

Dalla REMS-D di Volterra ai percorsi territoriali dei pazienti psichiatrici autori di reato: un'esperienza innovativa della psichiatria toscana

Autori

Alfredo Sbrana¹, Antonello Veltri¹, Valentina Lombardi¹

1 REMS-D di Volterra, Dipartimento della Salute Mentale e Dipendenze, Azienda USL Toscana Nord Ovest, Pisa, Italy

Keywords:

REMS, OPG, psichiatria forense, legge 81/2014

Riassunto

La legge 81/2014 ha previsto entro il 31/03/15 la chiusura degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG) e l'apertura delle Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza Detentive (REMS-D), nuove strutture a esclusiva gestione sanitaria, dotate di attività perimetrale di sicurezza e vigilanza esterna e destinate alla cura dei pazienti autori di reato affetti da infermità o seminfermità psichica.

In Toscana, la REMS-D Volterra, che è divisa in due moduli e ospita attualmente 26 pazienti toscani e 3 umbri, effettua un intervento multidimensionale integrato che include trattamenti farmacologici, riabilitativi e di risocializzazione. Fin dall'apertura, la gestione della REMS-D Volterra ha previsto una modalità operativa basata su tre elementi fondamentali: l'alto turnover, la stretta collaborazione con l'Autorità Giudiziaria e con i Dipartimenti di Salute Mentale (DSM), e il clima interno. Ciò, ad oggi, ha consentito di poter effettuare 61 ingressi e 32 dimissioni.

Per favorire la dimissione dei pazienti, sono state inoltre predisposte dalle tre Aziende USL della Regione Toscana numerose strutture residenziali psichiatriche del tipo SRP1 per trattamenti terapeutico-riabilitativi a carattere intensivo dove ospitare pazienti con misure di sicurezza non detentive.

Il percorso di superamento degli OPG ha quindi comportato un cambiamento epocale nella gestione dei pazienti psichiatrici autori di reato che hanno diritto alle stesse opportunità di cura garantite agli altri membri della comunità: in tal modo, i DSM, dopo molti anni, si riappropriano dei propri malati più impegnativi garantendone la deistituzionalizzazione e il reinserimento nella società.

Abstract

Law 81/2014 provided by 31/03/15 for the closure of the Italian Forensic Psychiatric Hospitals and the opening of new health facilities (Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza, REMS-D). REMS-D is equipped with only perimeter surveillance and intended for the care of socially dangerous psychiatric patients, who committed a criminal offence but are not responsible for it because of their mental disorders.

In Tuscany, REMS-D Volterra, which is divided into 2 modules and currently hosts 27 Tuscan and 2 Umbrian patients, provides an integrated multi-dimensional intervention including pharmacological, rehabilitation and re-socialization treatments. Since the opening, the management of REMS-D Volterra has foreseen an operative modality based on three fundamental elements: the high turnover, the close collaboration with the Judicial Authority and the Mental Health Departments (Dipartimenti di Salute Mentale, DSM), and the internal mood. To date, this has allowed being able to make 61 admissions and 32 discharges.

In order to promote the discharge of patients, the three Local Health Units Tuscany set up many psychiatric residential facilities for intensive therapeutic-rehabilitative treatments (SRP1) which could host psychiatric patients with non-custodial security measures.

In sum, the pathway of overcoming Forensic Psychiatric Hospitals entailed an epochal change in psychiatric patients' management: nowadays, they receive the same treatment opportunities guaranteed to any other people. So, after many years DSMs regained their most demanding patients, and are working in their deinstitutionalization and reintegration into society.

Dagli OPG alle REMS-D: la legge 81/2014

Dopo la legge 180/1978 che ha sancito la chiusura dei manicomi, la psichiatria italiana è stata recentemente interessata da un altro fenomeno rivoluzionario: la chiusura degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG) e l'apertura delle Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza Detentive (REMS-D). A circa 40 anni dalla legge 180/1978, quindi, la gestione del malato di mente autore di reato e socialmente pericoloso torna in mano agli psichiatri. La scelta di chiudere gli OPG, dunque, si allinea alle indicazioni normative che dal 1978 hanno affermato la volontà sociale di superamento di una visione ghetizzante e custodialistica della malattia mentale.

