

**L'IMPATTO DI SAPERI, CULTURE E SENTIMENTI D'INSICUREZZA DEI  
SERVIZI PSICHIATRICI SULLE POLITICHE PER IL SUPERAMENTO  
DELL'OSPEDALE PSICHIATRICO GIUDIZIARIO**

di Giandomenico Dodaro

Professore Aggregato di Diritto Penale  
DSG - Scuola di Giurisprudenza  
Università degli Studi di Milano-Bicocca  
giandomenico.dodaro@unimib.it

**SUPERARE GLI OPG. QUALI  
ALTERNATIVE?**  
25 novembre 2013  
Palazzo Reale – Milano  
Comune di Milano – StopOPG

## 1. Criticità del “Programma di utilizzo delle risorse” di Regione Lombardia.

Dietro la strategia per il superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari messa in atto da alcune regioni, incentrata sull’apertura delle nuove “strutture extra-ospedaliere residenziali” (di seguito, REMS), si coglie una persistente inclinazione a inquadrare l’intervento nei confronti del “reo folle” all’interno di un modello di presa in carico di stampo medicalizzato, più che terapeutico-riabilitativo, e di tipo custodialistico, più che teso a favorire l’esecuzione di misure di sicurezza non segreganti.

Emblematico è il “Programma di utilizzo delle risorse” approvato dalla Giunta di Regione Lombardia con Deliberazione n. X/122 del 14 maggio 2013, che – come è noto – prevede l’attivazione di ben 12 residenze sanitarie da 20 posti letto ciascuna, dislocate in quattro poli, di cui sei nel polo mantovano di Castiglione delle Stiviere.

La valorizzazione di competenze acquisite e di economie di scala ha portato all’apertura e aggregazione di numerose strutture ed a una elevata concentrazione di ricoverati sofferenti psichici (6 REMS, destinate a ospitare fino a 120 persone, cui vanno aggiunti i 36 “ospiti” dei 2 moduli della comunità SLiEV destinata all’esecuzione penale esterna, per un totale di 156 posti letto), nonché alla creazione di livelli di responsabilità assistenziali accentrati e inediti (il riferimento è alla decisione di affidare all’équipe di Castiglione gestione e distribuzione dei pazienti all’interno delle residenze lombarde, nonché la valutazione di dimissibilità dei ricoverati), che rischiano di ricreare alcune delle principali caratteristiche delle istituzioni manicomiali.

Nel polo mantovano tutto sembra essere cambiato *nella forma*. Nella sostanza, invece, la riqualificazione del presidio lascia invariato il modello di OPG sanitario. Il processo di de-istituzionalizzazione si risolve in una forma di ospedalizzazione dei pazienti. Il vecchio ospedale psichiatrico giudiziario si ridimensiona, “si spezza” (in strutture) ma non “si spiega” (ai principi della riforma).

Il progetto di Regione Lombardia appare non in linea con i principi della legge n. 9 del 2012, la quale, soprattutto dopo le modifiche apportate della legge n. 57 del 2013, dimostra di travalicare i confini di un mero intervento, importante e ineludibile, di umanizzazione e sanitarizzazione degli ospedali psichiatrici giudiziari.

Disattento in maniera evidente il principio di *territorializzazione delle cure*, che è non solo criterio clinico ma è anche *principio giuridico* recepito da una legge dello Stato (la legge n. 9 del 2012 in linea con la “legge 180”), con l’effetto di allontanare gli internati dai servizi socio-sanitari e dai contesti affettivi-relazionali-sociali di appartenenza.

Quanto poi alla decisione di collocare le REMS all’interno del perimetro di aziende ospedaliere, essa appare distonica rispetto a quanto previsto dal progetto obiettivo “Tutela salute mentale 1998-2000” che definisce le strutture residenziali “strutture extra-ospedaliere”. In quanto tali, esse andrebbero « collocate in località urbanizzate e facilmente accessibili » al fine di prevenire ogni forma di isolamento delle persone che vi sono ospitate e di favorire lo scambio sociale. L’ubicazione intra-ospedaliera delle strutture, se non è di per sé preclusiva alla progettazione e realizzazione di un’adeguata offerta terapeutico-riabilitativa, potrebbe comportare un isolamento dell’area del presidio rispetto al territorio circostante (per una più ampia analisi del processo di superamento dell’opg in Regione Lombardia, sia consentito rinviare a Dodaro, 2013).

Franco Basaglia invitava a fare « attenzione alle facili euforie con l’inserimento dei malati di mente negli ospedali » e con la tendenza ad omologare la psichiatria alla medicina, ossia il comportamento al corpo (Basaglia, 1978). Strutture extra-ospedaliere residenziali, spogliate dalla *mission* socio-riabilitativa, irrigidite sul modello ospedaliero rischiano di riprodurre luoghi di internamento, la cui funzione primaria è l’incapacitazione-neutralizzazione del “reo folle”.

