

IL DIRETTORE GENERALE

SANITÀ E POLITICHE SOCIALI E PER L'INTEGRAZIONE

KYRIAKOULA PETROPULACOS

REGIONE EMILIA-ROMAGNA: GIUNTA

PG.2015. 0891389

del 29/12/2015



Ai Direttori sanitari

Ai Direttori DSM-DP

Aziende USL

Ai responsabili REMS

AUSL Bologna

AUSL Parma

CIRCOLARE

18

Oggetto: Percorsi terapeutico-riabilitativi individuali dei pazienti in misura di sicurezza detentiva presso le REMS: raccordo operativo tra le REMS e i DSM-DP.

Le leggi n. 9 del 17 febbraio 2012 e n. 81 del 30 maggio 2014 hanno sancito la chiusura, al 31 marzo 2015, degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG), prevedendo che la misura di sicurezza detentiva sia eseguita presso le Residenze per l'Esecuzione di Misure di Sicurezza (REMS), ad esclusiva gestione sanitaria e di cui ogni Regione deve dotarsi per i propri pazienti residenti.

In questa Regione sono state aperte due strutture, una a Parma (Casale di Mezzani) e l'altra a Bologna (Casa degli Svizzeri), rispettivamente di 10 e 14 posti.

Al fine di fornire indicazioni operative per la definizione dei Programmi Terapeutico-Riabilitativi Individuali (PTRI), di cui alla normativa citata, e favorire il raccordo tra i professionisti che operano nelle REMS e i competenti servizi territoriali, è stato elaborato un documento a cura dei referenti DSM-DP/REMS e i responsabili delle REMS che si trasmette, in allegato, raccomandandone la diffusione.

Kyriakoula Petropulacos

PRESA IN CARICO PAZIENTI IN MISURA DI SICUREZZA DETENTIVA PER INFERMITA' MENTALE – RACCORDO TRA REMS E DSM-DP

Con la **Legge n. 9/2012** è stata sancita la definitiva chiusura degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari, il cui superamento era stato avviato con la riforma della sanità penitenziaria, che, con l'Allegato C al DPCM 1° aprile 2008, ha individuato nell'**ambito territoriale la sede privilegiata per affrontare i problemi della salute, della cura, della riabilitazione delle persone con disturbi mentali** e, al contempo, un assetto delle istituzioni deputate alla applicazione della misura di sicurezza ed agli interventi terapeutico-riabilitativi del malato di mente reo, più prossimo al sistema di riabilitazione dei servizi sanitari ordinari.

La Legge 9/12 stabilisce che le misure di sicurezza detentive per infermità mentale siano eseguite all'interno di **strutture a gestione esclusivamente sanitaria**.

Tali strutture sono state definite con l'acronimo **REMS** (Residenze Esecuzione Misure di Sicurezza) e aperte, in data **1° aprile 2015**, dopo una serie di rinvii di volta in volta subentrati; le stesse sono attualmente transitorie, non essendo ancora terminata la costruzione di quelle programmate con apposito finanziamento nazionale.

La normativa successiva, sopravvenuta nel corso dei rinvii succedutisi, **L. 81/2014**, accogliendo le istanze innovative che ritengono necessario il superamento totale della misura di sicurezza detentiva, recita "**Il giudice dispone nei confronti dell'infermo di mente e del seminfermo di mente l'applicazione di una misura di sicurezza, anche in via provvisoria, diversa dal ricovero in un ospedale psichiatrico giudiziario o in una casa di cura e custodia, salvo quando sono acquisiti elementi dai quali risulta che ogni misura diversa non è idonea ad assicurare cure adeguate e a far fronte alla sua pericolosità sociale, il cui accertamento è effettuato sulla base delle qualità soggettive della persona e senza tenere conto delle condizioni di cui all'articolo 133, secondo comma, numero 4, del codice penale. Allo stesso modo provvede il magistrato di sorveglianza quando interviene ai sensi dell'articolo 679 del codice di procedura penale. Non costituisce elemento idoneo a supportare il giudizio di pericolosità sociale la sola mancanza di programmi terapeutici individuali**", **rafforzando un concetto già presente nelle precedenti normative, a partire dal DPCM citato: il primo sistema di riferimento per tali pazienti è quello dei Dipartimenti di Salute Mentale, quindi l'ordinaria rete dei servizi.**

La legge 81/2014 rende, dunque, il ricorso al ricovero nella REMS residuale, visto che devono essere sempre "acquisiti elementi dai quali risulta che ogni misura diversa non è idonea ad assicurare cure adeguate e a fare fronte alla sua pericolosità sociale", valutazione in base alla quale la gran parte dei soggetti con disturbi mentali potrebbe essere assistibile nell'ambito dei

percorsi di cura dei Dipartimenti di salute mentale; è chiaro, dunque, che i soggetti con disturbi mentali autori di reato devono essere presi in cura dai Dipartimenti di salute mentale, formulando per ciascuno di essi un programma di cura che deve realizzarsi di preferenza senza ricorrere a misure di tipo detentivo.

