

Misure di Sicurezza senza REMS: spazi di cura senza spazi detenzione. Alcune esperienze

Quanto segue non è un concorso di circostanze non più ripetibili (Direzione Generale dell'ASL sensibile al problema degli OPG, Servizi di Salute Mentale apertura sulle 24 h., sistematica e non sperimentale metodologia di lavoro centrata sullo strumento del PTRI non necessariamente sostenuto da budget di cura poi di salute (BDS), Delibera n. 75 del 14/03/07 del Direttore Generale che permetteva il convenzionamento tra ASL CE/2 ed altre che lo richiedevano, per la realizzazione di percorsi di dimissione di internati con la metodologia del PTRI sostenuto da budget di salute, compagini sociali del Terzo Settore nate per attuare i BDS che realizzavano la propria attività residenziale creando gruppi di convivenza inseriti in contesti abitativi condominiali, gli stessi gruppi di convivenza senza omogeneità di diagnosi e di figura giuridica ma con bisogni omogenei finalizzati nell'organizzazione collettiva del tempo libero e negli obiettivi formativi).

Per ricordarlo, il BDS è una unità di misura delle risorse economiche professionali ed umane necessarie ad innescare un processo di riabilitazione con la finalità di recuperare un funzionamento sociale accettabile del paziente; non fa decadere la presa in carico da parte delle Unità operative competenti per garantire i LEA sanitari; comprende interventi coordinati su tre assi: habitat, lavoro, affettività/socialità. In un secondo momento sono stati compresi anche interventi sull'asse emotività/espressività (tutti sono parte dei determinanti non sanitari della salute).

Iniziamo dai pazienti internati territorialmente di competenza della ex- Caserta 2. Vi parlerò di quattro. Due non svolgevano PTRI residenziali, stavano tranquillamente nelle loro abitazioni. Tra le prescrizioni avevano l'obbligo di accesso giornaliero, compreso la domenica, al CSM e quello di aderire al PTRI proposto dal Servizio. Qui, durante la settimana, partecipavano ad attività sanitarie quali gruppo di psicoterapia, assumevano la terapia farmacologica prescritta dallo specialista, consumavano i pasti erogati dal CSM per l'utenza in regime di ospitalità diurna e notturna, partecipavano alle attività sviluppate da enti o Associazioni che operavano all'interno dei locali del Servizio. Poi si riposavano dal progetto terapeutico trascorrendo del tempo nel CSM, anche l'agonismo terapeutico è controindicato. Per uno sorse la necessità di proporre un BDS per l'accompagnamento al domicilio, in quanto afflitto da un problema di coxartrosi femorale e perché non esisteva un servizio di trasporto pubblico che collegasse Aversa con il suo luogo di residenza. In un successivo momento il servizio di trasporto fu garantito dal Comune di residenza. Ha concluso il percorso "giuridico" ed accede regolarmente al CSM, continua a frequentare il gruppo di psicoterapia condotto dal sottoscritto (durata della Misura di Sicurezza (MDS): LFE (Licenza Finale Esperimento) 28/04/10-L.V. (Libertà Vigilata), proroga della L.V. dal 27/05/11, il 30/07/12 revoca della MDS). L'altro pz, invece, ritornava al domicilio autonomamente. Ha frequentato un corso di computer attivato presso il CSM conseguendo la patente europea di informatica, ha svolto una Borsa Formazione Lavoro (BFL) presso il triage dell'H. Moscati di Aversa, inserendo i dati al computer dell'utenza che accedeva al Pronto Soccorso. Conclusa la MDS della libertà vigilata, ha progettato insieme ad alcuni coetanei l'apertura di un maneggio con accesso a finanziamenti europei che sostenevo l'Imprenditoria giovanile. Accede puntualmente ogni mese per praticare terapia in formulazione iniettiva long-acting (durata della MDS: il 23/09/06 entra in

OPG come inter. Provv., il 15/03/07 esce con la misura della L.V., il 02/12/08 si indicava in sentenza la conclusione BFL propedeutico al Cambio della Figura giuridica). Per entrambi il BDS, quindi risorse economiche straordinarie, incideva solo per la parte del prelevamento/accompagnamento al domicilio e per la corresponsione dell'assegno di BFL. Pertanto, internati/utenti, con scarso funzionamento sociale, come da valutazione mediante lo strumento ICF (Classificazione Internazionale del Funzionamento, delle Disabilità e della Salute), svolgevano agilmente un percorso di "recupero" e di cambio della posizione giuridica grazie alla presenza sul territorio di microsistemi di sostegno sociale, sanitario ed economico.

