

L'ESPERIENZA DELLA REMS MINERVA DI PALOMBARA SABINA

THE EXPERIENCE OF THE REMS "MINERVA" IN PALOMBARA SABINA

*Corrado Villella • Giuliano Alocci • Fabio Ciabattini • Paola Falcone • Tiziana Melfi • Emanuela Popoli
Michela Argenziano • Luca Autiero • Antonia Iannacci • Ana Paola Fulcheri • Giorgio Mozzetta
Ambra Pierantoni • Giuseppe Quintavalle • Giuseppe Nicolò*

Abstract

In this paper we briefly illustrate the therapeutic-rehabilitative treatments carried out in the REMS "Minerva", located in Palombara Sabina. The integrated therapeutic-rehabilitative projects are shared with the guest in agreement with the psychiatrists of the local mental health center. The therapeutic work is inspired by the principles of recovery, providing the maximum active involvement of the patient. In addition to the regular assumption of psychopharmacological therapy, psychiatric and psychological interviews, individual and group psychotherapy, rehabilitation activities and periodic re-socialization activities are carried-out. The definition of the care setting has allowed a reduction of the number and intensity of aggressive actions, thanks to the high containment of the treatment model and the work of the team.

Keywords: Forensic psychiatry • Psychotic Disorders • Residences for the execution of security measures • Psychiatric Rehabilitation

Riassunto

In questo lavoro illustriamo brevemente i trattamenti terapeutico-riabilitativi svolti nell'ambito della REMS "Minerva" di Palombara Sabina. I progetti terapeutico-riabilitativi integrati, condivisi con l'ospite in accordo col centro di salute mentale competente per la presa in carico territoriale, sono ispirati ai principi della recovery, prevedendo il massimo coinvolgimento attivo dell'utente. In particolare, oltre alla regolare assunzione della terapia psicofarmacologica, vengono erogati colloqui psichiatrici e psicologici, psicoterapia individuale e di gruppo, attività riabilitative ed attività periodiche di risocializzazione. La definizione del setting di cura ha consentito un buon controllo del numero e dell'intensità degli agiti aggressivi, grazie all'elevato contenimento fornito dal modello di trattamento e dal lavoro d'equipe.

Parole chiave: Psichiatria Forense • Disturbi Psicotici • Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza • Psicodiagnostica • Riabilitazione Psichiatrica

Per corrispondenza:

Corrado VILLELLA, Dirigente Psichiatra, ASL Roma 5, e-mail corrado.villella@aslroma5.it
Giuliano ALOCCI, Dirigente Psicologo, ASL Roma 5. E-mail giuliano.alocci@aslroma5.it
Fabio CIABATTINI, Dirigente Psichiatra, ASL Roma 5, e-mail fabio.ciabattini@aslroma5.it
Paola FALCONE, Dirigente Psichiatra, ASL Roma 5, e-mail paola.falcone@aslroma5.it
Tiziana MELFI, Dirigente Psichiatra, ASL Roma 5, e-mail tiziana.melfi@aslroma5.it
Emanuela POPOLI, Dirigente Psichiatra, ASL Roma 5, e-mail emanuela.popoli@aslroma5.it
Michela ARGENZIANO, assistente sociale, ASL Roma 5, e-mail michela.argenziano@aslroma5.it
Luca AUTIERO, tecnico della Riabilitazione Psichiatrica, ASL Roma 5 e-mail luca.autiero@aslroma5.it
Antonia IANNACCI, Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica, ASL Roma 5 e-mail antonia.iannacci@aslroma5.it
Ana Paola FULCHERI, Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica, ASL Roma 5. E-mail anapaola.fulcheri@aslroma5.it
Giorgio MOZZETTA, Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica, ASL Roma 5. E-mail giorgio.mozzetta@aslroma5.it
Ambra PIERANTONI, Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica, ASL Roma 5. E-mail ambra.pierantoni@aslroma5.it
Giuseppe QUINTAVALLE, Commissario Straordinario ASL Roma 5 direzione generale@aslroma5.it
Giuseppe NICOLÒ, Direttore Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Patologiche ASL Roma 5 e-mail giuseppe.nicolo@aslroma5.it

L'esperienza della REMS minerva di Palombara Sabina

Introduzione

Nel territorio della ASL Roma 5 insistono le Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza (REMS) "Castore" di Subiaco, "Merope" e "Minerva" di Palombara Sabina.

