



# PSICHIATRIA DEMOCRATICA

## Chiudere gli Ospedali Psichiatrici Giudiziari, superare le REMS: le proposte di Psichiatria Democratica per governare il cambiamento.

### *Premessa*

Le “*Relazioni trimestrali sullo stato di attuazione dei programmi regionali relativi al superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari*” dei Ministeri della Salute e della Giustizia, consentono un certo monitoraggio del processo, anche se, per quanto tempestive, scontano un inevitabile scarto temporale con la realtà, e, i loro dati forniscono un quadro per molti aspetti allarmante del reale impegno delle Regioni nel farsi carico di vecchi e, purtroppo, nuovi cittadini sottoposti a misura di sicurezza per infermità mentale.

Vale la pena di richiamare i tratti salienti di queste relazioni.

La seconda relazione – febbraio 2015 – evidenziava il colpevole ritardo delle Regioni nel rispetto della scadenza di legge, come anche da noi denunciato riprendendo i dati ufficiali.

Psichiatria Democratica (P.D.) sottolineava come solo quattro Regioni *avessero dichiarato (altro è fare)* di essere in grado di rispettare la scadenza senza ricorrere al privato (Emilia Romagna, Campania, Calabria e Friuli Venezia Giulia, quest’ultima ricorrendo a strutture a gestione mista (pubblico/privato) mentre sarebbero ricorse al “privato accreditato” nella fase intermedia due Regioni (Piemonte e P. A. di Bolzano e qui si rimarcava un aspetto paradossale: il Piemonte avrebbe inviato gli internati sottoposti a regime di alta sicurezza a Castiglione delle Stiviere ma al contempo la P.A. di Bolzano avrebbe inviato i suoi alla comunità “Mauriziana” in Piemonte); la Liguria si sarebbe convenzionata con Castiglione d. Stiviere e ben 10 Regioni – P.A. Trento, Veneto, Toscana, Marche, Lazio, Abruzzo Molise, Puglia, Basilicata, Sicilia e Sardegna – non erano state in grado di indicare un termine certo per la presa in carico dei propri internati, rinviando il tutto ad una successiva rimodulazione dei propri programmi individuando “REMS” provvisorie, per rispettare le scadenze, in attesa della realizzazione di quelle definitive.

La terza Relazione – aprile 2015 – fa il punto sullo stato di realizzazione delle c.d. REMS provvisorie ed evidenzia un quadro molto preoccupante, che da un lato conferma quanto già noto dall’altro denuncia ulteriori difficoltà nell’applicazione della Legge.

Riassumiamo brevemente gli aspetti più critici.

Anche per le REMS “provvisorie” si confermano gli aspetti problematici già evidenziati - invii fuori Regione, convenzioni con Castiglione delle Stiviere, ricorso al privato – superati, in gravità, dalla Regione Veneto che “*non ha fornito alcuna indicazione circa le soluzioni per la presa in carico dei pazienti veneti al 1° aprile 2015*”; inoltre, anche dove individuate, le REMS provvisorie non sono nella maggior parte dei casi immediatamente disponibili e in qualche caso sono bloccate da ricorsi al TAR (Lazio, Abruzzo-Molise) mentre altri programmi – v. Toscana – sono già superati da successive deliberazioni. Il ministero segnala infine che la disponibilità di p.l. nelle REMS

provvisorie – 448 a regime – sono inferiori alle attuali necessità il che potrebbe creare difficoltà nell'accoglienza di eventuali nuovi invii.

