

Processi e spazi di integrazione tra magistratura e dipartimenti di salute mentale nella comunità sociale

Intervento al [Convegno di Parma](#), 5 dicembre 2017

Pietro Pellegrini

Direttore Dipartimento salute mentale dipendenze patologiche Ausl di Parma

L'incontro di oggi vuole fare il punto sul percorso che in circa due anni grazie alla legge 81/2014 ha portato alla chiusura di tutti gli OPG. Per diversi motivi (le differenze regionali ecc.) si è costruito un sistema piuttosto eterogeneo sulla base di un quadro normativo non coerente. Infatti, come è noto la riforma non ha riguardato gli articoli del codice penale relativi a imputabilità, pericolosità sociale e misure di sicurezza e quindi vi sono contraddizioni aperte.

Tuttavia, pur in questo quadro appare chiara la volontà del legislatore superare una concezione custodiale in favore di un approccio diverso di tipo terapeutico e ciò richiede approfondimenti tecnici nonché un nuovo punto di incontro fra giustizia e psichiatria.

Dopo l'accordo Stato –Regioni e Province Autonome del 25 febbraio 2015, diverse intese e direttive locali¹ che hanno seppur con molte incertezze quest'anno vi sono stati, ad aprile il pronunciamento del Consiglio Superiore della Magistratura² e a settembre il documento del Comitato Nazionale di Bioetica³.

In particolare il pronunciamento del Consiglio Superiore della Magistratura contiene affermazioni molto importanti: le "REMS assumono connotati del tutto differenti rispetto agli OPG (..) "La riforma ha dunque posto al centro del nuovo sistema i dipartimenti di salute mentale, divenuti titolari dei programmi terapeutici e riabilitativi allo scopo di attuare, di norma, i trattamenti in contesti territoriali e residenziali. Le REMS sono, pertanto, soltanto un elemento del complesso sistema di cura e riabilitazione dei pazienti psichiatrici autori di reato." Il ricovero Le REMS hanno carattere residuale e transitorio, secondo il principio della territorialità. Secondo il Consiglio Superiore della Magistratura occorre "favorire l'integrazione dell'operato dei giudici della cognizione e di sorveglianza con le strutture dei Dipartimenti di Salute Mentale".

Scopo di questo convegno è favorire la crescita di buone prassi, di collaborazioni fattive, attraverso il confronto di tutti i soggetti magistrati, psichiatri, amministrazione penitenziaria, avvocatura, forze dell'ordine, prefetture, enti locali chiamati alla realizzazione della legge 81, un processo nel quale un ruolo

¹ Per l'Emilia Romagna: Circolare della Corte di Appello di Bologna n. 5406 22 luglio 2015

file:///C:/Documents%20and%20Settings/Compaq_Proprietario/Documenti/Downloads/Circolare%20Corte%20d'Appello%20di%20Bologna%205406%

² Fasc. 37/PP/2016 del 19 aprile 2017, "Disposizioni urgenti in materia di superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG) e di istituzione delle Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza (REMS), di cui alla Legge n. 81 del 2014. Questioni interpretative e problemi applicativi": www.societadellaragione.it/2017/04/22/falsi-allarmi-la-verita-sulla-chiusura-degli-opg.

³ Comitato Nazionale di Bioetica "La cura delle persone con malattie mentali: alcuni problemi di bioetica" 21 settembre 2017. http://www.sossanita.it/cnb_salute_mentale_2631.html

centrale hanno le persone autrici di reato, le loro famiglie e le associazioni. Il coinvolgimento di tutte le realtà attive nel contesto sociale e dell'opinione pubblica è essenziale per un nuovo approccio di comunità.

E'assodato che le REMS non hanno sostituito l'OPG ma sono strutture socio-sanitarie integrate nei Dipartimenti di Salute Mentale e quindi dell'insieme dei servizi del welfare di comunità. Sono questi che sono chiamati a farsi carico della nuova normativa che s'incentra su misure giudiziarie e di cura, di fatto, di comunità.

