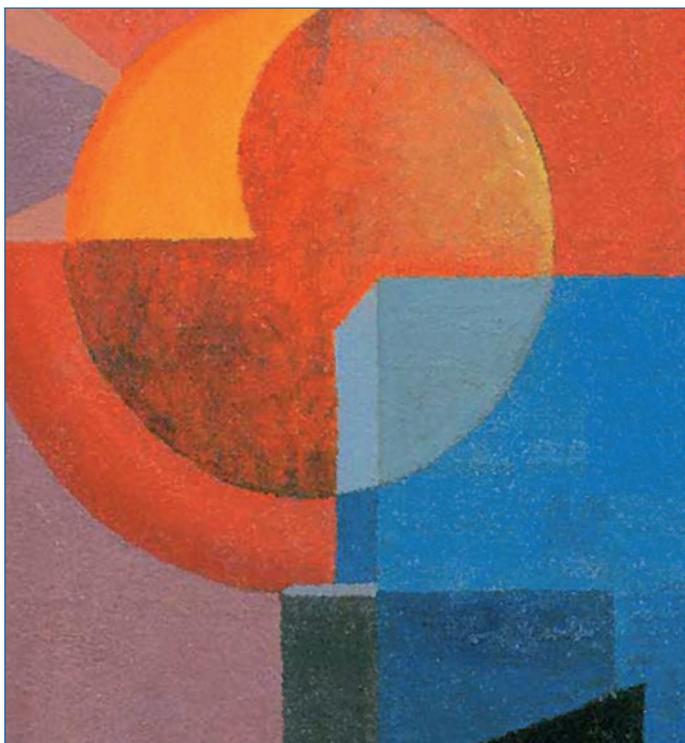


Pietro Pellegrini

**PER UNA PSICHIATRIA
SENZA OSPEDALI
PSICHIATRICI
GIUDIZIARI**



FRANCOANGELI/Sanità

Informazioni per il lettore

Questo file PDF è una versione gratuita di sole 20 pagine ed è leggibile con



La versione completa dell'e-book (a pagamento) è leggibile con Adobe Digital Editions. Per tutte le informazioni sulle condizioni dei nostri e-book (con quali dispositivi leggerli e quali funzioni sono consentite) consulta [cliccando qui](#) le nostre F.A.Q.



I lettori che desiderano informarsi sui libri e le riviste da noi pubblicati possono consultare il nostro sito Internet: www.francoangeli.it e iscriversi nella home page al servizio “Informatemi” per ricevere via e.mail le segnalazioni delle novità.

Pietro Pellegrini

**PER UNA PSICHIATRIA
SENZA OSPEDALI
PSICHIATRICI
GIUDIZIARI**

FrancoAngeli

Progetto grafico di copertina di Elena Pellegrini

Copyright © 2015 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy.

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore. L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni della licenza d'uso dell'opera previste e comunicate sul sito www.francoangeli.it

Indice

Presentazione. I percorsi di chiusura degli ospedali psichiatrici giudiziari (OPG) in Emilia-Romagna, di <i>Mila Ferri</i>	pag. 9
1. Tra cura e sicurezza. Intervista ad Angelo Fioritti, di <i>Matteo Scorza</i>	» 13
2. Il superamento dell'OPG	» 23
3. Riflessioni sui percorsi oltre l'OPG	» 29
4. Pre-requisiti per i percorsi di cura oltre l'OPG	» 35
5. Per un nuovo punto d'incontro tra giustizia e psichiatria	» 43
6. Riferimenti giuridici essenziali per il superamento dell'OPG	» 55
7. Contributo alla definizione del modello operativo delle REMS	» 63
8. Oltre l'OPG: prime linee di indirizzo per i Dipartimenti di salute mentale dipendenze patologiche	» 79
9. Percorsi per le persone con disturbi mentali autrici di reato	» 89