Parliamo degli altri due pazienti: uno ha iniziato la MDS con l'inserimento residenziale in un gruppo di convivenza collocato in un contesto abitativo condominiale. Aveva alle spalle 23 anni di internamento, due fallimenti di LFE, a fronte di una MDS della durata di 5 anni per un reato compiuto in famiglia. Anch'egli aveva le medesime prescrizioni dei casi su riportati. Ha concluso il percorso con rientro nel luogo di residenza della famiglia di origine. Le azioni del PTRI prevedevano una progressiva presenza del paziente nella sua residenza, prima a fasce orarie, poi giornaliera, poi definitiva (durata della MDS: 01/12/06 inizia LFE, 12/07/07 sottoposto alla L.V.,10/05/2011 ulteriore proroga della L.V. di mesi otto ma il 21/06/2010 inizia a svolgere un PTRI senza BDS al domicilio concludendo la misura della L.V.). Il secondo, invece, era una pz. su cui pendeva una MDS per violazione degli obblighi di detenzione domiciliare. Praticamente trascorrevano ore diurne seduto fuori dall'uscio di casa e sovente veniva notato dai Carabinieri della Caserma competente territorialmente. La MDS è andata in esecuzione dopo circa cinque anni dalla conclusione della pena detentiva. In virtù della sentenza 367/2004 l'équipe del CSM che lo aveva in carico riesce ad inserirlo in una comunità collocata all'interno di un bene confiscato. Sia evidenziava, comunque, una difficoltà nella gestione quotidiana limitata dalle prescrizioni assegnate, in quanto il pz. Attraversava prolungate fasi di eccitamento e altro non faceva che prendere la bicicletta e venire dai suoi dottori al CSM. Questo paziente ha successivamente iniziato un percorso di entrata ed uscita dall'OPG, per poi morire il 27/10/13 in quest'ultimo per complicazioni cardiache (CCC anni 1 applicatagli il 19/05/04, in esecuzione con Fissazione della Camera di Consiglio il 11/05/09,il 22/06/09 UVI di assegnazione di PTRI sostenuto da BDS, il 02/07/09 inizia la MDS non detentiva)

Per la già citata Delibera DG 75 del 14/03/2007 sono stati svolti in équipe 9 PTRI sostenuti da BDS residenziali per altrettanti internati con iscrizione anagrafica extra ASL Caserta 2

Percorsi brillantemente conclusi che esitavano in un nuovo inserimento in una comunità più restrittiva (il BDS ha una durata invariante di tre anni oltre il quale non si poteva andare, per cui si riaffidava il pz ai sanitari territorialmente competenti i quali provvedevano a reinserirli in una nuova residenza: al fine di garantire un turn-over di utenza i PTRI, da regolamento, hanno una durata temporale definita, circa tre anni, con una limitazione nel tempo di sostegno attivo di supporti erogati). Il BDS, poi, veniva valutato nel suo avanzamento ed eventualmente rimodulato ogni due mesi tramite UVI (di cui art. 4 DPCM 14/02/2001 "efficacia ed efficienza dell'assistenza sociosanitaria", definizione di un PTRI e valutazione periodica dei risultati ottenuti). Nello specifico l'UVI acquisiva le relazioni della compagine sociale, dello psichiatra territorialmente competente:

si riformulavano eventualmente gli obiettivi a spesa invariante. Si redigeva verbale di riunione che veniva firmato anche dal paziente e dal civilmente obbligato.

Conclusioni

- Esperienze come queste che vi ho mostrato, portate a forma esplicita, sono calate nella concretezza dell'azione quotidiana e di vita della comunità;
- Il BDS: genera una azione plurima di attori e di strumenti di protezione sociale degli utenti/internati; rompe la sequela secca di risposte quali famiglia-comunità-istituzione aumentando la capacità di presa in carico comunitaria formale ed informale; ha più impatto sulle diseguaglianze: sulla povertà e sulla frantumazione delle appartenenze comunitarie conseguenti al lungo internamento; evidenzia un paradosso: per attuare qualcosa di più recente (DPCM 01/04/2008) si utilizzano opportunità normative antecedenti (Legge n. 328/2000 recante "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali"; e DPCM 14/02/2001 "Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie)

Fabio Dito
Operatore Psicologo
DSM ASL di Caserta