La REMS non è il sostituto dell' OPG ma una struttura residenziale socio-sanitaria, specializzata per l'Esecuzione delle Misure di sicurezza, nell'ambito della rete delle strutture del DSM-DP, che si colloca nel contesto dei servizi e della comunità; quindi una struttura volta alla cura di persone con misure di sicurezza detentiva, nell'ambito di un percorso evolutivo di tipo comunitario-territoriale, orientato e finalizzato all'inserimento sociale e al contenimento della pericolosità attraverso un percorso di cura.

Durante il ricovero nella REMS, in quanto struttura con caratteristiche sanitarie, nella realizzazione dei processi di cura devono essere prese in considerazione tutte le componenti biologiche, psicologiche e sociali della malattia, mirando costantemente a cercare e a creare il consenso, la collaborazione e in particolare la motivazione della persona ospite, formalizzati nel Contratto di cura; ciò perché se la misura di sicurezza è imposta, in medicina e in psichiatria non vi può essere riabilitazione senza il consenso, la motivazione e l'attiva collaborazione della persona. Non si tratta di una questione giuridica ma di un requisito essenziale per i percorsi di cura. Al contempo dovranno essere messe in atto tutte le misure per attivare i diritti della persona e le risorse del contesto di vita, favorendo la ricostruzione del ruolo sociale dell'utente.

Per quanto vi possano essere prescrizioni del giudice, per le cure è **necessario costruire il consenso e ricercare la motivazione per l'attiva collaborazione della persona in una prospettiva di recovery e, per quanto possibile, di partnership**; la misura di sicurezza è una limitazione che deve avere come finalità principale il recupero della persona favorendo il percorso di cura che è il mandato di ogni struttura sanitaria. E se si è scelto di farlo in strutture dedicate non è perché le persone con disturbi mentali abbiano bisogno di custodie speciali (certi psicotici si adattano benissimo in carcere), ma perché vi è la **necessità di un percorso di cura specialistico** che fonda le sue radici sulla relazione di fiducia, sulle speranze, sul rispetto, sull'ascolto e sulla responsabilizzazione della persona e si realizza, non solo attraverso i trattamenti farmacologici ma anche con trattamenti psicologici e psicosociali sia individuali che di gruppo, le attività sociali, formative e lavorative, in un contesto umano e di grande dignità che sia inclusivo e valorizzi le persone e le loro relazioni con la famiglia e il contesto. Questo percorso ha anche l'obiettivo di favorire la consapevolezza del malato del disvalore sociale del reato commesso, non in una forma vessatoria e punitiva, ma attraverso la responsabilizzazione e il reintegro di una coscienza etica come parte integrante dello stato di salute mentale. L'esecuzione della misura non è data dallo stare

fisicamente nella REMS ma nell'essere parte del **programma della REMS**; il programma si svolge in parte all'interno della struttura e in parte esternamente ad essa (visite, sport, formazione, lavoro, iniziative culturali ecc.), in un collegamento funzionale continuo. E' questo uno degli elementi essenziali del funzionamento della REMS senza il quale rischia di divenire un sistema chiuso, simil manicomiale, non terapeutico e disabilitante.

Nelle REMS sono, inoltre, necessarie anche competenze medico-legali e di psicopatologia forense anche per poter lavorare, per quanto possibile, sul tipo di azioni commesse, su reati e vissuti connessi, sul tipo di rappresentazioni e volontà, cercando di costruire le condizioni per la dimissione e la prevenzione di ulteriori crisi e ricadute cliniche e tendere alla prevenzione, per quanto possibile, anche della reiterazione di reati. Quindi la finalità non è l'esecuzione "acritica" di una misura di sicurezza, in quanto la persona non ha pene da scontare ma un disturbo da curare e quindi vi dovrà essere un costante e reciproco rinforzo positivo fra misura di sicurezza e percorso di cura.

