

Proposta di modifica legislativa in materia di Salute Mentale

Premessa

Lo scopo di questa proposta è quello di avviare una opportunità di cambiamento decisivo sul piano culturale, con ricadute positive sulla sicurezza, sulla clinica e sulla riorganizzazione dei percorsi di cura per gli autori di reato, ma anche sostenibile sul piano delle risorse.

Nel dibattito pubblico di questi giorni è stata messa frequentemente in discussione la legge 180, nonostante essa sia ancora considerata dall'OMS una assoluta eccellenza mondiale in fatto di salute mentale. Criticare la 180 affermando che non sarebbe più al passo con i tempi (nuovi quadri clinici, grandi cambiamenti sociali, riduzione delle risorse, ecc.) è un errore. In realtà il peggioramento drammatico della situazione del sistema salute mentale in Italia è avvenuto dopo l'adozione della legge 81 del 2014, che ha chiuso l'esperienza dell'Ospedale Psichiatrico Giudiziario (OPG) come luogo deputato ad accogliere e custodire gli autori di reato non imputabili e considerati pericolosi, senza rivedere gli articoli del Codice Penale concernenti l'imputabilità, il vizio di mente e la punibilità.

Fino al 1968 l'unica possibilità di ricevere cure per patologie psichiatriche era quella di un ricovero coattivo negli Ospedali Psichiatrici. Il ricovero volontario è stato possibile solo dal 1968. Per un decennio da allora si è aperta una discussione profonda che ha portato Basaglia ad ottenere la legge 180 (quasi immediatamente integrata nella 833 che istituiva il servizio sanitario nazionale). Essa ha costituito una rivoluzione che nel mondo è giudicata in modo straordinariamente positivo. Sono bastati pochissimi articoli per sostanziarla. L'apertura, in luogo degli O.P., degli SPDC negli Ospedali Generali, "...organicamente..." (medesimo personale multiprofessionale) collegati ai CSM che gestiscono l'intero sistema di cura (compresi i presidi riabilitativi residenziali e semiresidenziali in alcune regioni) dal e sul territorio da un lato, e, dall'altro, la semplicissima norma sul TSO che è stata in grado, da sola, di ribaltare completamente il paradigma della cura sganciandola definitivamente dalla custodia, ma anche rendendo giustizia ad un fatto clinico che trova consenso in tutti i professionisti della salute mentale: non si possono curare le persone obbligatoriamente (al di là delle fasi acute di malattia con compromissione dell'esame di realtà); la cura è possibile se la persona la vuole.

Ebbene la legge dice che i trattamenti sono di norma volontari e stabilisce come eccezione il TSO, motivato da circostanze esclusivamente cliniche e completamente svincolato da quel "essere pericoloso per sé o per gli altri" che era contenuto nella legge precedente (del 1904) ed ancora vigente fino al 1978. La rivoluzione vera sta qui ed è stata fatta con un solo punto decisivo.

La pericolosità connessa al vizio di mente, che rende gli autori di reato non imputabili, trovava la sua risposta in OPG, dove il controllo e la custodia spettavano alle forze dell'ordine e la cura ai sanitari.

Come sappiamo ci sono luoghi del nostro paese dove la legge 180 è stata meglio applicata ed altri meno fortunati. Ma non ci sono dubbi che dove è stata applicata ha funzionato e in alcune USL si è addirittura evoluta fino all'integrazione tra sanitario e sociosanitario sia in termini di budget che di personale. Essa ha tra l'altro scardinato la cultura della delega ai servizi di salute mentale "richiamando" tutta la comunità ad essere coinvolta nei processi di cura e riabilitazione e confinando lo stigma della pericolosità connessa alla malattia in luoghi ben definiti come gli OPG, dove comunque la delega non era ammessa: presenza delle forze dell'ordine con funzioni di custodia e gestione della violenza, e dei sanitari con esclusive funzioni di cura.

