

Tavola Rotonda

“Oltre gli ospedali psichiatrici giudiziari, le Rems: i nodi critici e le soluzioni praticabili”, Scandicci 15 Luglio 2016

Intervento del Prof. Bernardo Carpiello

Presidente Eletto- Società Italiana di Psichiatria (S.I.P)

- **Premesse**

- Il processo di superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG), certamente stimolato sul piano etico-sociale dalla presa di coscienza delle condizioni di insopportabile degrado in cui versavano gli OPG italiani, ha in realtà il suo fondamento tecnico-scientifico nella dimostrata anti-terapeuticità degli Ospedali Psichiatrici, fondamento che fu alla base della decisione di chiuderli definitivamente nel 1978, a seguito della approvazione della L.180. Sin dalla approvazione della Riforma Psichiatrica del 1978 la persistenza degli OPG venne quindi considerata una incongruenza da sanare
- La Legge 81/2014 rappresenta una conquista di civiltà per il nostro Paese poiché la chiusura degli OPG ha consentito a molti pazienti, affetti da patologia psichiatrica e autori di reato, il recupero del diritto di cittadinanza e la restituzione al territorio di appartenenza, grazie al fattivo impegno dei Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) italiani. È motivo di soddisfazione che, grazie a questa Legge, sia stata posta la parola fine agli ergastoli bianchi, destino di tanti pazienti costretti a rimanere negli OPG per tempi indefiniti.

- **Le criticità**

Dopo un anno dalla chiusura degli OPG un primo bilancio presenta qualche luce, ma tante ombre. I punti critici che appare utile sottolineare sono

- **La limitata disponibilità di risorse**

Negli ex OPG italiani erano disponibili 1459 pl; nelle 31 Rems (attivate e in via di attivazione) sono previsti 630 pl (differenza -59,3%). Pur tenendo conto del fatto che le Rems non sono nate come sostituti tout court dei vecchi OPG, se non altro per il fatto che sono strutture del SSN e non del Ministero della Giustizia, si tratta di un problema da cui non si può prescindere.

Va segnalato inoltre che si registra inoltre una notevole difficoltà ad aprire le nuove REMS, che erano state previste all'atto della chiusura negli OPG, sia per difficoltà costituite dalla resistenza spesso notevole che a livello locale è stata fatta alla apertura di tali strutture in vari ambiti comunali, retaggio di inveterati timori e pregiudizi, che per l'alto costo di costruzione delle nuove strutture, e per la retta della degenza giornaliera nelle REMS che varia indicativamente da Regione a Regione dai 300 ai 500 euro al giorno, tutti a

carico del SSN. Tale costo è più del doppio rispetto a quello delle strutture residenziali perché, tra l'altro, comprende impropriamente la spesa per la sicurezza detentiva che non è di competenza sanitaria.

- **Il problema della sicurezza**

Sin dall'apertura delle Rems ci si è trovati di fronte al problema di gestire casi di violenza, spesso dovuti a pazienti caratterizzati dalla presenza di una componente di aggressività, che per lo più è legata alla co-presenza di tratti o disturbi di personalità antisociale/ borderline o misti, ai quali si associano di frequente le problematiche aggravanti dell'uso di sostanze. Si tratta di casi molto complessi, su cui peraltro i modelli di trattamento psicoterapico sperimentati per lo più in UK¹ si sono dimostrati insoddisfacenti. L'aver previsto Rems "generaliste", senza aver programmato alcune Rems ad elevata specializzazione che tengano conto di queste peculiarità per simili casi si è rivelato un errore.

Nella implementazione delle REMS, gli operatori della psichiatria che si prendono in carico questi pazienti devono poter progettare il percorso di cura con sufficiente sicurezza, serenità e con risorse dedicate per non penalizzare la rimanente utenza dei DSM.