Obiettivo di tale percorso è la risoluzione, o quantomeno la riduzione, della psicopatologia sia in generale che in quegli aspetti specifici connessi con i reati. Vanno, pertanto, considerate le possibili ricadute che sono normali durante un trattamento e possono, nel limite del possibile, essere prevenute. Ogni DSM-DP ha il dovere di tendere a prevenire le ricadute e di trattarle e gestirle al meglio mediante uno sforzo dei servizi volto a migliorare la metodologia di lavoro, i rapporti con la Magistratura e le forze dell'ordine, in coerenza con i Protocolli regionali.

La eventuale reiterazione dei reati va attentamente studiata senza identificarla necessariamente ed automaticamente come ricaduta d'interesse clinico.

L'ambito di lavoro è, pertanto, quello della salute mentale che si svolge su diversi aspetti e livelli: la patologia, il livello di funzionamento, la qualità della vita, la rete e le opportunità/ruoli sociali in cui sono molteplici i fattori psicologici e sociali variamente interagenti tra di loro. Il progetto di cura si situa all'intersezione fra queste componenti e il lavoro specifico che si può sviluppare **nella REMS dovrà tenere conto del collegamento, imprescindibile, con il DSM-DP di competenza territoriale**, che oltre che sulla persona dovrà lavorare sulla famiglia e il contesto di riferimento.

Perché ciò possa realizzarsi è imprescindibile che il programma si articoli con quelli delle altre strutture dei DSM-DP di riferimento territoriale della persona, al fine di assicurare programmi terapeutici secondo linee guida, percorsi di riabilitazione e occasioni di inclusione sociale in un'ottica evolutiva, e con l'obiettivo della "recovery"; ciò potrà realizzarsi attraverso la ricerca di una continua collaborazione con la Magistratura di Sorveglianza, nel rispetto delle rispettive competenze, e con l'UEPE, secondo quanto via via indicato dalla normativa, al fine di perseguire la rimodulazione fino alla cessazione della misura di sicurezza.

Metodologia di lavoro

Presso la REMS si opera individuando programmi terapeutici e riabilitativi individualizzati, con l'obiettivo di curare e sostenere gli ospiti nell'ambito della loro condizione clinica patologica che può risultare variabile, attraverso la promozione delle capacità e delle potenzialità pur compromesse, nell'ottica di una deistituzionalizzazione graduale e di un reinserimento sociale dell'ospite.

Per ogni ospite esiste un **Progetto Terapeutico Riabilitativo Individualizzato**, di cui è responsabile il CSM di competenza territoriale, e un **Piano Terapeutico e Riabilitativo Residenziale**, di cui è responsabile la Residenza.

Il CSM/SerT competente territorialmente definisce un **Piano terapeutico riabilitativo individuale (PTRI) "generale"**, di cui costituiscono elementi qualitativi la individuazione del case manager e dei ruoli assunti dalle diverse figure professionali che contribuiscono alla realizzazione del progetto. Il PTRI scaturisce da una fase di osservazione e valutazione funzionale tesa, nell'ottica della recovery, ad individuare le risorse e le potenzialità presenti e non solo i deficit da sanare. Sono parte di tale valutazione sia un'approfondita puntualizzazione/rivisitazione degli aspetti categoriali e dimensionali della diagnosi, attraverso l'uso di strumenti standardizzati, che la disamina delle dinamiche relazionali e gli aspetti qualitativi rilevanti ai fini della conoscenza della persona (fattori stressanti, ruolo sociale, caratteristiche familiari...).

Il progetto declina gli obiettivi di medio e lungo periodo, raccordandoli con il PTRR della REMS.

Nell'ambito del progetto generale, definisce le azioni svolte dai membri dell'équipe e le responsabilità del paziente, assunto, finché possibile, come soggetto attivo partecipante al raggiungimento degli stessi; tutto ciò potrà essere condiviso e formalizzato con la modalità del Contratto di cura.

Il Piano terapeutico tenderà a coinvolgere i familiari e la rete sociale di riferimento del paziente.

Andranno, inoltre, definiti indicatori associati agli obiettivi di cura individuati per il monitoraggio quali/quantitativo e verifica.

Particolare delicatezza riveste la tenuta della documentazione sanitaria, obbligo dei Servizi nella prassi lavorativa quotidiana, che assume particolare rilevanza, nel settore specifico, per i risvolti giudiziari. Oltre all'attenzione per gli aspetti formali della cartella (completezza, chiarezza, sistematicità del diario clinico), andranno rilevati i dati necessari a soddisfare gli indicatori associati agli obiettivi del progetto.