Ma vi è un altro dato che desta ancora maggiore preoccupazione: le presenze in opg sono diminuite – 698 (623 uomini e 75 donne) al 25.3.2015 mentre erano 761 al 30.11.2014 – ma gli ingressi, nel periodo, sono aumentati. La Relazione conclude auspicando: “... *alla luce dei positivi risultati raggiunti attraverso il costante e proficuo lavoro dell'Organismo di coordinamento, ha infine proposto di adottare, su base territoriale, un analogo modello di amministrazione compartecipata, costituendo in ciascun ambito regionale un centro operativo inter-istituzionale composto dai rappresentanti delle diverse amministrazioni interessate e con la partecipazione della magistratura di sorveglianza, con la funzione di coordinare e monitorare il compiuto svolgimento delle attività connesse all' avvio delle nuove strutture sanitarie per l'esecuzione delle misure di sicurezza detentive*”.

Dalla lettura delle relazioni appare evidente che nemmeno oggi il processo di chiusura è adeguatamente governato: i progetti delle strutture di accoglienza (provvisorie o definitive che siano) risultano spesso aleatori, incerti nei tempi di realizzazione; l'utilizzo dei finanziamenti, specie di parte corrente, viene destinato a pagare delle rette di ricovero presso strutture, anche private, fuori Regione; si registra uno scarto tra le dimissioni “ipotizzate” anche nelle precedenti rilevazioni e quelle attuate ( si scopre solo oggi che la c.d. “dimissibilità clinica” non coincide con quella reale essendo questa subordinata alla revoca, da parte del magistrato di sorveglianza della misura di sicurezza detentiva in opg!) e che i p.l. nelle REMS provvisorie sono inferiori alle attuali presenze e di conseguenza non ci saranno posti disponibili per eventuali nuovi invii. Soprattutto si rileva che, nonostante la diminuzione delle presenze totali in opg, gli ingressi sono aumentati facendo supporre che accanto alla nota “psichiatria difensiva” degli operatori dei DSM restii a farsi carico di loro cittadini autori di reato si sta evidenziando anche una “magistratura difensiva” restia ad applicare gli aspetti innovativi della L.81 in materia di misura di sicurezza ricorrendo in larga misura all'equivalente del vecchio invio in opg: se a questo atteggiamento della magistratura si aggiunge la scarsità di posti letto nelle REMS provvisorie, si rischia di dovere di “necessità” ricorrere nuovamente all'invio delle nuove misure di sicurezza detentive in quelle strutture – come Castiglione delle Stiviere – che non si sono modificate in applicazione della legge rischiando in questo modo di perpetuare un internamento in grandi istituzioni, lontane dal luogo di provenienza del soggetto internato con cui il competente DSM avrà difficoltà a mantenere i contatti e a verificare, puntualmente, il procedere del progetto terapeutico di presa in carico.

Molti di questi problemi Psichiatria Democratica li aveva denunciati con largo anticipo, indicando anche i possibili interventi correttivi, avendo, in questi anni, ripetutamente visitato ( in delegazione di dirigenti quali Bondioli, Caiazzo, Di Fede, Galluccio, Loffredo, Lupo, Morlicchio, Ortano, Pane ) gli attuali OPG incontrandosi e confrontandosi con internati, personale di custodia, dirigenti dell'Amm. Penitenziaria, personale sanitario e parasanitario.

### ***Una breve cronistoria***

Vogliamo dappresso riportare, in sintesi, quanto, fin dal lontano Ottobre 2011, abbiamo a più riprese, suggerito a Governo, Regioni ed ASL, purtroppo senza essere ascoltati. Dicevamo, come risulta dai nostri documenti ufficiali, quanto segue: “... che il Servizio Sanitario Nazionale, mantenga *il coordinamento e la supervisione costante dei programmi attuativi*, attraverso le sue articolazioni funzionali...” e più avanti ”... *proponiamo la creazione di Uffici ed Equipages di dismissione (task force) - a tempo - per ciascuna struttura e in tutti i DSM, quali reali strumenti operativi e di collegamento tra le realtà interne e quelle esterne...*” e ci conferma in questa indicazione il fatto che oggi – aprile 2015 - i Ministri della Sanità e della Giustizia auspichino la creazione di un organismo analogo.