- **L'adozione delle misure "alternative" alle Rems: le ricadute negative sui sistemi sanitari regionali dell'inserimento "coattivo" nelle Comunità terapeutiche**

In ragione di una ormai consolidata prassi di commisurare le misure di sicurezza al grado di "pericolosità" sociale, è in atto sempre di più l'adozione della misura di inserimento in strutture residenziali a carattere terapeutico riabilitativo "ordinarie" (cioè non Rems) di persone giudicate "socialmente pericolose", anche in ragione della già evidente carenza di disponibilità di posti nelle Rems stesse. Si stima che almeno il 20% degli ospiti delle residenze psichiatriche sia autore di reato e che tale numero sia destinato a salire, trasformando così le strutture riabilitative in un contenitore indistinto in cui sempre più di frequente vengono inserite persone con lunga storia di marginalità e delinquenza, a causa soprattutto dell'alto numero di pazienti affetti da Disturbo di Personalità di tipo Antisociale con concomitante Abuso

¹ Circa il progetto «Dangerous and severe Personality disorder» è stato osservato che « ..l'iniziativa dimostra le difficoltà che si incontrano nel trattare soggetti antisociali e psicopatici...nonostante un considerevole investimento nella ricerca e nella valutazione dei programmi...la questione chiave relativa a quale trattamento sia efficace per i criminali ad alto rischio affetti da disturbi di personalità rimane senza risposta...» (cfr Meloy JD e Yakeley J, Disturbo antisociale di personalità, in Gabbard G, Trattamento dei disturbi psichiatrici, 2016, Cortina Editore)

di Sostanze psicoattive, in associazione o meno con altre patologie psichiatriche (disturbi psicotici, disturbi dell'umore). Gli Psichiatri hanno evidenziato più volte ed in varie sedi quale sia il rischio di accogliere senza indicazione clinica e in maniera coatta nelle strutture residenziali del DSM persone con tali caratteristiche. Per esse, come abbiamo già sottolineato, non esistono attualmente dei percorsi terapeutici realmente efficaci, e comunque, quei modelli di intervento che sono stati validati richiedono specifiche competenze da parte degli operatori. Competenze che in gran parte delle strutture residenziali italiane, nate per assistere in genere altre tipologie di pazienti, in genere non hanno. Peraltro, spesso i soggetti autori di reato ai quali viene riconosciuto un certo grado di pericolosità sono coloro che se non fossero vincolati da un provvedimento del magistrato non accetterebbero mai di essere inserite in un percorso di cura a cui in genere non intendono collaborare. Il problema più grave è che questi soggetti possono inficiare il percorso terapeutico degli altri pazienti presenti nelle strutture residenziali, senza contare che in alcuni casi costoro possono utilizzare strumentalmente la permanenza nelle Residenze solo per evitare la detenzione.

- **L'adozione delle misure "alternative" alle Rems: le ricadute negative sui sistemi sanitari regionali dell'affidamento ai servizi territoriali di salute mentale (CSM, CPS)**

L'affidamento ai servizi di comunità di pazienti autori di reato con "basso" indice di pericolosità, che comunque costituiscono una categoria di assistiti che hanno in genere bisogni clinici e psicosociali complessi, sta mettendo ulteriormente in crisi una rete di servizi di comunità già fortemente gravata da un immane carico di lavoro, in presenza di una drammatica carenza di organici. La quasi totalità CSM Italiani ha un tasso di operatori in rapporto alla popolazione assistita che raramente supera di 0.5 per 1500 abitanti, a fronte di uno standard previsto per legge di 1 operatore di 1500 abitanti. Anche la nuova legge 81 non ha previsto alcun potenziamento del personale dei Dipartimenti di Salute Mentale, così come era avvenuto con il passaggio delle competenze della gestione della assistenza psichiatrica nelle carceri. Peraltro, tenuto conto della ormai consolidata giurisprudenza che ha inserito di fatto la prevenzione della violenza eterodiretta nell'alveo degli obblighi derivanti dalla "posizione di garanzia", l'affidamento ormai frequentissimo di pazienti autori di reato ai servizi di comunità costituisce un ulteriore fattore di destabilizzazione del sistema e un significativo rischio di regressione ad una psichiatria difensiva. Quest'ultima peraltro appare ulteriormente favorita da una prassi, tutt'altro che rara, della Magistratura di Sorveglianza di richiedere esplicitamente potenziamenti delle terapie farmacologiche a fini preventivi, sulla scia di una ormai diffusa ed errata sopravvalutazione del ruolo degli psicofarmaci sui comportamenti violenti stessi.

