

**IL PROGETTO ERACLE COME PROTOTIPO DI UN SISTEMA
INTERISTITUZIONALE E INTERPROFESSIONALE NELLA GESTIONE
DELLA FOLLE AGGRESSIVITÀ**

Presentazione della SRP 'Le Querce' e risultati dell'esperienza all'aprile 2007)

Gemma Brandi

Psichiatra psicoanalista

Consulente Psichiatra del Ministero della Giustizia

Responsabile Salute Mentale Adulti Firenze 4

Responsabile Scientifico del Progetto Eracle

Mario Iannucci

Psichiatra psicoanalista

Consulente Psichiatra del Ministero della Giustizia

Responsabile per la Regione Toscana della Residenza 'Le Querce'

Presidente della Società Italiana di Psichiatria Penitenziaria

La Residenza 'Le Querce', unica Struttura Psichiatrica Residenziale italiana progettata per costituire un tramite fra tra lo stato di internamento/detenzione e la libertà, ha oramai compiuto cinque anni e mezzo di vita. Noi consideriamo molto positivi i risultati dell'esperienza, alla luce dei dati obiettivi che esporremo brevemente di seguito. Risultati che sarebbero di certo valorizzati da chiunque ricercasse, almeno con buon senso se non con intelligenza e responsabilità, una soluzione ragionevole al problema della follia-trasgressiva, problema che non può certo esaurirsi in quello dell'internamento giudiziario. Non ci stanchiamo infatti di ripetere, ormai da anni, che sarebbe illogico, riduttivo e inammissibile pensare che il problema della follia reclusa lo si possa circoscrivere alle strutture di internamento giudiziario. Strutture nelle quali è più che lecito domandarsi se vi siano le condizioni per un'assistenza sostenibile. L'esperienza ci ha peraltro dimostrato quanto sia problematico garantire, anche in carcere, l'assistenza a coloro che presentano gravi turbe psichiche: e sia chiaro che parliamo di una mera assistenza psichiatrica, non di una impossibile assistenza di salute mentale, secondo quei criteri che dovrebbero valere all'esterno. E occorre osservare che queste amare valutazioni le facciamo da una posizione che, senza tema di essere smentiti, possiamo definire fortunata. A Firenze, infatti, da un lato ci siamo sforzati di organizzare in carcere, con le esigue energie disponibili, un Servizio Psichiatrico che rispondesse con sufficiente efficacia alle pesanti esigenze terapeutiche, dall'altro lato abbiamo istituito nel

DTTSM dell'Azienda Sanitaria un Gruppo di Lavoro Psichiatria e Giustizia che da anni stimola riflessioni sui temi che ruotano attorno al reo-folle, coinvolgendo sia gli operatori della Salute Mentale che quelli della Giustizia. Riteniamo di avere raggiunto risultati soddisfacenti, che siamo certi di poter considerare ottimi se confrontati con quelli che provengono da altre realtà penitenziarie. Persino a Firenze tuttavia, sebbene si facciano sforzi titanici per sostenere in carcere la possibilità di curare, avremmo difficoltà a definire sostenibile l'assistenza intra moenia.

Negli anni passati, ma anche in quelli più recenti, c'è chi ha pensato di affrontare il problema del paziente psichiatrico autore di reato restituendo quest'ultimo, d'imperio, alla responsabilità e alla capacità di espiare una pena (si pensi alle proposte di legge 'Vincigrossi' e 'Corleone'). Altri -e noi fra questi all'interno della cosiddetta proposta di legge 'delle Regioni'- hanno proposto aggiustamenti delle norme sulla responsabilità e sull'internamento, aggiustamenti basati sull'esperienza di chi, per lungo tempo, ha affrontato tali problemi immergendovi pienamente e quotidianamente le mani. **Le misure giuridiche tuttavia, nonostante le molteplici ventilate proposte di modifica, sono rimaste in ogni caso pressoché immutate negli ultimi anni, con piccoli aggiustamenti che, in taluni casi, sono andate nella direzione di quel 'diritto mite' cui sempre ci siamo ispirati. Si pensi alle sentenze 253/2003 e 367/2004 della Consulta,** che stabiliscono che si può applicare, qualora ricorrano le condizioni clinico/trattamentali che consentono un contenimento della pericolosità sociale, la libertà vigilata invece dell'internamento in OPG. Ma si pensi anche alla discussa ma molto ben argomentata sentenza 9163/05 della Cassazione, quella che ha stabilito che i gravi disturbi della personalità influiscono sulla capacità di intendere e di volere, potendosi quindi applicare le disposizioni di cui agli artt. 88 e 89 cp.

A Firenze, per affrontare il problema della pericolosità sociale del reo-folle, non siamo davvero usciti dal solco giuridico-penitenziario, ma ci siamo spostati un po' di lato, scegliendo la strada della clinica e privilegiando le soluzioni praticabili a legislazione invariata, considerando soprattutto che, anche le migliori norme, sono destinate a rimanere ampiamente inefficaci se la loro utilizzazione non è tempestiva, elastica e ampiamente concordata fra tutte le componenti

istituzionali in gioco. Abbiamo pensato di agire nell'interesse del paziente che è anche, a ben guardare, l'interesse della collettività civile. Per questo, a partire dalla clinica dei servizi di salute mentale territoriali, a partire dalla clinica penitenziaria, a partire dalla clinica delle dipendenze patologiche, abbiamo proposto e realizzato la Residenza 'Le Querce', struttura protetta che cura-assiste ma che insieme controlla, riabilitando anche le competenze sociali del soggetto. Guardiamo brevemente cos'è il Progetto Eracle.

Il Progetto Eracle si inserisce organicamente all'interno delle attività promosse dal Gruppo di Lavoro Psichiatria e Giustizia del Dipartimento di salute Mentale di Firenze.