10. Uno studio retrospettivo sui pazienti psichiatrici autori di reato ricoverati in OPG e in cura presso l'AUSL di Parma nel periodo 2002-2015. Risultati preliminari	pag. 95
11. Annotazioni sulla responsabilità degli operatori sanitari nei percorsi di superamento dell'OPG	» 99
Conclusioni...aperte	» 111
Appendice. Riferimenti giuridici essenziali	» 117
Bibliografia di riferimento	» 151

*Dedicato alla memoria di Antonio Pellegrini,
architetto, Direttore del Dipartimento Attività
Tecniche dell'Ausl di Parma, un uomo di grandi
ideali che con altissima competenza e profonda
sensibilità ha saputo innovare per migliorare le
condizioni della cura e la qualità della vita delle
persone che soffrono e di chi si prende cura di loro.*

Presentazione. I percorsi di chiusura degli ospedali psichiatrici giudiziari (OPG) in Emilia-Romagna

di *Mila Ferri**

Credo possa essere utile, in questo momento, divulgare e sottoporre alla discussione del mondo dei professionisti e dei policy-maker il processo che ha portato la Regione Emilia-Romagna ad offrire a tutte le persone con misura di sicurezza un percorso al di fuori degli OPG. Il testo che presentiamo raccoglie materiali di diversa natura, accomunati dall'essere stati utilizzati direttamente sul campo: in momenti di formazione diretti ai professionisti, nel corso di confronti con Magistratura, Amministrazioni locali, cittadinanza. I contributi, pertanto, spaziano da inquadramenti teorici a prassi operative, e rendono bene l'atmosfera da "lavori in corso" che ha caratterizzato quest'ultimo anno.

La Regione Emilia-Romagna non si è trovata impreparata all'appuntamento del 1 aprile 2015. Fin dai primi anni 2000, ben prima del passaggio di competenze della sanità penitenziaria al servizio sanitario regionale, l'OPG di Reggio Emilia fu oggetto di una sperimentazione che vide un reparto aperto durante le ore diurne, senza la presenza della polizia penitenziaria. Dopo il passaggio di competenze, avvenuto nel 2008, la riqualificazione dell'assistenza all'interno dell'OPG in senso quali-quantitativo è stata importante: in un contesto particolarmente difficile, sono stati introdotti i principi della sanità pubblica, che vedono la persona internata al centro dell'attenzione, come paziente. È stato quindi profondamente intaccato il paradigma sotteso ad un luogo con le caratteristiche dell'istituzione totale, che per sua stessa natura era poco orientato in senso evolutivo e riabilitativo. L'impegno della AUSL di Reggio Emilia ha portato, ad esempio, ad azzerare totalmente gli episodi di contenzione fisica, eliminando – atto con valore concreto ma anche fortemente simbolico – il letto dedicato a tale funzione.

Allo stesso tempo, però, abbiamo lavorato intensamente con i territori, sviluppando una cultura e prassi operative per accogliere le persone con mi-

* Servizio assistenza territoriale – area salute mentale e dipendenze patologiche – Regione Emilia-Romagna.

sura di sicurezza in contesti non detentivi. L'apertura di una residenza ("Casa Zacchera" a Sadurano in provincia di Forlì) dedicata a programmi alternativi all'internamento, che ospita persone con patologie psichiche impegnative autori di gravi reati, ci ha dimostrato la reale possibilità di affrontare questi problemi in contesti competenti ma vicini al territorio. Inoltre, abbiamo creato una rete e definito apposite procedure tra Direzione sanitaria dell'OPG e i Dipartimenti salute mentale e dipendenze patologiche, favorendo le dimissioni in contesti di cura ordinari anche attraverso finanziamenti dedicati. Questa fase, che ha visto il confronto costante con i professionisti e una robusta dose di formazione, è stata fondamentale per mettere a punto un modello che dal 1 aprile 2015 sta funzionando a pieno regime.

Determinante è stata in questi anni la buona relazione con la Magistratura di sorveglianza. La particolare sensibilità dimostrata dal Presidente del Tribunale di sorveglianza di Bologna, che ci aveva già portato alla sottoscrizione un accordo sulle alternative alla detenzione per i detenuti tossicodipendenti, ha favorito programmi non detentivi evitando del tutto l'ingresso in OPG in molti casi.

