

Dispositivi e percorsi per il superamento degli Ospedali psichiatrici giudiziari

Senato della Repubblica

Roma 11 novembre 2014

La situazione evidenziata dalla prima relazione al Parlamento sul superamento dell'Ospedale psichiatrico giudiziario, prevista dalla Legge 81 del maggio scorso, "disposizioni urgenti in materia di superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari", ci può far pensare ad una fine vicina dell'Opg. O meglio ad una possibilità concreta, entro il marzo del 2015, della chiusura di alcuni istituti. Anche se non ancora vicino appare il superamento dei fondamenti giuridici, scientifici, culturali che fondano l'istituto e le misure di sicurezza.

Prendendo come punto di riferimento l'approvazione della Legge 180 di riforma dell'assistenza psichiatrica del '78, in questi ultimi 36 anni alcune centinaia di uomini e poche decine di donne, pressoché quasi costantemente intorno ad un massimo di 1400 internati, hanno continuato ad essere rinchiusi nei sei Ospedali psichiatrici giudiziari italiani,

Istituti inaccettabili per natura, per il mandato e l'incongrua legislazione che li sostiene, per l'organizzazione e gestione, che sanciscono percorsi "speciali" per la persona con problemi di salute mentale che ha commesso reato, confermando il suo "statuto speciale", abolito invece dalla Legge 180. Luoghi dove il soggetto, negato anche nella responsabilità del suo gesto-reato, viene ridotto a malattia e a pericolosità sociale. E la malattia diventa colpa e punizione.

La persistenza delle norme del Codice Rocco del 1930 sostanziano l'esistenza dell'Ospedale psichiatrico giudiziario, nonostante l'importante azione di erosione fatta in questi anni, ed in continuità con i principi della Legge 180, dalle sentenze della Corte Costituzionale, che hanno con forza posto le basi per lo svelamento dell'insensatezza ed incostituzionalità dell'Ospedale psichiatrico giudiziario.

Per tutte ricordiamo la sentenza n.253 del 2003 secondo cui "le esigenze di tutela della collettività non potrebbero mai giustificare misure tali da recare danno, anziché vantaggio, alla salute del paziente", che sancisce quindi la supremazia del diritto alla salute nei confronti delle esigenze della

custodia/salvaguardia sociale attraverso la misura coercitiva del ricovero in Ospedale psichiatrico giudiziario .

La Legge 81/2014, su cui più volte abbiamo espresso un giudizio di positività, se ha prorogato, per la terza volta, la chiusura degli Opg, ha apportato significative modifiche al testo della Legge 9/12. Specificatamente

- Ha spostato il focus dalle strutture, le Rems, ai soggetti. che devono diventare titolari di progetti terapeutici individuali alternativi all'internamento.
- Ha indicato ai giudici, anche quelli di sorveglianza, di dover favorire misure di sicurezza (MS) alternative all'internamento, sia per gli attuali internati, sia per le persone portatori di disturbo mentale che commettono reato. Alle Regioni, di conseguenza, di rivedere il numero dei posti nelle Rems e convertire il budget per le stesse *versus* la realizzazione e riqualificazione delle "strutture pubbliche".
- Ha sancito che la pericolosità sociale non può essere riconosciuta a partire dalle condizioni economiche del soggetto (comma 4 art. 133 c.p.) o in relazione alla mancata presa in carico da parte dei servizi sanitari. Questo in nome di un principio di uguaglianza e quindi in contrasto con l'attuale situazione che vede gli Opg quali "contenitori" prioritariamente di persone a basso potere contrattuale, o espulse dal contratto sociale, più che di pericolosi matti criminali, o da persone che i servizi di salute mentale dimenticano o vogliono allontanare.
- Ha dichiarato per i "pazienti per i quali è stata accertata la persistente pericolosità sociale", che peraltro deve essere documentata "in modo puntuale", la "eccezionalità e transitorietà del proseguo del ricovero".
- Ha definito che la durata della MS non può superare il massimo della pena edittale prevista per quel reato, e quindi ha previsto la dimissione per decorrenza dei termini, ponendo fine agli "ergastoli bianchi".

Intorno alla promulgazione del testo e durante la sua discussione, si sono sollevati allarmi e preoccupazioni, spesso ingiustificate, da parte degli operatori dell'assistenza psichiatrica e della giustizia, rappresentati a volte in maniera scandalistica dai mass media. Oggi peraltro tutto questo sembra parzialmente sopito (anche a partire dall'evidenza dei fatti).

