

Chiusi gli OPG: la concertazione giustizia-sanità come metodo

Primo incontro di Coordinamento delle REMS e DSM

Bologna 18 maggio 2017

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

In poco più di due anni, da quel 31 marzo 2015 indicato dalla legge, è stata completata la chiusura degli OPG, una "rivoluzione gentile" secondo le parole del commissario Franco Corleone che ha visto collaborare attivamente tanti operatori, sindaci, amministratori, dirigenti regionali, aziende sanitarie, prefetti, forze dell'ordine, magistrati, amministrazione penitenziaria, cooperazione sociale.

Un lavoro complesso a trazione "sanitaria", carico di contraddizioni che vanno viste, abitate e superate. Un processo molto articolato che non poteva risolvere tutti i problemi ma al contrario ne ha evidenziato con chiarezza alcuni in ambito giuridico, penitenziario, sanitario e di tipo metodologico.

Ogni processo di cambiamento modifica l'oggetto ma anche il soggetto e spesso lo strumento utilizzato. E se la pratica è in relazione con la teoria, quest'ultima è fortemente influenzata e cambiata dalle prassi reali, se la legge e la norma regolano la vita comune e il patto sociale questo cambia nel tempo, secondo linee culturali, modi di pensare e di vivere che anticipano di gran lunga le modifiche normative. Queste brevi premesse per dire che la relazione fra legge, scienza, cultura e realtà si svolge nella reciproca interazione in contesti reali, vissuti.

Nella sua relazione conclusiva il Commissario Corleone delinea tutti i problemi aperti: dal doppio binario, alla riforma del codice penale, al tema della salute mentale negli istituti di pena e al c.d. "residuo OPG". Una visione strategica, uno sguardo lungo e al tempo stesso attento ai punti che devono essere affrontati per dare piena funzionalità al sistema riformato ed evitarne la deriva, l'implosione e il fallimento della legge (magari in relazione al problema delle liste di attesa).

Come sappiamo è aperta una discussione alla Camera dei deputati che rischia di minare la riforma alla base se sancirà ope legis che la soluzione dei gravi problemi della salute mentale negli istituti di pena deve avvenire sostanzialmente tramite le REMS e non attraverso un insieme articolato di azioni, coerenti e ispirate alla legge 180 e ai diritti di tutti i soggetti privati della libertà..

Non mi dilungo su questo punto ma ricordo soltanto la questione delle misure di sicurezza provvisorie (art. 206 c.p.) applicate con una procedura assai fragile sotto il profilo delle garanzie (solo la legge 81/2014 ha fissato un termine nella pena edittale massima per il reato commesso ma sarebbe meglio dire per il quale la persona è perseguita, visto che non si è ancora stato il processo e quindi vale la presunzione di innocenza) e credo andrebbero abolite. Così come andrebbero superati il "doppio binario" e le misure di sicurezza.

In questo breve intervento vorrei evidenziare dal punto di vista dei dipartimenti di salute mentale alcuni temi che caratterizzano l'attuale fase nella convinzione che per affrontarli sia sempre più cruciale un rinnovato rapporto tra sistema giudiziario/penitenziario e sanitario/REMS che porti a definire un metodo di lavoro stabile e formalizzato.

Nei servizi vi è il timore che si esaurisca la spinta propulsiva che ha caratterizzato gli ultimi 2-3 anni e che vecchi 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 soggetti, in primis parte degli operatori della salute mentale e, giustamente, è stata considerata una componente essenziale per la chiusura degli OPG. Motivazione e pazienza che hanno dovuto superare non poche resistenze, teoriche, di principio, relative alle responsabilità ma anche inventare un metodo di lavoro, strutture nuove come le REMS.

Il punto fondamentale che ritengo sia la premessa ad ogni altro ragionamento è che 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, nell'ambito di un sistema di welfare pubblico universalistico e di tutela dei diritti e delle diversità. Lo conferma il Consiglio Superiore della Magistratura¹ quando scrive:

“Il legislatore della conversione del 2014, ha ritenuto di introdurre una nuova disciplina riguardante le strutture sanitarie deputate alla tutela della salute mentale dei cittadini orientata a molteplici scopi: da un lato a favorire l'integrazione dell'operato dei giudici della cognizione e di sorveglianza con le strutture dei Dipartimenti di salute mentale e delineare un modello di assistenza improntato da un lato a modelli variegati; dall'altro lato, ad escludere che al centro del sistema si pongano le Residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza.”

