

quotidiano**sanità**.it

Mercoledì 05 APRILE 2017

Ecco perché l'emendamento Mussini sulle Rems è sbagliato

Nell'[emendamento al ddl Giustizia](#) si propone, in sostanza, che le persone affette da problemi di salute mentale sopravvenuti durante la detenzione o che si trovano ristretti nelle strutture penitenziarie, in fase di cognizione e prima che sia definito il proscioglimento per vizio totale di mente o altre misure, possono essere trasferite nelle Rems. La Società italiana di psichiatria ritiene al contrario che a queste persone debbano essere garantiti nel luogo dove sono ristretti tutti gli accertamenti e gli eventuali trattamenti necessari

La Società Italiana di Psichiatria (SIP) condivide appieno [l'intervento della Senatrice Emilia De Biasi](#), effettuato il 17 marzo come Presidente della Commissione Sanità, sugli effetti che l'emendamento Mussini al DDL giustizia avrà sui Servizi di Salute Mentale, sulle REMS e su quanto di positivo è stato raggiunto con le Leggi 9 del 2012 e 81 del 2014 nel percorso di superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG).

Nell'emendamento della senatrice Mussini si propone, in sostanza, che le persone affette da problemi di salute mentale sopravvenuti durante la detenzione o che si trovano ristretti nelle strutture penitenziarie, in fase di cognizione e prima che sia definito il proscioglimento per vizio totale di mente o altre misure, possono essere trasferite nelle Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza (REMS).

La SIP ritiene al contrario che a queste persone debbano essere garantiti nel luogo dove sono ristretti tutti gli accertamenti e gli eventuali trattamenti necessari, conformemente alle attuali norme che hanno delegato al Sistema Sanitario Nazionale l'assistenza a tutti i detenuti per qualunque problema di salute, inclusi i problemi di salute mentale. La SIP ritiene che solo coloro che presentano una specifica indicazione clinica al trattamento residenziale dovrebbero essere assegnati alla REMS. In assenza del rispetto di tale principio, si rischierebbe con elevato livello di probabilità di riproporre la logica del contenitore indistinto che aveva caratterizzato il ricovero negli OPG e nei manicomi, diventati storicamente più luoghi di controllo sociale che reali luoghi di cura.

Come operatori della sanità e specialisti della salute mentale abbiamo sostenuto sin dalla loro istituzione che le REMS non sono né potranno mai essere considerate strutture che hanno sostituito tout-court gli OPG. Le REMS, infatti, sono strutture sanitarie create per scopi di ordine terapeutico e riabilitativo per quelle persone affette da disturbi mentali che hanno commesso dei reati, per le quali vi sia l'indicazione specifica di un percorso terapeutico riabilitativo di tipo residenziale in una struttura ad alta protezione.

Sin dall'inizio del percorso di superamento degli OPG abbiamo sollevato il problema della necessità di modificare il codice penale per evitare il fraintendimento delle REMS come strutture del tutto equivalenti agli OPG, fatta eccezione per le loro limitate dimensioni strutturali e l'affidamento della loro gestione al SSN.

L'abolizione degli OPG ha portato finalmente a compimento quel processo iniziato con la Legge 180 del 1978, che aveva definitivamente chiuso gli Ospedali Psichiatrici come strutture di sostanziale contenimento sociale, ponendo il fulcro dell'assistenza in un sistema coordinato di strutture territoriali di tipo ambulatoriale,

semiresidenziale e residenziale e nelle unità di ricovero ospedaliero definite Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC), dedicate alla gestione delle acuzie.

Dopo la chiusura dell'OPG appare logico e coerente con il sistema assistenziale vigente prevedere, anche per i cittadini affetti da disturbi mentali che siano autori di reati, gli stessi percorsi assistenziali garantiti a tutti gli altri cittadini, assicurando loro un progetto di cura individuale attuato mediante la loro presa in carico da parte dei competenti Dipartimenti di Salute Mentale, già all'interno delle carceri italiane (ricorrendo al ricovero negli SPDC in caso di acuzie gestibili solo in sede ospedaliera), e continuando a garantirla successivamente dopo che la persona avrà superato il periodo di detenzione.

Nel caso di persone già giudicate seminferme di mente, o nel caso di persone autrici di reato affette da disturbi mentali, che siano ancora nella fase di cognizione della pena, il percorso di cura deve poter iniziare già nel luogo di detenzione. Un percorso che possa poi proseguire eventualmente presso le REMS (in caso sia inequivocabilmente necessario tale inserimento), oppure verso altri percorsi di trattamento: ambulatoriali, semiresidenziali o residenziali, con misure di sicurezza attenuate disposte dalla Magistratura.