La REMS "Minerva" di Palombara Sabina è stata inaugurata nel Giugno 2016; ospita 20 utenti di sesso maschile, maggiorenni, residenti nella Regione Lazio, il cui ricovero viene disposto dall'Autorità Giudiziaria. Le strutture sono dotate di un'equipe multidisciplinare composta da medici psichiatri, psicologi clinici, tecnici della riabilitazione psichiatrica, infermieri, operatori socio-sanitari, assistenti sociali ed impiegati amministrativi.

Aspetti organizzativi

L'azienda ha fornito un notevole supporto organizzativo al lavoro dell'equipe della REMS. La deliberazione 797 del 17/10/2016, relativa al Piano Diagnostico Terapeutico Assistenziale dedicato ai pazienti ricoverati in REMS, indica gli accertamenti sanitari iniziali e successivi offerti agli ospiti della struttura. Le REMS sono inquadrare come strutture residenziali territoriali che assicurano ricoveri h24 e vengono considerate alla stregua dei reparti di degenza. Le prestazioni specialistiche sono erogate dalle altre unità operative ed ambulatori in regime di consulenza, ed in tempi rapidi, senza coinvolgere il CUP. La deliberazione 866 del 22/12/2017, relativa al Regolamento delle REMS, definisce funzioni e morfologia delle strutture, le figure professionali coinvolte e i rispettivi compiti, nonché i principi fondamentali del trattamento erogato, tutela sanitaria, procedure di ingresso e dimissione, trasferimenti per ragioni di giustizia, instaurazione del rapporto con l'ospite, norme di comportamento, attività esterne e regole di sicurezza (https://www.aslroma5.info/strutture/dsm/Del_866_del_22.12.2017_Regolamento_REMS.pdf). Vigé un accordo tra Regione Lazio, prefettura di Roma e la nostra ASL relativo alle procedure operative di sicurezza e vigilanza finalizzate alla gestione della REMS (prot. n. 183644-11/14 del 08/04/2016 presso Prefettura di Roma). E' stato stipulato un protocollo d'intesa con la Procura della Repubblica presso il Tribunale di Tivoli per semplificare le procedure per la nomina dell'Amministratore di Sostegno ai nostri utenti (https://www.aslroma5.info/strutture/dsm/Protocollo_Intesta_Giustizia_Region_8.11.2017.pdf). La nostra ASL, con delibera 181 del 23/03/2018, ha inoltre istituito un tavolo tecnico coinvolgente la Direzione Aziendale, la Regione Lazio, il Presidente del Tribunale di Sorveglianza, il Procuratore della Repubblica di Tivoli, i dirigenti delle

REMS, il garante regionale per i detenuti, i rappresentanti degli utenti e dei familiari. Tale risorsa di incontro rappresenta la prima nel suo genere in Italia, ed è volta a consentire un miglior livello di confronto diretto ed operativo tra tutti gli attori.

Va inoltre ricordato quanto chiarito nei protocolli d'intesa sviluppati presso la Prefettura di Roma e con il Ministero della Giustizia rispetto ai seguenti temi.

Trasferimenti

In data 16 Marzo 2016 una riunione presieduta dal Prefetto Gabrielli in cui sono intervenuti rappresentanti della Questura, dell'Arma dei Carabinieri, dell'ARES 118, del Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria, della Regione Lazio, del nostro DSM e della Prefettura, viene disposto che il piantonamento presso i presidi sanitari ed i servizi di scorta nelle traduzioni degli ospiti della REMS vanno attribuiti alla Polizia Penitenziaria, salvo situazioni di particolare emergenza che richiedano il pronto intervento dell'arma dei Carabinieri, la cui presenza sul territorio garantisce un intervento in tempi rapidi, cui dovrà comunque subentrare nel più breve tempo possibile la Polizia Penitenziaria. Questa disposizione risolve un problema precedentemente presente che obbligava la struttura ad attendere l'autorizzazione del magistrato.

In seguito, in data 9/12/2016 la Presidente f.f. del Tribunale di Sorveglianza di Roma ha disposto che tutti i trasferimenti degli internati nelle REMS del distretto della Corte d'Appello di Roma siano eseguiti con scorta e piantonamento, fatta salva la possibilità di richiedere al Magistrato di Sorveglianza la revoca del piantonamento ove venga segnalata l'assenza del pericolo di fuga o di rischi per l'incolumità di terzi.