Quindi 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 Dipartimento di salute mentale e tutte le prassi vanno fortemente ridefinite e innovate. Va abbandonata ogni logica del contenitore custodiale e punitivo e va sempre tenuto presente che occorre assicurare al contempo cure adeguate e fare fronte alla pericolosità sociale.

Se questo è l'impianto, come autorevolmente evidenzia il Consiglio Superiore della Magistratura, vi è *“l'esigenza di una costante integrazione funzionale, ai fini della gestione di tutte le misure di sicurezza per il non imputabile, tra ufficio di sorveglianza, Dipartimenti di salute mentale e sue*

¹ Fasc. 37/PP/2016 “Disposizioni urgenti in materia di superamento degli Ospedali psichiatrici giudiziari (OPG) e di istituzione delle Residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza (REMS), di cui alla legge n. 81 del 2014. Questioni interpretative e problemi applicativi” del 19 aprile 2017. Scaricabile dal sito <http://www.societadellaragione.it/2017/04/22/falsi-allarmi-la-verita-sulla-chiusura-degli-opg/>

unità operative complesse, direzione delle REMS, Ufficio per l'esecuzione penale esterna (UEPE)">(CSM nota 1).

“L'integrazione funzionale” deve avvenire tramite diversi strumenti (incontri, protocolli, comunicazioni) che tengano conto dei diversi punti di vista e portino alla definizione di meccanismi di concertazione che coinvolgano anche la persona autrice di reato. Elementi essenziali di questo lavoro che si svolge in ambito sanitario, sono inevitabilmente la 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.

Questo richiede la costituzione di un valido **Gruppo di lavoro interistituzionale su base regionale** in grado di comunicare in modo continuativo, concertare, definire programmi e protocolli e verificarne l'attuazione a partire dalla condivisione di una visione di fondo, il che richiede confronti, capacità di ascolto e di dialogo accompagnati anche dalla possibilità di aprire, a legislazione invariata, sperimentazioni e soluzioni innovative, tenendo conto dei più avanzati orientamenti della psichiatria (lavoro per intensità di cura ecc.).

L'opera di concertazione deve coinvolgere fin da subito la persona e la sua comunità: l'inclusione sociale non come esito della riabilitazione ma come premessa che si sostanzia con la presa in cura di comunità da parte dei servizi sanitari (compreso ma non solo il DSM-DP) e sociali della comunità nella sua rappresentanza formale compresa la sua componente informale, che si realizza mediante il Budget di salute e vedono nella magistratura un sostegno tramite la misura di sicurezza di comunità, al tempo stesso garanzia del diritto e dei diritti della persona e della società. Le REMS non come nuove strutture chiuse ma aperte in continuo cambiamento in una prospettiva di libertà, come insieme di gruppi di lavoro (professionisti, utenti, sociali) collegati, interagenti e in grado mescolarsi e di superarsi ogni giorno, capaci di vedere i percorsi fin dall'inizio (prima dei provvedimenti giudiziari, prima delle liste di attesa), in una logica di prevenzione, innovazione e di recovery, perché cura e misure siano di comunità.

Si realizzerebbe in questo modo 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 attraverso l'attivazione di **Cruscotti regionali gestiti dal Gruppo intersitistuzionale**. A questi possono 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 (togliendo tutti quelli che già sono adeguatamente seguiti), affrontare collegialmente i casi più complessi, prevenire le ricadute. 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, bisogna esserne consapevoli, è quella di cercare di produrre salute e sicurezza mediante la cura e non attraverso la custodia.

Il gruppo di lavoro interistituzionale potrebbe anche favorire la formazione, l'aggiornamento e la qualificazione dell'attività di tutti i soggetti diffondendo la conoscenza della legge e delle modalità per la sua applicazione. Magistratura di cognizione, forze dell'ordine, amministrazione penitenziaria. 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.

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 detentive, rendendole flessibili ed applicabili nei contesti più idonei e non necessariamente nelle REMS valutando ad esempio l'applicabilità dell'art. 211 bis.

Infatti, dal punto di vista clinico secondo la logica del DSM, 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 (quali "giustizia terapeutica" o la "psichiatria giudiziaria") e soprattutto evitando che la giustizia tenda a piegare unilateralmente alle sue esclusive esigenze le strutture sanitarie.

Appare evidente che 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.