Il progetto di riforma volto al superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG) e alla sanitarizzazione del trattamento riservato all'infermo di mente autore di reato si conclude con la legge 81/2014 (1), che aveva previsto entro il 31 marzo 2015 la chiusura degli OPG e l'apertura delle REMS-D, nuove strutture a esclusiva gestione sanitaria, dotate di attività perimetrale di sicurezza e vigilanza esterna e destinate alla cura degli autori di reato affetti da infermità o seminfermità psichica (2). Tra i punti fondamentali dalla riforma troviamo l'affermazione del principio di territorialità nell'esecuzione delle misure di sicurezza psichiatriche, ovvero la restituzione ad ogni regione italiana della quota di internati in OPG di provenienza dai propri territori. La "presa in carico" dei singoli pazienti da parte dei relativi dipartimenti di salute mentale si è concretizzata con l'obbligo di elaborare un progetto terapeutico-riabilitativo individualizzato (PTRI) di dimissione per ogni singolo paziente. Secondo la riforma, la REMS-D, costituisce infatti solo una parte di un percorso complesso e articolato che coinvolge tutti i servizi di psichiatria territoriale per una presa in carico del paziente per tutta la durata del suo percorso terapeutico-riabilitativo (3).

L'altra importante novità, introdotta dalla legge 81/2014, prevede che la misura di sicurezza non detentiva debba essere prioritaria mentre il ricorso alla REMS-D debba avvenire solo in casi estremi privilegiando pertanto, di concerto con l'Autorità Giudiziaria, misure alternative all'internamento. Ciò significa che, in primis, il giudice deve valutare la possibilità di affidare il paziente autore di reato alla rete ordinaria dei servizi di salute mentale; in caso contrario ricorrerà al ricovero presso la REMS-D di competenza territoriale. Si assiste così alla nascita di un nuovo assetto assistenziale che prevede, oltre alle REMS-D, anche nuove strutture terapeutico-riabilitative intermedie per la gestione dei pazienti psichiatrici autori di reato. Il Dipartimento di Salute Mentale (DSM) è il fulcro organizzativo di tutte le strutture che erogano assistenza psichiatrica: ha il compito di soddisfare la domanda di cura, assistenza e tutela della salute mentale in ambito territoriale, avvalendosi di servizi per l'assistenza diurna (Centri di Salute Mentale), semiresidenziali (Centri Diurni), residenziali (strutture residenziali terapeutico-riabilitative e socio-riabilitative) e ospedalieri (SPDC, DH). Con l'entrata in vigore della

Legge 81/2014, il DSM comprende anche Unità Operative deputate al percorso dei pazienti psichiatrici autori di reato che includono strutture residenziali del tipo SRP1 (Strutture Residenziali Psichiatriche per trattamenti terapeutico-riabilitativi a carattere intensivo) (4) e la/e REMS-D.

La REMS-D in Toscana: organizzazione e attività terapeutico-riabilitativo

Per quanto attiene la Regione Toscana, l'apertura della REMS-D Volterra (1 dicembre 2015) ha rappresentato una tappa determinante nel processo di superamento dell'OPG di Montelupo Fiorentino, la cui chiusura è avvenuta nel febbraio 2017, consentendo una nuova modalità di presa in carico del paziente psichiatrico autore di reato. La REMS-D Volterra è destinata ad accogliere pazienti psichiatrici autori di reato toscani e umbri. Vi accedono pazienti con misure di sicurezza detentive di tipo definitivo (art 222, 219, 232 cp) o provvisorio (art 206, 219, 222 cp e 312 cp) su decisione dell'Autorità Giudiziaria competente. La REMS-D Volterra si compone di due moduli, ognuno dei quali può accogliere 15 pazienti, per un totale di 28 posti per uomini e due per donne. Ad oggi la REMS-D Volterra ospita 26 pazienti toscani e 3 umbri: il Modulo 1 accoglie 13 maschi e 2 femmine, mentre il Modulo 2 14 utenti maschi. I pazienti con misura di sicurezza definitiva sono 19 mentre quelli con misura di sicurezza provvisoria sono 10. Il trentesimo paziente è attualmente in licenza finale esperimento (LFE) presso una struttura residenziale intermedia ad alta intensità assistenziale.