IL PROGETTO DI RICERCA ERACLE

Nel 1999, il Gruppo di Lavoro Psichiatria e Giustizia del DTTSM dell'ASF presentò al Ministero della Salute un Progetto di Ricerca relativo alla realizzazione di una Struttura Residenziale Psichiatrica (SRP) intermedia fra lo stato di internamento/detenzione e la libertà. Il Progetto, approvato dal Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria (DAP), è stato finanziato, fino al 2002, in gran parte dal Ministero della Salute, in parte dalla Regione Toscana e, in parte, dall'AS di Firenze. Esso ha successivamente preso il significativo nome di *Eracle*.

Nel 2003 il Progetto Eracle, che non aveva più la necessità di essere considerato sperimentale attraversando semmai una fase di maturazione e di consolidamento, venne rifinanziato fino a dicembre da taluni Enti privati e dalla Regione Toscana, che hanno creduto nella validità dell'esperienza. La stessa Regione ha esteso il finanziamento a tutto il 2004 e il 2005 con l'intenzione di costituire in ogni area vasta della Regione una SRP simile a 'Le Querce'. Nel 2006 e nel 2007, in effetti, il Progetto Eracle è stato di nuovo finanziato e la Residenza 'Le Querce' sta ora cominciando ad ospitare soggetti che provengono dall'Area Vasta Centro della Regione (province di Firenze-Empoli, Prato, Pistoia). Il Ministero della Giustizia, invece, non ha finora dedicato alcun finanziamento a questa iniziativa, che costituisce invece una notevole risorsa, anche in termini di

sperimentazione di nuove soluzioni, per il DAP. E questo benché il comma 3 dell'art. 129 del Regolamento di Esecuzione dell'Ordinamento Penitenziario (d.p.r. 230/2000), stabilisca che:

“I fondi patrimoniali della Cassa sono altresì erogati, previa delibera del consiglio di amministrazione, per il finanziamento di programmi che attuano interventi di assistenza economica in favore delle famiglie di detenuti ed internati, nonché di programmi che tendono a favorire il reinserimento sociale di detenuti ed internati anche nella fase di esecuzione di misure alternative alla detenzione”.

L'obiettivo del Progetto Eracle, che riteniamo raggiunto, è stato quello di verificare l'efficacia di una residenza psichiatrica assistita per malati di mente, residenti nell'ambito territoriale della A.S. di Firenze, che siano o debbano essere internati in OPG o in CCC ovvero detenuti in carcere, qualora sottoposti dall'Autorità Giudiziaria ad obblighi di soggiorno, con finalità terapeutiche, alternativi all'internamento o alla reclusione.

Possiamo intanto vedere, a proposito del target, come si introducano delle innovazioni.

In primo luogo il progetto riguarda pazienti che provengono da una zona geografica circoscritta.

La seconda novità, relativamente al target, è che vengono tenute insieme categorie che sono state finora tenute ben distinte: il progetto non riguarda solo i pazienti internati, ma anche i detenuti e quelli liberi ma sottoposti a procedimenti penali e quindi a rischio di internamento e/o di detenzione. A lungo, e con esiti gravissimi, si è scotomizzata la massiccia presenza in carcere di un grave e diffuso disagio psichico. Non ci è più possibile ignorare che ci troviamo di fronte a vasi ampiamente comunicanti.

La terza innovazione, è costituita dal fatto, vincolante ai fini dell'inserimento, che i soggetti siano sottoposti a degli obblighi giuridici. Specificheremo in seguito di quali misure si tratta.

Abbiamo detto che la costituzione e la sperimentazione della Residenza 'Le Querce' fa parte di un progetto di ricerca originariamente finanziato dal Ministero della Sanità. Nello schema generale della ricerca, essendo il progetto interregionale, vi era una parte che riguardava, nella

Regione Emilia Romagna, il monitoraggio dell'andamento di un Reparto Aperto, il Reparto Antares, presso l'OPG di Reggio Emilia. Non ne parleremo qui. Ci preme soltanto sottolineare come le esperienze cliniche e speculative delle due Regioni, Toscana ed Emilia-Romagna, si siano sviluppate sinergicamente: se infatti la costituzione del Reparto Antares presso l'OPG di Reggio Emilia ha indotto anche la nostra Regione a richiedere al DAP la quasi esclusiva utilizzazione dell'OPG di Montelupo per gli internati toscani, l'esperienza della SRP 'Le Querce' ha stimolato la ormai imminente nascita di una analoga struttura residenziale in Romagna, a Sadurano.

Per la parte della ricerca che riguardava la Regione Toscana, si trattava di andare a scegliere, in un bacino di utenza che avevamo presunto di circa 80 pazienti psichiatrici, e che al 30 giugno 2001 si è rivelato essere di 82 pazienti, che fossero internati, detenuti o sottoposti comunque a procedimento penale, un gruppo di 16 soggetti inseribili nella SRP. Di questi 16 soggetti, con procedura randomizzata, 8 sono stati inseriti a Le Querce, mentre 8 hanno fatto parte del gruppo di controllo.

Gli 82 pazienti presi in esame al 30 giugno 2001 risultavano così distribuiti:

14 internati in OPG o in CCC, di cui 10 uomini e 4 donne

43 detenuti, di cui 35 uomini e 8 donne

25 giudicabili segnalati dai servizi di salute mentale, di cui 21 uomini e 4 donne.

