

**Mentre si muore di Tso da innocenti, si resta in attesa di idee non ideologiche sul malato di mente autore di reato, di Gemma Brandi (*Responsabile Sanità Penitenziaria Azienda Sanitaria Firenze*)**

E mentre taluni cinguettano su “pericolo sì/pericolo no” in relazione al malato di mente autore di reato, individuando cause e “colpevoli” della mancata chiusura definitiva di Ospedali Psichiatrici Giudiziari [OPG] e Case di Cura e Custodia [CCC], persone malate di mente che non avrebbero commesso alcun reato trovano la morte nel corso della esecuzione di Trattamenti Sanitari Obbligatori [TSO], sollecitati dai loro stessi familiari per imporre cure indesiderate dal soggetto, ritenute nondimeno indispensabili dalle istituzioni coinvolte. Per certo è accaduto a due cittadini, veneto l’uno, piemontese l’altro, che non avevano commesso crimini, ma erano ritenuti a rischio al punto da essere trascinati a viva forza in un Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura [SPDC], dove fossero loro assicurate terapie necessarie, urgenti, rifiutate ed effettuabili unicamente in ospedale (per le altre esiste il TSO extraospedaliero, che ammette la somministrazione coatta di farmaci anche su una panchina pubblica o nella abitazione o nel giardino di casa). E’ arduo imporre qualcosa a chicchessia, soprattutto imporre una cura per cui la Costituzione stabilisce, salute mentale a parte, che vi sia la libera adesione del cittadino. E’ tra i compiti più difficili dello psichiatra attivo nella Salute Pubblica e consiglieri a chi non ha mai effettuato un TSO di non parlarne a vanvera, per non offendere operatori e malati con considerazioni astruse. Del pari ricorderei che anche soffondere con uno spray tranquillante le vie respiratorie di una persona costituisce un TSO e quindi richiede il rispetto delle procedure che lo regolamentano. Ma in tema di TSO purtroppo non esiste una lettura univoca e pensata di una norma che richiede interpretazione. Suggesto di considerare che almeno la Azienda Sanitaria di Firenze, alle soglie del nuovo millennio, varò un protocollo applicativo degli articoli 33, 34, 35 della Legge 833/78, condiviso da Tribunale per i Minorenni, Tribunale Ordinario, Procura della Repubblica, Istituzione Penitenziaria, Dipartimenti di Emergenza e di Salute Mentale, Sindaci di un’Area Intercomunale abitata da 850.000 cittadini. Si trattò di un lavoro interistituzionale di anni che portò a redigere un documento

chiaro e sottoscritto dagli enti di cui sopra. Soprattutto avviò una formazione congiunta degli operatori e delle Forze dell'Ordine, che si trovano insieme sulla scena della esecuzione del provvedimento e non perché questo sia diventato un fermo di polizia, ma perché richiede l'esercizio della forza. Non so quale sia lo stato dell'arte attuale di quel grande sforzo istituzionale, che produsse straordinari risultati nelle pratiche.

Al di là della procedura di Accertamenti e Trattamenti Sanitari Obbligatoriosi [ASO e TSO], che occorre sia facilmente applicabile nella urgenza, si tratta di parlare chiaro a individui che non riconoscono la sofferenza vissuta ed esportata intorno a sé, che tendono a proiettare la colpa di questa sull'altro, talvolta sullo psichiatra che si è preso carico di ridurre la distanza che hanno posto tra i propri convincimenti e l'adeguamento all'esame di realtà. Allo psichiatra è richiesto un coraggio non temerario, grazie alla capacità in primo luogo di costruire un percorso che non esclude la forza, ma non ammette violenza, in secondo luogo di dare un senso alla imposizione di terapie cui l'interessato non è compliant -viatico indispensabile affinché il soggetto stesso faccia suo quel senso- e infine di mantenere una posizione ferma perché frutto di un pensiero convinto e non di una supremazia presunta. Allo psichiatra sono richieste competenza, esperienza (parlo di competenza ed esperienza affidabili, garantite dalla qualità dei risultati conseguiti, non dal fatto di avere svolto magari malissimo, per ammissione del valutatore degli esiti, il proprio mestiere per decenni), passione e buone alleanze, così da mettere al riparo il paziente, sé stesso e l'ignaro passante dai rischi dei gesti di una persona distante dall'esame di realtà. Le buone alleanze sono quelle con chi è depositario della forza: chi lo è? Le Forze dell'Ordine del Paese, quelle con cui costruire le formule di un intervento interdisciplinare sempre complesso e rischioso, ad oggi però inevitabile per le leggi dello Stato e del buon senso che coglie la virtù ben al di là della spiacevolezza di una coazione: quanti soggetti hanno evitato di uccidersi e/o di uccidere grazie a un TSO opportuno? Oso affermare molti, ogni giorno, in ogni parte di Italia, anche se nessuno parla di quanto non è accaduto proprio perché non è accaduto.