Peraltro, è sempre più invalso l'uso della Magistratura di sorveglianza di chiedere non solo le doverose informazioni sul percorso terapeutico e sulle condizioni cliniche dei pazienti autori di reato affidati ai servizi, ma una valutazione tout-court della attuale pericolosità sociale in senso psichiatrico dei pazienti, mettendo gli operatori in una situazione estremamente pericolosa sul piano della relazione terapeutica, trasformando il curante in giudicante.

- **Le possibili risposte**

Il bilancio delineato ad un anno dalla scadenza fissata dalla Legge 81/2014 è preoccupante per cui appaiono auspicabili i seguenti rimedi:

- 1. Completare e migliorare l'utilizzo sanitario delle REMS, quali fase di un percorso di cura, condiviso con i Servizi territoriali delle ASL coinvolti (DSM , Ser.D., Distretti) già nella fase di cognizione della pena.** Si potrebbe prevedere che i Periti nominati abbiano un collegamento con il Sistema Sanitario, al fine di individuare soluzioni condivise, oppure sarebbe opportuno istituire dei **Servizi di Psichiatria Forense presso i DSM delle ASL per interfacciarsi col sistema della Giustizia.**
- 2. Migliorare e differenziare l'offerta di cura e riabilitazione psichiatrica all'interno delle Case Circondariali,** prevedendo la permanenza dei soggetti che necessitino di un periodo di custodia e cura prima del percorso sanitario nelle REMS o sul territorio e, in caso d'inosservanza delle regole da parte del paziente, sia prevista la possibilità del ritorno in carcere. In subordine, si potrebbe **prevedere l'organizzazione di qualche REMS ad alta intensità terapeutico-riabilitativa per persone con alto rischio di violenza** che necessitino di programmi di trattamento specifici con la presenza in tali strutture di personale appositamente preparato.
- 3. Incrementare l'attività di monitoraggio dell'Osservatorio nazionale e di quelli regionali per verificare l'andamento dell'applicazione della Riforma.**
- 4. Affidare i compiti peritali solo a psichiatri esperti sia dal punto di vista clinico, che operino o abbiano operato nei servizi pubblici e con specifiche competenze psichiatrico forensi; restringere i criteri di non imputabilità per gli autori di reato affetti da patologia psichiatrica, attraverso**

una **revisione del concetto di seminfermità mentale previsto dall'articolo 89 del Codice Penale e ridefinire il concetto di pericolosità sociale.** In tal senso la SIP auspica il passaggio **dal concetto di pericolosità sociale di natura psichiatrica** , intesa come probabilità di nuovi comportamenti delittuosi, **al concetto di “bisogno di trattamento in funzione curativa complessiva”**, inteso come necessità clinica che un paziente sottoposto a procedimento giudiziario può anche soggettivamente non percepire, ma che di fatto può avere, e come tale possa essere vincolata dal provvedimento dell'autorità competente

Riferimenti bibliografici

Il dialogo necessario tra la Sanità che Cura e la Giustizia che Custodisce. Valutazioni e Proposte della SIP,2016, <http://www.psichiatria.it>

*Chiusura Opg. La Società Italiana di Psichiatria: “Dopo un anno, poche luci e molte ombre”, *Quotidiano Sanità*, 5 Luglio 2016, http://www.quotidianosanita.it/stampa_articolo.php?articolo_id=41336*