

Riflessioni di mezza estate: un percorso da completare!

*Pietro Pellegrini**

Il tema della creazione di un sistema che sostituisca gli **Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG)** chiusi ope legis nell'ultimo biennio resta di grande attualità da un lato per tutti i problemi legislativi rimasti irrisolti e dall'altro per la necessità di ridefinire le prassi operative sia della magistratura che dei dipartimenti di salute mentale.

La mobilitazione, in particolare di Stopopg, in concomitanza con la recente approvazione della legge delega sulla giustizia penale ha scongiurato un pericolosa regressione ma tutto il percorso richiede ancora un'alta attenzione in vista dell'emanazione dei decreti attuativi. A questo proposito, in coerenza con gli ordini del giorno approvati in Parlamento, l'intenzione del Ministero della giustizia¹ sembra quella di volere riservare le Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza (REMS) ai soggetti con misure di sicurezza detentive di tipo definitivo mentre per le altre situazioni (coloro che sono sottoposti a misure di sicurezza detentive provvisorie o nei quali lo stato di infermità psichica sia sopravvenuto nel corso della detenzione e le persone alle quali è stato riconosciuto un vizio parziale di mente) la risposta in primis dovrebbe essere data dalle Articolazioni per la salute mentale negli istituti di pena.

Soluzione questa che, almeno sotto il profilo clinico, non appare convincente in quanto la sede ove curare la persona dovrebbe essere quella più adatta in relazione ai bisogni sanitari. Non solo ma sembra che si continui a ragionare più di strutture, di posti dove collocare le persone e non tanto di progetti terapeutico riabilitativi da realizzarsi in primis, come per altro indica la legge 81/2014, nella comunità sociale. L'accenno del ministero della Giustizia ai temi del "doppio binario", della "capacità ridotta" e delle misure di sicurezza vanno approfonditi per comprendere se siamo di fronte ad un semplice annuncio o ad una riforma epocale. Vedremo quali saranno gli sviluppi e credo sia essenziale che in questa fase si mantenga alta la vigilanza e vi sia un protagonismo dei Dipartimenti di salute mentale (DSM). Per questo ritengo che la recente nascita di un Coordinamento nazionale delle REMS sia un'occasione straordinaria per tutti, affinché la revisione della normativa sia coerente con quanto finora si è realizzato e con gli auspicati cambiamenti. Vedremo se il neonato Coordinamento avrà la forza di crescere, costruire un programma e arsi sentire e al contempo se, in vista dell'emanazione dei decreti attuativi della riforma della giustizia, vi sarà l'interesse all'ascolto da parte della politica e delle istituzioni parlamentari. Fa ben sperare la disponibilità manifestata da diversi parlamentari che hanno presentato ordini del giorno, dei quali ben otto sono stati approvati.²

La cessazione dell'incarico del commissario Franco Corleone che ha svolto uno straordinario lavoro per la realizzazione della riforma ed al contempo è stato un grande punto di riferimento nazionale, ha lasciato un vuoto che deve essere colmato. La costituzione formale di un organismo di

* Dipartimento Assistenziale Integrato Salute Mentale e Dipendenze Patologiche (DAI-SMDP) della AUSL di Parma, Largo Natale Palli 1/B, 43126 Parma, tel. 0521-396624/8, fax 0521-396633, E-Mail <pellegrini@ausl.pr.it>.

¹ https://www.giustizia.it/giustizia/it/mg_6_9.page;jsessionid=W2QHD2iEtw+PBRJYbxIeShOs?contentId=NOL33582&previousPage=homepage

² http://documenti.camera.it/leg17/resoconti/assemblea/html/sed0813/leg.17.sed0813.allegato_a.pdf

coordinamento stato-regioni che veda coinvolti tutti gli attori del nuovo sistema potrebbe essere un passaggio significativo.

Altro elemento assai importante e utile alla riforma è il pronunciamento del Consiglio Superiore della Magistratura³ che costituisce un sicuro punto di riferimento sia per quanto attiene ai contenuti che al metodo indicato. Formazione e lavoro congiunto (cruscotti, tavoli, protocolli) tra magistratura e dipartimenti di salute mentale possono essere gli strumenti per sviluppare e implementare le “buone pratiche”.

Un percorso che può portare a nuovi, più avanzati punti di incontro tra giustizia e psichiatria per dare piena funzionalità al sistema riformato, superare le criticità (ad es. le liste di attesa, gli invii inappropriati, le dimissioni dalle REMS, i migranti e senza fissa dimora, un’appropriata risposta alle donne ecc.) e raggiungere così un risultato straordinario: fare strutturalmente a meno dell’OPG e delle logiche che lo sostenevano.

Questo, tuttavia, non può risolvere tutte le contraddizioni evidenziate dalla chiusura degli OPG che non possono essere rapidamente archiviate o delimitate al solo campo dei tecnici: mi riferisco da un lato alla questione della salute mentale negli istituti penitenziari, alla necessità di dare corso a misure alternative e innovative, e dall’altro all’impegno crescente dei DSM per occuparsi in modo efficace di tutti quei casi con misure giudiziarie (libertà vigilata, arresti domiciliari ecc.) presenti nel territorio. E’ quindi essenziale un’attenzione politica che sappia sostenere il sistema di welfare pubblico universalistico, legiferare e programmare adeguate risorse nell’ambito di politiche per i diritti, la salute e la sicurezza in grado di essere efficaci e non siano incentrate in primis sulla detenzione (in particolare delle persone con uso di sostanze), dotando di adeguati mezzi l’intero sistema sia quello sanitario che giudiziario (dove la carenza di giudici e personale non aiuta certo a dare efficienza e qualità al sistema). La riforma ha evidenziato anche alcuni limiti nella risposta dei DSM e più in generale del sistema socio-sanitario a problemi posti da soggetti affetti da autismo, disabilità intellettiva, decadimento cognitivo che assolutamente non dovrebbero entrare in REMS ma trovare altre tipologie di risposte.

