

Chiusi gli OPG: spunti per una nuova fase

Pietro Pellegrini Direttore del Dipartimento Assistenziale Integrato Salute Mentale Dipendenze Patologiche Ausl di Parma.

Al termine dell'incarico del Commissario Corleone, la "rivoluzione gentile" è arrivata ormai a compimento. A quasi due anni da quel 31 marzo 2015, la chiusura degli OPG diventa realtà. Due anni fa molti, scettici e critici, non credevano a questo possibile risultato. Un vivo ringraziamento va al Commissario Corleone, a Stopopg, Stefano Cecconi per tutti, a tanti operatori, sindaci, amministratori, dirigenti regionali, delle aziende sanitarie, prefetti, forze dell'ordine, magistrati, amministrazione penitenziaria e a tutti coloro che in vario modo hanno collaborato.

Un lavoro complesso che è stato a trazione "sanitaria" e costituisce un punto di orgoglio per la psichiatria italiana che, dopo 39 anni dalla 180 e dalla chiusura degli Ospedali Psichiatrici, riesce a chiudere anche quelli giudiziari. Nella sua relazione conclusiva il Commissario Corleone, delinea tutti i temi aperti: dal doppio binario, alla riforma del codice penale, al tema della salute mentale negli istituti di pena.

Una visione di insieme strategica, uno sguardo lungo e al tempo stesso attento ai punti che devono essere affrontati per dare piena funzionalità al sistema riformato.

La notizia del 25 febbraio 2017 relativa al ragazzo italiano, 22enne, in precedenza allontanatosi da una REMS, portato a Regina Coeli dove venerdì scorso si è suicidato (e 10 sono i suicidi verificatisi nelle carceri italiane nei primi due mesi del 2017) mi ha sollecitato a scrivere un breve contributo anche per la fase nella quale stiamo entrando e che rende sempre più cruciale il rapporto tra sistema giudiziario/penitenziario e sanitario/REMS. Forte è il timore che si esaurisca la spinta propulsiva e che percorsi consolidati e mai riformati tornino a prendere il sopravvento annullando di fatto la riforma (e le sue contraddizioni) e la motivazione al cambiamento che ha animato molti operatori della salute mentale e, giustamente, è stata considerata una componente essenziale per la chiusura degli OPG. Conviene richiamare i punti chiave.

a) Partiamo dal punto fondamentale che ritengo debba essere dato come acquisito: l'OPG non è stato sostituito dalle REMS ma dall'insieme dei servizi sociali e sanitari di comunità dei quali fa parte il Dipartimento di salute mentale e al suo interno opera come struttura specialistica la REMS. Questo si realizza nell'ambito di un sistema di welfare pubblico universalistico e di tutela dei diritti e delle diversità. Il superamento dell'OPG avviene in un contesto di comunità con il quale, in maniera strutturale ed organica, la REMS articola le proprie attività nell'ambito di modello di salute mentale di/nella comunità dando applicazione a misure di sicurezza che assumono, di fatto, il significato di misure giudiziarie "di comunità". Nel c.p. alla parola OPG non va sostituita REMS (e tutto continua come prima) ma con Dipartimento di salute mentale e tutte le prassi vanno fortemente ridefinite e innovate.

Se questo è l'impianto, elementi essenziali sono: priorità del mandato di cura, la territorialità su base regionale, il numero chiuso nelle singole REMS, la residualità e la temporaneità della misura di sicurezza detentiva e la sostanziale inapplicabilità nelle REMS di larga parte del regolamento penitenziario e sua sostituzione con un apposito regolamento sanitario impostato sui diritti, assenza di contenzioni. Ne consegue la necessità di una forte azione preventiva all'applicazione della misura di sicurezza detentiva (che non va confusa con la detenzione) e all'ingresso nelle REMS contribuendo così ad evitare anche il crearsi di liste di attesa.