In un secondo momento, in un contesto storico affatto diverso, si è voluto ideologicamente portare a compimento l'opera di "chiusura del manicomio" con la legge 81 abbastanza incuranti o certamente inconsapevoli degli effetti che si sarebbero prodotti. Operazione condotta in buona fede da molti, ma con un tasso di miopia molto alto da un lato e con un errore strategico di fondo dall'altro. L'errore riguarda la riproposizione della delega di tutti i bisogni, dalla custodia alla cura e alla gestione della violenza, dei pazienti con disturbo psichico e autori di reato non imputabili per vizio di mente al solo sistema sanitario, a partire dalle REMS dove il personale interno è solo sanitario. Non solo, ma siamo arrivati all'estremo di concepire gli psichiatri non come uno dei tanti

attori nella gestione dei comportamenti violenti, ma come l'unico soggetto a cui spetta la soluzione del problema, in quanto le forze dell'ordine si rifiutano di intervenire, non solo nei luoghi di cura, ma anche spesso nella esecuzione dei TSO. Inoltre, chi è stato giudicato non imputabile da quel momento, nei fatti, nella quasi totalità dei casi non viene più arrestato se commette altri reati.

La delega, poi, è perniciosamente aggravata dalla posizione di garanzia. Non solo stiamo assistendo alla ripresa dell'equivalenza folle=pericoloso, ma anche al diffondersi del pernicioso pensiero secondo cui, se il folle agisce in modo violento, questo succede perché non è ben curato.

Proposta chiave

La possibilità di un cambiamento decisivo sta in un atto solo, capace di introdurre una profonda innovazione culturale, **abolizione o revisione dell'Art. 88** (*non imputabilità per vizio totale di mente*), e **dell'Art. 89** (*imputabilità con diminuzione della pena per vizio parziale di mente*) **del Codice Penale al fine di ottenere:**

1-abolizione della non imputabilità per vizio di mente;

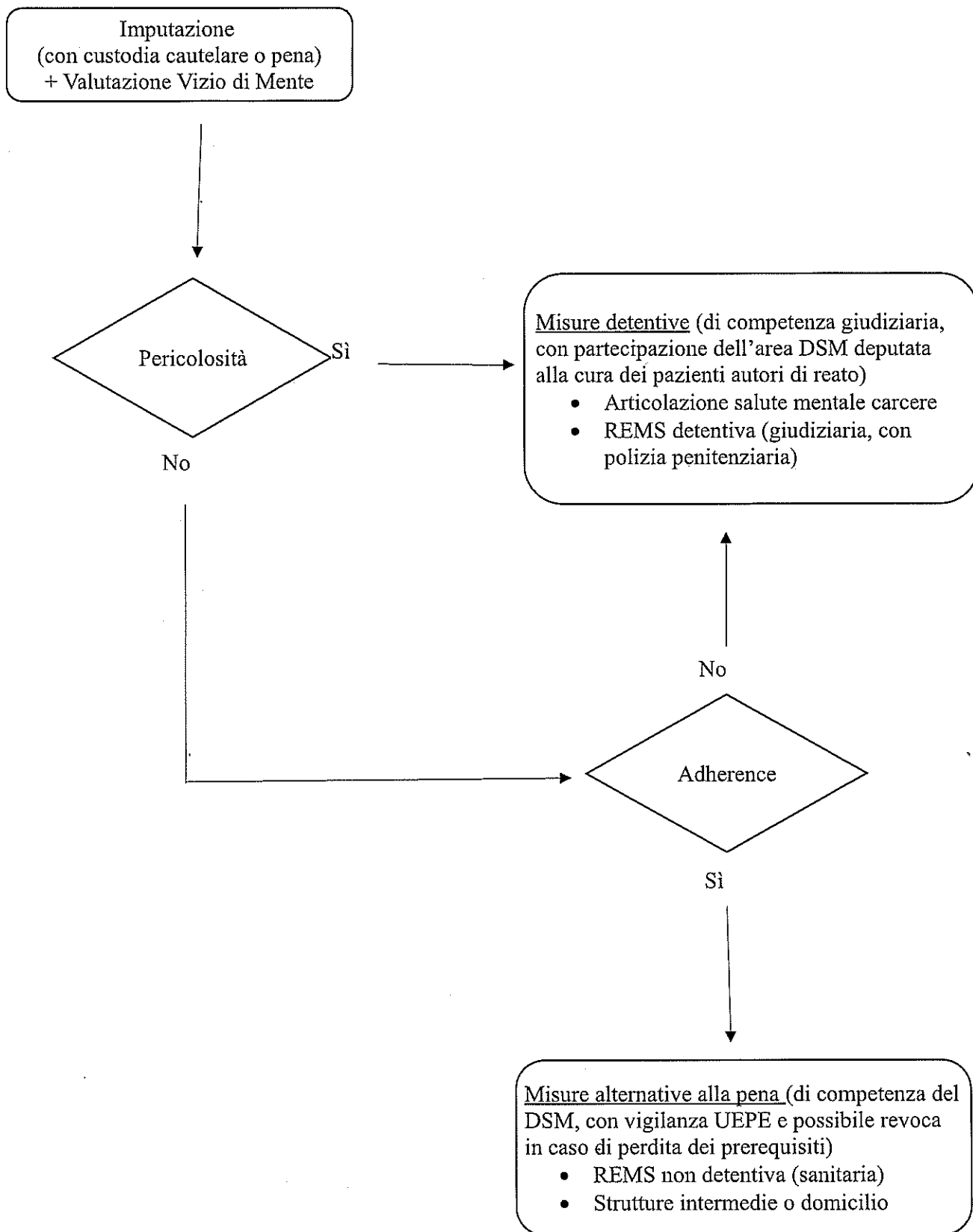
2.-utilizzo del concetto di vizio di mente "relativamente alla capacità di intendere e di volere" come attenuante e modulatore della pena verso percorsi di cura specifici e appropriati;