Per quanto concerne l'attività clinica all'interno della REMS, essa prevede un intervento multidimensionale integrato che include sia trattamenti farmacologici ma anche riabilitativi e di risocializzazione. La struttura è dotata pertanto di un team multidisciplinare composto da psichiatri, psicologi, assistenti sociali, tecnici della riabilitazione psichiatrica, educatori professionali, infermieri e operatori socio-sanitari. All'ingresso ogni paziente viene affidato a una "micro-équipe" dedicata, composta da un rappresentante di ciascuna figura professionale. L'intervento iniziale prevede la diagnosi clinica e l'assessment di funzioni e risorse presentate dal singolo paziente in maniera tale da poter elaborare un percorso terapeutico personalizzato. In questa fase è di fondamentale importanza il contatto e la successiva collaborazione con i servizi psichiatrici di competenza territoriale che, insieme agli operatori della REMS, dovranno elaborare un progetto preliminare di dimissione che tenga conto del quadro clinico e della situazione giuridica dell'infermo di mente.

L'équipe della REMS-D, quindi, in accordo con i referenti del Dipartimento di Salute Mentale di competenza, effettua una valutazione globale dello stato di salute di ciascun utente e formula un Programma Terapeutico Riabilitativo Individualizzato Residenziale (PTRI-R) (4), con particolare attenzione alle seguenti aree problematiche: area psicopatologica, cura di sé e dell'ambiente, competenze relazionali, gestione economica, abilità sociali, relazioni intrafamiliari. Gli interventi previsti sono di carattere farmacologico, psicoterapico, psicoeducativo, abilitativo e riabilitativo. Possono essere inoltre effettuati interventi di risocializzazione (attività di gruppo di tipo espressivo, ludico e motorio) e di rete per l'inclusione socio-lavorativa (per alcuni pazienti sono stati attivati inserimenti socio-terapeutici che prevedono lo svolgimento di attività lavorative sul territorio di Volterra). Le attività svolte presso la REMS-D Volterra sono sia interne alla struttura, quali scrittura creativa, caffè letterario (pausa caffè associata alla lettura di libri e quotidiani), corso di inglese, corso di musica, educazione alimentare, gruppo antifumo, ping pong, attività di cucina, sia esterne come calcetto, nuoto, trekking urbano, teatro e onoterapia (allevamento di asini). L'obiettivo è quello di garantire l'avvio di un percorso terapeutico-riabilitativo individualizzato orientato alla recovery, vale a dire alla ripresa del controllo della propria vita attraverso lo sviluppo delle potenzialità individuali (5). Un percorso che conduca, quindi, verso il recupero dell'autonomia e delle competenze attraverso la costituzione con i Servizi di Salute Mentale di una relazione terapeutica che incrementi la motivazione e favorisca l'empowerment consentendo alle persone con problemi di salute mentale di riguadagnare il controllo sulla propria vita e raggiungere i propri obiettivi.

Dall'apertura della REMS-D ad oggi sono stati effettuati 61 ingressi e 32 dimissioni. Alla dimissione 5 pazienti presentavano una misura di sicurezza detentiva provvisoria convertita in libertà vigilata e 22 una misura di sicurezza definitiva (15 dimessi con LFE, con libertà vigilata). Inoltre, 5 pazienti sono stati dimessi per revoca della misura di sicurezza: tre pazienti sono stati dimessi in virtù della legge 81/2014 che disciplina la durata

massima delle misure di sicurezza mentre due pazienti sono risultati non pericolosi socialmente in occasione della rivalutazione peritale (Tabella 1). Dal 1 dicembre 2015 ad oggi hanno fatto ingresso presso la REMS-D Volterra 33 pazienti provenienti dagli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG) e 28 dal carcere, da SPDC di provenienza e dal proprio domicilio.