Al 31 Maggio 2002, in corso di sperimentazione, sono risultati presi in esame 91 soggetti. La differenza tra bacino di utenza del 2001 e del 2002 permette di valutare la movimentazione del problema nell'arco di un anno circa, relativamente a una popolazione di 850.000 abitanti: $91 - 82 = 9$ soggetti. Tale dato conferma la scelta effettuata di una residenzialità aperta per un anno a 8 soggetti. E' vero che il successo conseguito dalla esperienza ha incrementato progressivamente l'indice di attrazione della medesima e, prima che la Regione Toscana non destinasse la Residenza all'intera Area Vasta Centro, in molti avevano richiesto il nostro intervento anche fuori dell'A.S. di Firenze. Nell'ottobre del 2005 avevamo 18 richieste di inserimento e, come vedremo, abbiamo ora 21 pazienti dell'Area Vasta Centro che sono internati in OPG, molti dei quali sono già stati valutati.

Per quanto concerne i pazienti psichiatrici dell'AS di Firenze internati in OPG o in CCC, in origine furono tutti inseriti nel Progetto, indipendentemente dall'OPG o dalla CCC che li ospitava. Ora invece, per motivi di opportunità organizzativa, vengono valutati solo quelli internati presso l'OPG di Montelupo.

Per quanto concerne i pazienti psichiatrici dell'AS di Firenze che sono detenuti in carcere, ci si limita a valutare, all'infuori di casi sporadici, quelli ospiti del carcere di Sollicciano, non essendo praticabile l'estensione ad altri istituti.

I pazienti dell'AS di Firenze sottoposti a procedimento giudiziario ma non detenuti né internati, vengono segnalati dagli operatori dei vari CSM aziendali. Si tratta, come si può comprendere, di soggetti a rischio di internamento o di detenzione.

Non c'è tempo, oggi, per descrivere le procedure standard seguite per l'inserimento, che sono specifiche anche se non complesse. Si tratta solo di sottolineare che tali procedure implicano una stretta collaborazione interdisciplinare tra tutti i soggetti interessati: i giudici, i componenti dei servizi penitenziari e degli OPG, i membri dei moduli operativi di salute mentale e delle tossicodipendenze, gli assistenti sociali, le forze di polizia. La sinergia fra tutti costoro si è rivelata componente essenziale per un'autentica funzione riabilitativa.

Chiunque può richiedere ai Responsabili della Residenza la valutazione di un paziente per un eventuale inserimento. Alla fine dell'iter di valutazione, comunque, è previsto che siano ammessi a 'Le Querce' solo gli individui per i quali, dopo il parere favorevole dello psichiatra territoriale titolare del progetto terapeutico individuale all'esterno, del GOT e comunque dell'AG, il Responsabile del progetto di ricerca e sperimentazione per la Regione Toscana, sentito il Coordinatore interno della Residenza, abbia dato il nulla osta all'ingresso.

LE QUERCE

Non possiamo che accennare alla struttura organizzativa della Residenza e alle sue pratiche di riabilitazione.

Cominceremo dal nome, 'Le Querce', che prende spunto dal brano della Genesi noto come l'Apparizione di Mamre. Il nome ci aiuta a capire come deve funzionare la Residenza, quali sono le finalità. Dal testo di Genesi, cerchiamo di evidenziare quale significato è stato dato al luogo, allo spazio fisico sotto Le Querce.

Leggiamo il passo della Genesi (*Gen 18, 1 -5*):

«Poi il Signore apparve a lui [Abramo] alla Querce di Mamre, mentre egli sedeva all'ingresso della tenda nell'ora più calda del giorno. Egli alzò gli occhi e vide che tre uomini stavano in piedi presso di lui. Appena li vide, corse loro incontro dall'ingresso della tenda e si prostrò fino a terra, dicendo: "Mio signore, se ho trovato grazia ai tuoi occhi, non passar oltre senza fermarti dal tuo servo. Si vada a prendere un po' di acqua, lavatevi i piedi e accomodatevi sotto l'albero. Permettete che vada a prendere un boccone di pane e rinfrancatevi il cuore; dopo, potrete proseguire, perché è ben per questo che voi siete passati dal vostro servo". Quelli dissero: 'Fa' pure come hai detto'».

In questi tre uomini ai quali Abramo si rivolge al singolare, molti Padri hanno visto l'annuncio del mistero della Trinità, la cui rivelazione era riservata al Nuovo Testamento. Il testo dell'Apparizione di Mamre ha dato ispirazione alla famosa Icona russa di Rublev detta della Trinità.

Le Querce di Mamre rivestono dunque, per la nostra Residenza, molteplici significati:

- esse rappresentano il luogo dell'accoglienza;
- gli ospiti sono persone in transito, destinate a farvi sosta per procedere nel loro cammino;
- sotto Le Querce le persone trovano ristoro. La sosta serve, è utile per rinfrancarsi il cuore;
- dopo essersi rinfrancate, le persone proseguono il loro cammino.

Occorre notare come la Residenza 'Le Querce' si collochi in uno snodo centrale del tragitto riabilitativo dei pazienti psichiatrici autori di reato. Noi, all'interno delle costellazioni istituzionali che si dispongono attorno alla Residenza, sottolineiamo con forza la valenza terapeutica di un legame robusto, ricercato e coltivato, con le varie agenzie territoriali che sono indispensabili perché un progetto di salute -che non è solo un progetto sanitario- possa realizzarsi. Ciò che noi operatori de 'Le Querce' ci teniamo a raccomandare, a noi stessi ancora prima che agli altri, è la centralità del

paziente. Occorre infatti che le persone che fanno ingresso nella nostra Residenza, che sono talora *unheimlich* (perturbanti, forestieri o forastici) per definizione, diventino progressivamente più *heimlich* (familiari, fidati e domestici), ai nostri occhi che sono anche gli occhi della società civile.