Nel PTRI generale si inserisce il **Piano Terapeutico e Riabilitativo Residenziale**, che formulato in REMS; lo stesso PTRR costituisce un'estensione del PTRI nella fase della misura di sicurezza detentiva, allineata allo stesso nel momento specifico dell'obiettivo di riduzione della

psicopatologia, coerentemente con le finalità della misura comminata. Ne costituiscono aspetti qualitativi rilevanti:

- l'approfondimento valutativo delle modalità relazionali e di funzionamento mentale all'interno di un contesto definito ove è possibile il monitoraggio delle variabili comportamentali;
- la relazione di cura che si articola in interventi psicoterapici, farmacologici e socio-riabilitativi;
- l'insieme di interventi volti a sviluppare la capacità critica nei confronti degli agiti antisociali e ad alimentare l'autocontrollo e la responsabilizzazione sui limiti nell'ambito del contesto sociale;
- lo sviluppo delle competenze individuali sia rispetto ad obiettivi di coping nella vita di relazione che di tipo funzionale coerenti con la progettualità di recupero del ruolo sociale (attitudini lavorative, autonomia nella gestione degli ambienti di vita...).

Sia il PTRI che il PTRR sono strumenti la cui applicazione richiede di considerare i pazienti come persone in cura **presso i Dipartimenti di Salute Mentale-Dipendenze Patologiche che hanno “anche” una misura di sicurezza e operare terapeuticamente con loro per la costruzione del consenso, la motivazione e la responsabilizzazione nel percorso di cura e di vita, l'affermazione di diritti e l'assolvimento di doveri.**

La REMS opera quindi in totale sinergia con i CSM/SerT di competenza territoriale, i quali sono garanti della continuità assistenziale e delle relazioni con i Medici di Medicina Generale, i Servizi Sociali del territorio di riferimento, il terzo settore. Particolare importanza rivestono i programmi di Budget di Salute, soprattutto per gli utenti che presentano rischi di marginalità sociale e siano caratterizzati dalla debolezza e/o precarietà della rete familiare sociale di riferimento, fattori che possono concorrere a rendere difficile il percorso di dimissione dalla REMS. In questo ambito la metodologia del budget di salute, da iniziare già in REMS, riguarderà soprattutto l'attivazione delle risorse esterne al DSM-DP volte a creare le condizioni per il superamento delle misure detentive e a facilitare il programma di cura, rafforzando l'ottica che il processo di recovery è tanto più completo ed efficace se portato avanti nella dimensione della tutela dei diritti di cittadinanza, che sono espressione del patrimonio comune della collettività, piuttosto che rappresentare il mero diritto individuale alla salute.

RACCORDO REMS/DSM-DP

L'utilizzo del criterio geografico-territoriale dell'assistenza e del trattamento è basato sul principio della continuità terapeutica; solo un approccio di psichiatria comunitaria, fondato sui principi della territorialità, della continuità terapeutico-assistenziale e della responsabilità, può misurarsi con le

complesse tematiche della salute mentale e dei trattamenti psichiatrici nelle istituzioni di cura e custodia, completando il processo di deistituzionalizzazione avviato con la chiusura dei manicomi. E' indispensabile la collaborazione dei servizi sanitari e sociali di riferimento affinché si possano creare le migliori condizioni per dare evolutività al progetto e realizzare l'inclusione sociale. In questo quadro molta rilevanza dovranno essere dati all'individuazione, valutazione dei fattori di rischio di crisi/ricaduta e dei fattori protettivi.

Affinché il raccordo tra la REMS e il DSM-DP sia immediatamente efficace si stabilisce che

1. La REMS:

comunica nel più breve tempo possibile e comunque **entro 72 ore** al Direttore del DSM-DP competente territorialmente e al referente DSM-DP/REMS:

- l'avvenuto ingresso del paziente con misura di sicurezza presso la struttura;
- dati anagrafici e giudiziari;
- segnalazione di eventuale presenza di problemi medici (compresa la tossicodipendenza);
- segnalazione dei principali problemi sociali e relazionali (con la famiglia, contesti ecc.);
- principali bisogni e richieste per la gestione della vita quotidiana (cura di sé, piccole spese ecc.) nella fase di accoglienza.

2. Il referente del DSM-DP:

- comunica al responsabile della REMS nel più breve tempo possibile e comunque **entro 72 ore** quale sia la/le UU.00 coinvolte e il nominativo del case-manager;
- comunica al case-manager immediatamente dell'avvenuto ingresso del paziente in REMS;
- sostituisce il case-manager durante le sue assenze.
- provvede a concorrere a risolvere i principali problemi relativi ai bisogni del paziente in particolare per quanto attiene alla gestione quotidiana;
- si raccorda con tutta la rete sanitaria e sociale di riferimento ed è garante del progetto.

