direttivo della Sezione Abruzzo e Molise della SIP)

Il documento intende fornire un contributo equilibrato che tiene conto degli aspetti positivi e critici contenuti nella legge 81/2014, ed essere di stimolo e di riflessione critica per gli operatori dei Servizi di Salute Mentale e per tutte le parti interessate.

Aspetti positivi.

- 1) L’Ospedale Psichiatrico Giudiziario viene sostituito da Strutture leggere definite Residenze per L’Emissione delle Misure di Sicurezza (REMS) con non più di 20 posti, confortevoli e gradevoli sul piano strutturale con connotazione orientata alla riabilitazione e non alla custodia
- 2) il ricorso a tali Strutture considerato una misura adeguatamente motivata, transitoria, eccezionale
- 3) la permanenza nelle REMS non potrà essere superiore alla durata del massimo della pena edittale prevista per il reato commesso
- 4) l’istituzione di una commissione di coordinamento per il superamento dell’OPG a garanzia dell’applicazione della legge

Aspetti critici.

Di contro, la Legge presenta alcuni aspetti problematici su cui il documento intende prendere posizione:

- 1) la Legge collega erroneamente e in modo automatico il concetto dell’incapacità di intendere e di volere e la pericolosità sociale con la malattia mentale, mentre l’infermità mentale e la pericolosità possono appartenere anche a persone con diagnosi diverse da quelle psichiatriche.

Senza tale distinzione è evidente il rischio che tutte le persone dimesse dall'OPG, a prescindere dalla loro diagnosi, vengano prese in carico dai Dipartimenti di Salute Mentale.

- 2) La legge prevede che la valutazione della pericolosità sociale non deve tener conto di fattori così detti oggettivi, quali l'ambiente socio-economico, il contesto familiare, ecc. Si auspica pertanto che la legge venga rivista e che possano essere presi in considerazione anche i fattori ambientali e contestuali. La presenza di una buona rete sociale, per esempio, potrebbe orientare verso un progetto realistico di inclusione sociale soprattutto nei casi di pericolosità sociale "attenuata"
- 3) L'altro argomento molto dibattuto, con opinioni di pensiero molto diverse, ha riguardato la funzione ed il ruolo delle Strutture alternative agli OPG, le così dette REMS. Il presente documento, pur prendendo in considerazione i molteplici punti di vista, ritiene che le REMS possano svolgere la loro funzione in casi problematici, complessi e di difficile gestione nelle Strutture ordinarie dei Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) come per esempio nei riguardi di:
 - persone con disturbi mentali resistenti alle terapie, in cui si può supporre che i sintomi psicotici siano alla base del comportamento criminale;
 - persone con disturbi mentali che assumono sostanze e con tratti di impulsività incontrollata;
 - persone che hanno commesso atti criminali di particolare crudeltà
 - persone che presentano note di personalità antisociale e di psicopatia in cui il ravvedimento potrebbe essere lento col rischio di reiterare reati.

Alcune scuole di pensiero ritengono poi che le REMS non garantirebbero reali percorsi assistenziali-riabilitativi. Si ritiene che, per evitare tale rischio, sia necessario che tali Strutture siano dotate di personale qualificato, aggiornato sulle questioni medico-legali, competente nei processi di riabilitazione orientati alla recovery. A tale proposito, per ribadire il carattere riabilitativo di tali Strutture, si auspica che possano essere ridenominate: *"Residenze terapeutico riabilitative con garanzia di sicurezza"*.

La realizzazione delle REMS in alcune regioni procede con molta lentezza per cui si è assistito ad una corsa contro il tempo, da parte delle Regioni, per mettersi in regola con soluzioni temporanee entro i termini stabiliti dalla legge. Gli Assessorati alla Sanità hanno individuato con urgenza, d'intesa con l'Osservatorio Nazionale, delle Strutture alternative in grado di accogliere le persone

internate in OPG in attesa dell'apertura delle REMS. Tali Strutture sono variamente denominate, come pre-REMS, come Strutture transitorie, ecc.

La regione Abruzzo sta identificando una Struttura con l'obiettivo di dare urgentemente una ospitalità alternativa alle persone attualmente ricoverate soprattutto nell'OPG di Aversa. Va segnalato che la popolazione delle persone con disturbi mentali ricoverata presso l'OPG è piuttosto bassa e che non è attualmente presente nessun paziente proveniente dalla ASL 1 Avezzano Sulmona L'Aquila, come testimonianza di una politica orientata alla stretta collaborazione con i magistrati che ha permesso percorsi alternativi al ricovero in OPG.

Proposte operative.

Il documento vuole avere anche una valenza propositiva e suggerisce alcune azioni che potrebbero facilitare i Dipartimenti di Salute Mentale nell'applicazione, nei territori di competenza, della Legge 81:

A) Appaiono urgenti le azioni formative sui contenuti della Legge rivolte alla popolazione, col coinvolgimento dei media nazionali, in quanto le persone sono ancora del tutto ignare degli aspetti innovativi ed etici della nuova legge che ha sancito la chiusura degli OPG.