Nel 2017 si è avuta l'approvazione della legge n. 103 /2017 con la quale il Governo è delegato ad adottare nel termine di un anno dal 3.8.2017, atti per la revisione delle misure di sicurezza, del c.d. "doppio binario" nonché definire l'assistenza da assicurare ai "soggetti per i quali l'infermità di mente sia sopravvenuta durante l'esecuzione della pena, degli imputati sottoposti a misure di sicurezza provvisorie e di tutti coloro per i quali occorra accertare le relative condizioni psichiche, qualora le sezioni degli istituti penitenziari alle quali sono destinati non siano idonee, di fatto, a garantire i trattamenti terapeutico-riabilitativa".

Una delega molto ampia che dovrebbe raccogliere i contenuti degli ordini del giorno approvati (ben 8) e dovrebbe essere portata avanti con un ampio coinvolgimento di tutti i soggetti, oltre alle componenti della giustizia (compresa l'Avvocatura), ministero degli interni, prefetture, ministero della salute, conferenza delle regioni, enti locali (ANCI), dipartimenti di salute mentale favorendo la partecipazione di utenti e famiglie, loro associazioni e di quelle per la tutela delle persone private della libertà e della società civile.

Sarebbe assai grave che si decidessero misure senza un ampio confronto, pensando magari che sia possibile immaginare misure teoriche senza tenere conto delle prassi reali. Come indica il Consiglio Superiore della Magistrature il metodo del confronto, della concertazione (e del patto) deve essere la chiave per il funzionamento del nuovo sistema.

Siamo quindi in una fase di transizione e di possibile costruzione di scenari di senso condivisi nella quale le contraddizioni sono evidenti e certi aspetti critici (si pensi alla lista di attesa, alla tenuta delle strutture, alle dotazioni e risorse, al "residuo ex OPG" nelle carceri problema aperto sia a Reggio Emilia che a Barcellona Pozzo di Gotto) mettono a rischio il funzionamento del nuovo sistema che da un lato si interfaccia con la questione della tutela della salute mentale negli istituti di pena e dall'altro con il territorio e quindi sulla cura e l'assistenza a lungo termine.

In questo quadro grande attenzione meritano le anticipazioni delle proposte avanzate dalla Commissione per la riforma del sistema normativo delle misure di sicurezza personali e dell'assistenza sanitaria in ambito penitenziario, specie per le patologie di tipo psichiatrico e per la revisione del sistema delle pene accessorie D.M. 19.7.2017 in attuazione della legge 103/2017 ancora in fase di stesura. Con tutte le cautele dovute ad una fase ancora non pienamente definita e senza alcun testo scritto pubblico, i punti chiave sembrano essere:

- a) la proposta di dotare gli Istituti penitenziari di "reparti" con 20 posti gestiti totalmente da personale sanitario;
- b) l'abolizione dell'art. 148 e modifica dell'art. 147 dell'O.P. con possibilità di applicarlo anche alle persone con disturbi mentali gravi insorti nel corso della detenzione;
- c) residualità della REMS, secondo la legge 81/2014 cui sono destinati i soggetti con misure di sicurezza definitive per i quali non sia applicabile la libertà vigilata;
- d) le misure di sicurezza provvisorie resterebbero ma verrebbero attuate negli istituti di pena;
- e) la libertà vigilata diventerebbe "terapeutica".

Ancora le modifiche dell'imputabilità (art.88 e 89 c.p.).

Delle questioni di metodo si è già detto e qualsiasi proposta che nasca all'interno di una Commissione costituita da giuristi e magistrati richiede un confronto con altri professionisti, in primis della salute mentale, e con altri ministeri, le Regioni, enti locali ecc.

Nel delineare scenari teorici e operativi nuovi, a mio avviso occorre porre alcune domande:

E' possibile pensare un sistema unitario, coerente per il folle reo e per il reo folle?

O si vanno delineando due sistemi relativamente indipendenti uno interno agli Istituti di Pena ed uno territoriale/di comunità?