## 2. Assunti clinici.

Le decisioni di politica regionale sembrerebbe affondare le proprie radici in un duplice ordine di ragioni: esigenze cliniche e sentimenti di insicurezza.

La strategia di puntare dapprima sull’apertura delle REMS, piuttosto che sulla progettazione di percorsi terapeutico-riabilitativi individuali (come richiesto dalla legge n. 9 del 2012 e sollecitato dalla recente circolare del Ministero della Salute del 31.10.2013), sembrerebbe basarsi su un assunto scientifico che la politica locale sembra aver fatto proprio come dato *incontroverso*. L’assunto è che curare un sofferente psichico internato sia diverso dal curare un sofferente psichico che non abbia mai commesso un reato, anche quando si tratti di un soggetto violento o aggressivo, “pericoloso” in generale.

Su questa presunta differenza di esigenze cliniche e di controllo si giustifica l’apertura di nuove strutture contenitive e viene argomentata la richiesta non solo di un potenziamento delle risorse di personale effettivamente indispensabile in numerosi servizi psichiatrici e socio-sanitari, ma anche la richiesta di ulteriori finanziamenti per la *specifica* formazione del personale, indispensabile per realizzare il superamento degli opg.

L’etichettamento giudiziario di “pericolosità sociale”, pur privo di significatività dal punto di vista clinico, si rivela di fatto uno “stigma” che pesa sui percorsi di cura e sulle strategie di controllo degli internati più della stessa malattia mentale; ed alimenta ingiustificate generalizzazioni che rendono gli internati in qualche modo indistinti, parimenti pericolosi e allarmanti (nel contempo *diversi* dagli altri sofferenti psichici), rischiando di livellare i percorsi terapeutici.

Come giurista non posso far altro che constatare che tale assunto è tutt’altro che pacifico all’interno della stessa comunità psichiatrica. A definire i bisogni di cura e controllo di una persona sono la violenza o l’aggressività agitata o minacciata contro sé o contro gli altri, e non l’accidente di aver subito una condanna penale che abbia qualificato in termini normativi tali comportamenti come delitti. Inoltre, direttori di DSM o comunque in posizioni di responsabilità nei servizi rivendicano per i propri colleghi il possesso di competenze e professionalità nel farsi carico, già ora, dell’aggressività e della violenza dei pazienti, la quale rappresenta un problema con cui la psichiatria è da sempre chiamata a fare i conti.

Laddove fosse davvero necessario intervenire sulla formazione del personale, si dovrebbe aver cura di definire programmi rivolti non solo al trasferimento di conoscenze professionali tecnico-cliniche, ma anche di competenze *etiche e giuridiche* sul modo di rispettare e tutelare *dignità e diritti di libertà* dei pazienti nell’attività sanitaria, e sul modo di interloquire e interagire efficacemente all’interno della rete di agenzie che a vario titolo sono chiamate a farsi carico del “reo folle”.

### **3. Sentimenti d'insicurezza.**

A indurre la politica regionale a finanziare l'apertura delle REMS e l'espansione di sistemi di controllo, sono anche diffusi "sentimenti" d'insicurezza che sembrerebbero derivare da una sorta di proiezione che tende a identificare l'internato con il soggetto autore di crimini violenti ed efferati, e che fa riaffiorare angosce - che definirei - ancestrali (anche se, occorre ribadire, non tutti gli internati si sono resi autori di crimini violenti).

Tali sentimenti inducono la politica locale a prediligere un approccio al problema di tipo fortemente securitario e contenitivo, che si rivela peraltro capace di attrarre gran parte delle pur esigue risorse economiche disponibili. Guardando ancora alle scelte compiute da Regione Lombardia, basti richiamare la Deliberazione n. X/767 del 11/10/2013 della Giunta che, ad integrazione del "Programma di utilizzo delle risorse" del maggio 2013, ha disposto che le risorse destinate alla Valle d'Aosta ed acquisite da Regione Lombardia siano interamente destinate per interventi relativi al "Miglioramento quali-quantitativo degli aspetti relativi alla sicurezza delle strutture sanitarie extra ospedaliere", relativamente, a titolo esemplificativo e non esaustivo, a: sistemi di allarme in caso di fuga; chiusura di porte verso l'esterno; sistemi di telecamere; vetri antisfondamento o inferriate alle finestre delle stanze di degenza; bracci cedevoli alle docce di bagni.

