

Spunti per una nuova concettualità al servizio delle dimissioni di utenza ristretta negli O.P.G..

di Fabio Dito

In questo intervento si fa riferimento alla legge 328/2000, alla riforma del titolo V della costituzione, al D.P.C.M. 01/04/2008, alle linee di indirizzo nazionali per la salute mentale del 21/03/08, al DPCM del 29/11/2001.

Dimissioni. Mettiamoci subito d'accordo, la reale dimissione di utenza ristretta in un OPG avviene solo quando questa viene cancellata dall'anagrafe di quell'istituto, cioè dal suo ufficio matricola, e gli viene restituito un comune documento d'identità. Viceversa, quando riceve la tessera precettiva verde, svolge qualcosa di alternativo all'internamento, la licenza finale esperimento, ma la sua posizione giuridica rimane sempre quella di internato. Nell'OPG di Aversa ad oggi sono fisicamente presenti 291 utenti mentre quelli in carico sono 366, cioè 75 sono le L.F.E.

Presa in carico. La storia dell'utente/internato è un po' irrituale per tutti gli operatori della salute mentale. Primo perché chi fa la presa in carico non è il C.S.M., il C.P.S. o il C.I.M. bensì il Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria (D.A.P.). Esso associa l'utente ad un OPG dove opera anche del personale sanitario. Quando è nella possibilità rispetta quanto prescritto dal D.P.C.M. del 01/04/2008. Il D.A.P. dice anche quanto deve durare tale presa in carico, verosimilmente dovrebbe coincidere al massimo con la durata stabilita nel provvedimento emesso dal Magistrato del Tribunale competente per l'internato. Ma il limite temporale, una volta in OPG, si annulla. Ne è prova di quanto dico l'incapacità dei DSM di prevedere nella loro programmazione annuale l'impegno di spesa da utilizzare per propri utenti ristretti in OPG con posizione giuridica definita ed in dimissione per l'anno oggetto della programmazione stessa. Al riguardo, quando ho cercato di coinvolgere i DSM territorialmente competenti per sostenere un percorso di emancipazione di un loro utente dall'istituto, ricevevo risposte il cui contenuto era l'indisponibilità economica. Anche l'internato raccoglie questa dichiarazione formale, letta nell'udienza per la revisione della sua pericolosità sociale, e mestamente se ne ritorna nella sua cella, senza neppure poter guardare negli occhi chi gli ha sentenziato un'ulteriore permanenza nell'istituto. Già, sovente gli operatori della salute mentale disertano le udienze dei loro utenti che hanno commesso reati non estranei alla patologia per cui lo hanno in carico. A volte succede poi che in maniera avventuristica i D.S.M. aderiscano alla sperimentazione. Sovente, terminato il periodo della licenza finale esperimento se il D.S.M. non si è riuscito a proporre una evoluzione del percorso, questa misura detentiva alternativa diventa qualcosa di prorogato ricorsivamente, di complementare all'OPG. Praticamente si esonera l'internato dal progredire verso un'esperienza di normalità.

Professionalità. Area penitenziaria, équipe trattamentale, équipe sanitaria interna, équipe sanitaria esterna, UEPE, servizi sociali esterni: sei competenze insistono sull'internato e si confrontano o almeno dovrebbero confrontarsi durante tutto il periodo dell'internamento fino alla valutazione multi professionale per l'eventuale dimissibilità di un internato. Sei competenze ad elevato bisogno di coordinamento e convergenza nell'obiettivo ma con differenze operative evidenti. Agli operatori della salute mentale che svolgono questo lavoro serve duttilità professionale per arrivare alla soluzione di problemi sempre diversi, serve una capacità di lettura sinottica di informazioni provenienti da più fonti e di eseguire un compito non prescritto, serve il possesso di competenze specifiche rispetto alla propria area professionale di appartenenza che non corrisponde ad una specifica posizione organizzativa e che evolve in relazione alle competenze individuali e alle necessità emergenti.

Definirei "idiotica", cioè priva di esperienza, molta della professione che ho incontrato in questi anni di lavoro negli OPG. .