Chiedevamo *commissari ad acta* per le Regioni inadempienti e di: ”... *garantire progetti individualizzati per ciascuna persona interessata, insieme al coinvolgimento attivo di famiglie, Istituzioni, strutture di accoglienza fino agli operatori sociali, che dovranno essere sempre ben formati ed in grado di assolvere i compiti che verranno loro assegnati. Dal punto di vista logistico, dove non sia possibile un rientro in famiglia, pensiamo a piccole strutture di accoglienza, regionalizzate, dove ospitare i dimessi (ribadendo sia l'individualità che la dinamicità dei progetti)...*”. Qualche mese dopo (11 febbraio del 2012) ritornavamo a proporre - in un documento a firma del compianto Luigi Attenasio, di Bondioli e Lupo - in maniera chiara un percorso di fuoriuscita dagli OPG, che era frutto anche della esperienza maturata dai dirigenti e operatori aderenti a Psichiatria Democratica, durante lo smantellamento dei manicomi.

Riteniamo, perciò, considerata la loro attualità, ribadire i punti salienti di quel documento riproponendoli agli interlocutori istituzionali:

- 1) La titolarità dei progetti terapeutici personalizzati - resta appannaggio del Servizio Sanitario Nazionale che attuerà la presa in carico, avvalendosi dei suoi Dipartimenti di Salute Mentale e delle loro articolazioni funzionali. La centralità del Servizio pubblico è, per Psichiatria Democratica, garanzia da un lato di attiva partecipazione di tutti gli attori in campo (Utenti, familiari, operatori, Enti, volontariato, cooperazione sociale etc.) e, dall'altro, di contrasto a tutte le forme di privato mercantile che potrebbero essere interessate alla gestione nelle singole realtà regionali;
- 2) Il finanziamento venga definito in maniera da garantire un budget adeguato ai diversi bisogni (casa, progetto lavorativo, etc.) e sia vincolato in ragione dei suindicati progetti per ciascun utente;
- 3) L'emanazione da parte del Governo di un Regolamento attuativo che - d'intesa con le Regioni e con il coordinamento del Presidente della Conferenza Stato-Regioni (all'epoca Errani oggi Chiamparino) - indichi, dettagliatamente, modi, tempi e risorse, umane ed economiche, da impegnare nel complesso processo di dismissione in modo di sostenere, concretamente, i sempre più asfittici Dipartimenti di Salute Mentale (insieme alla costituzione delle già menzionate équipes di dismissioni);
- 4) Che si affrontino, contestualmente, l'istituto della imputabilità/inimputabilità per infermità di mente e quello, che da questo deriva, della pericolosità sociale per infermità mentale di cui chiediamo l'abolizione.

Lo stato attuale di attuazione del processo di superamento degli opg ci conferma nella validità delle soluzioni da tempo indicate.

Psichiatria Democratica è cosciente che questo degli OPG, come ogni progetto di deistituzionalizzazione, non sarà un processo breve nè tantomeno esclusivamente legato alle normative ma che dovrà vivere, attraversare e cambiare culture e prassi. Che non ci sono nè scorciatoie nè semplificazioni, né modelli ma solo un duro, costante lavoro che, sul territorio, dovrà vedere ancora una volta impegnati ed uniti quanti - a vario titolo - pongono al centro del loro fare/pensare i diritti di coloro che non ce la fanno da soli.

Ci preme, altresì, ribadire anche in questa sede, che, ancora una volta, si è commesso - da parte delle Istituzioni - l'errore di partire dal posto letto, di puntare sul luogo e non sulle persone, di oggettivare e non soggettivare il bisogno: in questa ottica, come ben sappiamo, i posti letto non saranno mai sufficienti né nelle REMS provvisorie né in quelle definitive; non si è partiti, cioè, dal programma individualizzato, per ciascuna persona, come si dovrebbe fare, sempre, nell'approntare progetti che riguardano la vita di ciascuno. Ecco perché i “gruppi tecnici” hanno, in genere, di