Per questo cerchiamo di curare tutte le operazioni che sono destinate ad aumentare, con graduale e tenera determinazione, la conoscenza che noi abbiamo del paziente, la conoscenza che il paziente ha di sé stesso. Per ottenere questo risultato, sapendo di dover superare il costante assalto della *reazione terapeutica negativa* (o, come sarebbe meglio dire, della *reazione negativa alla terapia*), noi ricerchiamo costantemente i modi migliori per declinare cura e controllo. Non ci stanchiamo, fino dai primi incontri con il candidato ospite, specie quando gli incontri avvengono in ambito detentivo, di sottolineare il valore terapeutico dell'assunzione da parte del soggetto della responsabilità, del rispetto dei vincoli giuridici, delle regole e delle modalità civili della vita in comune. Così, se da un lato ci teniamo a fare sì che l'accoglienza divenga autentica, profonda e il più possibile partecipata (anche da parte degli altri ospiti, che su di loro ne hanno già sperimentato gli effetti benefici), dall'altro lato pretendiamo che l'ospite si impegni, formalmente e con la maggiore consapevolezza possibile, al rispetto dei limiti che egli deve sottoscrivere.

Non ci sembra nemmeno importante, in questa sede, esaminare l'organigramma e il funzionigramma della Residenza, all'interno della quale basterà dire che lavorano operatori con diverse qualifiche professionali: psichiatri psicoanalisti o psicoterapeuti, psicologi, educatori, operatori socio-sanitari, un fisioterapista addetto alla riabilitazione fisica, infermieri a proiezione solo in caso di necessità, consulenti in materia giuridica e così via. Nemmeno descriveremo in dettaglio le attività riabilitative che vi si svolgono, a proposito delle quali occorrerà osservare che esse si valgono a piene mani di tutte le opportunità offerte dalle rete dei servizi e delle agenzie territoriali. Per quanto riguarda comunque le attività che si svolgono nella Residenza e attorno alla Residenza, esse tendono tutte a sottolineare un'altra centralità, quella della *relazione terapeutica*. Non intendiamo soltanto la relazione che il paziente intrattiene col suo terapeuta di riferimento, sapendo che essa rimane in ogni caso di grande importanza, ma anche quelle relazioni, significative

da un punto di vista affettivo, ce si stabiliscono con altri operatori, interni ed esterni alla struttura residenziale. E' un nostro compito fondamentale, tra l'altro, consolidare le relazioni terapeutiche con le équipes territoriali di riferimento, talora creandole ex novo se erano dapprima inesistenti. A tale fine sono previste riunioni frequenti con tutti gli attori del trattamento, così da stilare e verificare periodicamente le linee concordate del *progetto educativo personalizzato*.

Lo stretto legame con i referenti territoriali della cura è indispensabile, perché spetta a tali referenti rintracciare quanto prima, a valle del soggiorno del paziente a 'Le Querce', soluzioni che siano adatte a un ritorno del soggetto nella società civile attraverso passaggi che siano prudenti e adeguati alle sue esigenze.

Abbiamo infatti detto che la Residenza è un luogo di *transito*. Secondo l'impostazione del Progetto, la persona inserita a 'Le Querce' non vi deve restare oltre i 12 mesi, nel corso dei quali è necessario individuare un inserimento territoriale più integrato, pena il ritorno nella realtà di provenienza. La permanenza nella struttura assume così il carattere di un transito verso collocazioni definitive sul territorio, residenziali, domiciliari o di altro tipo.

LE MISURE GIURIDICHE DA APPLICARE AGLI OSPITI DELLA SRP

La *condicio sine qua non* per essere ammessi nella Residenza è quella di essere sottoposti a una misura giuridica, a sottolineare l'importanza di coniugare cura e controllo (all'interno di una coazione benigna).

Elenchiamo solo, brevemente, le *Misure Particolari* attraverso le quali si può essere ammessi nella SRP.

Le prime sono le misure temporanee.

- 1) Possono essere ammessi nella SRP, *in via temporanea e con finalità di sperimentazione preliminare*, sia internati che detenuti che fruiscono di benefici temporanei:
 - a) se si tratta di internati, essi potranno esservi ammessi godendo di licenze temporanee e licenze finali di esperimento;
 - b) se si tratta di detenuti, l'ingresso temporaneo nella SRP potrà avvenire durante la fruizione di permessi premio.

- 2) Per quanto concerne gli *inserimenti definitivi*, bisognerà distinguere fra i soggetti in custodia cautelare, i detenuti in esecuzione pena, di imputati (anche non in stato di detenzione) cui debba essere applicata una misura di sicurezza non detentiva e gli internati.
- a) Nel caso si tratti di: soggetti sottoposti a custodia cautelare, si potrà ricorrere alle misure degli:
 - i) Arresti domiciliari (Art. 284 cpp)
 - b) Nel caso si tratti di detenuti in esecuzione della pena, si potrà ricorrere a:
 - i) Detenzione domiciliare (Art. 48 L. 354/75).
 - ii) Affidamento in Prova al Servizio Sociale (Art. 47 L. 354/75).
 - c) Nel caso di imputati (anche non in stato di detenzione) cui debba essere applicata una misura di sicurezza non detentiva, si potrà ricorrere alla sent. 367/2004 della Consulta se si tratta di una misura di sicurezza provvisoria, alla sent. 253/2003 della Consulta se si tratta di una misura di sicurezza definitiva (con applicazione della libertà vigilata).
 - d) Nel caso si tratti di internati, si potrà ricorrere alla conversione delle misure di sicurezza detentive in non detentive, in particolare alla libertà vigilata.

EFFETTI DELLA SPERIMENTAZIONE

Attraverso la SRP sono transitate, dal 10 settembre 2001 al 21 marzo 2007, 42 persone.

Sette di queste quarantadue sono rimaste a 'Le Querce' per brevissimi periodi e non le si è prese in esame per la valutazione dei risultati. Alla maggior parte di questi soggetti 'transitati' brevemente, abbiamo fornito un'ospitalità a 'Le Querce' per consentire loro di godere di benefici (permessi premio, licenze etc) che altrimenti il magistrato non avrebbe concesso. E', questa, una funzione della SRP che occorre non sottovalutare.

