

# Una breve riflessione: senza OPG, dopo un successo quali prospettive?

*Pietro Pellegrini*

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

Sembra trascorso molto tempo dal 31 marzo 2015 quando la legge ha fissato la chiusura degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG) e dopo quasi venti mesi siamo ormai prossimi all'effettivo definitivo superamento di tutti gli OPG che dovrebbe avvenire a breve, entro gennaio 2017.

Un successo al quale molti non avevano creduto che si è realizzato grazie ad una grande azione collettiva che ha visto interagire positivamente i livelli nazionali, regionali e le diverse istituzioni, magistratura, amministrazione penitenziaria, prefetture, forze dell'ordine, enti locali.

Ma il motore dell'intera vicenda sono stati i Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) e ai loro dirigenti e operatori va il riconoscimento per il lavoro fatto, per il coraggio e l'intelligenza dimostrati portando a termine un percorso de-istituzionalizzazione che nemmeno la legge 180 aveva toccato.

Tutto questo non si sarebbe potuto realizzare senza un sistema di salute mentale di comunità, che affonda le radici nella cultura psichiatrica maturata nel nostro paese, nel lavoro di rete, il quale, al di là di tante difficoltà, resta diffuso e attivo. Lo si è visto nella mobilitazione di sindaci e amministratori locali, religiosi, enti di volontariato, cooperative ecc. attivi nel contrastare le forze contrarie all'apertura delle REMS e nel creare le migliori condizioni per l'accoglienza.

L'intera operazione ha visto l'attenta ed essenziale lavoro di vigilanza di Stopopg (Stefano Cecconi e collaboratori) che ha colto la necessità di supportare il passaggio operativo dagli OPG al sistema territoriale, ha sostenuto gli operatori, mediato rispetto ai contesti. Un lavoro sistematico di supporto critico dei tecnici della salute mentale che non si vedeva dagli anni 60-70 ed ha saputo coniugare l'idealità con la necessaria concretezza delle prassi, collegando i processi reali con le istituzioni, la politica e i media, lavorando dentro le contraddizioni e non solo per affermazioni per quanto corrette, di mero principio. Davvero grazie per il lavoro svolto e per l'attenta vigilanza operata con metodo, intelligenza e rispetto.

Un ruolo molto significativo ha avuto il Commissario Franco Corleone in quanto non solo ha attivato le regioni inadempienti ma ha creato una visione nazionale, di raccordo con altre problematiche, delle quali farò cenno, che la realizzazione della riforma ("la rivoluzione gentile" così l'ha definita) ha evidenziato con molta chiarezza<sup>1</sup>.

Voglio ancora ricordare la sentenza n. 186 del 2015 della Corte Costituzionale subito investita dal Tribunale di Sorveglianza di Messina e alcune sentenze della magistratura di Sorveglianza (ricordo ad esempio quella della Dr.ssa Bosi del novembre 2015 con la quale è stata data una spinta decisiva alla chiusura dell'OPG di Reggio Emilia attivando la regione Veneto).

Il successo è evidente e questo andrebbe fortemente riconosciuto. Vediamo le prospettive. Come in ogni riforma è naturale che vi siano problemi aperti e contraddizioni. Schematicamente si possono

---

<sup>1</sup> Franco Corleone "Seconda relazione trimestrale sull'attività svolta dal commissario Unico per il superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari. 19 agosto 2016-19 novembre 2016." Reperibile nel sito: [www.stopopg.it](http://www.stopopg.it)

individuare tre grandi temi: 1) la funzionalità del nuovo sistema; 2) la salute mentale negli istituti penitenziari; 3) la normativa