Alcune questioni poste allora dagli operatori psichiatrici trovano giustificazione nella riduzione delle risorse dei servizi di salute mentale, i cui operatori negli ultimi dieci anni sono passati da 0,8 a 0,4 ogni 1.500 abitanti, ridotti quindi del 50%, come denuncia una ricerca del novembre scorso,

svolta in oltre il 30% dei Dsm di 14 regioni italiane, della Società italiana di psichiatria. La dimensione media del territorio dei Dsm ha subito un incremento del 26%, con accorpamenti quasi selvaggi dei Centri di salute mentale che vanno ad operare su territori fino a 200mila abitanti, perdendo quindi qualsiasi possibile radicamento territoriale.

Ma accanto a questo dobbiamo evidenziare altre criticità. È necessario interrogarsi sui modelli organizzativi messi in campo nei Dipartimenti di salute mentale, sulle attribuzioni del budget ai differenti servizi, sui percorsi di cura, sugli stili operativi.... In questi anni, nella maggior parte dei territori, dobbiamo drammaticamente riscontrare un inquietante ripiegamento culturale e delle pratiche fondato su un riduzionismo biologico-clinico, un trincerarsi autoreferenziale degli operatori dentro e dietro categorie diagnostiche, l'essere divenuti i centri di salute mentale dispensatori di farmaci o di prestazioni, il permanere di pratiche *restraint*: servizi con le porte chiuse e ricorso frequente alla contenzione fisica, l'assenza di lavoro di rete, un rafforzamento acritico delle lobbies professionali, la non suddivisione dei poteri (e quindi delle responsabilità), un impegno del budget prioritariamente negli Spdc e nella residenzialità "pesante"(h24), di nuovo produttrice di cronicità, con un depauperamento dei Centri di salute mentale. Ed infine una generalizzata deresponsabilizzazione verso la salute pubblica.

Questo dobbiamo constatare, senza peraltro dimenticare le esperienze di servizi che mantengono capacità di risposte multiple, complesse e differenziate fondate sulla centralità ed unicità dei soggetti, che lavorano con le porte aperte, senza il ricorso alla contenzione, che si arricchiscono degli apporti e delle culture dei soggetti con esperienza, delle loro capacità di auto aiuto e di protagonismo, degli intrecci con associazioni, cooperative e fondazioni che lavorano sui diritti e sul bene comune salute mentale.

Da ultimo non possiamo non menzionare in maniera preoccupata il sistema differenziato di salute mentale nelle regioni italiane, come la rinnovata ed incomprensibile distanza da parte della politica e delle amministrazioni locali sull'organizzazione della salute mentale, la cui domanda pure esplose nel nostro paese e non solo, su cui è necessario a livello centrale pure un intervento (Non riteniamo peraltro efficaci e coerenti gli interventi dello Stato-Regioni in tema di salute mentale adulti e minori, centrato su categorie diagnostiche).

I 40anni di riforma tuttavia non sono passati invano, la discussione attuale, come la complessità dei nodi che in questa fase affrontiamo lo dimostrano. Ma vogliamo sottolineare quantomai sia necessario riprendere i fili e i temi che hanno inverte la riforma, riporre attenzione politica ai temi della salute mentale.

Nello specifico dell'Opg la relazione parlamentare ci rimanda ad un'analisi confortante, a tre mesi dalla promulgazione Legge 81/14.

Il numero di internate ed internati nei sei Opg, al 9 settembre, è 793, 880 al 31 gennaio 2014.

Dai progetti terapeutici presentati dai Dipartimenti di salute mentale, su 826 persone presenti al 1 giugno, risulta che 476 sono state dichiarate dimissibili.

Lasciano perplessi le ragioni della non dimissibilità dichiarate per i rimanenti internati, circa 350, in particolare per quel 40% non dimissibile per "ragioni cliniche". Come dire che ci sono quadri clinici che possono essere "curati" nell'Opg e non nei servizi del territorio! Evidentemente una incomprensibile assurdit  in contrasto con la legge 180. Come all'esame dell'ordinanze del riesame della pericolosit  sociale, si legge che viene confermata la misura detentiva in caso di "scompenso psicopatologico". Ancora una volta quasi si potesse affrontare uno scompenso psicopatologico in Opg quando invece curare   la *mission* dei Dsm, in particolare nelle situazioni di scompenso psicopatologico!

Particolarmente interessante   l'attribuzione di "pericolosit  sociale" gli internati non dimissibili dichiarata solo per l' 8%, quindi per circa 70 persone. Come allora si possono giustificare i 990 posti letto di Rems?