E' possibile la cura dei disturbi mentali in una condizione di (grave) privazione della libertà? Quale cura si può effettivamente realizzare? Può essere in linea con le più recenti conoscenze e pratiche psichiatriche?

Ancora: è possibile una riforma così rilevante dell'attività psichiatrica negli Istituti di Pena senza coglierne le ricadute sull'intera istituzione? O ogni norma che riguarda le persone private della libertà non riguarda tutti? E' possibile fare una riforma apparentemente di settore senza una visione universalistica?

Relativamente agli interventi psichiatrici per le persone condannate o in attesa di giudizio, nel territorio e negli istituti di pena non si debbono definire metodi, i percorsi interni-esterni, sulle alternative, sulle misure preventive? Ma anche su spazi e qualità delle relazioni nella convinzione profonda di non ricreare OPG nelle carceri e nemmeno di riportare la psichiatria a condizioni ancillari e subordinate alla giustizia.

Quindi occorre una riflessione molto approfondita sulla salute mentale e gli interventi psichiatrici negli istituti di pena e i dati ad oggi disponibili indicano quanto sia importante intervenire per attivare e riformare le articolazioni di salute mentale negli istituti penitenziari e nel fare questo occorre avere chiaro a quale modello fare riferimento.

Il modello che a mio parere deve essere applicato anche negli istituti di pena o ancor meglio nell'esecuzione della pena deve essere quello di tipo sanitario e quindi terapeutico. Se le funzioni custodiali e rieducative (tipiche del carcere) non risultano sufficienti ad esse non possono essere solo giustapposte quelle sanitarie e psichiatriche. E' l'intero sistema che va ripensato comprese anche le sedi ove effettuare misure provvisorie (che a mio parere andrebbero abolite) lasciando comunque il carcere come residuale in favore, se indicato, di altre soluzioni in ambito sanitario.

Va detto con forza che non sono accettabili sezioni che diventino di fatto dei nuovi OPG nelle carceri!

Occorre avere presenti quali sono gli elementi che sono stati alla base del modello OPG:

a) una lettura della pericolosità sociale solamente biologica, derivante da disturbi mentali da curare con psicofarmaci e prevalenza delle funzioni custodiali, limitative e una lettura penitenziaria (comportamentale, premio/punizione) che vede la collocazione nella comunità sociale come un risultato da raggiungere attraverso un adattamento all'istituzione e non mediante un processo di responsabilizzazione, creando così dipendenza, cronicità, inabilità; queste non fanno che confermare l'inguaribilità delle persone con disturbi mentali e rendono assai difficili i processi riabilitativi e di dimissione;

b) uno stato di isolamento, povertà e deprivazione/abbandono familiare e sociale;

c) mancato collegamento con i DSM (e/o un loro evitamento di questi utenti) e quindi l'assenza di alternative. Difficoltà nelle prese in cura anche per collocazioni molto distanti dal territorio di residenza. Povertà di risorse per risposte alternative;

d) la ridotta tutela, garanzie e diritti (alla difesa, di cittadinanza, al reddito ecc.) spesso anche in relazione alla perdita della residenza o alla sua mancata acquisizione (stranieri ecc.). Uno stato di isolamento, perdita di diritti e di speranza, di futuro.

Un sistema che così impostato oltre che ingiusto è del tutto inutile se non dannoso per le persone sia in termini di salute che di sicurezza sociale.

A questo impianto se ne deve sostituire un altro dove la lettura è di tipo biologico, psicologico e sociale, tre fattori reciprocamente interagenti, dove la pericolosità sociale diviene una dimensione multi determinata che riconosce fattori di rischio e protezione, precipitanti e limitanti, e vede la persona sempre inclusa nella comunità e il disturbo mentale non solo come curabile ma anche guaribile secondo l'orientamento alla recovery.

La persona viene sollecitata ad un'assunzione di responsabilità, di protagonismo nelle relazioni che vanno riattivate con un lavoro bifocale, di collegamento con il contesto, per sostenere diritti e opportunità. In questo il ruolo dei DSM è strategico ma essi devono poter operare nell'ambito del sistema di comunità.