Ora, se i termini sicurezza e forza non sono estranei a un TSO, al di là della meraviglia incantata dei non addetti ai lavori, per quanto curiosino più o meno utilmente e rispettosamente nelle pratiche altrui, qualcuno potrà forse negare che tali parole mantengano una pertinenza in caso di misure di sicurezza detentive applicate a malati di mente autori di reato? Eppure non si parla della sorveglianza da garantire, per la esecuzione di misure di sicurezza detentive, nelle Residenze per la Esecuzione della Misure di Sicurezza Detentive [REMS-D] -i succedanei di OPG e CCC- dove saranno inseriti gli stessi soggetti che oggi trovano posto in OPG e CCC, per chiudere i quali si propone addirittura di trasferire gli ospiti residui in ospedali civili dove a sorvegliarli sia la Polizia Penitenziaria: l'importante è chiudere, non come chiudere! D'altra parte, ad avanzare simili proposte, a dir poco pasticciate, sono gli stessi che a cuor leggero trasferiscono in carcere gli attuali ospiti dell'OPG e neppure troppo alla zitta vagheggiano di fare del carcere l'asilo estremo di tutti i malati di mente autori di reato, non di quella fetta che già per legge transiterà senza colpo ferire da una istituzione penitenziaria (OPG e CCC) all'altra (carcere), perdendo l'horribilis status di internato e acquisendo l'invidiabile habitus di detenuto... Ma se la Polizia Penitenziaria deve continuare a sorvegliare, là dove si trovano o eventualmente in un ospedale requisito, gli attuali ospiti di OPG e CCC, perché nessuna interdisciplinarietà con le Forze dell'Ordine è prevista per le future REMS-D? Credo che sia il ricorso a scorciatoie non sostenibili, destinate a creare sacche di pericolo da evitare, che ha portato all'attuale impasse fatta di persistenze indebite (OPG e CCC ancora aperte ben al di là del primo Aprile 2015), di lentezze realizzative (le REMS-D che stentano ad aprire i battenti), di resistenze nei riguardi del sedicente nuovo che avanza (la opposizione dei territori a ospitare le REMS-D) e di desistenze che prendono radici sui vari fronti: giudiziario, scocio-sanitario, penitenziario, della sicurezza. Va chiarito subito: CHI GARANTIRA' LA SICUREZZA E LA DETENZIONE DEGLI OSPITI IN MISURA DI SICUREZZA DETENTIVA NELLE REMS-D? Non si risponda che non serve alcunché di questo ordine, perché il primo fatto di cronaca nera che dovesse riguardare ospiti, operatori o cittadini ignari a partire da una REMS-D

potrebbe smentirne la facile sicumera e collocare il fanfarone di turno sul banco di un tribunale almeno etico.

Tutto fa pensare che la decostruzione perseverante dell'internamento giudiziario sia possibile, così come le buone pratiche dimostrano che il TSO ben eseguito è non solo praticabile, ma utilissimo a prevenire gravi agiti del malato di mente, purché si rinunci ai vizi supremi della superficialità, della delega e dell'abbandono.