

Luigi Ferrannini

OPG: per le Regioni quali problemi (in)attesi?

Va' Pensiero n° 658 | 15 aprile 2015

Possiamo dire che con la chiusura degli Ospedali psichiatrici giudiziari (OPG) si chiude il cerchio delle battaglie cominciate più di trent'anni fa da Franco Basaglia?

La chiusura degli OPG rappresenta un passo storico importante, ma non è l'ultimo.

Vi è una sostanziale differenza rispetto al processo riformatore attuato con la cosiddetta Legge Basaglia. Di fatto la Legge 180/1978 aveva modificato la norma giuridica secondo la quale tutti i pazienti psichiatrici dovevano essere trattati coattivamente. Successivamente è stato avviato un processo lungo, faticoso e difficile, che ha portato alla chiusura delle strutture manicomiali civili. La Legge 81/2014 ha, invece, modificato le istituzioni che devono rispondere a problemi giuridici della non imputabilità, dell'incapacità di intendere e volere, della pericolosità sociale e del rischio di recidiva senza, però, modificare il Codice Rocco del 1930 e le norme dell'ordinamento penitenziario del 1975, che ne stanno alla base definendo quali autori di reato devono essere internati perché socialmente pericolosi. Fintanto che non verranno riformati gli articoli del codice penale, la posizione dell'autore di reato infermo di mente continuerà a essere quella di detenuto in misura di sicurezza e non di cittadino libero e, pertanto, ad oggi non viene superata la logica della reclusione del disturbo mentale in luoghi di internamento.

Nonostante nell'ultimo secolo le concezioni di malattia mentale siano radicalmente mutate, possiamo affermare che pericolosità sociale è sempre uguale a malattia psichiatrica?

Pericolosità sociale = malattia psichiatrica è un'equazione che – anche per gli aspetti diagnostici, clinici e terapeutici – andrebbe assunta con molta cautela per non rischiare di rimanere fermi ad una concezione oggi non comprensibile. Solo per fare alcuni esempi dei casi più frequenti in passato, oggi non ci confrontiamo per lo più con il paziente schizofrenico paranoico delirante (patologia) che ammazza la moglie (reato) perché ritiene che lo tradisca, né con l'eroinomane autore di reato. Sia i comportamenti-reato sia le motivazioni dello stesso sono profondamente modificati rispetto al passato, così come lo sono gli intrecci complessi tra reato, abuso di sostanze stupefacenti ed effetti personali degli abusi di sostanze stupefacenti delle quali in molti casi non si conoscono nemmeno le azioni.

Stiamo, inoltre, attraversando una fase sociale in cui l'azione prevale sulle emozioni e sulla comunicazione delle stesse, dalla quale originano comportamenti giuridicamente perseguibili quali, ad esempio, gli eventi di stalking. Fondamentalmente lo scenario dei comportamenti-reato e della tipologia di reati e dei rei non è statico ma dinamico come dimostrano le statistiche attuali. Il tasso di commissione di reato nella popolazione minorile e in quella anziana, non solo over65 ma anche over70, è in continua crescita. Inoltre, sono in aumento i reati da parte di persone adulte con disturbi dello spettro autistico (naturalmente quando la persona diventa adulta, disturbi dell'apprendimento, disturbi pervasivi dello sviluppo che, proprio per la difficoltà al controllo degli impulsi e dei comportamenti, possono andare incontro molto più frequentemente di prima a reato). In questo scenario, peraltro, sta emergendo un problema complesso e altrettanto delicato che è quello della genetica.

Cioè?

Diversi studi mettono in luce che una persona su 1 milione potrebbe essere geneticamente predeterminata verso la commissione di comportamenti-reato. Se questa tesi venisse confermata, dovremmo confrontarci con casi di persone che commettono reati, anche gravi, ma che non sono imputabili perché geneticamente predeterminati a non avere una libertà di arbitrio.