Le altre 35 persone inserite stabilmente hanno tutte ottenuto risultati clinici molto soddisfacenti, risultati esaminati anche attraverso una valutazione testistica approfondita e standardizzata.

Personal Psychiatric and Criminal History Schedule (**PePsyCHS**);

1. Health of the Nation Outcome Study Schedule (**HoNOS**);

2. Brief Psychiatric Rating Scale (**BPRS**);

3. Disability Assessment Scale (**DAS**);

4. Physical Health Index (**PHI**);

5. Wechsler Adult Intelligence Scale (**WAIS**) [solo sottoscale vocabolario e associazione simboli-numeri];

6. Psychopathy Checklist Revised (**PCL-R**);

7. Violence Risk Assessment Guide (**VRAG**);

Non possiamo in questa sede illustrare i risultati clinici della esperienza. Vi preghiamo nondimeno di fidarvi quando affermiamo che il percorso dei singoli ha sorpreso talora anche noi, che pure confidavamo nelle chances del programma.

Diremo soltanto che i 35 soggetti inseriti stabilmente erano così distribuiti:

Per quanto concerne il genere, 7 erano donne e 28 uomini.

Guardiamo adesso da dove venivano i trentacinque ospiti stabili:

- 9 uomini e 1 donna detenuti (cinque di questi con pregresso o successivo internamento in OPG o CCC)
- 13 uomini e 5 donne internati
- 4 uomini dagli arresti/detenzione domiciliari
- 1 uomini e 1 donna in APSS dalla libertà
- 1 uomo senza misure giuridiche, che ha solo fatto un breve periodo di libertà vigilata (degli ultimi sette, provenienti da situazioni non detentive, quattro hanno in anamnesi un pregresso o successivo internamento in OPG o CCC).

La quasi totalità degli ospiti stabilmente inseriti proveniva dall'ASF. Solo quattro pazienti non erano di Firenze: tre venivano da altre zone della Toscana e una donna dalla Regione Emilia Romagna.

L'età è compresa fra gli 80 e i 22 anni, con una media di circa 43 anni (42,7 se si esclude il caso anomalo di un ottantenne).

Abbiamo detto che il soggiorno a 'Le Querce' abbiamo voluto che fosse temporaneo, preparatorio di soluzioni esistenziali maggiormente autonome. Per questo abbiamo voluto un tempo di permanenza che non superasse tendenzialmente l'anno. **La permanenza media, in effetti, è stata di 356 giorni. Il tasso di occupazione**, meno che nel periodo iniziale e nel corso degli ultimi mesi (per le difficoltà dovute all'estensione del Progetto all'Area Vasta), **è sempre stato attorno al 100%**. Abbiamo inoltre avuto ben 1021 giorni di inserimento semiresidenziale (diurno).

Un discorso a parte meritano **i costi** della nostra Residenza. Si è detto infatti che il costo di 210 € al giorno appare come un costo elevato. Occorre però considerare, intanto, che il costo di una Comunità Terapeutica psichiatrica, dalle nostre parti ma anche altrove, si aggira attorno alla stessa cifra. Occorrerebbe inoltre considerare, accanto ai costi, anche i risultati e i vantaggi. Ma noi, a

proposito dei costi, abbiamo effettuato un calcolo più semplice, che ci consentirebbe di comparare meglio il maggior costo effettivo ai vantaggi ottenuti. Abbiamo infatti paragonato i costi totali delle soluzioni trattamentali/terapeutiche avviate con l'inserimento a 'Le Querce', con i costi delle permanenze in ambito detentivo (in carcere=120 €/die; in OPG=187€/die Castiglione; OPG=97€/die altri OPG) che sono stati in questo modo risparmiati. **Il maggior costo totale de 'Le Querce', in questi cinque anni e tre mesi, è stato di 442.515 €, che significa 84.289 € all'anno.** Senza considerare che in questa spesa abbiamo compresi 1021 giorni di inserimento semiresidenziale (diurno).

Per quanto riguarda le diagnosi, le abbiamo divise in primarie e secondarie, poiché non pochi pazienti avevano diagnosi multiple, su uno o più assi del DSM. In più di un terzo dei soggetti, inoltre, erano presenti Disturbi Correlati a Sostanze.

Vediamo sommariamente le diagnosi primarie (**Tab. 1**):

(Tab. 1) Diagnosi primaria	n° casi
Schizofrenia	9
Dist. Delirante Cronico	1
Dist. Bipolare	5
Dist. Depressivo	1
Dist. Di Pers. (severi)	13
Dist. Dipend. Sost.	2
Epilessia	1
Oligofrenia (S. Asperger?)	2
Paranoia involutiva	1
Totali	35

In 21 pazienti su 35 era presente anche una diagnosi psichiatrica secondaria (considerando anche i disturbi correlati a sostanze) (**Tab. 2**):

(Tab. 2) Diagnosi secondaria(21 su 35)	n° casi
Dist. Depressivo	3
Dist. Personalità	4
Dist. Dip./Abuso Sostanze	13
Oligofrenia	1
Totali	21

Eguualmente, **in più che in 2/5 dei pazienti (15 su 35) erano presenti disturbi da abuso o dipendenza da sostanze (Tab. 3):**

(Tab. 3) Doppia Diagnosi (15 su 35)	n° casi
Dist. Dip. Oppiacei	5
Dist. Dip. Oppiacei + Alcool	3
Dist. Dip. Alcool	1
Dist. Abuso Oppiacei +Alcool	3
Dist. Abuso Cocaina +Alcool	1
Dist. Abuso di Alcool	1
Dist. Abuso THC	1
Totali	15