nuovo fallito e, comunque, non sono riusciti a scrollarsi di dosso la neo-manicomializzazione che la paura del folle porta con sé. Dobbiamo partire da una realistica analisi della condizione dei singoli internati che tali sono per misura di sicurezza e non solo per le loro condizioni cliniche (valutate peraltro al momento della commissione del reato): avere separato questi due aspetti, separando il clinico dal giudiziario, ha generato l'equivoco della "immediata dimissibilità" determinando dapprima una sottostima della necessità di posti letto nelle residenze alternative e oggi l'allarme per la loro insufficienza. A questo equivoco e alle sue conseguenze si può porre rimedio solo se psichiatri e magistrati (di cognizione e di sorveglianza) lavoreranno congiuntamente in tutte le fasi del giudizio, nell'ottica di applicare la legge 81 nel suo spirito e nella sua lettera.

Ponendo al centro dei progetti il posto letto, più che pensare ai progetti di vita si è pensato, esclusivamente, alla dimensione custodialista, privilegiando ancora una volta il *sorvegliare e punire* anche per quel riguarda il delicato e importante tema della sicurezza, tanto nella progettazione delle REMS provvisorie quanto per quelle definitive.

A questo riguardo, condividendo appieno la valutazione di un autorevole Magistrato di Sorveglianza che così si era espresso circa la ospitalità dei detenuti nel dopo OPG in "luoghi dove garantire la loro Salute Mentale nella sicurezza dei cittadini", tali essendo anche le REMS c.d. "provvisorie", Psichiatria Democratica ritiene che, considerato anche l'impegno economico riversato sulla loro realizzazione, vada definitivamente abbandonato il progetto di costruire delle REMS definitive: ben sappiamo (e lo stiamo constatando anche in questa fase come risulta dall'allarme sulla carenza di p.l. della Terza Relazione) che questo comporterebbe un incentivo alla neo-istituzionalizzazione, che al termine del processo ci troveremo con un numero di p.l. dato dalla somma dei "provvisori" più quelli "definitivi" con un impegno economico ingente che potrebbe essere utilizzato sia per i progetti individualizzati ("i soldi seguano i pazienti", abbiamo più volte ribadito nel corso degli anni) che per aumentare le dotazioni di organico dei DSM.

Una corretta applicazione della L.81 in stretta collaborazione tra DSM e Magistratura non può che portare ad una riduzione della necessità di posti letto per cui, provvedendo alla dimissione degli attuali internati non necessariamente solo nelle REMS ma anche in altre strutture della psichiatria già esistenti sul territorio (i posti residenziali psichiatrici in Italia sono stimati in oltre 20.000, non sembra quindi necessario crearne degli altri per persone che una volta dimesse dall'opg, avendo cessato la loro misura di sicurezza, non sono diversi, per bisogni assistenziali dagli altri pazienti psichiatrici in carico ai DSM). Se verrà fatto questo reale lavoro di restituzione al territorio dei soggetti internati gli attuali 448 posti previsti a regime nelle REMS "provvisorie" potrebbero risultare in eccesso.

Quindi nessuna REMS definitiva e ridimensionamento di quelle "provvisorie" usando questo aggettivo, non nell'accezione ministeriale, ma in quella di strutture di passaggio perchè tali realmente siano per i progetti di vita dei loro ospiti che si dovranno declinare fuori di esse una volta esaurita la misura di sicurezza.

### ***Le nostre proposte per governare il cambiamento***

Su questa strada bisogna andare avanti e mettere basi solide per **governare** sia il processo di chiusura degli OPG sia, e soprattutto, il futuro, con il coinvolgimento di tutti gli attori in campo e, finalmente, fare sì che **Giustizia e Sanità si parlino** sempre e, di volta in volta, proprio attraverso i programmi individualizzati, congiuntamente validati, si offrano risposte adeguate, diversificate e rispettose della sicurezza ad ogni persona con problemi psicologico/psichiatrici autori di reato. La responsabilizzazione dei DSM e delle altre articolazioni funzionali delle ASL che potrebbero essere

interessate alla progettazione (anziani, tossicodipendenti, handicap, alcolisti etc.) resta determinante nei progetti da realizzare.