E veniamo al definitivo superamento degli OPG. La legge 9/2012, pur con tutti i limiti legati a tempistiche assolutamente non realistiche, ha avuto il grandissimo merito di mettere un punto fermo sulla vicenda: gli OPG, che pure nel nostro caso erano stati profondamente modificati dalla riforma della sanità penitenziaria, devono chiudere, e le misure di sicurezza devono essere eseguite in strutture sanitarie. Nei contributi che seguono vengono affrontati tutte le implicazioni di questa scelta sulla cultura professionale. Io mi limito a esaminare come la Regione Emilia-Romagna ha affrontato questo passaggio dal punto di vista strategico e organizzativo.

La contraddizione tra i tempi definiti nella legge e il percorso ministeriale previsto per attivare le residenze per l'esecuzione della misura di sicurezza ha portato a due rinvii, la cui responsabilità è stata attribuita in toto alle Regioni. E certamente alcune Regioni si sono attivate con grande ritardo e altrettanto grandi resistenze.

Dopo l'emanazione della legge 81/2014, che oltre a fissare il termine per la chiusura al 31 marzo 2015 introduce alcuni importanti principi (priorità alle misure non detentive, durata delle misure non superiore alla pena massima edittale), le Regioni hanno deciso assieme al Governo di forzare il processo, trovando soluzioni residenziali rispettose dei requisiti e utilizzabili transitoriamente. La Giunta della Regione Emilia-Romagna è stata promotrice di questa decisione, dichiarando pubblicamente la propria intenzione di rispettare in ogni caso i tempi previsti dalla legge.

Le AUSL della Regione hanno risposto a questa sfida con grande tempestività: la AUSL di Bologna e di Parma hanno presentato un programma per l'attivazione di due REMS transitorie, nell'attesa della costruzione della struttura definitiva a Reggio Emilia. Rapidamente i programmi si sono concretizzati: le strutture sono state adeguate alle necessità, sono partiti i corsi di

formazione per i professionisti, sono state definite le procedure interne e di interfaccia con la Prefettura e la Magistratura. Ma soprattutto, in continuità con il percorso precedente, le REMS sono state pensate come un tassello di un programma di trattamento, e non come il suo baricentro. Tutte le AUSL sono coinvolte attivamente nel processo.

Oggi nessun cittadino dell'Emilia-Romagna è più internato in OPG. Le due residenze funzionano a pieno regime all'interno della rete formata da Aziende sanitarie, Enti locali, Associazioni e società civile, Magistratura. Dalle REMS si può e si deve uscire in tempi rapidi: dall'attivazione abbiamo già avuto numerose dimissioni, con affidamento dei pazienti ai servizi sociosanitari della AUSL di residenza attraverso programmi di trattamento individuali.

Ci auguriamo che le riflessioni e le prassi raccolte in questo libro stimolino la discussione e portino ad ulteriori approfondimenti in un terreno nuovo ed affascinante.

1. Tra cura e sicurezza. Intervista ad Angelo Fioritti*

di *Matteo Scorza*

Premessa

La legge 81 del 2014 ha sancito la chiusura al 31 marzo 2015 degli ospedali psichiatrici giudiziari (OPG) presenti sul nostro territorio, ponendo fine a un'istituzione durata quasi un secolo e mezzo e che è sopravvissuta quasi quarant'anni alla chiusura dei manicomi. Si tratta dell'ideale chiusura di un percorso iniziato già da qualche anno, che ha coinvolto le istituzioni e l'opinione pubblica, e ha prodotto una progressiva deistituzionalizzazione degli ospedali psichiatrici giudiziari, con una sempre maggiore afferenza all'ambito sanitario anziché a quello penitenziario e un ricorso calante all'internamento in queste strutture per le persone ree affette da vizio di mente. Con la chiusura degli OPG si è aperta definitivamente la strada a una serie di possibilità alternative alla detenzione e ha istituito delle nuove strutture, le Residenze per l'esecuzione della misura di sicurezza (REMS), ma, a differenza dei loro predecessori, di carattere esclusivamente sanitario.