La creazione di una rete integrata dei servizi di salute mentale toscani dopo la Legge 81/2014

In accordo con la legge 81/2014, il ricorso alla REMS-D deve avvenire solo in casi estremi, privilegiando di concerto con l'autorità giudiziaria, misure alternative all'internamento. Quando questo diviene necessario, la permanenza in REMS deve comunque rappresentare solo una tappa del percorso terapeutico riabilitativo degli utenti. A tal fine, quindi, appare fondamentale una stretta integrazione tra REMS-D, magistratura e DSM volta a conciliare il percorso sanitario del paziente con quello giuridico, quindi la necessità di cure e riabilitazione con l'esigenza di sicurezza sociale.

Al conseguimento dei buoni risultati fino ad oggi ottenuti dalla REMS-D Volterra, ha contribuito almeno in parte la messa in atto di una modalità operativa basata su tre elementi fondamentali: l'alto turnover, la stretta collaborazione con l'Autorità Giudiziaria e con i Dipartimenti di Salute Mentale e il clima interno.

Per alto turnover si intende la dinamicità degli ingressi-dimissioni: la REMS-D e le strutture intermedie ad essa annesse devono infatti costituire luoghi di supporto alla cura da attraversare temporaneamente verso un duraturo livello di autonomia e un adeguato inserimento sociale. Per garantire la possibilità di un alto turnover nella REMS-D sono state predisposte dalle tre Aziende USL della regione Toscana numerose strutture residenziali psichiatriche del tipo SRP1 per trattamenti terapeutico-riabilitativi a carattere intensivo (AUSL Nord Ovest: Villa Aeoli di Volterra e Comunità terapeutica Tiziano di Aulla; AUSL Centro: Villa Guicciardini di Firenze e Struttura psichiatrica residenziale "Le Querce" di Firenze, AUSL Sud Est: Modulo residenziale "I Prati" di Abbadia S. Salvatore, Modulo residenziale in struttura terapeutico-riabilitativa di Arezzo), finalizzate ad accogliere pazienti psichiatrici autori di reato in licenza finale esperimento o sottoposti alla misura di sicurezza non detentiva della libertà vigilata (4). L'attenzione al turnover nella realtà toscana deriva dall'osservazione che la residenzialità psichiatrica nel nostro Paese è caratterizzata da tempi di degenza lunghi con notevole difficoltà alla dimissione e al reinserimento nella comunità (6). Proprio per questo in alcuni DSM italiani (per esempio a Como, in Liguria e nel Veneto) sono state avviate molteplici positive esperienze finalizzate all'inclusione sociale delle persone, attraverso l'attuazione di protocolli di intesa per attuare e coordinare gli interventi giudiziari, sanitari e di ordine pubblico (7, 8, 9). L'obiettivo è quello di evitare che le REMS divengano dei "piccoli OPG" con fenomeni di istituzionalizzazione e difficoltà di reinserimento del paziente nella comunità di provenienza. In questa prospettiva, quando necessario, l'inserimento nella REMS-D deve quindi costituire, per la stragrande maggioranza dei nostri pazienti, un percorso transitorio volto a recuperare una omeostasi interiore persa, in vista di una ripresa del proprio benessere e del proprio funzionamento sociale molto spesso possibile.