Vediamo quindi una breve tavola riassuntiva dei reati per i quali i pazienti erano stati condannati o erano indagati, divisi per gravità (**molto gravi**, **gravi**, **lievi**) (Tab. 4):

(Tab. 4) Tipo di Reato	n° casi totali	n° casi inseriti
Abuso sessuale	1	1
Altro	3	3
Associazione Mafiosa	1	1
Danneggiamento	3	3
Estorsione (tentata)	6	6
Furto	2	2
Incendio doloso	4	2
Lesioni	2	2
Lesioni a PU	6	5
Maltrattamenti	4	3
Matricidio	2	2
Minacce di morte	1	1
Omicidio	3	3
Rapina (tentata)	5	4
Resistenza a PU (e oltraggio)	5	5
Ricettazione	1	1
Sequestro di persona	2	2
Spaccio	4	4
Tentato omicidio	2	1
Tentato Parricidio	2	2
Traffico di droga	1	1
Uxoricidio	1	1
Violazione di domicilio	1	1
Violenza (tentata) carnale	1	1
Violenza privata	2	1
TOTALI	65	58

Non è possibile esaminare nel dettaglio gli esiti di una esperienza ormai tanto lunga e complessa. E' comunque certo che tali risultati hanno superato persino le migliori aspettative, sia dal punto di vista clinico che dal punto di vista giuridico (Tab. 5).

Tab. 5

Struttura Residenziale Psichiatrica "Le Querce"					
N	NOME PAZIENTE	CATEGORIA	DATA Arrivo	DATA Dimissione	ESITI CLINICI
1	M M A	A-inserito	4-May-06		
2	T M	A-inserito	21-Jul-06		
3	P A	A-inserito	3-Jan-07		
4	M R	A-inserito	19-Mar-07		
5	D E	A-inserito	21-Mar-07		
6	F G *	A-Z inser Diu	27-Jan-07		
7	L L	B-dimesso	17-Sep-01	14-Oct-02	
8	R D	B-dimesso	1-Oct-01	20-Jan-02	
9	G G **	B-dimesso	12-Nov-01	1-Dec-06	
10	B M	B-dimesso	19-Nov-01	7-Jul-03	
11	B Z	B-dimesso	20-Dec-01	21-Feb-03	
12	B V	B-dimesso	20-Dec-01	22-Jul-02	
13	A A **	B-dimesso	25-Mar-02	21-Nov-03	
14	M M (i)	B-dimesso	29-Apr-02	17-Feb-04	
15	D C F	B-dimesso	25-Jun-02	21-Jan-04	
16	S L	B-dimesso	25-Oct-02	12-Jan-04	
17	M M (a) **	B-dimesso	26-Nov-02	12-Sep-05	
18	C G	B-dimesso	16-Dec-02		
19	R L	B-dimesso	8-Jan-03	16-Dec-03	
20	C M	B-dimesso	21-May-03	3-Jun-04	
21	B E	B-dimesso	30-May-03	22-Sep-03	
22	V S **	B-dimesso	17-Jun-03	30-Nov-06	
23	C M P	B-dimesso	11-Jul-03	3-Dec-03	
24	B F	B-dimesso	9-Jan-04	6-Feb-06	
25	C S	B-dimesso	15-Jan-04	11-Jul-05	
26	M R **	B-dimesso	30-Jan-04	12-Feb-04	
27	M M **	B-dimesso	9-Feb-04	29-Jul-04	
28	M G	B-dimesso	9-Apr-04	18-Jun-05	
29	C M	B-dimesso	4-May-04	25-May-05	
30	G S	B-dimesso	29-May-04	25-Jul-05	
31	O M	B-dimesso	20-May-04	6-Feb-06	
32	M F	B-dimesso	1-Apr-05	6-Apr-06	
26	M R **	B-dimesso	14-Jul-05	29-Sep-06	
33	G A	B-dimesso	18-Jul-05	17-Jul-06	
34	L E	B-dimesso	4-Oct-05	25-Feb-06	
6	F G *	B-dimesso	11-Nov-05	28-Jun-06	
35	M M	B-dimesso	16-May-06	7-Jul-06	
34	S G	C-transitato	11-Jan-02	11-Jan-02	
35	A N	C-transitato	12-Jan-02	12-Jan-02	
36	G M	C-transitato	19-Oct-02	19-Oct-02	
37	A I	C-transitato	24-Sep-03	24-Sep-03	
38	M M	C-transitato	12-Jan-04	12-Jan-04	
39	G E	C-transitato	9-Feb-04	9-Feb-04	
40	Y X	C-transitato	15-Jan-06	26-Jan-07	

(Gli esiti positivi sono rappresentati in verde; quelli negativi in rosso)

L'estensione del Progetto Eracle dall'ambito zonale dell'AS di Firenze all'Area Vasta Centro della Regione, ha comprensibilmente comportato un incremento dei pazienti in attesa di valutazione per l'ingresso a 'Le Querce'. Solo per quanto concerne gli internati in OPG o in CCC, noi **abbiamo adesso ventuno pazienti in lista di attesa**, la maggior parte dei quali sono già in fase di valutazione.

Il progetto ha senza dubbio raggiunto gli obiettivi che si era dato:

- _ ridimensionare, in maniera forte e con la garanzia di un graduale reinserimento, il problema dell'internamento giudiziario di soggetti che non necessitano di livelli di protezione elevati o elevatissimi;
- _ cominciare ad affrontare il problema della psicopatologia reclusa negli istituti di pena ordinari;
- _ evitare, a soggetti fragili, che potrebbero avvantaggiarsi di programmi riabilitativi e soffrire le conseguenze di una coazione giudiziaria, tanto l'internamento che la detenzione.

Vale la pena esaminare l'effetto dell'esperienza sull'internamento giudiziario dei residenti nell'ASF, inclusi gli esiti degli internamenti conclusi.