3-definizione dei percorsi di pena come detentivi penitenziari, detentivi non penitenziari e non detentivi, a seconda dell'entità della pena, dell'accettazione delle cure (adherence) al termine dell'acuzie psicopatologica, nonché della presenza di pericolosità.

Senza questa proposta chiave tutte le altre rischiano di andare solo a rinforzare la attuale situazione di delega. Chiedere più posti letto in REMS, più risorse di personale, più indennità contrattuali senza la Revisione degli Art. 88 e 89 comporta il continuare ad accettare la delega. Chiedere l'abolizione della posizione di garanzia è impossibile (non è una norma che riguarda lo psichiatra, ma una serie di contesti molto diversi tra loro), ma essa sarebbe svuotata del suo potere di minaccia nei confronti degli psichiatri se venisse restituita al soggetto la responsabilità sul reato che commette. E' proprio questa restituzione di soggettività e responsabilità al folle-reo che sancisce l'uguaglianza al non folle rispetto alla responsabilità delle proprie azioni e del reato e che fa di questa proposta una proposta di democrazia rispetto all'esercizio della legge. Ciò che non cambia è la modulazione della pena in funzione del vizio di mente, della accettazione delle cure e della pericolosità: anche questo orienta il diritto alla uguaglianza ed alla democrazia attraverso la commisurazione della pena alla tipologia dell'autore di reato.

Appendice. Alcune altre proposte per l'immediato, in attesa dei cambiamenti legislativi.

1. Presenza delle forze dell'ordine nei presidi ospedalieri o, almeno, conferma della presenza delle guardie giurate in ogni Presidio Ospedaliero attivabili dagli operatori sanitari del Presidio (Pronto Soccorso/DEA, Reparti, SPDC) e con regole d'ingaggio chiare rispetto alla eventuale richiesta di intervento in caso di necessità.
2. Attivazione di almeno 1 p.l. di paraintensiva in area Pronto Soccorso/DEA, cogestito anche dagli anestesisti per periodi prolungati di necessaria sedazione in casi di grave agitazione psicomotoria anche da cause tossiche e/o psichiatriche.
3. Istituzione e/o potenziamento di Unità ad hoc nei Dipartimenti di Salute Mentale per la gestione degli autori di reato (sia in carcere che nelle REMS, che nelle strutture non detentive) con funzione anche di Psichiatria Forense (attività peritali).
4. Budget di salute specifico per gli utenti autori di reato
5. Aumento delle risorse per la salute mentale in generale almeno fino al previsto 5%
6. Modifiche contrattuali relative all'attribuzione dell'indennità di rischio per gli operatori della salute mentale



Per PERICOLOSITA' si intende la valutazione del Giudice del rischio di reiterazione del reato
 Per ADHERENCE si intende l'accettazione delle cure da parte del detenuto valutato malato.