Preoccupante   il permanere di persone in misure di sicurezza provvisorie, 1/3 degli internati.

Tanto pi  il numero alto delle persone che vengono ammesse negli Opg, 84 tra l'1 giugno e il 9 settembre.

Non   chiaro se c'  stata l'abolizione degli invii di detenuti dagli istituti penitenziari e quali strumenti di presa in carico di questi   stata attivata.

Ma complessivamente i dati indicano che il lavoro avviato per la chiusura degli Opg sia efficace. Sembra esserci, e cos  dichiarano alcuni operatori sanitari degli Opg, un buon lavoro di dimissioni degli internati mentre non altrettanto   il lavoro di contrasto agli ingressi, ad opera quindi prioritariamente della magistratura.

Di cosa c'  bisogno

In riferimento all'attuazione della L.81/14 risulta necessario da parte del Ministero della salute:

- Attivare i fondi correnti con immediata urgenza onde fornire alle Aziende sanitarie e ai Dsm i budget per l'attivazione dei progetti individuali per i dimissibili, anche attraverso l'assunzione di personale, come previsto dalla Legge 9/12. Questo potrebbe entro il prossimo trimestre

determinare il raggiungimento di un numero di internati inferiore alla metà di quelli attuali.

Pertanto si potrebbe prevedere la chiusura di uno o più Opg

- Avere il monitoraggio continuo delle scadenze dei termini della MS e dei percorsi messi in campo
- Costituire a livello centrale una *task force* che intervenga e lavori sui "casi complessi", sulle internate ed internati per le quali risulta particolarmente difficile un progetto di dimissione, formata da personale sanitario e della giustizia e da rappresentanti dei familiari e degli utenti. Compito della *task force* può essere pure quello di far conoscere e mettere in rete le buone pratiche.
- Un ulteriore intervento sulle Regioni perché rivedano/sospendano i progetti di Rems, come e nei numeri attualmente definiti, per riconvertire le risorse a favore delle organizzazioni dipartimentali e in progetti terapeutico riabilitativi individuali e, a partire dalla necessità solo residuale delle Rems, perché propongano, entro il 30 marzo prossimo, soluzioni residenziali, accettabili dalla magistratura, per i casi, pure residuali, in cui si assegni una MS detentiva.

In generale è necessario un nuovo progetto obiettivo nazionale che indichi i dispositivi organizzativi che meglio rispondono ai bisogni di salute di una comunità, che definisca il budget per la salute mentale, che indichi alle Aziende sanitarie obiettivi definiti collegandoli ad un meccanismo premiale.

Per il contrasto ai vecchi e nuovi Opg c'è bisogno di un Dipartimento che

1. metta al centro il lavoro territoriale per mantenere la persona negli ambienti naturali di vita supportandola nel suo percorso di cura. In cui i Csm abbiano la responsabilità su un territorio e una popolazione definita (60-80 mila abitanti), garantiscano la continuità assistenziale contro la frammentarietà delle risposte e la proattività verso la domanda, con un'équipe multidisciplinare che si prende carico delle persone attraverso progetti terapeutici riabilitativi individuali, capace di dislocarsi lì dove la persona si trova, capace di una continuità della presa in carico, in particolare la persona in crisi, sulle 24 ore.
2. promuova l'accoglienza e della presa in carico della persona con sofferenza mentale, anche nelle situazioni di crisi, in quanto soggetto, titolare di diritti, con storia, relazioni, esperienza, per accompagnarlo a diventare protagonista nel percorso di cura e per l'accesso ai diritti di cittadinanza
3. sia attraversabile dalla comunità, con le porte aperte, che non faccia uso di mezzi di contenimento e dei sistemi di videosorveglianza

4. garantisca la risposta a tutte le persone che si rivolgono ai servizi, in quanto portatrici di bisogno, ove necessario accompagnandole verso il servizio deputato
5. formuli protocolli con i servizi dell'età evolutiva, delle tossicodipendenze ed in genere stabilisca rapporti con i medici di medicina generale e gli altri servizi sanitari e sociali del territorio
6. garantisca l'assistenza nel carcere alle persone con problemi di salute mentale
7. stipuli protocolli con la magistratura ordinaria e con quella di sorveglianza onde favorire il lavoro di rete per il contrasto agli invii in Opg, utilizzando come periti gli psichiatri dei Csm di riferimento, in particolare per le persone già in carico
8. rifiuti, attraverso una pratica concreta della presa in carico, vecchie e nuove istituzioni che ripropongano il nesso cura e custodia.

Giovanna Del Giudice

Portavoce nazionale Forum salute mentale