EFFETTO DEL PROGETTO SULL'INTERNAMENTO DEI RESIDENTI NELL'ASF

Queste nostre considerazioni si basano solo in parte sull'applicazione del protocollo di rapporto con l'OPG di Montelupo F.no, la cui ultima verifica ha avuto luogo nell'estate 2005. I dati del 2006 sono ricavati da una ricognizione, effettuata dagli operatori de 'Le Querce', e relativa ai pazienti dell'ASF internati nelle CCC e negli OPG italiani. Dal 1998, da quando cioè la situazione dell'internamento dei residenti nel territorio dell'ASF è monitorata, *non si era mai registrato un numero così basso di presenze nelle varie strutture di internamento del Paese:*

15 nel 1998
14 nel 1999
12 nel 2000
16 nel 2001
10 nel 2002
7 nel 2003
12 nel 2004
8 nel 2005
8 nel 2006

Nell'autunno del 2006 eravamo perfettamente a conoscenza dei motivi che ostacolavano l'uscita dall'OPG degli otto internati dell'AS di Firenze:

- (1) uno era detenuto in un OPG fuori dalla Toscana, cosa che aveva fino ad allora impedito che i referenti territoriali e gli operatori de 'Le Querce' lo potessero valutare e farsene carico;
- (2) un secondo è internato provvisorio (art 206 cp) ed è ancora in fase di accertamento peritale per un grave reato;
- (3, 4 e 5) altri tre internati sono già stati valutati favorevolmente per un inserimento a 'Le Querce' e stiamo attendendo le determinazioni delle équipes territoriali competenti;
- (6 e 7) due pazienti non possono essere inseriti a 'Le Querce': per il primo è per ora improponibile il ritorno a Firenze per questioni legate alle reazioni dei parenti della vittima (e gli operatori territoriali non hanno reperito finora altre soluzioni); il secondo ha rifiutato l'inserimento, preferendo attendere diversi sviluppi della sua situazione;
- (8) l'ultimo infine è già stato inserito a 'Le Querce', ma il temporaneo peggioramento delle condizioni cliniche ha indotto tutti a proporre il trasferimento in OPG e sconsiglia per adesso il ritorno da noi.

Come si vede, dunque, se potessimo procedere ai tre inserimenti possibili, il numero di internati potrebbe essere ulteriormente ridotto.

Non vi è dubbio che **il passaggio dai 16 internati del 2001, anno in cui la SRP 'Le Querce' è stata aperta, agli 8 internati del 2006, è stato anche merito dell'attività svolta nella Residenza.** Il Progetto ha in ogni caso dimostrato quale strategia perseguire per ridimensionare in breve, utilizzando la normativa in vigore e senza creare sacche di pericolo sociale, il problema dell'internamento giudiziario in Italia.

C'è da osservare, peraltro, che ***fra tutti coloro che sono stati inseriti a Le Querce, abbiamo registrato quattro soli drop-out.*** E in un caso si trattava di un caso particolarmente anomalo, un

giovane straniero in trattamento soltanto diurno, evaso mentre non si trovava presso Le Querce. Tutti e quattro i pazienti peraltro, rientrati in ambito detentivo, hanno chiesto di essere nuovamente inseriti a 'Le Querce'. Uno di loro, tornato da noi per un secondo periodo di trattamento (il primo era durato una ventina di giorni), ha concluso favorevolmente il programma e ora è di nuovo in casa con i familiari. Altri due sono già stati valutati e uno di loro, giudicato idoneo al nuovo inserimento, è in lista di attesa.

Né, finora, abbiamo avuto notizia di alcun problema di sicurezza causato dagli ospiti della Residenza. E questo benché si tratti di persone che hanno alle spalle reati tutt'altro che lievi, come abbiamo visto.

Negli ultimi quattro anni, infine, non si sono verificati invii diretti dall'OPG ai SPDC.

GLI ASPETTI CRITICI

Occorre in ogni caso non nascondere le difficoltà che abbiamo incontrate nel portare avanti la nostra esperienza. Individuare tali difficoltà e parlarne apertamente è il passo indispensabile per risolverle.

1. Una prima difficoltà è senz'altro costituita dall'incerto quadro istituzionale in cui l'esperienza si è trovata, incertezza che si è riflessa pesantemente sulla precarietà delle risorse economiche dei primi anni. Ci conforta l'interesse per la questione penitenziaria, e anche per 'Le Querce', dimostrato dalla Regione Toscana ormai da tempo. Confidiamo perciò che l'esperienza divenga più stabile e possa trovare una cornice normativa locale di 'riconoscimento'. Occorre in proposito precisare, intanto, che il costo della permanenza a 'Le Querce' è del tutto sovrapponibile al costo di una C.T. per pazienti psichiatrici e di poco superiore al costo di una struttura per Doppia Diagnosi. Alla fine dei conti, inoltre, il risparmio che si ottiene è decisamente superiore al suo nudo costo apparente: il risparmio va calcolato non solo tenendo conto della fortissima contrazione dei tempi di permanenza in strutture detentive, non solo considerando la qualità dell'assistenza e della riabilitazione

fornite, non solo constatando l'accelerazione dei tempi di un vero reinserimento di pazienti difficilissimi nel tessuto sociale, ma anche riconoscendo il miglioramento dei livelli di sicurezza sociale che un simile graduale reinserimento di fatto garantisce.