Senza tutto questo, il superamento degli OPG per via sanitaria, che è riuscito con uno sforzo ingente, rischia di non reggere la pressione che viene dall’esterno, dal sistema giudiziario e da quello penitenziario o dall’opinione pubblica, affinché svolga un mandato, quello custodialistico-securitario, che strutturalmente è impossibile. Dimostrato che l’OPG può essere chiuso nella psichiatria di comunità, vanno trovate tutte le motivazioni e le condizioni per costruire nelle pratiche il futuro sistema.

Restare anche psicologicamente in mezzo al guado fra passato e presente, fra impegno e disimpegno, fra cura e custodia è pericoloso. Occorre chiarezza: per quanto la misura di sicurezza debba essere adeguata ad assicurare le cure e a fare fronte alla pericolosità sociale, è la stessa Corte Costituzionale a precisare che «le esigenze di tutela della collettività non potrebbero mai giustificare misure tali da arrecare danno, anziché vantaggio alla salute del paziente» (Sentenza n. 253/2003). Quindi per quanto si cerchi di dare equilibrio e sinergia fra i mandati che fanno capo a competenze diverse, nel nuovo sistema a gestione sanitaria deve prevalere con nettezza quello di cura.

³ (Fasc. 37/PP/2016 del 19 aprile 2017, “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”: www.societadellaragione.it/2017/04/22/falsi-allarmi-la-verita-sulla-chiusura-degli-opg).

Quindi occorre più coraggio, maggiore capacità di ascolto per prevenire con uno sforzo comune le misure di sicurezza detentive, più innovazione per preservare le caratteristiche essenziali della riforma: ad esempio avvallare l'intero programma di cura, sviluppare e favorire soluzioni altamente personalizzate anche sperimentali, garantire fin da subito permessi e attività, forte elasticità nei percorsi, sicurezza e libertà nelle cure.

Gran parte delle misure detentive è evitabile, molti dei pazienti in REMS sono già oggi dimissibili, ma manca un progetto, un'udienza... Abbandonare posizioni che siano autoreferenziali e decisioni unilaterali a volte – mi permetto – del tutto al di fuori dello spirito della nuova legge. Ancora troppe volte si ha una concezione della misura amministrativa di sicurezza come pena, dotata di una sua autonomia e priorità quando invece dovrebbe accompagnare e sostenere il percorso di cura.

Certamente la chiusura degli OPG ha evidenziato la questione della salute mentale negli istituti di pena dove è rilevante la percentuale di persone detenute con disturbi psichici o dipendenze patologiche e vi sono grandi difficoltà o l'impossibilità a realizzare un adeguato trattamento individualizzato all'interno di apposite sezioni dedicate. Osserva, amaramente, il CSM: «La realtà nota agli operatori, purtroppo, è nel senso della sostanziale inesistenza, allo stato, di contesti penitenziari in cui siano offerti regimi di trattamento differenziato indirizzati alla osservazione, alla cura e alla riabilitazione effettive di individui affetti da infermità psichica».

Quindi un raccordo fra magistratura di cognizione, di sorveglianza, amministrazione penitenziaria e DSM è essenziale per creare percorsi sperimentali negli istituti penitenziari anche per quei soggetti (*non responders*, gravi psicopatici, elevate esigenze di custodia, etc.) per i quali non risulta appropriato il ricovero nelle REMS. Poi vi sono questioni specifiche quale quella dei soggetti senza fissa dimora (circa 8% del totale degli ospiti delle REMS), delle donne autrici di reato e prosciolte.

In questo quadro certamente complesso è ancora troppo diffusa la convinzione che la REMS sia/debba essere un'appendice degli istituti di pena, in una sorta di circuito parallelo nel quale la funzione custodiale sia prevalente. O nel migliore dei casi sia una sorta di area di transizione tra due sistemi con una sorta di impossibile bilanciamento fra due funzioni cura e custodia che i sanitari non possono svolgere contemporaneamente.

La riforma, nell'affidare alla sanità (e non solo alle REMS) la gestione dei percorsi dei pazienti autori di reati e prosciolti, ha cambiato l'intero sistema, collocando il mandato di cura in una prevalenza di fatto perché è solo attraverso questo che la persona può migliorare, cambiare e ritornare ad essere parte della comunità sociale. È un compito assai difficile che la psichiatria di comunità italiana si è assunta, e con coraggio e molte difficoltà sta portando avanti meglio laddove vi è il dialogo e il sostegno delle magistrature con le quali condividere programmi e rischi, definire le garanzie, rispetto alle possibili ricadute della patologia e recidive dei reati. Così stando le cose questa è l'unica strada possibile.

Appare a tutti chiaro che il processo riformatore non è finito con l'apertura delle 30 REMS (con 604 posti), peraltro molto diverse fra di loro, ma è solo iniziato. Occorrono altri investimenti che portino a una diversificazione dei Servizi e delle strutture, all'affermazione dei diritti, a linguaggi nuovi (non più internati ma ospiti, non più minorati ma “persone con...”, “affette da...” e così via) e pensieri lunghi nella relazione fra magistratura e psichiatria.