3. Il case-manager (DSM-DP competente):

- prende immediatamente contatti con la REMS per fornire informazioni sul paziente, nel caso sia già conosciuto dal Servizio, inviando contemporaneamente eventuale documentazione del paziente;
- concorda con la REMS, dandone comunicazione al referente DSM-DP, la data di visita al paziente e incontro con l'équipe REMS, non oltre un mese dall'ingresso.
- coinvolge il Medico di medicina generale

- attiva la famiglia e la rete sociale di riferimento
- provvede insieme all'équipe alla formulazione del Progetto Terapeutico Riabilitativo Individualizzato (PTRI) e da condividere con l'Equipe della REMS

DOPO LA VISITA AL PAZIENTE IN REMS

4. La REMS e il case-manager del DSM-DP competente:

- entro 30 giorni dall'ingresso, l' équipe della REMS condivide con il DSM-DP competente il **Piano Terapeutico e Riabilitativo Residenziale** che si inserisce nel PTRI e viene periodicamente verificato con cadenza almeno trimestrale secondo una procedura condivisa (le date del successivo incontro vengono concordate in sede di verifica);
- l' équipe della REMS invia regolarmente alla Magistratura competente, e per conoscenza al DSM-DP competente, gli aggiornamenti sullo stato del paziente e sul **Piano Terapeutico e Riabilitativo Residenziale**, anche in relazione agli incontri congiunti;
- la équipe della REMS e il DSM-DP competente concorderanno il Progetto Terapeutico Riabilitativo Individuale (PTRI) specifico in coerenza con il Progetto Terapeutico Riabilitativo Residenziale, tenuto conto anche della posizione giuridica e necessarie interlocuzioni con la Magistratura. Il Piano dovrà prevedere una parte specifica riguardante la possibilità di programma alternativo alla REMS e/o di dimissioni, specificando le motivazioni, qualora non sia percorribile;
- in ogni caso dovranno essere promossi attivamente progetti concreti (indicando ai magistrati in modo preciso sedi, tempi e modalità dei trattamenti sanitari ecc.) e fattibili utilizzando tutta la rete dei servizi a disposizione e tutti gli strumenti compresi quelli innovativi (budget di salute ecc.) dando senso, nell'ambito del PTRI, al lavoro che si fa nelle REMS.

Programmi alternativi alle REMS

Nella definizione del PTRI si dovrà sempre prevedere quale obiettivo, anche se non a breve termine, un programma alternativo alla REMS, in libertà o in prima istanza in misura di sicurezza non detentiva; tale ultima misura può consentire un passaggio graduale alla libertà e la possibilità di

accompagnamento attraverso un Programma approvato dal giudice.

Il programma alternativo alla REMS dovrà essere concordato tra REMS e DSM-DP, competente territorialmente; alla Magistratura **dovrà pervenire un unico programma**, in tempo utile (almeno 7 giorni) prima della udienza stabilita. In ogni caso, indipendentemente dalla fissazione di udienze, il responsabile della REMS, concordemente con il responsabile del caso, si farà parte attiva presso la Magistratura competente formulando la proposta al Magistrato competente, nel caso in cui sia già definito e percorribile un programma alternativo.

I PTRI saranno inviati al competente Servizio regionale entro 45 giorni dall'ingresso della persona in REMS.

Nella programmazione delle dimissioni va prevista la necessaria gradualità: per esempio se si ipotizza una dimissione a domicilio, si dovrà tener presente che per certi pazienti possono servire passaggi intermedi (casa di cura, residenze ecc.), in cui sperimentare libertà vigilata.

Nel caso di pazienti che hanno presentato ricadute cliniche (frequenti e normali in medicina) o nella reiterazione dei reati, è necessario anticipare il tipo di sostegno/protezione da assicurare al paziente anche per evitargli ripetuti fallimenti che determinano una riduzione dell'autoefficacia e dell'autostima della persona e una perdita di speranza e di motivazione da parte dei curanti, con ripercussioni negative sull'esito. I programmi riguardanti i recidivi richiedono quindi una particolare attenzione e supervisione da parte dei Direttori dei DSM-DP ed uno specifico raccordo con la Magistratura, specie per i casi più gravi e complessi o per i pazienti che hanno reati di modesta entità ma sono molto impegnativi sul piano clinico.