Una lettura psichiatrica, diversa e originale rispetto a quella tipica dell'amministrazione penitenziaria.

Un impianto che deve evitare la psichiatrizzazione del disagio, della marginalità e la medicalizzazione delle carceri. Senza queste premesse di fondo (e vanno approfonditi molti altri aspetti) non ha alcun senso investire risorse, impegnare psichiatri e infermieri per far svolgere loro inaccettabili funzioni custodiali.

Quindi è evidente quale debba essere la strada per evitare il riproporsi di fatto dell'OPG.

Se questo non avviene e si afferma una cultura custodiale, questa rischia di estendersi anche nelle REMS e nel territorio dove è essenziale comprendere la natura delle misure di sicurezza non detentive, in particolare della libertà vigilata alla quale verrebbe aggiunto l'aggettivo "terapeutica". Questa potrebbe se interpretata come obbligo (in capo al paziente e anche al servizio?) come un obbligo di cura territoriale, introducendo per via giudiziaria, il trattamento sanitario obbligatorio territoriale protratto uno strumento che larga parte della psichiatria italiana ha sempre rifiutato.

Diversamente se le articolazioni per la salute mentale negli istituti di pena vengono organizzate secondo i valori delle leggi 180/78 e 81/2014 si apre uno scenario interessante, acquista senso l'abolizione dell'art. 148 O.P. e il carcere diviene a tutti gli effetti comunità facendo propri e rendendoli parte dell'operatività concreta e quotidiana termini quali diritti, umanizzazione, regionalizzazione, prossimità, opportunità, riparazione.

Nel territorio le REMS e misure di comunità devono vedere con molta chiarezza delimitate le funzioni di cura rispetto a quelle di sicurezza. Possono essere necessarie sperimentazioni anche per la cura e la gestione di soggetti altamente problematici, con elevata psicopatologia, utilizzatori di sostanze. Su questi vanno utilizzati strumenti nuovi e impianti innovati, pattizi in modo da creare condizioni di intervento che evitino il crearsi di situazioni iatrogene, istituzionali di ingestibilità.

E' necessario distinguere gravità, gravosità, difficoltà gestionali-ingestibilità e problematicità. Un tema questo che riguarda la consueta attività dei servizi e richiede interventi specifici nella consapevolezza che un paziente può essere molto grave clinicamente ma poco gravoso e di facile gestione e viceversa vi sono casi non gravi assai problematici. Per ciascuna situazione vanno strutturate risposte adeguate con una condivisione di strategie e di responsabilità per i soggetti a più alto grado di problematicità sociale.

Molto si può fare per la prevenzione delle misure detentive attraverso un positivo e fattivo lavoro di collaborazione fra magistrature e DSM. Le buone pratiche anche locali si stanno positivamente sviluppando attraverso la conoscenza, la fiducia reciproca. Soluzioni equilibrate che possano essere costruite insieme, in tempi adeguati alle esigenze dei diversi soggetti. Per questo è necessario vedere l'intero sistema e non solo il tema degli accessi ma anche quello del monitoraggio dei percorsi e delle dimissioni.

Infine credo sia importante abbandonare definitivamente alcuni termini: internati ad esempio. La psichiatria non interna più nessuno! Lo stesso minorati.

Un cambio di linguaggio che segni anche la fine di un'epoca.

Conclusioni

Una giornata ricca di contributi e partecipazione. Siamo in una fase importante e come ha detto Franco Corleone dopo la rivoluzione occorre la riforma. Come coordinamento REMS vi è l'impegno a seguire l'iter dei decreti delegati e appena sarà possibile fornire osservazioni e contributi.

I colleghi delle REMS e dei DSM, e tutti i presenti di oggi sono invitati a partecipare. Il documento presentato alla Commissione è stato distribuito stamane e, per quanto esteso, merita di essere approfondito in diversi punti. Come sappiamo le esperienze delle REMS sono diverse e per questo riteniamo importante vedere tutti gli aspetti, clinici, gestionali, organizzativi e cogliere il meglio delle "buone pratiche" che si stanno realizzando in Italia.