Quel che è da sottolineare quindi è che stiamo assistendo a un mutamento del paradigma di pericolosità sociale. I rei socialmente pericolosi sono per la gran parte persone affette da patologie psichiatriche classificate dal DMS-V, ma anche persone con disturbi neurologici o deficit cognitivi. In questa operazione di trasferimento dalla pena alla cura, la Psichiatria è di certo in prima fila ma, per alcune nuove categorie di rei, il sistema sanitario dovrebbe mettere in campo diverse discipline, quali, ad esempio, la Neuropsichiatria infantile, la Geriatria e altre discipline che si

occupano di disabilità complesse in età adulta quali la Neurologia e la Riabilitazione.

Come si è riusciti ad arrivare alle condizioni disumane in cui versavano gli OPG?

Il vero dramma degli OPG – così come ogni struttura italiana restrittiva della libertà – è la condizione di inumanità, di sovraffollamento e il mix di detenuti autori di piccoli e grandi reati affetti da importanti o lievi patologie mentali. L'intero sistema penitenziario, infatti, è stato caratterizzato negli ultimi anni da un incremento delle carcerazioni e, soprattutto, da un degrado conseguente a un disinvestimento economico. Il tasso di suicidi nelle nostre carceri è drammaticamente elevato. La Commissione europea più di una volta ha messo in mora l'Italia per le condizioni disumane di vita nelle nostre carceri e, proprio recentemente, anche per la non assunzione nel codice penale del delitto di tortura. Poco è stato fatto per ristrutturare i complessi carcerari già esistenti o costruirne di nuovi. Non a caso, dunque, si è arrivati al “decreto svuota carceri” per far fronte al sovraffollamento e a un incremento dell'intervento sanitario e psichiatrico nelle carceri proprio in vista della chiusura degli OPG. In ogni Regione, infatti, deve essere presente almeno un reparto psichiatrico intra-carcerario per tenere sotto osservazione i detenuti che durante la prigionia vanno incontro a disturbi psichiatrici, e costituire una rete di consulenza interna al carcere per quei detenuti che richiedono trattamenti, pur non potendo essere scarcerati e quindi rimanendo nel regime di compatibilità con la condizione carceraria.

Il percorso intrapreso con la Legge 81 è la regionalizzazione delle istituzioni che devono prendersi carico dei detenuti infermi mentalmente e socialmente pericolosi con la costruzione di strutture protette e vigilate in ogni Regione. Quali percorsi di cura sono previsti in sostituzione degli OPG?

In questo processo di chiusura degli OPG sono previsti diversi livelli di presa in carico e diversi gradienti di trattamento a seconda della gravità della malattia e pericolosità della persona. Le Residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza (REMS) sono state pensate per quella quota di pazienti infermi di mente che hanno commesso gravi reati violenti, con alto rischio di recidiva e alto rischio di pericolosità. A queste si aggiungono interventi dei servizi territoriali e delle strutture residenziali e comunità terapeutiche riabilitative psichiatriche e geriatriche e trattamenti intensivi domiciliari. Questo circuito “ordinario”, che si avvale di livelli differenziati di intensità di cura, di capacità di contenimento e di tipologia di trattamento, prenderà in carico la maggiore quota di pazienti ex OPG e, auspicabilmente, anche la maggiore quota di nuovi autori di reato, che non necessariamente presenteranno tutte le caratteristiche di persone altamente pericolose destinate alle REMS.

Dalla sua esperienza quali sono le principali sfide che le Aziende sanitarie regionali si trovano ad affrontare con la chiusura degli OPG?