Si è comunque dimostrato che la popolazione mantiene un forte tasso di diffidenza quando l'informazione è troppo rassicurante e buonista. La vera sfida resta quella di prevenire e ridurre progressivamente i casi di aggressione e di violenza, aiutando le persone con disturbo mentale ad assumere la cura farmacologica prescritta per controllare il quadro psicopatologico ma soprattutto coinvolgendo le persone autori di reato in progetti riabilitativi finalizzati a migliorare le loro competenze, la loro autostima, la speranza per un futuro migliore e l'inserimento nel mondo del lavoro e il miglioramento delle relazioni sociali.

B) analogamente, è urgente una azione formativa sui contenuti della Legge e sull'iter che ha portato alla necessità della chiusura degli OPG, rivolta a tutti gli operatori e quindi anche al personale che deve occuparsi in prima linea, nei vari setting terapeutici, delle persone con disturbo mentale autori di reato.

La formazione deve tener conto dell'esperienza clinica e della letteratura scientifica che ha permesso di acquisire nuove informazioni sui meccanismi che sottendono un comportamento aggressivo e sulla valutazione dei fattori di rischio ad essi connessi (3, 4, 5, 6). Infatti gli operatori dovranno prendere maggiore dimestichezza con gli strumenti

valutativi messi a disposizione dalla letteratura scientifica (7, 8) molto utili e di semplice applicazione per cogliere nella storia pregressa e in quella attuale fattori di rischio cui poter collegare eventuali comportamenti aggressivi (7, 8) nell'ottica della prevenzione.

Nel prossimo futuro il numero delle persone con disturbi mentali autori di reato presi in carico dai Dipartimenti aumenterà progressivamente. Pertanto, i corsi di formazione dovranno prendere in considerazione gli interventi riabilitativi psicosociali che si sono rivelati più efficaci nei riguardi delle persone autrici di reato per garantire loro una reale inclusione nel mondo sociale (9, 10, 11)

- C) una procedura che si sta rivelando estremamente efficace nell'ottica dell'inclusione sociale riguarda la stesura di **protocolli di intesa** col coinvolgimento di diversi attori, come quelli già attivi nella Regione Liguria, Piemonte, Emilia Romagna (12) o nel Veneto, in cui Magistrati, Prefetto, Comune, Dipartimento di Salute Mentale, Associazione delle famiglie, ecc, hanno condiviso un percorso terapeutico realistico finalizzato alla progressiva inclusione sociale dei soggetti.

Tali accordi condivisi rappresentano anche una notevole tutela per lo stesso operatore. Infatti l'operatore mantiene delle responsabilità dirette nell'assistenza di queste persone. L'attuale normativa infatti *“non esclude la sussistenza di un generale potere/dovere di sorveglianza, a carico del sanitario e, più in generale, del personale che ha in cura il paziente, atto a prevenire azioni autolesive o eterolesive del paziente, in presenza di specifiche condizioni, oggettivamente e soggettivamente apprezzabili, idonee a fondare in tal senso un rischio prevedibile”* (Cass. Sez. IV, Sent. 6 novembre - 4 marzo 2004 n. 10430).

D)il documento evidenzia l'esigenza urgente che i Servizi di Salute Mentale siano potenziati attraverso il trasferimento dei finanziamenti previsti dalla legge. La scarsità di fondi induce un profondo stato di preoccupazione nei Dipartimenti di Salute Mentale che stanno vivendo una situazione di carenza di personale e di strutture, per cui si teme che sia difficile garantire una buona assistenza a tutte le persone con disturbi mentali, includendo tra essi anche quelli autori di reato.

In questa situazione di scarsità di risorse la ricerca clinica può assumere una funzione preziosa in vista di una giusta allocazione dei finanziamenti, in quanto rappresenta un mezzo per non disperdere le esperienze assistenziali e riabilitative che i vari Dipartimenti stanno mettendo in atto, a volte in modo disomogeneo, per assistere al meglio i pazienti autori di reato e garantirne una reale inclusione sociale. In questo senso va segnalato il

“Progetto PERSONE”, coordinato dalla Prof.ssa Mirella Ruggeri dell’Università di Verona, che rappresenta una strategia realistica e fattibile per monitorare i bisogni di salute mentale della popolazione con disturbi mentali autori di reato e per valutare l’adeguatezza e gli esiti degli interventi erogati.

- D) il documento, inoltre, prende in considerazione, seppur in modo non approfondito, l’esigenza di un maggior chiarimento del ruolo del CTU (Consulente Tecnico d’Ufficio) che dovrebbe essere meglio distinto dal ruolo dello psichiatra del DSM che non dovrebbe essere chiamato a definire la pericolosità sociale del proprio assistito. A tal fine appare utile tenere presente il protocollo elaborato nella Regione Emilia Romagna che affronta e chiarisce i compiti di ciascun attore eliminando confusioni interpretative.
- E) il documento reputa che la delicata questione della pericolosità sociale, non risolta dalla Legge 81, debba essere affrontato con urgenza nelle sedi competenti.

Conclusioni.