1) la funzionalità del nuovo sistema che superata la fase di rodaggio ha bisogno di vedere quale è l'outlook: se è quello della stabilizzazione, della regressione involutiva o di una ulteriore evoluzione. Questo dipende da molteplici fattori (la politica, la magistratura ecc.) ma credo sia essenziale quanto pensano i professionisti della salute mentale e quale sia la loro forza e capacità di stabilire alleanze. Il fatto che sia stato loro attribuita la funzione gestionale fa sì che i principi della cura e della territorialità siano fondamentali e la linea del (continuo) superamento della residenzialità e quindi anche delle REMS, resti (o diventi) una funzione essenziale della moderna psichiatria di comunità. Quindi la temporaneità e la provvisorietà delle REMS anziché essere limiti possono diventare punti di forza del sistema che deve tendere sempre, da un lato all'inclusione sociale e dall'altro a superarsi, mettendo in secondo piano, specie in questo ambito, la nozione di "definitivo".

In questo spirito va evitata e prevenuta ogni regressione involutiva che porti le REMS ad essere dei mini-OPG non terapeutici, asserviti alle sole esigenze della giustizia che, magari preoccupata dalle spinte securitarie, potrà anche premere per aumentarne il numero. Un processo che potrebbe essere facilitato anche dalla perdita della spinta propulsiva dei DSM conseguente alla chiusura dell'OPG (fenomeno che si è verificato anche dopo la chiusura degli O.P.) e da un possibile disinvestimento complessivo. Quindi i DSM vanno costantemente sostenuti e la formazione continua del personale (compreso quello delle cooperative e associazioni) diviene strategica.

Costituisce un obiettivo realistico dare piena funzionalità al sistema che si è costruito cercando di migliorarne l'appropriatezza, facilitando i collegamenti e la qualità dei progetti, tenendo alta l'attenzione e il monitoraggio puntuale dell'esperienza, anche attraverso un Osservatorio nazionale che potrebbe non solo continuare le positive esperienze del Commissario ma essere un punto di incontro di tutti i soggetti.

Alla piena funzionalità potrebbe essere associata anche la scelta di provare a contenere e se possibile, a ridurre il numero di posti REMS (a livello nazionale circa 624)<sup>2</sup> utilizzando in modo sempre più ampio le misure non detentive e progetti terapeutico riabilitativi individualizzati con Budget di Salute. In questo quadro pur con tutte le difficoltà a fare previsioni, nel triennio 2017-19 si potrebbe puntare ad una riduzione dei posti REMS ad 1 ogni 150.000-200.000 residenti (quindi 300-450 posti in Italia) utilizzando parte del finanziamento a favore dei progetti con Budget di Salute gestiti dai Centri di Salute Mentale (CSM), magari con il concorso e la collaborazione delle stesse REMS che avrebbero così anche un significativo ruolo territoriale. Al contempo si dovrebbe prevedere una prima dotazione di posti (150-300) per affrontare i problemi aperti (ex artt. 111, 148 c.p.) con adeguate risposte sperimentali alternative al carcere (diverse dalle REMS).

Alcuni punti specifici devono essere approfonditi:

a) i modelli di REMS sono molto variegati e il loro ruolo nella rete dei DSM (il prima, il dopo e ciò che sta attorno) va approfondito e dettagliato. Le circa 30 REMS (un discorso a parte merita la conversione in un sistema modulare di REMS dell'OPG di Castiglione delle Stiviere) attive in Italia sono una risorsa che attraverso forme di coordinamento nazionale e regionale può produrre conoscenza, cultura e operatività in modo assolutamente innovativo, favorendo un rinnovamento della psichiatria forense italiana e della giurisprudenza anche attraverso lo studio e la creazioni di

---

<sup>2</sup>In Italia il numero dei posti REMS rispetto alla popolazione residente è di 1 ogni 97.200 residenti con un'ampia variabilità tra le regioni: da un lato vi sono regioni molto al di sopra (Basilicata 1 ogni 57.300 residenti, Lombardia 1 ogni 62.500 residenti, Lazio 1 ogni 64.600 residenti) dall'altro vi sono regioni che sono al di sotto (Friuli 1 ogni 203.000 residenti, Emilia Romagna 1 ogni 183.000 residenti).