2. Una seconda difficoltà è da rintracciarsi nello scarso intervento della sanità pubblica nella gestione delle faccende della salute mentale in carcere. Se a Firenze l'esperienza ha avuto un esito positivo, è anche perché i legami fra il dipartimento di salute mentale dell'ASF e il servizio psichiatrico delle istituzioni penitenziarie sono forti e datati. Siamo ancora lontani, però, dall'aver sviluppato, non solo a livello nazionale, ma anche a livello regionale, veri programmi di salute mentale per i penitenziari.
3. Una terza difficoltà riguarda i rapporti con i Ser.T.. I pazienti con doppia diagnosi infatti, come abbiamo visto, sono i 2/5 di quelli che hanno fatto ingresso stabilmente a 'Le Querce'. La percentuale è sicuramente maggiore se consideriamo tutti i soggetti esaminati per valutarne l'inseribilità. I pazienti con doppia diagnosi, inoltre, sono di sicuro più problematici, più difficilmente trattabili. Proprio lì dove dovremmo aspettarci la maggiore collaborazione, la ricerca costante di una sinergia, l'apertura a reciproci vantaggi anche nella gestione delle risorse, nell'esclusivo interesse dei pazienti, assistiamo invece a dannosi cedimenti della capacità di sostenere, ciascun servizio per la parte che gli compete, la responsabilità terapeutica.
4. Una quarta difficoltà investe i rapporti con i Servizi Territoriali di Salute Mentale. Il nostro progetto, infatti, si sviluppa attraverso il riconoscimento della necessità di rendere i Servizi Territoriali protagonisti delle manovre riabilitative, assieme agli operatori della Residenza e delle altre Istituzioni coinvolte. Vi sono state molte e proficue collaborazioni. Non tutti i Servizi, però, hanno secondo noi risposto in maniera adeguata a questa necessaria assunzione di un ruolo attivo e propositivo nella cura dei pazienti, ciò che ha comportato difficoltà quasi insormontabili con pazienti che ci insegnano il valore del rispetto degli impegni presi.

5. I rapporti con l'OPG si sono sviluppati all'insegna di una sufficiente collaborazione, non priva di sottili e forse ineludibili asperità. Certo l'esperienza de 'Le Querce' indica che all'OPG va assegnato un ruolo diverso da quello di riabilitatore dei casi possibili, cui sembra essersi votato nell'ultimo decennio: vale a dire il ruolo di terapeuta degli 'impossibili'. E, d'altra parte, quello che può a tutta prima sembrare l'ingrato compito residuo dell'OPG, potrebbe rivelarsi una funzione straordinariamente importante e raffinata, come è il compito di chi si occupa degli aspetti più ardui della cura e di traghettare l'impossibile verso il possibile.

PERCORSO ESPORTABILE INDIVIDUATO DAL PROGETTO

Il Progetto Eracle comunque, con i buoni risultati conseguiti nonostante le difficoltà, ha individuato un percorso esportabile.

Serve, in primo luogo, procedere alla tendenziale territorializzazione di chi commette un crimine per insania, trasferendolo negli istituti di pena (di internamento e di detenzione) del territorio di provenienza, con i quali stipulare protocolli di intervento dai DSM regionali.

Serve quindi creare, in ogni Regione sede di OPG, una sezione a sola sorveglianza sanitaria per ospitare i residenti in quella Regione e nelle Regioni viciniori.

Occorre poi organizzare una struttura come la SRP Le Querce per ogni milione di abitanti, tenendo presente il carattere eminentemente metropolitano del problema.

Va inoltre favorito il transito del folle autore di reato attraverso un circuito che preveda una gradazione progressivamente minore dei livelli di protezione.

Perché l'esperienza non tramonti alla prima scossa, è indispensabile costruire, a partire dal circuito di internamento vigente, una seria e strutturata risposta terapeutica ad alta protezione e di elevata qualità per quei soggetti che non possono accedere al percorso sopra individuato, a causa degli alti livelli di pericolosità sociale attuale.

La questione della qualità dell'assistenza è certamente fondamentale laddove si intenda procedere al trattamento della malattia trasgressiva. Essa riguarda da vicino la formazione costante

degli operatori e il potenziamento delle loro capacità riabilitative, che ha davvero a che fare con l'abilità dei membri di un gruppo terapeutico di mantenere costantemente aperta una comunicazione franca dentro e fuori del gruppo, e di sostenersi a vicenda mentre sostengono coloro che sono deputati a curare e controllare. Ma un'esperienza come quella de 'Le Querce', per l'alta complessità del lavoro che vi si svolge e per le grandi responsabilità che lì si assumono, ha un costo molto elevato per tutti gli operatori interni: un costo di emozioni e di sentimenti che va costantemente pagato. Un costo ancora più elevato di quello, non piccolo, che pagano gli operatori della salute mentale. Un costo che si fa sentire, da un lato, con il febbrile bisogno di acquisire nuove competenze personali e professionali, ma, dall'altro lato, con la tendenza piuttosto forte ad andare poi a spenderle altrove tali competenze. Ebbene, se un'esperienza così impegnativa e logorante, anche se colma di soddisfazioni cliniche, non otterrà quello stabile riconoscimento che merita, non otterrà l'attenzione costante e rispettosa di tutti gli altri attori istituzionali con i quali si confronta, gli effetti del logoramento rischieranno di provocarne l'estinzione. Sostenere una problematica speranza nei pazienti, è il nostro arduo e diuturno mestiere. Vorremmo che anche la nostra speranza fosse sostenuta.

Queste sono le indicazioni che provengono dalla nostra esperienza clinica. Una esperienza che siamo certi di poter definire, senza millanteria, avanzata e illuminante. E queste indicazioni, se non risolveranno certo il problema dell'aggressività del paziente psichiatrico, tanto meno quello dell'aggressività in generale su cui come psichiatri forensi e criminologi rivendichiamo il diritto di expertise, tuttavia ricollocano nella giusta dimensione, che è quella della teoria legata alla clinica, il problema del disturbo mentale severo e pericoloso e, quindi, della terapia dei comportamenti aggressivi che a questo disturbo sono legati.