Il protocollo d'intesa tra Ministero della Giustizia e Regione Lazio adottato in data 8/11/2017 ha ribadito che i ricoveri urgenti disposti dai sanitari della REMS sono sempre eseguiti con traduzione con l'ausilio delle forze di polizia e con piantonamento ad opera della Polizia Penitenziaria. L'autorità Giudiziaria competente può disporre la revoca del piantonamento con provvedimento da adottare entro 48 ore dal ricovero.

Lo stesso protocollo ricorda che il primo ingresso ed i trasferimenti per necessità giudiziaria sono disposti dalla competente Autorità Giudiziaria.

Per gli accertamenti sanitari programmati, eseguiti in strutture esterne alla REMS, l'accompagnamento è garantito dal personale della struttura, previa autorizzazione dell'Autorità Giudiziaria competente.

Notifiche

Il protocollo d'intesa tra Ministero della Giustizia e Regione Lazio adottato in data 8/11/2017 ha chiarito che la notifica di tutti gli atti giudiziari deve essere effettuata secondo le regole poste dagli articoli 148 e seguenti del codice di procedura penale, che individuano, quali organi delle notificazioni, l'ufficiale giudiziario o la polizia giudiziaria. La collocazione nelle REMS non osta alla notifica a mani proprie del destinatario, anche nei casi in cui questi sia dichiarato interdetto o incapace processualmente, essendo tuttavia in tali casi previsto l'obbligo aggiuntivo di notifica al tutore o al curatore speciale.

Restano di competenza del personale della REMS le comunicazioni relative a provvedimenti decisori in ordine a richieste avanzate dallo stesso personale per la gestione sanitaria o trattamentale del paziente in REMS.

Valutazione di possibili trattamenti alternativi

La Regione Lazio, nel medesimo protocollo d'intesa adottato in data 8/11/2017, assicura all'Autorità Giudiziaria l'individuazione di uno o più referenti, tra gli psichiatri dei Dipartimenti di Salute Mentale, che valutino la necessità effettiva del ricovero in REMS o la possibilità di una misura meno afflittiva – libertà vigilata o licenza finale d'esperimento, per i pazienti autori di reato inclusi nel territorio del DSM. La regione assicura inoltre la concreta attuazione dei Piani Terapeutici Riabilitativi individuali di dimissione.

La Regione Lazio, attraverso i Dipartimenti di Salute Mentale delle ASL, concorre all'individuazione del trattamento più appropriato per il paziente.

Si è concordato sulla possibilità per il Magistrato, di utilizzare uno schema prefissato per la formulazione del quesito al perito, chiedendo di individuare la misura più idonea a contenere la pericolosità, approntando un piano terapeutico d'intesa con i servizi sanitari territoriali.

Tutela sanitaria

Gli ospiti hanno diritto all'erogazione di prestazioni sanitarie al pari dei soggetti in stato di libertà. Gli utenti sono iscritti al Sistema Sanitario Regionale e viene loro assegnato un medico di medicina generale afferente al distretto competente, presente in struttura sulla base delle specifiche necessità del singolo utente.

All'ingresso, a cura dei medici della REMS, vengono richiesti esami di laboratorio di routine ed uno screening tossicologico per sostanze d'abuso, oltre alle seguenti prestazioni sanitarie: visita cardiologica, elettrocardiogramma, visita oculistica, visita dermatologica, visita odontoiatrica, oltre ad eventuali ulteriori accertamenti.

Ove necessario, il medico di medicina generale redige le certificazioni occorrenti per il riconoscimento dell'invalidità civile.

Trattamenti farmacologici

Il trattamento psicofarmacologico, come si evince dalle alleghe tabelle, è ispirato alle linee guida emanate dal Ministero della Salute (2014). Al fine di favorire l'aderenza al trattamento, ove indicato, si fa ricorso all'uso di antipsicotici iniettivi a lento rilascio. Nei casi di schizofrenia farmacoresistente si ricorre alla prescrizione di clozapina; in seconda linea all'associazione di clozapina ed antipsicotici long-acting con profilo di affinità recettoriale complementare.

Valutazione psicologica e trattamento

Lo psicologo clinico all'interno delle R.E.M.S. si occupa di valutare e prestare assistenza e cure psicologiche attraverso l'espletamento di diverse attività. In particolare, si occupa della valutazione delle dimensioni cognitive, di personalità, dell'area psicopatologica, della dimensione dell'aggressività, tramite strumenti psicodiagnostici e colloqui clinici, ai fini sia della valutazione iniziale sia ai fini del monitoraggio terapeutico-riabilitativo dell'utente stesso.