Credo occorra la consapevolezza di operare in un sistema unico al mondo, dove la legislazione vigente, l'assenza dell'OP e OPG, l'impostazione dei servizi di salute mentale e dipendenze patologiche rende strutturalmente impossibile l'esercizio di un mandato custodiale. Questo è un dato di realtà e va al di là delle valutazioni, delle posizioni dei singoli professionisti, dello stato dei servizi e delle risorse a loro disposizione.

Bisogna certamente avere come riferimento le Linee guida ma anche avere consapevolezza della loro applicabilità nei contesti reali. Quindi non si tratta solo di applicare nelle pratiche evidenze derivate dalle Linee Guida ma occorre che le pratiche reali possano fornire evidenze per le linee guida e la definizione di "buone pratiche" di contesto.

Consapevoli di questo ben venga il confronto internazionale, con modelli inglesi, olandesi, svedesi, tedeschi ecc. ma ripeto lo sforzo di tutti compresi magistrati, politici, regioni, enti locali, è quello di costruire insieme un modello originale, nuovo, funzionante, sintonico con l'impianto della salute mentale di comunità, sostenibile dal punto di vista delle risorse e con al centro le persone nella comunità sociale, per la loro cura nei diritti e nella libertà intesa come responsabilità.

Ed è proprio la relazione tra libertà e cura che oggi è stata evidenziata e nell'ambito giudiziario credo si ponga anche la questione del rapporto fra (ri)educazione e libertà.

Un tema complesso per il quale occorre ricordare che è stata a lungo una convinzione ottocentesca che il ricovero nell'ospedale psichiatrico (e quindi una privazione della libertà poi sancita anche dalla legge) fosse utile e necessaria per la cura delle persone con disturbi mentali. Sappiamo bene come questa impostazione sia stata radicalmente superata nel nostro paese e non a caso uno slogan degli anni 70 era "la libertà è terapeutica". Quindi cura nella libertà e alla libertà/responsabilità. Una cura che in una diversa concezione della libertà ha portato a superare le contenzioni, a ridurre l'aggressività ed ha creato maggiore sicurezza per i pazienti e gli operatori. Questo fa riflettere sul permanere di situazioni chiuse, deprivate, magari sovraffollate e su culture operative centrate sulla mera gestione del comportamento.

Ora credo sia ancora presente nei servizi un orientamento per il quale, almeno temporaneamente una riduzione della libertà e l'obbligatorietà della cura possa essere necessario e utile alla persona. E' la base del TSO secondo la 180/1978 quale intervento eccezionale, urgente e sempre, in ogni fase orientato ad ottenere il consenso, nel pieno rispetto dei diritti e della dignità della persona.

Nell'impianto italiano non possiamo fare altro. Quindi ogni impostazione che consideri le prescrizioni associate alla libertà vigilata come forme di trattamento obbligatorio territoriale protratto diviene nell'operatività reale dei CSM del tutto inapplicabile.

Di questo occorre essere consapevoli per non assumere compiti impossibili. Questo sia per ragioni normative, organizzative e soprattutto cliniche. Perché non vi può essere riabilitazione (in medicina e non solo in psichiatria) senza consenso e la partecipazione attiva della persona.

Quindi occorre il senso del limite della conoscenza scientifica e dell'operatività non solo per non alimentare un'impossibile onnipotenza terapeutica ma per non dare ai magistrati e all'opinione pubblica l'idea sbagliata che si possa diagnosticare, prevenire e prevedere e curare tutto. I limiti scientifici devono essere chiari ed espliciti. E proprio in questa ottica va detto con chiarezza ad esempio quale può essere l'efficacia degli antipsicotici (25-30% dei pazienti con schizofrenia è resistente), di quali siano le indicazioni/controindicazioni per l'uso dei farmaci nei disturbi gravi della personalità e così via.