Innanzitutto, le risorse economiche per l'attuazione di questa riforma. Va considerato che in alcune Regioni mancano ancora i finanziamenti previsti per le REMS che sarebbero dovuti arrivare un anno e mezzo fa. La chiusura degli OPG, infatti, mette in moto un processo complesso che coinvolge più Ministeri con una tempistica che dovrebbe essere realistica e non solo teorica. Un'altra sfida è la riorganizzazione dei servizi delle aziende sanitarie locali in modo tale di poter essere molto attive sulla presa in carico territoriale dei pazienti autori di reato. Questa riorganizzazione riguarda in primo luogo i dipartimenti di salute mentale, ma anche altri contesti quali istituti penitenziari, strutture territoriali distrettuali, i servizi geriatrici e in genere la rete socio-sanitaria di supporto agli anziani, comprensiva dei servizi domiciliari, per creare una rete regionale assistenziale in grado di farsi carico dei problemi complessi che andranno affrontati. Un altro aspetto importante è la collaborazione con la Magistratura. In Liguria abbiamo firmato un protocollo d'intesa tra la Regione (e quindi tutte le ASL) e tutti gli uffici giudiziari, attraverso la costituzione di una Unità funzionale di Psichiatria forense all'interno di ogni dipartimento di salute mentale e dipendenze, a cui spetterà la presa in carico del paziente psichiatrico autore di reato anche attraverso una funzione di consulenza per la Magistratura in fase cognitiva e in fase decisoria. Da parte sua il giudice è libero di nominare periti, però sa di poter avere un punto di riferimento in ogni Dipartimento di salute mentale che, peraltro, è lo stesso servizio che metterà in atto il percorso clinico. Un rapporto più stretto di consulenza tra Magistratura e servizi psichiatrici

rappresenta un vantaggio rispetto a una situazione di scollamento fortissimo che c'è stato in questi anni tra queste due istituzioni. Anche altre Regioni stanno sperimentando questo strumento.

Rispetto a questo quadro, quali sono le preoccupazioni degli operatori?

La prima preoccupazione è di riuscire a condurre bene questa sfida, contenendo i rischi per pazienti e operatori e ottenendo outcome clinici significativi.

La seconda è l'impatto culturale e sociale che può avere questa riforma. Ultimamente la chiusura degli OPG è stata portata all'attenzione del pubblico dai media in diversi articoli anche con toni allarmisti. In questo quadro basta un evento critico per creare un clima culturale e sociale di opposizione come si è verificato con la chiusura dei manicomi civili. È un problema che va tenuto sotto controllo, anche da parte dei media, perché se no si rischia di far saltare il banco.

C'è poi una terza preoccupazione che riguarda la gestione delle risorse e la tutela dei diritti: un nodo molto delicato e complesso. In un periodo di crisi economica come quello attuale, è ragionevole che le poche risorse disponibili per i trattamenti residenziali siano destinate in prima istanza a pazienti autori di reato piuttosto che ai non rei che quindi rimangono in lista d'attesa? Tra un paio di anni potremmo trovarci nella condizione di non poter garantire trattamenti residenziali mirati a persone con disturbi psichiatrici che potrebbero trarne beneficio perché le risorse, sempre decrescenti e non crescenti, sono già state orientate per la presa di carico dei pazienti psichiatrici che hanno commesso reato.

Per ultimo, ma non per questo meno importante, vi è il problema della formazione degli operatori sanitari. L'Università dovrà assumere la questione del trattamento di pazienti autori di reato sia per il medico tout court, sia in vari corsi di specializzazione (medico di Medicina generale, neurologo, geriatra, riabilitatore, psicologo) che nei corsi di laurea delle professioni sanitarie (infermiere, operatore socio sanitario, educatore, tecnico della riabilitazione psichiatrica e altro ancora). Finora non è stato così...

Che futuro si aspetta?

Sono dell'idea che il processo di chiusura degli OPG si sarebbe dovuto attuare con una diversa gradualità e gestione. Considerato che era una processo in discussione già dal 2008 ci si sarebbe dovuti attivare molto prima.

Inoltre, si sarebbe dovuto predisporre una sorta di fondo sociale economico per sostenere i servizi, l'organizzazione di nuove strutture e lo sviluppo di percorsi di presa in carico personalizzati (ad esempio, un budget individuale di salute definito per ogni singolo utente in relazione al suo bisogno di trattamento); cosa che invece non è stata fatta visto che i finanziamenti aggiuntivi sono del tutto insufficienti.

Quindi mi aspetto un processo faticoso come altri lo sono stati. L'augurio è che la sostenibilità culturale, sociale ed etica ci consenta di portarlo a termine. Come dice il professor Marco Pelissero il rischio è che in questa fase storica ci sia una sorta di patologizzazione di ogni reato e psichiatizzazione della sanzione penale. Quel che dovrebbe essere tenuto presente è che non è assolutamente vero che ogni reato sia imputabile a un disturbo mentale.