strumenti valutativi e terapeutici adatti al contesto italiano, che presenta tratti unici nel panorama internazionale. Va risolto il tema dei regolamenti delle REMS e in relazione al loro mandato va segnato un netto distacco da quello penitenziario, nel pieno rispetto dei diritti/doveri delle persone ospiti senza alcun paternalismo e a garanzia del percorso di cura. In altre parole i regolamenti e le disposizioni giudiziarie non devono ostacolare in alcun modo il mandato di cura. Va poi affrontato il tema della qualità delle strutture sia sotto il profilo alberghiero sia rispetto ai programmi terapeutici e riabilitativi (che devono vedere come strutturale la possibilità di uscire, opportunità di formazione-lavoro, alloggi, relazioni sociali ecc.). Una riflessione merita la questione dell'accoglienza delle donne nelle REMS e credo che il principio della territorialità debba essere il riferimento fondamentale, puntando al contempo anche allo sviluppo di misure alternative alle REMS.

b) la collaborazione con i DSM va perfezionata e, seppure il quadro sia nel complesso positivo, le difformità di comportamenti e vissuti resta ancora molto ampio. Ancora il ruolo dei periti che appare decisivo e l'esperienza dimostra che in molti casi non hanno fatto proprio lo spirito della legge, né sono in grado di operare con la continuità che è invece tipica dei DSM e in essi delle REMS.

La dotazione di risorse (umane, strutturali e Budget di salute) e le collocazioni a lungo termine dei pazienti e la loro assistenza nel territorio richiedono risposte anche in rapporto all'allarme lanciato dalla SIEP sullo stato dei DSM. Resta essenziale l'attivazione dei contesti sociali e la politica dei diritti e empowerment degli utenti sempre più coinvolti nel processo e nell'organizzazione dei servizi. Questo impianto non può essere riservato ad un mondo a parte (prima trascurato ed ora "risarcito") ma va visto all'interno di una politica sociale di sostegno dei diritti di tutti. Il tema appare in tutta la sua drammaticità per i soggetti italiani e stranieri, senza fissa dimora, apolidi e spesso senza reddito e riferimenti.

c) le relazioni con Magistratura di sorveglianza e di cognizione è nel complesso positiva ma insieme a prassi innovative ne persistono di superate (l'Ordinamento penitenziario non è applicabile nelle strutture sanitarie). La conoscenza della legge, del funzionamento dei DSM va molto migliorata e le prassi innovative sostenute. I punti sono molto noti (permessi, licenze, revisioni, tempistiche ecc.) e posti all'attenzione in diverse occasioni e credo ampiamente risolvibili specie se si avrà la forza di produrre sperimentazioni che colgano l'essenza del nuovo sistema che si è realizzato. Il ruolo dell'avvocatura è fondamentale per la tutela dei diritti e delle garanzie.

La questione delle misure di sicurezza detentive (in larga misura provvisorie) non eseguite per mancanza di posti, in Italia al 25 ottobre 2016, 241<sup>3</sup> (di cui 176 provvisorie e 65 definitive) rappresenta un problema che non deve portare a soluzioni semplicistiche e lineari come ad esempio quella di aumentare di 240 i posti REM aprendone altre 12. Si tratta invece di una grandissima opportunità per affrontare diversamente la questione. Infatti, con l'impossibilità di aumentare i posti e di collocare in soprannumero le persone in REMS come invece avveniva in OPG ha segnato un'importantissima discontinuità. Al contempo vi è l'occasione di aumentare l'appropriatezza garantendo l'effettivo utilizzo residuale della misura di sicurezza detentiva in REMS. La gestione di questi problemi attraverso Cruscotti regionali potrebbe essere un modo per dare a tutti i soggetti