Per quanto riguarda la valutazione delle varie dimensioni, l'obiettivo è duplice: da un lato, considerare le aree psicopatologiche su cui lavorare al fine di pianificare un trattamento individualizzato sul soggetto; dall'altro, nell'ottica di una valutazione "predittiva", formulare un giudizio prognostico rispetto al rischio di recidiva di comportamenti aggressivi.

A tal fine è previsto l'utilizzo di una batteria di strumenti psicodiagnostici rispetto alla valutazione dell'area cognitiva, attraverso la somministrazione di strumenti come la *Wechsler Adult Intelligence Scale (WAIS-IV)* (Wechsler, 2013), le *Standard Progressive Matrices (SPM)* (Raven, 2015) il *Mini Mental State Examination (MMSE)* (Folstein et al., 1975).

Per quanto riguarda la valutazione della personalità, compatibilmente alle condizioni psicopatologiche dell'utente in ingresso, gli strumenti utilizzati sono: *Minnesota Multiaxial Personality Inventory (MMPI-2)* (Butcher et al. 1997), il *Millon Clinical Multiaxial Inventory MCMI-III* (Millon, 2008), il *Personality Inventory for DSM 5 (PID)* (APA, 2015).

In un'ottica preventiva vengono utilizzati strumenti utili a valutare la presenza di fattori di rischio passati, attuali e futuri: *Hare Psychopathy Checklist (PCL-R)* (Hare, 2011) e *HCR-20 Violence Risk Management Companion Guide* (Butcher et al., 2001).

Lo psicologo svolge colloqui psicoterapici e colloqui di sostegno psicologico volti a migliorare il benessere psicofisico dell'utente, eventuale consapevolezza di malattia, consapevolezza del reato commesso, l'importanza di proseguire le cure una volta che l'utente si troverà nel territorio di appartenenza, rispetto alla consapevolezza dell'uso delle sostanze d'abuso come fattore di rischio di recidiva psicopatologica.

Lo psicologo si occupa inoltre di organizzare gruppi di assertività basati sul modello cognitivo-comportamentale.

Tali gruppi hanno la finalità di valutare e migliorare gli stili di comunicazione, la capacità di esprimere le proprie emozioni e propri bisogni in modo adeguato, migliorare la convivenza nel contesto comunitario (Baggio, 2013).

Interventi riabilitativi

I Percorsi Terapeutici Riabilitativi vengono strutturati in accordo con i Centri di Salute Mentale competenti per territorio, che si recano in REMS entro 45 giorni dall'ingresso e successivamente ogni 3 mesi e formulano in seguito un progetto terapeutico riabilitativo individualizzato.

I tecnici della riabilitazione psichiatrica hanno strutturato programmi di psicoeducazione sul modello di Vendittelli e collaboratori (2015), alfabetizzazione emotiva (Di Pietro 2014a, 2014b), social skills training (Mueser e Nicolò 2012), cognitive remediation (Vita 2013; Medalia et al. 2017) (Brenner et al 1997) e col software CogPACK (Marker software), training metacognitivo (Moritz et al 2010), psicoeducazione alimentare (Comazzi & Milano, 2004).

Interventi sociali

L'assistente sociale intrattiene relazioni con l'INPS, seguendo le pratiche per il riconoscimento dell'invalidità civile, e con il Giudice Tutelare: Sulla base del protocollo d'intesa tra ASL Roma 5 e Procura della Repubblica presso il Tribunale di Tivoli, ove se ne ravveda l'opportunità, la REMS presenta istanza per la nomina dell'Amministratore di Sostegno per gli internati.

Si segnala peraltro che su 33 pazienti che sono stati ricoverati in questa REMS, 5 sono cittadini stranieri senza fissa dimora, tre dei quali provenienti da paesi extra UE. Ove possibile, l'assistente sociale si è attivata per ottenere i documenti d'identità contattando i consolati dei Paesi d'origine.

Considerazioni

L'approccio multidisciplinare, con lo svolgimento di riunioni d'equipe quotidiane focalizzate sugli aspetti organizzativi e clinici emergenti, e settimanali di approfondimento sui singoli casi clinici, consente un costante confronto tra le varie figure professionali. La coerenza degli interventi e l'attenzione alle problematiche cliniche emergenti hanno sinora favorito l'intervento precoce dell'equipe sui primi segnali di aggravamento sintomatologico e sul rischio di aggressività, nonché l'adesione al regolamento da parte degli utenti.