Per quanto riguarda il clima interno invece, bisogna evidenziare come la confusione tra competenze sanitarie e giudiziarie, tra cura e custodia, in un contesto nuovo come quello delle REMS, rischia di alterare l'identità professionale di tutti gli operatori sanitari. Gli internati, infatti, da un lato sono sottoposti a una misura di sicurezza giudiziaria e dall'altro, invece, la loro custodia è passata dal Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria (DAP) alla Sanità (Dipartimento Salute Mentale). Quest'ambiguità nel ruolo rischia di determinare "crisi di identità professionale" e di compromettere la qualità del lavoro e la serenità degli operatori con possibili fenomeni di burnout. Nel caso specifico della REMS-D Volterra, il raggiungimento di un buon clima interno, è stato reso possibile oltre che dalla professionalità degli operatori che sono riusciti ad introdurre e programmare un'ampia varietà di interventi riabilitativi e di risocializzazione, anche dalla tipologia del gruppo di lavoro, che

include soggetti sia di sesso maschile che femminile (questi ultimi numericamente più rappresentati) e prevalentemente di giovane età, oltre che dai corsi di formazione e di team building organizzati dall'Azienda USL Toscana Nord Ovest che hanno consentito di raggiungere una maggior coesione nel gruppo di lavoro.

Per illustrare il possibile percorso degli utenti della REMS-D Volterra, pare opportuno descrivere il modello di articolazione funzionale offerto dal Servizio Psichiatrico Territoriale della provincia di Pisa (ex Asl 5). I pazienti pisani ricoverati nella REMS-D possono proseguire il programma terapeutico nella struttura SRP1 Villa Aeoli di Volterra o nella Comunità SRP1 Centro Basaglia di Pisa. Ovviamente, tutte le tappe del progetto terapeutico-riabilitativo dei pazienti sono vagliate e autorizzate dall'Autorità Giudiziaria competente. La SRP1 Villa Aeoli è stata aperta nell'aprile 2015 ed è espressamente dedicata a pazienti psichiatrici autori di reato. Tuttavia, gli ospiti di tale comunità frequentano il Centro Diurno di Volterra, partecipano alle attività sportive ed effettuano inserimenti socio-terapeutici insieme agli utenti non autori di reato in carico all'Unità Funzionale Salute Mentale Adulti dell'Alta Val di Cecina. L'integrazione tra le due tipologie di utenti costituisce un elemento fondamentale per il superamento dello stigma e il reinserimento nella comunità dei pazienti autori di reato. A tal proposito la SRP1 Centro Basaglia di Pisa risulta avere anticipato i tempi, accogliendo da oltre due anni anche pazienti psichiatrici del "circuito OPG" che, analogamente a quanto accade a Volterra, fruiscono di tutte le risorse dell'Unità Funzionale Salute Mentale Adulti Pisa allo stesso modo e insieme ai pazienti non autori di reato. Inoltre, per il raggiungimento della completa autonomia abitativa, è previsto il passaggio dalle Comunità SRP1 sopra-descritte a strutture caratterizzate da una minore intensità terapeutico-riabilitativa e assistenziale. A tal fine la psichiatria territoriale pisana dispone sia della Comunità SRP2-A Morel 2 (Volterra) che di Strutture SRP3 denominate "Gruppi Appartamento" (Volterra e Pisa). Naturalmente, laddove le condizioni psicopatologiche e socio-familiari lo consentano, deve essere favorito il rientro del paziente presso il proprio domicilio, supportato dal servizio psichiatrico territoriale di competenza (Figura 1).

