

Per la revisione dell'accordo Rems Stato-Regioni del 26/02/2015

Contributo all'incontro con i rappresentanti regionali salute mentale e sanità penitenziaria e Coordinamento nazionale REMS
sede della REGIONE TOSCANA - ROMA 24/10/2017

1. Lo stato di attuazione delle REMS in Campania

Allo stato sono state attivate le REMS :

- S. Nicola Baronia (20 p.l.)
- Mondragone (8 + 8 p.l.)
- Calvi Risorta (20 p.l.) che ha sostituito la REMS Roccaromana provvisoria, dismessa anche per difficoltà collegate alla natura della struttura stessa e dell'allocazione molto decentrata.
- Vairano Patenora (12 p.l.) 0

Le REMS della ASL Caserta sono competenti per territorio per CE,,ASL NA1/C, ASL NA2 Nord. La REMS di S. Nicola Baronia è competente per BN,AV,SA e ASL NA/3 Sud

Al 1° agosto 2017, secondo i dati raccolti da Peppe Nese, coordinatore regionale per il superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari, la situazione è questa:

Campania	Misure di sicurezza provvisorie	Misure di sicurezza definitive	totale
Ingressi	31	5	36
presenze	38	25	63

Come si può notare la A.S.L. Caserta da sola ha avuto un ruolo fondamentale, avendo infatti attivato 3 delle 4 REMS presenti. Forse anche per la particolarità di essere stata sede del più antico OPG d'Italia, ma soprattutto perché le condizioni disumane in cui versavano gli internati furono denunciate da parte della Commissione Europea contro la tortura nel 2008 e costarono all'Italia la condanna del Consiglio d'Europa. Poi seguirono nel 2010 le ispezioni della Commissione Marino che diedero il la alla riforma sfociata non senza difficoltà nella l. 81/2014.

Le risposte messe in campo dall'ASL di Caserta per il superamento dell'OPG, sono organizzate dall'U.O. C. Tutela Salute in Carcere ed in subordine dal Dipartimento di Salute Mentale ed operativamente affidate alla U.O.S.D. Salute Mentale Penitenziaria e Superamento OPG.

2. La REMS provvisoria di Mondragone

E' stata la prima REMS provvisoria attivata, frutto di un progetto di intesa tra la UOSM 23 e la UOC Tutela Salute in Carcere. Le funzioni di REMS provvisoria si svolgono presso la struttura h 24 della UOSM 23 e sono sempre più connotate da una forte integrazione con le attività riabilitative e di tutela della salute mentale già qui attive da tempo. Massima è la cura rivolta a mantenere una costante attenzione su pratiche di deistituzionalizzazione: al centro delle pratiche, nell'ottica basagliana vi è il paziente, non la malattia. La scommessa è dunque nella riuscita di una integrazione vera, mirata all'abbattimento dello stigma legato alla figura del *folle reo*. L'obiettivo dichiarato è quello di procedere ad una reale presa in carico degli internati (così come purtroppo ancora sono etichettati i pazienti), scongiurando il concreto rischio di riproporre una logica manicomiale attraverso contenitori separati dal lavoro di salute mentale territoriale. Solo così a

nostro avviso è davvero possibile assicurare gli interventi di cura e di riabilitazione che rappresentano il reale superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari e aggiungere un ulteriore tassello verso il completamento della riforma psichiatrica varata con la legge 180 del 1978. In questa ottica inizialmente sono stati dedicati 8 p.l. dei 16 p.l. esistenti, prevedendo una piena integrazione e commistione con la UOSM 23, sia degli operatori, sia degli utenti in residenza che quelli frequentanti il CDR. Successivamente i p.l. sono diventati 16, ma solo per permettere la chiusura dell'OPG di Aversa nei tempi imposti dalla legge.

Finora sono state internate 36 persone e di queste sono state dimesse 25.

anno	ingressi	dimessi
2015	17	8
2016	15	8
2017	4	9

Si è privilegiata la responsabilità territoriale della presa in carico delle persone con misura di sicurezza, operando in stretto rapporto di collaborazione e di sprone con le UUOOSMM di riferimento dei singoli *internati*, con l'obiettivo di proporre alla magistratura di riferimento modalità condivise di cura e presa in carico alternative alla REMS. Tuttavia spesso ci si è imbattuti in CSM restii a farsene carico o nell'ipotesi migliore proponenti PTRI che prevedevano ancora delega al privato, magari sociale, ma ben lontano dai luoghi di residenza delle persone. Con la riproposizione della istituzionalizzazione manicomiale : "recludere, escludere, relegare, segregare, delegare, detenere". E' palese come troppo spesso il ricorso al ricovero in REMS non è apparso come evento residuale, solo dopo aver esperito la possibilità di misure alternative come la legge 81 indica, ma al contrario come principale e fondamentale strumento di risposta alle problematiche penali dei prosciolti. Nelle REMS infatti troppo spesso si scontano i fallimenti terapeutici dei servizi, si evidenziano rapporti deteriorati, spesso caratterizzati da reciproco rifiuto.