È un sentimento di insicurezza *diffuso* a vari livelli, non solo (e forse nemmeno tanto) tra i cittadini, ma anche - ed è questo il punto sui cui vorrei richiamare l'attenzione - tra gli operatori di salute mentale che saranno obbligati a farsi carico dei pazienti internati nelle REMS o di ex internati nei vecchi OPG o nelle nuove strutture. Un sentimento d'insicurezza *emotivamente comprensibile* alimentato negli operatori di salute mentale non solo dalla paura di subire aggressioni da parte del paziente violento ancora più frequentemente di quanto normalmente accada nell'assistenza psichiatrica, ma anche dal rischio di essere chiamati a rispondere in sede giudiziaria per non aver impedito che il paziente facesse del male a sé o ad altre persone, in virtù della posizione di garanzia di cui sono investiti per legge; un sentimento d'insicurezza che si innesta in un contesto lavorativo già fortemente segnato dal diffondersi di inquietudini derivanti da vicende giudiziarie (non sempre razionalmente analizzate) e in cui persistono da tempo insofferenze e rivendicazioni connesse a criticità esistenti nella organizzazione dei servizi psichiatrici.

Sentimenti collettivi che chiedono di essere sedati, e che sembrano essere entrati nella politica locale divenendo essi stessi obiettivo delle risposte da dare. I nuovi *specifici* luoghi d'internamento e la *specifico* formazione del personale sanitario costituiscono l'architrave della politica securitaria del legislatore regionale. Ma è una risposta forte e rassicurante che riesce solo *in apparenza* - come vedremo - a immunizzare gli operatori da rischi o minacce.

### **4. Insicurezza e pratiche di *restraint*.**

Richiamare l'attenzione sui "sentimenti" di insicurezza, vera o percepita, mi sembra importante. Auto-percezione di sé da parte degli operatori di salute mentale come potenziale "vittima" di un sistema minaccioso o poco rassicurante, insicurezza e frustrazione per la propria vulnerabilità concorrono a definire mentalità e stili operativi dei servizi psichiatrici e

bisogni di controllo sul “reo folle”; e in maniera cosciente o incosciente, rischiano di veicolare, avallare o persino acuire culture, mentalità e pratiche *restraint*, di matrice difensivistica, tuttora persistenti nell’operatività di alcuni DSM (nonostante l’impegno a sradicarle), fortemente regressive nei riguardi dei diritti dei pazienti internati; e che potrebbero essere ulteriormente alimentate da ambiguità presenti sia nel modello di REMS introdotto dalla legge n. 9 del 2012, che nel modo di dare attuazione alla riforma a livello regionale (v. criticità del modello lombardo).

In particolare, per quanto riguarda la legge n. 9, si osserva che la nuova residenzialità ispirata a un sistema di tipo comunitario teso all’inclusione sociale del paziente appare, almeno sulla carta, a serio rischio di medicalizzazione. Non solo nel rapporto tra personale sanitario e personale riabilitativo vi è una netta prevalenza di medici e degli infermieri. Ma le stesse dotazioni di educatori e terapisti della riabilitazione, indicate come requisiti minimi dal DPCM del 2008, appaiono insufficienti a implementare attività riabilitative nell’esecuzione della misura di sicurezza. Questa forte superiorità di personale sanitario sul personale educativo, potrebbe determinare consolidamento e validazione all’interno delle residenze di pratiche culturali e operazioni tipiche della psichiatria da SPDC, capaci di rendere sterili o scarsamente efficaci percorsi terapeutici, soprattutto se il dominio della “sicurezza relazionale” dovesse essere declinato prevalentemente in forme di tipo contenitivo-manicomiale.

## **5. A chi giovano le nuove “strutture residenziali”?**

L’attenzione sull’apertura di nuove e numerose strutture residenziali e sull’elaborazione di sistemi di controllo appare più che altro funzionale a esigenze politiche di contenimento di paure collettive, reali o presunte, ingenerate da sofferenti psichici in libertà. Pensare però che tutto possa o debba essere controllato in « un clima di ossessione preventiva » attraverso nuove strutture segreganti sanitarie porta come principale risultato a limitare i diritti e le libertà delle persone (cfr. Ceretti e Cornelli, 2013, p. 153), non solo del “reo folle” ma anche dei professionisti sanitari che devono farsene carico.

La politica regionale nello scegliere di rispondere alle minacce, reali o presunte, del “reo folle” attraverso strutture segregati riconsegna *agli operatori di salute mentale la responsabilità della custodia*. E lo fa peraltro in un momento storico in cui torna a crescere l’attenzione della magistratura sul rispetto della dignità e dei diritti del malato di mente, lesi da vecchie o nuove forme di restrittività, da prassi coattive e coercitive esistenti nei servizi psichiatrici oppure da comportamenti imprudenti o imperiti degli operatori, come dimostra l’incremento, pur sempre contenuto, negli ultimi dieci anni di sentenze su casi di responsabilità professionale di psichiatri o di infermieri.