Un modello solo biologico medico, che faccia discendere la pericolosità sociale dai sintomi del disturbo è del tutto parziale, insufficiente ad affrontare scientificamente condizioni complesse, multifattoriali, che richiedono un accurato esame di tutti i fattori biologici, psicologici e sociali nelle loro reciproche interazioni.

La cura non è solo farmacologica, ma fondata sulla relazione, psicoterapica e necessita di interventi psicosociali volti all'abilitazione, all'inclusione e al sostegno dei diritti.

Interventi che mirano alla capacitazione, al dare nuove opportunità, a creare le condizioni per la realizzazione dei diritti di cittadinanza. Questo richiede strumenti nuovi, quali ad esempio il Budget di salute.

Un intervento psichiatrico che veda la capacità di accoglienza, ascolto, diagnosi categoriale, funzionale ecc. e di tutti gli interventi cui facevo cenno anche una forte orientamento alla guarigione, alla recovery, alla speranza e al futuro. Questo attraverso lo sviluppo del protagonismo e del senso di responsabilità che porti anche ad affrontare i temi del reato, delle sue conseguenze e della riparazione. Un ambito operativo e tecnico che si sta sviluppando nelle REMS e che appare assai interessante.

Nel caso dell'autore di reato occorre anche che accanto e coordinato con l'intervento psichiatrico si abbia anche una posizione attiva della magistratura: la misura di sicurezza è di fatto una misura di comunità e quindi simile alla "messa alla prova" che si basa su un rapporto pattizio con la persona. Non è sufficiente disporre le misure e delegarne ad altri la realizzazione. Bastano ad esempio alcune prescrizioni standard di buon senso (limitazioni di orario, non usare sostanze, non frequentare ecc.) o non occorre un maggiore e diverso impegno personale e sociale da definirsi caso per caso in modo altamente personalizzato che indichi, d'intesa con lo psichiatra, e concordi con la persona anche altre attività volte a sviluppare il senso di responsabilità e autocontrollo ad esempio la frequenza di un corso, un lavoro, l'esercizio di attività socialmente utili, il volontariato ecc.?

Occorre quindi un doppio patto una per la prevenzione delle recidive nel reato (di cui il riferimento è la magistratura) ed uno per la cura e la prevenzione delle ricadute/riacutizzazioni del disturbo (di cui è titolare la psichiatria).

Un modello nuovo che va costruito con una relazione di fiducia e con un metodo di concertazione per trovare le massime sinergie al fine di raggiungere gli obiettivi.

Per questo occorre anche una cultura capace di valutare il "value" cioè la ricaduta in termini di salute, benessere degli investimenti effettuati. Insieme a questo dovremo valutare anche il "valore sociale aggiunto" (sicurezza, relazioni sociali ecc.) degli interventi.

Per questo è essenziale un lavoro formativo congiunto e una sensibilizzazione dei contesti.

Quanto ai PTRI credo vi siano stimoli importanti e che occorra fare uno sforzo per fare emergere con maggiore chiarezza gli strumenti valutativi, la responsabilità del paziente (in alcuni è prevista la firma) ma anche una maggiore evidenza delle risorse (anche del paziente) dando rilievo agli obiettivi progettuali negli ambiti classici dell'abilitazione (habitat, formazione-lavoro, socialità e comunicazione). PTRI della persona nei quali vengano esplicitati gli impegni dei diversi attori e valorizzino l'apporto e il protagonismo del paziente.

PTRI che come è stato detto devono vedere molto più partecipi i CSM perché si sviluppi una logica progettuale orientata al futuro, alla speranza, al coinvolgimento attivo dei contesti di riferimento, a partire dalla famiglia. La ricostruzione e riattivazione della rete naturale della persona rappresenta una componente imprescindibile del lavoro. Per questo sono interessanti le esperienze che portano sempre più la REMS nel territorio, visite esterne, iniziative di sensibilizzazione ecc.

Lo scambio e il perfezionamento dei PTRI può essere un obiettivo tecnico importante anche per i possibili risvolti sulla responsabilità e per la creazione di buone pratiche condivise.

Anche su questo la formazione e la ricerca sono elementi molto importanti.