Non è stato e non è un percorso semplice. E' stato del tutto ovvio constatare come le logiche istituzionali tendano a riprodursi, incuranti dei luoghi e delle persone coinvolte. Così gli operatori inviati a supporto ed integrazione con quelli della UOSM, si sono spesso dimostrati i più istituzionalizzati, legati a pratiche deresponsabilizzanti per loro stessi e gli utenti, correndo il rischio di far prevalere logiche di "controllo" e di "minimizzazione del rischio" di paventate responsabilità legali. Per questo tipo di operatori sono dure a morire le stereotipate convinzioni sulla pericolosità sociale e sulla non emendabilità della malattia mentale: le stesse logiche che sono state alla base del costituirsi delle istituzioni totali manicomiali! Dunque per molti operatori sanitari e sociosanitari assegnati alla REMS, per lo più con rapporto di lavoro precario e con esperienza certe volte anche brevissima di lavoro in OPG, la struttura è apparsa "**troppo aperta**" e dunque offre "**occasioni di pericolo per le persone a vario titolo ivi ospitate**". Con questa prospettiva l'affrontamento degli eventi critici, che inevitabilmente si sono presentati, è apparso spesso inquinato da false paure e preoccupazioni circa possibili ripercussioni di ordine penale. Figurarsi di fronte ad allontanamenti dalla struttura che di per sé non si configurano come evasione, ma che comunque sollecitavano quantomeno "*rimpianti della sicurezza garantita dall'OPG*" !.

All'opposto, tutti gli operatori della UOSM hanno vissuto la difficoltà legata alla restrizione/mancanza di libertà che comunque accompagna le misure di sicurezza. Una condizione a cui noi tutti non siamo abituati, avendo ormai come stile di lavoro consolidato

negli anni un modello centrato sulle persone e fondato sui diritti e sul rifiuto all'internamento. Lo stesso dicasi per il ricorso alla contenzione meccanica, da noi categoricamente esclusa e mai praticata, ma che viene ancora effettuata in alcune REMS. Men che mai le cosiddette stanze di **deescalation**.

Il vivere tutti insieme in un clima di deistituzionalizzazione è stata la vera arma riabilitativa; ciò comporta impegno e lavoro e può essere una fonte di burn - out, se non si supporta concretamente gli operatori motivati che comunque rappresentano la maggioranza. Altro aspetto non secondario è rappresentato dalla buona integrazione nel contesto territoriale della UOSM 23, consolidatasi negli anni e che ci ha permesso di siglare un protocollo d'intesa con l'Ente Locale teso a prevedere programmi di inclusione sociale, attraverso lavori di pubblica utilità.

Tuttavia non si possono sottacere le difficoltà che almeno inizialmente hanno contraddistinto i rapporti con il DAP: continue richieste di posti letto, incuranti del numero max previsto dalle autorizzazioni all'esercizio delle attività della struttura, così come l'assegnazione *random* delle persone. In questo modo i primi *internati* provenivano dal Lazio e dalla Sicilia. Tanto che al momento vi sono ancora pazienti della ASL di Avellino e della NA 3 Sud !

Nei fatti anche la Magistratura, di Sorveglianza o di cognizione, sostanzialmente ha equiparato le REMS agli OPG: ogni possibile intervento a fini riabilitativi che comporta l'uscita dalla struttura va prioritariamente autorizzato. Così spesso si sono avute per le stesse persone risposte di segno opposto. Così come dovendo chiedere alla Magistratura di cognizione per i pazienti in misura provvisoria, si sono dovute fare richieste a Magistrati di tutta la Campania, spesso senza risposta, creando di fatto disparità evidenti e diseguaglianze tra persona e persona, con tutte le ricadute negative nella relazione terapeutico-riabilitativa.

Altro aspetto critico è rappresentato dalle liste di attesa: se un persona è davvero pericolosa socialmente , come si può attendere che si liberi un posto? Magari aspettando 1 mese a casa, come è avvenuto per una persona poi internata da noi. Forse non vengono percorse tutte le possibili alternative?

In ultimo, ma non per ultimo ricordo le difficoltà che sono state rappresentate dalla presenza di pazienti con disturbo di personalità. Dunque persone che grazie ad un "discreto" funzionamento sociale, hanno "prevaricato" a dispetto dei gravi pazienti psicotici, fragili e privi di potere contrattuale.

Comunque, al di là di tutte queste criticità, penso che l'obiettivo prefissato stato raggiunto: dal 1 aprile, ai sensi del DGR Campania n. 716 del 13.11.2014, si sta passando ad una seconda fase del progetto in cui progressivamente le funzioni di REMS provvisoria cederanno il passo a quelle più squisitamente terapeutico - riabilitative, di stretta competenza ordinaria dei servizi di salute mentale, per utenti della sola ASL CASERTA ed una parte dei posti letto (6-8) dedicata a programmi di contrasto delle misure di sicurezza, nel pieno spirito della legge 81/2014 che tra l'altro ha ridotto il numero di posti REMS a favore dell'utilizzo delle risorse derivanti per il potenziamento dei DSM. Dunque pochi posti in strutture ordinarie del DSM riservati a pazienti con problematiche penali: modello virtuoso di funzionamento che al momento vede oltre noi solo poche altre realtà coinvolte, ad esempio come Trieste.

Dott. Giuseppe Ortano

Direttore UOSM 23

ASL CASERTA