Segnaliamo nell'esperienza della REMS l'occorrenza di casi in cui alcuni utenti, per il sopraggiungere di condanne per altri procedimenti penali, sono stati sottoposti a pene detentive in carcere, il che ha interrotto il percorso di cura, a detrimento della continuità dei trattamenti.

D'altronde, in diverse occasioni ci è capitato di essere

esposti ad agiti violenti non ascrivibili a condizioni psicopatologiche, ma riconducibili a fenomeni di aggressività predatoria, rispetto ai quali abbiamo pochi strumenti d'intervento.

Inoltre, specie nel caso di utenti privi di risorse economiche sarebbe auspicabile poter usufruire di fondi dedicati al finanziamento delle attività lavorative esterne o interne alla REMS, nell'ambito dei singoli percorsi terapeutici.

Riferimenti bibliografici

- American Psychiatric Association (2015). *Scale di valutazione PID-5 e Manuali d'uso*. Milano: Raffaello Cortina.
- Baggio, F. (2013). *Assertività e training assertivo. Teoria e pratica per migliorare le capacità relazionali dei pazienti*. Milano: Franco Angeli.
- Bellack, A.S., Mueser, K.T., Gingerich, S. et al. (2004). *Social skills training for schizophrenia. A step by step guide*. Second edition. New York, NY: Guilford Press.
- Brenner, H.D., Roder, V., & Hodel, B. et al (1997). *Terapia psicologica integrata (IPT). Programma strutturato per la riabilitazione del paziente schizofrenico*. Milano: McGraw-Hill.
- Butcher, J.N., Graham, J.R., Ben-Porath, Y.S., Tellegen, A., Dahlstrom, W.G., & Kaemmer, B. (2001). *MMPI-2: Manual for administration and scoring*. (Rev. ed.). Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Comazzi, M., & Milano, W. (2004). *Progetto Benessere. Nutrizione, benessere, stile di vita sano*. Milano: Eli Lilly Italia.
- Di Pietro (2014a). *L'ABC delle mie emozioni 4-7 anni*. Trento: Erickson.
- Di Pietro (2014b). *L'ABC delle mie emozioni 4-7 anni*. Trento: Erickson.
- Douglas, K.S., Webster, C., Hart, S.D., Eaves, D., & Ogloff, J.R.P. (2001). *HCR-20 Violence Risk Management Companion Guide*, Simon Fraser University, Burnaby: BC.
- Folstein et al. (1975). Mini-mental state. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12, 3, 189-98.
- Hare, R.D. (2011). *PCL-R Hare Psychopathy Checklist Revised: 2 Edition*. Firenze: Giunti O.S.
- Medalia, A., Herlands, T., Saperstein, A., & Revheim, N. (2017). *Cognitive Remediation for Psychological Disorders. Therapist Guide*. Second Edition. Oxford UK: Oxford University Press.
- Ministero della salute (2014) *definizione dei percorsi di cura da attivare nei dipartimenti di salute mentale per i disturbi schizofrenici, i disturbi dell'umore e i disturbi gravi di personalità*.
- Millon, T. (2008) *MCMI - III Millon Clinical Multiaxial Inventory - III*. Firenze, Giunti O.S.
- Moritz, S., Woodward, T.S., Di Michele, V. (2010). *Training Metacognitivo per pazienti con Schizofrenia*. Hamburg, Germania: Van Ham Campus Press.
- Mueser K.T., Nicolò G. (2012). Social Skills training per I disturbi Psichiatrici. In Nicolò G, Pompili E., *Manuale di Psichiatria Territoriale*. Roma: Pacini.
- Raven, J. (2015). *SPM. Standard Progressive Matrices*. Firenze: Giunti O.S.
- Vendittelli, N., Veltro F., Oricchio I., Cappuccini M., Roncone R., & Simonato P. (2015). *L'intervento cognitivo-comportamentale di gruppo nel Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura - Terza edizione*. Milano: Edi Ermes.
- Vita, A. (2013). *La riabilitazione cognitiva della schizofrenia*. Milano: Springer.
- Wechsler, D. (2013). *Wechsler Adult Intelligence Scale, Fourth Edition*. Firenze: Giunti Psychometric.