

Opg. Il futuro sono le Rems?

Il processo di chiusura degli Opg è complesso e pieno di criticità. Anche le nuove residenze per l'applicazione delle misure di sicurezza presentano molte incognite i cui esiti futuri non sono immediatamente prevedibili. I facili entusiasmi sono quindi da evitare. Ecco alcune delle problematiche

Con la pubblicazione del DPCM del 01/04/08 si è avviato in Italia un processo di rinnovamento della assistenza sanitaria dei soggetti/cittadini sottoposti a detenzione, seguendo il principio secondo cui ogni cittadino ha diritto a ricevere lo stesso tipo di assistenza sanitaria a prescindere dalla sua condizione giuridica.

Questo processo si è esteso anche agli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (Opg) oggetto di attenzione della commissione parlamentare di inchiesta sull'efficienza del servizio sanitario che ha messo in luce come gli OPG non assolvessero quasi per nulla il compito di cura della persona autore di reato affetta da disturbi psichiatrici, assicurandone solo gli aspetti custodialistici. Vi è da dire che a fronte di una scarsa o nulla intensità di cure sanitarie, le risorse finanziarie di cui disponevano la gran parte degli OPG erano davvero esigue.

Il progetto di chiudere gli OPG e creare le REMS, residenze per l'esecuzione della misura di sicurezza sanitaria si è reso necessario perché il DPCM del 1/4/2008 non ha eliminato la possibilità dell'applicazione di misure di sicurezza detentive, che continuano ad essere presenti nel Codice Penale come possibilità per le persone inferme di mente che hanno commesso reati. Nelle intenzioni generali la possibilità di invio di un malato di mente autore di reato presso un REMS dovrebbe essere residuale rispetto ad altre forme di intervento meno afflittivo sotto il profilo della libertà come, per esempio, l'invio in una comunità residenziale o il trattamento presso il Centro di Salute Mentale.

È comunque da sottolineare come questa iniziativa sia unica nel mondo, e nella letteratura scientifica non si ritrovi nulla o quasi di quanto descritto nei provvedimenti legislativi. È vero che l'iniziativa si colloca in un panorama come quello italiano che ha completato il processo di deistituzionalizzazione, ma non vi sono precedenti noti per una deistituzionalizzazione di autori di reato affetti da malattia mentale.

La legge 9 del 17/02/12 prevede due tipologie di REMS una di valutazione e stabilizzazione (in cui si pone la diagnosi e si imposta il programma di cura) con lo scopo di effettuare una "rapida stabilizzazione della sintomatologia per permettere il passaggio ad una struttura a minore intensità assistenziale" e una di mantenimento a "vocazione riabilitativa e psicosociale".

Si può notare che in tutto il mondo occidentale le strutture per utenti con tali necessità si dividono in tre categorie: alta, media, e bassa sicurezza. L'assegnazione a uno dei tre livelli è determinata dalla natura del delitto e dalla gravità della psicopatologia. Infatti, molti utenti che hanno commesso delitti sono anche farmacoresistenti o sono persone che non rispondono ai comuni trattamenti. I trattamenti previsti dalla letteratura sono ad altissima intensità psicoterapeutica e altamente strutturati con durata minima tra i 3 e i 5 anni. Ovviamente il passaggio tra un livello di sicurezza ed un altro è determinato da indicatori clinici e forensi non dal semplice criterio temporale come previsto dalla nostra normativa nazionale.

In Italia, tuttavia, il monitoraggio appare essere stato concepito in funzione della valutazione degli operatori e non sull'andamento del trattamento dei pazienti, dal momento che, in base all'art 1 ter della legge n.81 del 30/05/14, i Servizi devono documentare entro il 15/07/14 al Ministero della Salute e alla autorità giudiziarie, i percorsi terapeutici individuali di dimissione di ciascuna delle persone ancora ricoverate negli OPG alla data del 01/06/14 motivando perché tali persone non siano state ancora dimesse. La formulazione è paradossale dal momento che la dimissione dall'OPG non è una decisione

che è nelle mani degli operatori dei Servizi di Salute Mentale ma della Magistratura di Sorveglianza, con la quale non esiste un protocollo di intesa a livello nazionale, ed è anche dubbio che possa essere effettivamente stilato.