Conclusioni e prospettive

Riassumendo, il percorso di superamento degli OPG ha comportato un cambiamento epocale nella gestione dei pazienti psichiatrici autori di reato che hanno diritto alle stesse opportunità di cura garantite agli altri membri della comunità (10). Ciò ha consentito ai dipartimenti di salute mentale di riappropriarsi, a molti anni dalla loro istituzione, dei propri pazienti più impegnativi garantendone la deistituzionalizzazione e il reinserimento nella società. In adesione alla filosofia della psichiatria di comunità, i servizi di psichiatria territoriale divengono quindi un nodo nella rete del territorio in diretta e naturale continuità con le altre strutture di cura e di supporto alle fragilità. Con la legge 81/2014, però, sono meno definiti i confini della responsabilità professionale dello psichiatra. La delega ai servizi territoriali di salute mentale è molto vasta e comprende anche impropriamente il trattamento del comportamento socialmente pericoloso e la risposta alle richieste di "garanzia e sicurezza sociale" talvolta dirette anche ad individui con evidenti caratteristiche di antisocialità. L'operatore sanitario detiene quindi talune responsabilità nell'assistenza di queste persone e l'attuale normativa non esclude la sussistenza di un generale potere/dovere di sorveglianza atto a prevenire azioni auto o etero-lesive. La responsabilità degli psichiatri dovrebbe invece configurarsi come responsabilità di cura e non rivolgersi meramente alla custodia per soggetti antisociali, pena il ritorno a una missione neomanicomiale e neocustodialistica (11). Per ovviare a queste difficoltà è senz'altro necessario potenziare il lavoro di rete attraverso la collaborazione con le altre strutture sanitarie del territorio (ASL, Consultori, Medici di Base, Servizi per le Dipendenze) ma anche con i Comuni e soprattutto con l'Autorità giudiziaria e con le Forze dell'Ordine attraverso protocolli di intesa che consentano di affrontare le criticità quotidiane e mantenere distinto l'intervento sanitario su pazienti psichiatrici autori di reato (di pertinenza dello psichiatra) da quello su soggetti con elevati coefficienti di antisocialità (di pertinenza delle forze dell'ordine).

Tabella 1: turnover REMS-D VOLTERRA (misure di sicurezza)

	PAZIENTI ENTRATI	PAZIENTI USCITI	PAZIENTI PRESENTI
TOTALE	61	32	29
MISURA DI SICUREZZA DEFINITIVA	41	22	19
MISURA DI SICUREZZA PROVVISORIA	15	5	10
REVOCA MISURA DI SICUREZZA	5	5	//

Figura 1: Piano regione Toscana: diversificazione livelli delle strutture per le misure di sicurezza.



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. GU n. 125 del 31-5-2014.
2. Decreto 1 ottobre 2012. Requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi delle strutture residenziali destinate ad accogliere le persone cui sono applicate le misure di sicurezza del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario e dell'assegnazione a casa di cura e custodia. GU Serie Generale n. 270 del 19-11-2012.
3. Aguglia E, Ferrannini L. La Psichiatria, il paziente autore di reato e il superamento dell'Ospedale Psichiatrico Giudiziario. Quaderni Italiani di Psichiatria 2012; 31:69-70.
4. Linee di indirizzo "Le strutture residenziali psichiatriche e l'Abitare Supportato", delibera di Giunta Regionale Toscana n.1127 del 09/12/2014.
5. Lindqvist P, Skipworth J. Evidence-based rehabilitation in forensic psychiatry. British Journal of Psychiatry. 2000; 176:320-3.
6. de Girolamo G, Picardi A, Micciolo R, Falloon I, Fioritti A, Morosini P; PROGRES Group. Residential care in Italy. National survey of non-hospital facilities. British Journal of Psychiatry. 2002; 181:220-5.
7. Tribunale di Como. Protocollo di intesa sottoscritto tra le Autorità locali riguardante il "Coordinamento degli interventi giudiziari, sanitari e di ordine pubblico relativi a pazienti psichiatrici coinvolti in vicende giudiziarie", 18/3/2014.
8. Regione Liguria. Servizio Sanitario Regionale - Programma Regionale per la Salute in Carcere e delle persone nel circuito penale 2014-2016. Indicazioni alle Aziende Sanitarie Locali per la redazione dei programmi annuali aziendali, 2014.
9. Regione Veneto. Linee di indirizzo preliminari per il trattamento dei dimessi da Ospedali Psichiatrici Giudiziari con pericolosità sociale ancora presente - trasmesse alle Aziende ULSS, 2/9/2014.
10. Casacchia M, Malavolta M, Bianchini V et al. Closing forensic psychiatric hospitals in Italy: a new deal for mental health care? Rivista di Psichiatria. 2015; 50(5):199-209.
11. Balbi A, Biondi M. Ombre ed errori di una legge: il parere dei clinici. Rivista di Psichiatria. 2015; 50:48-9.