b) Rivedere il sistema degli accessi alle REMS con l'attivazione di Cruscotti regionali ai quali possano fare riferimento tutte le istituzioni coinvolte nell'applicazione della legge al fine di assicurare un appropriato intervento psichiatrico e al contempo la misura giudiziaria. Il Cruscotto dovrebbe anche monitorare i diversi percorsi, attivare i DSM, aumentare l'efficienza e il rispetto dei diritti, lavorare sulla lista di attesa e favorire le soluzioni alternative. A tal fine le c.d. "licenze finali esperimento" dovrebbero essere superate concettualmente e in ogni caso dovrebbero portare all'affidamento del paziente al CSM liberando il posto in REMS. Occorre passare dal concetto di strutture, posti letto a quelli di percorsi (PDTA) e progetto terapeutico riabilitativo individualizzato con budget di salute da costruirsi su misura e con il coinvolgimento della persona attivando contemporaneamente il suo contesto di riferimento (intervento "bifocale"). Dare priorità ai bisogni di cura significa valutare e comprendere le persone dal punto di vista medico psichiatrico e psicologico il che è assai diverso da quello giudiziario o penitenziario. La via intrapresa è quella di produrre salute e sicurezza mediante la cura e non attraverso la custodia.

c) Aggiornare e qualificare l'attività di tutti i soggetti diffondendo la conoscenza della legge e delle modalità per la sua applicazione. Per quanto attiene all'attività peritale, tra i quesiti dovrebbe essere obbligatoria l'acquisizione della posizione del DSM competente per territorio e attivata la sua collaborazione al fine di reperire le idonee soluzioni. Nei casi più complessi possono essere utili valutazioni collegiali.

d) Riflettere sulle stesse misure di sicurezza che nel nuovo contesto assumono connotati del tutto diversi. Esse sono di fatto misure giudiziarie di comunità e mentre nel passato vi era solo l'OPG oggi la pluralità delle strutture psichiatriche a diverso livello di intensità di cura consente di effettuare scelte molto più appropriate. Ne consegue la necessità di poter articolare, anche sperimentalmente, le misure di sicurezza anche detentiva, rendendole flessibili ed applicabili nei contesti più idonei e non necessariamente nelle REMS. Resta aperta la questione delle misure di sicurezza provvisorie (la loro natura, le garanzie ecc.) nonché la sede più idonea ove eseguirle. E dal punto di vista clinico ciò che conta è la condizione sanitaria del soggetto non la qualità e durata della misura giudiziaria (definitiva o provvisoria ecc.). Il rapporto fra programmi di cura e misure giudiziarie deve svilupparsi nella necessaria chiarezza evitando a mio avviso ogni confusione quali la "giustizia terapeutica" o la "psichiatria giudiziaria". Questione che non mi pare risolta dalle proposte pur interessanti uscite dal tavolo 11 degli Stati generali per l'Esecuzione della Pena.

e) Per dare piena applicazione alla riforma occorre affrontare il nodo della salute mentale negli istituti penitenziari in particolare per quanto attiene agli art. 148, 111, 112 del c.p. creando le necessarie alternative al carcere con un adeguato numero di posti e strutture a base regionale. A

questo proposito, come sottolinea nella sua relazione conclusiva il Commissario Corleone, la chiusura degli OPG di Reggio Emilia e Barcellona Pozzo di Gotto ha lasciato in quegli istituti di pena quello che può essere definito “un residuo ex OPG” di ben 101 persone delle quali 27 ex art 148 e 74 soggetti “minorati” ex art. 111. Queste persone non vanno dimenticate! E per ciascuno di loro va approntato un programma di cura, quando possibile alternativo.

Non solo ma la relazione tra sistema sanitario (REMS comprese) e sistema giudiziario va chiarito in modo preciso, i linguaggi vanno cambiati (i termini “internati”, “minorati”..). Assai opportuna è la proposta di mantenere e rinforzare un Coordinamento nazionale che possa essere il punto di incontro dei diversi soggetti coinvolti nell’applicazione della riforma.

Infine serve un grande lavoro antistigma e anti povertà nonché un adeguato sostegno dei DSM con adeguate risorse anche al fine di assicurare i progetti di lungo termine, un orientamento alla recovery. La chiusura degli OPG non è frutto solo del lavoro delle REMS ma della capacità dei DSM di seguire, tra le tante difficoltà, con competenza anche i pazienti autori di reato con misure giudiziarie, persone che possono diventare protagonisti della loro cura e vita, specie se sostenuti anche nei loro diritti e nelle opportunità (come si constata a volte in modo drammatico per i senza fissa dimora, migranti ecc.). Lo ricordo: la maggior parte di questi pazienti è nel territorio e ci vuole molta concretezza, umanità, speranza e responsabilità perché i percorsi evolutivi possano procedere e tutte le persone possano vivere insieme nella comunità.