La gestione dell’internato in strutture complesse, come le REMS, evoca doveri di buona organizzazione facenti capo a soggetti investiti di posizioni di garanzia, nell’ambito delle quali i comportamenti aggressivi o violenti del paziente costituiscono fonti di pericolo da monitorare, prevenire e contenere, *ovviamente con strumenti legittimi*, e la cui realizzazione può essere motivo di responsabilità penale dall’operatore psichiatrico per omesso impedimento.

La gestione della sicurezza in organizzazioni complesse ha a che fare con la definizione di doveri relativi all’organizzazione e con la costruzione di modelli di

cooperazione tra soggetti destinatari di compiti secondo competenze differenziate, ed trae con sé quindi il problema della “posizione di garanzia”; problema che in linea di massima non si pone, invece, nei confronti del “reo folle” che si trovi a scontare una misura di sicurezza non detentiva (cfr. Dodaro, 2011b).

In definitiva, l’apertura delle REMS è (anche, almeno in parte) uno strumento politico funzionale alla gestione di angosce collettive, ma che si rivela nei fatti una soluzione – che definirei – “controintuitiva” per gli operatori che finiscono per essere gravati dalla responsabilità della custodia.

Nella gestione dell’aggressività o della violenza del reo internato in una REMS non sono ammesse deroghe alla disciplina ordinaria degli strumenti coattivi o coercitivi che ne consentano un utilizzo più facile e frequente. Per la contenzione meccanica, ad esempio, valgono gli stessi stringenti limiti normativi entro cui è eccezionalmente giustificata all’interno dei SPDC. Legare l’internato al letto di una REMS, così come legare il paziente al letto di un SPDC, è vietato dalla legge penale, ed è occasionalmente ammesso in presenza di uno stato di necessità alle condizioni dell’art. 54 cod. pen. (cfr. Dodaro, 2011a). Gli artt. 41 ord. pen. e l’art. 82 del Reg. pen. che disciplinano i mezzi di contenzione fisica nei luoghi dell’esecuzione penale non autorizzano un ricorso più massiccio alla contenzione meccanica nei confronti dell’internato. Tali norme, o le si interpreta in coerenza con l’art. 54 cod. pen., oppure sono da considerare incostituzionali dal momento che non è ammissibile che il personale sanitario sia autorizzato a operare restrizioni della libertà personale del paziente internato al di fuori del rispetto delle garanzie costituzionali dell’art. 13 Cost., ossia della riserva di legge assoluta e della riserva di giurisdizione (sui limiti costituzionali della contenzione, Massa, 2013).

È evidente che « Il destino di coloro che, purtroppo, non guariscono non può essere un problema relegato esclusivamente alla competenza dei medici psichiatri » (Sacco, 150). Occorre sviluppare una cultura “nuova” nella comunità sociale chiamata ad accompagnare il lavoro di cura delle persone psichicamente sofferenti, che crei una rete capace di riattivare interlocuzione e sinergie operative tra le agenzie istituzionali coinvolte, DSM, magistratura tutta (pm, gip, magistratura di sorveglianza) e forze dell’ordine.

### **Riferimenti bibliografici**

BASAGLIA F., intervista di F. Giliberto, in *Archivio storico de La Stampa*, edizione di venerdì 12 maggio 1978, p. 11.

CERETTI A. e CORNELLI R., *Oltre la paura. Cinque riflessioni su criminalità, società e politica*, Feltrinelli, Milano, 2013.

DODARO G.

- 2013, *Ambiguità e resistenze nel superamento dell’OPG in Regione Lombardia: verso l’“istituzionalizzazione ospedaliera” del malato di mente autore di reato?* *Rivista italiana di medicina legale*, p. 1387 ss.
- 2011a, *Il problema della legittimità giuridica dell’uso della forza fisica o della contenzione meccanica nei confronti del paziente psichiatrico aggressivo o a rischio suicidario.* *Rivista italiana di medicina legale*, p. 1483 ss.
- 2011b, *Posizione di garanzia degli operatori psichiatrici per la prevenzione di comportamenti auto o etero-aggressivi del paziente. Gli orientamenti della giurisprudenza penale (1978-2010)*, in Agnetti A; Amatulli A; Barbato A; Borghetti S; Clerici M; Dodaro G; Erlicher A; Ferrannini L; Maranesi T; Pittini G; Pulitanò D; Righi A; Varrani E. *La posizione di garanzia degli operatori psichiatrici. Giurisprudenza e clinica a confronto*, FrancoAngeli, Milano, p. 33 ss.

MASSA M., *Diritti fondamentali e contenzione nelle emergenze psichiatriche*, in *Riv.it.med.leg.*, 2013, p. 179 ss.

SACCO M., *Bollettino dalla trincea dei servizi psichiatrici territoriali*, in Corleone F. e Pugiotto A., *Volti e maschere della pena. Opg e carcere duro, muri della pena e giustizia riparativa*, Ediesse, Roma, 2013, p. 143 ss.