Dal momento che viviamo in un'epoca di medicina evidence based, e che su questo aspetto mancano completamente dati attendibili, sarebbe necessario, come si sta tentando di fare grazie al coordinamento dell'Università di Verona, monitorare l'outcome dei trattamenti, il tasso di recidiva, identificare variabili che siano predittive dell'esito, piuttosto che mettere sub iudice i dipartimenti di salute mentale.

La visione della malattia mentale deve essere ottimistica sotto il profilo della curabilità ma anche realistica, ammettendo che non vi sono indicatori di recidiva certi, che si può prevedere un rischio ma non se un evento avverrà o no.

Nel nostro Paese, inoltre, non esiste alcuno strumento giuridico per poter imporre il trattamento farmacologico ad una persona, ad esclusione del TSO, nella gran parte dei paesi occidentali l'internamento di un soggetto ritenuto affetto da disturbo mentale e socialmente pericoloso prevede l'obbligatorietà delle cure, in Italia questo non è invece ancora possibile.

Il troppo, comprensibile, entusiasmo della riforma forse ha fatto perdere il focus centrale per l'interesse di queste persone, ovvero garantire un'elevata intensità assistenziale a soggetti che a causa del loro disturbo mentale hanno commesso uno o più delitti. Allo stato, invece, il processo tende ad apparire come una competizione in cui il Ministero della Salute plaude chi dimette, a prescindere dall'esito delle dimissioni.

Il tema è molto delicato sia per la sicurezza dei pazienti, sia per quella degli operatori che dei cittadini, sono richiesti molta prudenza, pochi preconcetti, e tempi di trattamenti prolungati in condizioni di umanizzazione e di tutela della dignità umana. In ultimo va ricordato che per gli utenti con gravi caratteristiche psicopatiche e antisociali non sono disponibili interventi psichiatrici efficaci, ma solo interventi correttivi.

La pianificazione del livello di sicurezza nella progettazione delle REMS

È strategico passare da un concetto di sicurezza direttamente correlato al concetto di "pericolosità" che rappresenta soprattutto la possibilità di commettere un atto aggressivo o un crimine e si riferisce principalmente ai singoli, ad un concetto di "sicurezza" nel campo della salute mentale come aspetto sistemico che comprende il sistema di relazioni reciproche tra il paziente ed il suo ambiente.

La "pericolosità" del paziente deve essere ricondotta all'interno del processo di stabilizzazione e ripresa, in questo modo il trattamento diviene una parte integrante del concetto di sicurezza.

Lo scopo di prevedere nella progettazione delle REMS il livello di sicurezza è quello di determinare condizioni strutturali e conseguentemente organizzative che consentano di:

- fornire cure efficaci ed un trattamento in modo da ridurre il rischio,
- favorire il recupero e il sostegno ai pazienti all'interno di un percorso di cura che consenta la riduzione progressiva del livello d'intensità assistenziale ed dei livelli di sicurezza necessari per il trattamento.

Si tratta di realizzare un complesso equilibrio tra:

- mantenimento della sicurezza dei pazienti e del personale,
- realizzazione di un ambiente terapeutico rassicurante e protettivo,
- inserimento positivo della struttura residenziale nella comunità locale

Una definizione articolata di standard strutturali consente di facilitare il modello di trattamento e percorso di cura, e di promuovere l'impegno della comunità per il recupero dei pazienti.

Migliorare la progettazione dell'ambiente contribuirà a migliorare gli esiti garantendo la sicurezza dei pazienti, del personale e del pubblico, e fornendo un ambiente comodo e sicuro.

Gli aspetti del trattamento terapeutico ed il livello di sicurezza sono strettamente correlati e debbono essere affrontati nel loro complesso; un trattamento terapeutico riabilitativo efficace ed un appropriato livello di sicurezza sono fattori integrati, non fattori contrapposti.

E' necessario che la concreta declinazione di questi fattori garantisca la privacy e la dignità delle persone fornendo un ambiente sicuro e protetto per pazienti, personale e visitatori come parte

integrante della fornitura di assistenza clinica.

Sicurezza di una struttura operativa

La sicurezza di una struttura operativa è determinata da tre aree interdipendenti:

1. **Strutturale:** i perimetri interni ed esterni, meccanismi di sicurezza e le tecnologie (ad esempio serrature elettroniche, Videosorveglianza) e altre barriere fisiche presenti nell'unità e il servizio nel suo complesso;
2. **Procedurale:** la tempestiva, corretta e coerente applicazione di efficaci procedure operative;
3. **Relazionale:** la comprensione e utilizzo delle conoscenze su i singoli pazienti, l'ambiente e l'insieme degli ospiti e delle dinamiche determinate da ingressi e dimissioni

Area Strutturale

L'integrità fisica dell'ambiente dipende dalle caratteristiche di realizzazione e dal livello adeguato di manutenzione ordinaria e straordinaria dello stabile degli impianti e dalle condizioni delle attrezzature e degli arredi utilizzati.