E' un obiettivo non facile da realizzare e forse, nei mesi a venire, ci toccherà constatare di essere stati facili profeti nella denuncia di questa ottica burocratica/amministrativa, in cui le istituzioni non comunicano tra loro: leggeremo allora di dimissioni selvagge, inadeguatezza delle strutture, isolamento agli operatori, mancanza di progetti di vita e iniziative tutte improntate alla repressione; insomma non l'accompagnamento verso le strutture ci sarà stato ma solo la dimensione del *trasferimento in altro luogo* senza una reale presa in carico. Non ci sarà la ripresa della vita sociale ma una neo-manicomializzazione.

Continueremo a batterci perché la legge venga applicata ribadendo che vanno commissariate le regioni inadempienti così come vigileremo perché non si abbiano a perpetuare gli ergastoli bianchi.

L'obiettivo oggi è di dare applicazione alla legge 81 e questo potrà realizzarsi solo se **Sanità e Giustizia agiranno in sinergia** in tutto il Paese, per ciascuna ASL e ciascun Tribunale.

Ecco la nostra proposta a carattere nazionale: le due Amministrazioni, stipulino su tutti i territori **protocolli operativi**, attivando gruppi di lavoro misti – ASL e Magistratura - stabili e operativamente attivi in tutte le fasi del procedimento (dall'accertamento peritale, alla definizione del luogo ove scontare la misura di sicurezza, alla tipologia della misura stessa, al monitoraggio del percorso terapeutico-riabilitativo, ecc.), in grado di fornire alle persone con problemi psichiatrici, autori di reato, quelle risposte, concrete, differenziate e personalizzate, capaci di dare vita a processi inclusivi per gli interessati (presa in carico, lavoro, socializzazione etc.) *“dove garantire la loro Salute Mentale nella sicurezza dei cittadini”* senza ricorrere a risposte standardizzate e perciò necessariamente di custodia: i cosiddetti mini OPG.

L'obiettivo – attraverso circolarità delle informazioni e corretto utilizzo delle risorse territoriali – è, ovviamente, quello **di fondere e condividere esperienze e pratiche tanto delle realtà socio/sanitarie che del mondo della giustizia**. Lavorare in gruppo tra magistrati, psichiatri, psicologi, assistenti sociali, infermieri, operatori sociali, etc. eviterà *di limitare* le risposte al solo *clinico* o al solo *giuridico*: conoscere la storia dei singoli attraverso familiari, datori di lavoro, amici, insegnanti e quanti altri si rendessero disponibili, contribuirà a rendere credibili e verificabili i progetti, utilizzando in maniera mirata le risorse economiche e professionali disponibili.

Inoltre, il quotidiano rapporto che si svilupperà tra i soggetti delle istituzioni firmatarie del protocollo, favorirà l'indispensabile bilanciamento tra bisogni di salute e di sicurezza.

In conclusione Psichiatria Democratica continuerà ad impegnarsi, con le altre associazioni e gruppi attivi sul problema, affinché sia reale e definitivo il superamento degli OPG e per il rafforzamento dei Dipartimenti di Salute Mentale territoriali, promuovendo e/o partecipando ad iniziative di lotta, fino al raggiungimento degli obiettivi proposti e condivisi.

Emilio LUPO – Segretario Nazionale di Psichiatria Democratica

Cesare BONDIOLI – Resp. Naz. Carceri e OPG di Psichiatria Democratica

Per chi volesse approfondire le posizioni e le argomentazioni sviluppate nel tempo sul tema OPG, da parte di Psichiatria Democratica può consultare il nostro sito internet [www.psichiatriademocratica.com](http://www.psichiatriademocratica.com)