La legge è finalmente in vigore e gli OPG sono in “fase obbligata” di superamento. Considerando le oggettive difficoltà applicative di tale legge, è comunque auspicabile che in questa fase di transizione prevalga la metodologia della flessibilità e del senso realistico a livello regionale, considerando che le varie regioni presentano gradi di avanzamento molto differenti tra loro e pertanto è presumibile che in alcune regioni la definitiva applicazione della legge necessiti di tempi più lunghi (13).

Va ricordato che anche la Legge 180 fu approvata dal Parlamento Italiano nel 1978 in modo “brusco” anche se da anni era attivo un ampio dibattito culturale e civile che aveva preparato la società a prendere atto della necessità di chiudere gli Ospedali Psichiatrici.

I membri del Direttivo della WAPR Italia e quelli della sezione Abruzzo e Molise della Società Italiana di psichiatria (SIPSAM) hanno discusso il presente documento. Qui di seguito sono riportati i nominativi di coloro che hanno collaborato a tale stesura e che ne hanno approvato la versione finale.

Si auspica che tale documento susciti un dibattito tra tutte le parti interessate.

Il presente documento verrà inserito nel sito web della SIP.

COORDINAMENTO:

Prof. Massimo Casacchia, *Presidente SIPSAM*

FIRMATARI:

Anna Maria Allegro, vice Presidente

Marilisa Amorosi, Presidente eletto SIPSAM

Vittorio Di Michele, *Segretario SIPSAM*

Rita Roncone, *tesoriere SIPSAM*

Maurizio Malavolta, *addetto alle comunicazioni SIPSAM*

Sergio Tartaglione, *Past-President SIPSAM*

Francesca Bolino

Domenico De Berardis

Stefano De Cataldo

Patrizio Di Mizio

Patricia Giosuè

Tommaso Gualano

Francesco Nuccetelli

Vanessa Russo

Marco Sarchiapone

Nicola Serroni

Franco Veltro

LETTURE CONSIGLIATE.

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*. G.U. n. 125 del 31-5-2014.
2. Camera dei Deputati, *Relazione sullo stato di attuazione delle iniziative per il superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (aggiornata al 31 dicembre 2014) - Doc. CCXVII n. 2*, in *Atti Parlamentari XVII Legislatura* 12 febbraio 2015, Tipografia del Senato: Roma.
3. Ullrich, S., R. Keers, and J.W. Coid, *Delusions, anger, and serious violence: new findings from the MacArthur Violence Risk Assessment Study*. *Schizophr Bull*, 2014. 40(5): p. 1174-81.
4. Spidel, A., et al., *Early psychosis and aggression: predictors and prevalence of violent behaviour amongst individuals with early onset psychosis*. *Int J Law Psychiatry*, 2010. 33(3): p. 171-6.
5. Kohler, C. G., Turner, T. H., Bilker, W. B., Brensinger, C. M., Siegel, S. J., Kanes, S. J., et al. (2003). *Facial emotion recognition in schizophrenia: Intensity effects and error pattern*. *The American Journal of Psychiatry*, 160(10), 1768–1774.
6. Malone, A., A. Carroll, and B.P. Murphy, *Facial affect recognition deficits: A potential contributor to aggression in psychotic illness*. *Aggression and Violent Behavior*, 2012. 17(1): p. 27-35.
7. Castelletti, L., G. Rivellini, and E. Straticò, *Efficacia predittiva degli strumenti di Violence Risk Assessment e possibili ambiti applicativi nella psichiatria forense e generale italiana. Una revisione della letteratura. [Predictive efficacy of violence risk assessment tools, implications for forensic and general psychiatry in Italy. A literature review]* *Journal of Psychopathology* 2014. 20: p. 153-162.
8. Nivoli, G.C., et al., *Sulla psicopatologia e sulla valutazione del rischio dell'omicidio compiuto dal paziente con disturbo schizofrenico*. *Rivista di Psichiatria*, 2011. 46(2): p. 140-7.
9. Gunn, J., *Future directions for treatment in forensic psychiatry*. *Br J Psychiatry*, 2000. 176: p. 332-8.
10. Elbogen, E.B., et al., *Treatment engagement and violence risk in mental disorders*. *Br J Psychiatry*, 2006. 189: p. 354-60.
11. Buckley, P., et al., *Psychopharmacology of aggression in schizophrenia*. *Schizophr Bull*, 2011. 37(5): p. 930-6.
12. Servizio Sanitario Regionale Emilia Romagna “*Scheda sull’applicazione delle misure di sicurezza a soggetti parzialmente o totalmente incapaci di intendere e di volere a causa di infermità psichica*” a cura di Gruppo di lavoro interdisciplinare Servizio di salute Mentale, Dipendenze Patologiche Salute nelle Carceri, Magistratura di Sorveglianza e di Cognizione. Determinazione del Direttore Generale Sanità e Politiche Sociali n 10702/2014 Regione Emilia Romagna.
13. Peloso, P.F., M. D'Alema, and A. Fioritti, *Mental health care in prisons and the issue of forensic hospitals in Italy*. *J Nerv Ment Dis*, 2014. 202(6): p. 473-8.