È importante definire in modo chiaro e presidiabile i perimetri interni ed esterni destinati ai pazienti o ad essi interdetti, questo consente di creare le condizioni per evitare comportamenti auto ed etero aggressivi dei pazienti e proteggere il personale.

Area Procedurale

Le Procedure di sicurezza si riferiscono alla effettiva applicazione da parte degli operatori di procedure, relative alla sicurezza dei pazienti, dei visitatori e del personale ed alla gestione operativa di rischi ed eventi avversi.

È necessario che le procedure di sicurezza siano definite all'interno di una gamma completa di procedure da applicare all'attività terapeutica all'interno della struttura ed alle attività giornaliere che non possono essere lasciate ad una improvvisazione quotidiana. Questo consente agli operatori di essere in grado di stabilire e mantenere attraverso le attività chiari confini e gestire percorsi di trattamento.

Gli Operatori devono ricevere una specifica formazione in modo da capire il contesto e lo scopo delle procedure.

Per inciso va ricordato che essendo le REMS strutture per l'applicazione delle misure di sicurezza detentive le persone ivi ristrette saranno anche detenute e andrebbe chiarito se e chi applicherà l'Ordinamento Penitenziario, dal momento che la responsabilità della sicurezza rimane in capo agli operatori sanitari. Storicamente nell'unico OPG a diretta gestione sanitaria, Castiglione della Stiviere, l'ordinamento penitenziario era in parte attuato dagli stessi operatori sanitari. Andrebbe anche chiarito il livello di responsabilità in caso di evasione dei pazienti ospiti delle REMS.

Area Relazionale

L'efficacia della sicurezza relazionale dipende dalla capacità del gruppo di lavoro di essere coeso e lavorare per obiettivi. La sicurezza relazionale può essere definita come:

“La personale conoscenza e la comprensione del contesto ambientale del singolo paziente e delle relazioni e dinamiche che attraversano il contesto che si traduce nella capacità di convertire tali informazioni e vissuti esperienziali in risposte adeguate e cure”.

La sicurezza relazionale riveste un fattore strategico e la sua criticità è in grado di compromettere l'efficacia delle misure di sicurezza dei servizi definite nell'area strutturale ed in quella procedurale. È importante sottolineare che l'effetto di una crisi marcata della sicurezza relazionale sui pazienti che possono perdere la fiducia nel gruppo degli operatori e conseguentemente nella cura e nel trattamento che gli stessi forniscono.

Requisiti strutturali di una struttura operativa

La pianificazione di un ambiente sicuro dovrebbe concentrarsi sullo sviluppo di un servizio in cui il personale ed il paziente vivono gli uni per lavorare gli altri per intraprendere un percorso di cura.

I requisiti strutturali svolgono una funzione importante per: mantenere l'integrità del servizio, riduzione del rischio, fornire un ambiente sicuro e terapeutico, l'integrazione della struttura nella comunità locale.

Occorre prestare attenzione quando si progetta a garantire la funzione terapeutica e sociale del servizio sapendo che i pazienti possono rimanere per periodi di tempo prolungati.

Il progetto dovrebbe realizzare una gamma completa di spazi sociali, clinici e terapeutici. Per esempio nelle REMS andrebbe previsto un bar, un luogo di culto per le diverse religioni, un luogo per la de-escalation, una sala per ricevere le cure alla persona come interventi podologici, parrucchiere etc. L'Italia potrà gestire questa opportunità storica di un trattamento innovativo solo ispirandosi alla scienza e ai dati della letteratura, l'improvvisazione in questa situazione sarebbe una forma di razionalità negata.

Stefano Ferracuti, Neurologo Professore Associato di Psicologia AO Sant'Andrea Facoltà di Medicina e Psicologia "Sapienza" Università di Roma

Giuseppe Nicolò, Psichiatra Psicoterapeuta Direttore DSM ASL Roma G

Rinaldo Perini, Psicologo Psicoterapeuta Direttore Struttura Complessa DSM ASL Roma G