Budget economico. E' giusto dire che tutti quelli che hanno a che fare con gli OPG non se la passano bene, soprattutto gli operatori esterni. Per quest'ultimi il cruccio professionale, come poc'anzi detto, è il controllo della spesa sanitaria, il non ci sono i soldi, laconico commento che ripetono per il loro quieto operare quotidiano. Ma se da una parte bisogna combattere il senso diffuso di una economia diretta, a mo di massaia, imposto alla nostra pratica quotidiana, dall'altra si impone un nuovo percorso intellettuale. In questo il primo passaggio dovrebbe essere il seguente: il budget economico dovrebbe esser visto da noi operatori come l'unità di misura con cui stabilire un rapporto almeno introspettivo tra capacità professionali ed altre risorse formali e non coinvolgibili o che si rendono disponibili nella formulazione di un PTRI. Così si va oltre la discrezionalità della presa in carico giustificata dalle risorse economiche e non.

Prognosi sociale. Il Magistrato chiede un controllo delle varianti abnormi del disturbo psichico. Pertanto, gli operatori dovrebbero avere nel loro bagaglio professionale la capacità di implementare azioni terapeutiche in armonia con l'evoluzione della posizione giuridica dell'utente/internato. Ciò significa, a mio avviso, una capacità di rimodulare il perimetro relazionale e fisico entro il quale l'utente/internato e l'operatore possono muoversi per fare salute mentale in un rapporto dialettico tra le infrazioni formali delle regole, il dettato delle prescrizioni assegnato dal Magistrato di Sorveglianza all'utente, ed il fondamento della regola stessa. Significa considerare la materia giuridica relativa come parte integrante della propria professione e non come oggetto di competenza di altre professioni. In poche parole dovrebbe esserci più trasversalità.

Mancando tutto questo, il provvedimento del Magistrato di Sorveglianza si volga in provvedimento amministrativo a carico delle ASL e, direbbe il Kafka de "Il processo", il procedimento supera il verdetto. L'internato rimane in O.P.G..

Per fortuna lo statuto teorico del concetto di salute mentale, almeno in questo, dovrebbe aiutarci. Per ricordarcelo tutti le posizioni della psicologia clinica, della psicopatologia e della psichiatria sono tradizionali nella salute mentale. Altrimenti, in questo specifico campo, facciamo solo della scolasticeria.

Criticità. Tante, poi, sono le criticità. Alcune:

- il vessillo del diritto, proposto secondo una lettura astorica ed acritica ed oggettivante l'individuo;
- le richieste intermedie, anche se legittime, che si levano quando si discute di OPG e che distolgono da un reale progetto organico di chiusura degli OPG stessi. Rispondere a queste significa aspettare che il tempo lavori per noi.
- La progettualità sine limite che svuota il concetto di "lavoro a progetto" inteso come modalità stimolata di operare;
- le verità stringate relative ad un solo utente poi internato, oppure a solo un periodo limitato della vita di questo, che diventano paradigmi universali per tutti gli altri.

Per intenderci, in una riunione di pochi mesi fa, ragionavamo che su circa trecento internati ristretti nell'OPG alle mie spalle, circa una quarantina sono realmente ed effettivamente pericolosi. Ciò però non significa dire che devono rimanere nell'OPG ma forse che il protocollo della modalità dell'affido ad una struttura sanitaria come unica tipologia di capacitazione debba anch'esso essere ripensato, anche perché gli standard qualitativi ed organizzativi dei servizi non sono omogenei in tutta Italia.

Per le mie conclusioni farò riferimento alla situazione che conosco meglio, gli O.P.G. campani.

Il D.P.C.M. del 01/04/2008 ha sicuramente migliorato l'idea di detenzione, ma, per quanto concerne gli internati, se il decreto emesso dal Magistrato di Sorveglianza propedeutico alla dimissione dall'OPG insiste sull'affido esclusivo a strutture sanitarie determinandone anche le condizioni di erogabilità delle prestazioni, ci si imbatte con il problema della definizione dei LEA, e dell'appropriatezza delle prestazioni erogate. Un internato esce dall'OPG quando il suo quadro clinico è in fase di compenso, ma quando un utente attraversa una fase di compenso clinico, la sua collocazione naturale non è quella delle comunità terapeutiche, quella dei gruppi appartamento, quella dei gruppi di convivenza; verificato che anche al cambiare delle condizioni ambientali il compenso perdura bisognerebbe rivolgere lo sguardo verso altre forme di sperimentazione delle misure di sicurezza non detentive. In questo caso ci s'imbatte con il problema della disomogenea ed esitante applicazione delle misure di sicurezza detentive alternative sul territorio italiano, e spiace dover rilevare che anche la legge 199 del 26 novembre 2010 non comprende, se non marginalmente, disposizioni per gli internati. Un esempio: l'ambigua definizione di idoneità del domicilio.

Aversa, 14/01/11.

Fabio DITO, psicologo DSM Ce/2, ASL di Caserta.