Percorsi che, di volta in volta, dovrebbero essere definiti attraverso Progetti Terapeutici Individuali (PTI) formulati dai Dipartimenti di Salute Mentale di riferimento del paziente. In questo modo si pongono le équipes dei servizi di salute mentale nella effettiva condizione di coinvolgere il paziente in una prospettiva evolutiva di trattamento. È ben noto che per quanto riguarda i problemi di salute mentale, la consapevolezza del disturbo e la collaborazione al percorso di cura sono due obiettivi fondamentali di cura per buona parte dei pazienti affetti da disturbi psichiatrici severi, inclusi i gravi disturbi di personalità. Lavorando sulle aspettative del paziente lo si aiuta a divenire artefice del cambiamento che può sperimentare collaborando alla terapia. In tale ottica la SIP auspica il superamento definitivo de cosiddetto "doppio binario" (giuridico e sanitario) previsto dal vigente codice penale.

Molte Amministrazioni Penitenziarie regionali si sono dotate, in collaborazione con le ASL, di sezioni di osservazione psichiatrica che funzionano egregiamente come punto di partenza del percorso del malato di mente autore di reato o di un soggetto in cui è intervenuta un'infermità mentale durante la detenzione e che necessita di un periodo di osservazione. "Scaricare" alle REMS anche questa parte dell'assistenza sanitaria non rispetta la ratio della legge che ha portato al superamento degli OPG.

Chiediamo dunque un potenziamento dell'assistenza psichiatrica nelle carceri, sia in termini di adeguamento strutturale che funzionale, in modo che si possa garantire già nelle case circondariali i migliori livelli di assistenza possibile e che l'assegnazione al percorso di cura sia ampia, ovverosia consenta di trattare provvisoriamente le persone sofferenti nei luoghi di detenzione, almeno sino al raggiungimento di un livello di collaborazione sufficiente ad un percorso di cure che possa realisticamente essere realizzabile al di fuori delle strutture carcerarie.

La SIP sottolinea che ad oggi sono stati realizzati in Italia circa 800 posti nelle REMS, circa metà di quelli che esistevano negli ex OPG. Se correttamente utilizzati possono essere sufficienti, tenuto conto che in OPG gli internati venivano assegnati dal Tribunale per lunghi periodi, oscillanti dai 2 ai 5-10 anni in ragione alla valutazione discrezionale della loro eventuale 'pericolosità' persistente. Nella REMS il paziente dovrebbe rimanere solo per il tempo necessario ad individuare il percorso di cura non restrittivo più adatto alla sua condizione clinica.

Di fatto già oggi le persone inserite nelle REMS vi rimangono mediamente otto mesi. È opportuno ricordare altresì che l'OPG era una sorta di contenitore di persone devianti, spesso connotate da limitate possibilità di giovare degli interventi terapeutici, giacché esse vi venivano assegnate in base al livello di pericolosità attribuita ed ai reati da loro commessi più che in funzione della natura delle manifestazioni psicopatologiche di cui erano affetti, e di uno specifico progetto terapeutico riabilitativo individualizzato.

L'inserimento nelle REMS presuppone una progettualità terapeutico-riabilitativa dinamica, che talora non è adeguatamente compresa. Una tale prospettiva prevede che in funzione di buona risposta clinica, per un

paciente inserito in una REMS possa essere chiesta la modificazione della disposizione originaria e la sua dimissione, con prosecuzione del trattamento in strutture residenziali o semiresidenziali o in regime ambulatoriale. Una proposta che talvolta non ha seguito, in virtù del paradosso secondo il quale il miglioramento viene talora interpretato dai Magistrati di Sicurezza come un indicatore della validità dell'inserimento in REMS tale da confermare la necessità della prosecuzione dell'inserimento, con il rischio di vanificare la progressione del progetto predisposto secondo la fase evolutiva raggiunta.

La SIP ricorda un ulteriore aspetto di particolare rilevanza emerso dalla iniziale esperienza di funzionamento delle REMS, costituito dalla necessità di una valutazione accurata, in fase di accertamento tecnico, delle persone affette da disturbi mentali da assegnare alle REMS, affinché siano ad esse affidate persone per le quali sia presente una effettiva indicazione clinica al trattamento residenziale, evitando che di fatto che le REMS possano affollarsi, anche per lunghi periodi di tempo, di persone per le quali l'inserimento in una struttura comunitaria fosse prevedibilmente fallimentare.

La SIP auspica dunque che l'emendamento Mussini possa venire ritirato o modificato e che in sede di revisione del processo penale si possa pervenire ad una sostanziale abolizione o ad una profonda modifica del concetto di pericolosità "psichiatrica" così come oggi configurato.

Claudio Mencacci
Presidente

Bernardo Carpiniello
Presidente eletto

Enrico Zanalda
Segretario