

Scaletta dell'intervento per punti (Topics)

1. Il ruolo del DSM/Servizio di Salute Mentale è considerato nell'attuale contesto legislativo e organizzativo. Nella relazione non verranno, pertanto, presi in considerazione pur importantissimi temi relativi alla responsabilità penale dei malati di mente autori di reato o alla loro *sociale pericolosità* che richiedono interventi di modificazione del quadro legislativo vigente.
2. La funzione del DSM in un processo di superamento e chiusura degli OPG si realizza attraverso un'assunzione di responsabilità nei confronti dei pazienti di competenza nella realizzazione di percorsi di cura appropriati ed efficaci, che dipendono non solo da un corretto approccio clinico, ma anche dalla capacità di lavorare per un reinserimento sociale (abitazione, lavoro, relazioni sociali e famigliari, ...). Passare dalla misura di sicurezza alla sicurezza della cura richiede un intervento sia sugli aspetti clinici che sugli aspetti sociali, affinché la liberazione dall'OPG possa tramutarsi in una possibile libertà fuori dall'OPG.
3. La chiusura degli OPG avviene attraverso:
 - a. la presa in carico dei pazienti ricoverati da parte dei servizi di competenza ed la collaborazione tra OPG e DSM per la definizione di percorsi di cura orientati alla dimissione e al reinserimento sociale (obiettivo di recovery) (*svuotamento*).
 - b. la *prevenzione* dell'invio in OPG dei malati di mente autori di reato
4. La presa in carico passa attraverso la conoscenza della popolazione ricoverata in OPG e dei suoi bisogni di salute e di assistenza e della eventuale prevalenza degli uni sugli altri per individuare le risorse territoriali competenti e appropriate.
5. La definizione di programmi di cura richiede di attivare flussi di comunicazione e collaborazione operativa (non semplice e spesso onerosa) tra OPG e DSM (v. protocollo lombardo che stabilisce riferimenti e responsabilità dei singoli operatori DSM e OPG sui singoli soggetti internati, innescando un meccanismo non di semplice monitoraggio quantitativo ma di responsabilità personale operativa). La comunicazione deve interessare anche i servizi per le tossicodipendenze che

possono o no far parte del DSM in relazione alle diverse organizzazioni regionali o di singole aziende ospedaliere o asl.

6. E' possibile fin d'ora rilevare , dai dati di turn over dei ricoveri in OPG , che i DSM potrebbero essere già in grado di utilizzare i comuni circuiti di offerta del territorio per realizzare percorsi di cura orientati alla dimissione e al reinserimento, almeno per alcuni pazienti. Il trend nell'OPG di Castiglione mostra dal 2008 al 2012 una inversione di tendenza tra soggetti ammessi e soggetti dimessi ; si passa da un numero significativamente maggiore di ammessi negli anni fino al 2011 ad un numero pari tra ammessi e dimessi nel 2012 (182 ammissioni , 182 dimissioni). Vanno valorizzate e potenziate le capacità di utilizzare gli strumenti attualmente a disposizione
7. Per questo esprimiamo contrarietà a una proroga "secca" della chiusura degli OPG, senza un programma di azioni che consentano di arrivare nei tempi necessari alla costruzione delle condizioni (strutturali e organizzative) che consentano di dichiarare definitivamente e completamente chiusa l'esperienza dell'OPG. (Ricordare il ventennio, dal 1978 al 1998, che è stato necessario per realizzare l'effettiva chiusura di tutti gli OO.PP. italiani).
8. Per lo stesso motivo la dimensione dell'offerta di REMS non può essere definita in maniera aprioristica da chi ne sostiene la totale indispensabilità e da chi, al contrario, la totale inutilità. Va, invece, verificata, nel corso del processo di superamento dell'OPG, a livello Regionale con competenze e responsabilità in campo, cliniche e giuridiche.
9. La prevenzione dell'invio in OPG di malati di mente autori di reato passa anche attraverso l'organizzazione di un'assistenza efficace nel circuito penitenziario ordinario per chi soffre di malattie psichiche ed è autore di reato. Un progettualità in questo ambito assume un valore urgente e prioritario e deve coinvolgere i DSM. La progettualità , evidentemente differenziata, deve riguardare sia i soggetti con pena definitiva che i soggetti in attesa di giudizio.
10. L'interlocuzione e l'intesa con la magistratura (inquirente e giudicante) può permettere di definire i percorsi di trattamento realistici e possibili, alternativi all'internamento in OPG. Questa collaborazione va sostenuta da intese quadro a livello nazionale, che siano di indirizzo alle intese a livello regionale.

11. Il CTU , nel suo lavoro peritale, dovrebbe abitualmente interloquire con il DSM, per una contestualizzazione del caso clinico e dei potenziali provvedimenti, in una visione di tutela e di garanzia di un trattamento realisticamente fattibile per quel malato autore di reato, per supportare il magistrato nelle sue decisioni, compresa l'eventuale misura di sicurezza.
12. Questo processo di chiusura degli O.P.G. richiede coerenza di comportamenti da parte di tutto il sistema, sanitario e giudiziario. Si rileva come elemento fortemente critico l'ampia discrezionalità concessa ad ogni Regione di orientare l'utilizzo dei finanziamenti su una o più aree di intervento. (REMS , DSM, Comunità, Carcere..) L'omogeneità di cura e assistenza a livello nazionale è strettamente correlata all'equità di trattamento. Una regia rappresentativa di tutti i soggetti coinvolti potrebbe contribuire e definire linee comuni ed omogenee condivise e praticate da tutti senza innescare conflitti tra poteri centrali e periferici.

Teodoro Maranesi
Arcadio Erlicher

Roma 27 marzo 2014.