---

<sup>3</sup> I dati sono derivati dalla "Seconda relazione trimestrale sull'attività svolta dal commissario Unico per il superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari. 19 agosto 2016-19 novembre 2016." Franco Corleone. Reperibile nel sito: [www.stopopg.it](http://www.stopopg.it)

interessati un punto di riferimento operativo e metodologico al fine di applicare correttamente la legge 81/2014 (capita spesso che la misura di ricovero in REMS venga disposta per soggetti già ricoverati o comunque già ben seguiti e per i quali la misura potrebbe essere di tipo non detentivo). Ancora troppo alto sembra il numero delle misure di sicurezza provvisorie e la sede della loro esecuzione apre seri interrogativi (non in REMS, ma dove?) e richiede soluzioni innovative. La rigidità e l'arretratezza delle misure di sicurezza detentive fa sorgere la domanda se esse non siano applicabili, attraverso opportune sperimentazioni, in contesti diversi?

Per il funzionamento del sistema deve essere chiara la definizione dei mandati sanitario e di quello giudiziario e, in un contesto operativo di tipo sanitario, va ribadito il primato del mandato di cura che si può svolgere solo nel consenso e nella prospettiva di libertà, di responsabilità e collaborazione-partecipazione. Questo vale anche in relazione al reato commesso e alla possibilità di lavorare per la riparazione prestando la dovuta attenzione, per quanto possibile, anche alle vittime. Va difesa la diversa chiave di lettura della psichiatria rispetto alla magistratura e all'amministrazione penitenziaria e quindi la possibilità di affrontare i problemi anche comportamentali con mezzi tipici della disciplina psichiatrica superando ogni forma di contenzione fisica, sviluppando programmi terapeutici riabilitativi individualizzati che prevedano anche l'attivazione dei contesti di riferimento. Occorre operare per superare il "doppio stigma" della malattia mentale e della delinquenza, ogni logica manicomiale e di segregazione delle diversità.

2) La chiusura degli OPG ha messo in evidenza in modo molto chiaro la questione della salute mentale negli istituti penitenziari e interroga profondamente sul senso della pena nelle persone con gravi disturbi mentali. In particolare si è evidenziata la necessità di rispondere a bisogni ex artt. 111 ("detenuti minorati psichici"), 112 (accertamento dell'infermità psichica) e 148 c.p. (detenuti condannati nei quali è sopraggiunta l'infermità mentale) che in passato finivano anche in OPG. E' necessario affrontare queste situazioni e al contempo vedere come trovare soluzioni anche quelle tipologie di pazienti che risultano di difficile gestione o inadatti al ricovero in REMS (psicopatia, utilizzatori di sostanze, pazienti resistenti ai trattamenti). Si potrebbero sviluppare percorsi innovativi e alternativi alla detenzione al fine di assicurare anche a queste persone il diritto alla salute. Si tratta di numeri rilevanti vista la percentuale di soggetti con disturbi mentali attualmente detenute. Solo a Reggio Emilia circa 60 pazienti che prima erano in OPG sono rientrati nello status di detenuti. Una coraggiosa azione riformatrice dovrebbe prevedere un significativo cambiamento agli interno degli Istituti di pena e creare adeguate alternative all'esterno degli stessi.

3) La politica dovrebbe almeno portare a compimento un'armonizzazione della normativa. Andrebbe poi risolta la questione della responsabilità professionale. Una riforma organica sarebbe auspicabile ma non credo vi siano le condizioni per una profonda revisione delle nozioni di imputabilità (superamento del "doppio binario"), di pericolosità sociale e delle misure di sicurezza.

Dopo il successo della chiusura degli OPG, una scelta di civiltà della quale possiamo essere orgogliosi, con molto realismo, senso del limite e umiltà, ma con la necessaria determinazione occorre rilanciare e sostenere l'azione di cambiamento affinché diventi un'occasione per la salute mentale delle persone e il benessere delle comunità.