La chiusura degli OPG è un fatto recente e risulta quindi difficile prevedere quale sarà l'orientamento dei giudici nel decidere dove destinare le persone che una volta sarebbero state rinchiusi in OPG, ma anche sulla possibile interpretazione delle REMS come una sostanziale continuazione degli OPG, sebbene si tratti di strutture radicalmente diverse per impianto giuridico e culturale. Altra questione aperta è quale sarà la geografia della distribuzione delle REMS sul territorio nazionale, con le regioni chiamate a definire tempi e modalità di apertura delle nuove strutture.

Di queste tematiche, partendo dalla definizione del quadro storico che ha portato alla nascita e alla conservazione degli OPG, abbiamo discusso con

* Questa intervista ad Angelo Fioritti (attualmente Direttore sanitario della AUSL Bologna e già Direttore del Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche della stessa AUSL) è stata iniziata nell'Agosto 2015 e completata il 26 settembre 2015. È pubblicata sulla rivista online "Narrare i gruppi" diretta da Giuseppe Licari (www.narrareigruppi.it). Viene qui riprodotta integralmente per gentile concessione della rivista.

il dottor Angelo Fioritti, direttore sanitario dell’Azienda USL di Bologna e precedentemente direttore del dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze Patologiche della stessa AUSL.

Dottor Fioritti, quali sono le radici storiche che hanno portato alla nascita degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari?

Come si sono evoluti gli OPG nella loro storia ultrasecolare?

Come si è inserita questa istituzione nel dibattito sul dove destinare le persone malate di mente che commettono reati e quale contributo hanno dato al dibattito scienza e giustizia?

L’ospedale psichiatrico è, insieme al carcere, una delle grandi istituzioni totali nate nell’800 a partire dalla rivoluzione illuministica, che portò l’idea che le pene dovessero essere erogate all’interno di uno Stato di diritto, con regole precise e in istituzioni con un carattere umano e volte anche al recupero sociale delle persone. Allo stesso modo faceva parte della filosofia illuministica l’idea di sottrarre il malato di mente alla detenzione cruda e di portarlo all’interno di una struttura con finalità sia terapeutiche che di detenzione. Sappiamo però che queste nobili intenzioni, nella storia plurisecolare delle istituzioni penitenziarie e manicomiali, sono state contraddette spesso dai fatti, con una frequente prevalenza del lato sadico, disumano e di controllo rispetto al lato riabilitativo.

Poco tempo dopo la nascita delle istituzioni si pose il problema di come considerare il malato di mente autore di reati, cioè quale tra le due istituzioni prevalesse per le persone che “soddisfino” le condizioni per entrare in entrambe. Dalla metà dell’800 questo dibattito ha portato in tutta Europa alla nascita di istituzioni speciali, per lo più in orbita penitenziaria, quindi con un ruolo preminente attribuito al criminale rispetto al folle.

Il primo OPG europeo è quello di Broadmoor in Inghilterra, aperto in seguito alla cosiddetta “sentenza McNaughten”, che riguardava l’autore dell’attentato al Primo Ministro Sir Robert Peel. Questo caso di fatto sancì la non imputabilità per vizio di mente e la necessità di trattare in un luogo sicuro le persone affette da delirio. Broadmoor peraltro è tuttora in funzione, ma al suo interno non c’è più personale penitenziario: è infatti uno dei tre ospedali di massima sicurezza del Sistema Sanitario Nazionale inglese e ospita circa 300 persone che hanno commesso reati affette da varie tipologie diagnostiche, mentre all’apice del suo funzionamento ne ospitò oltre un migliaio. L’Inghilterra è stato il primo Paese europeo ad aver trasferito tutte le competenze sanitarie al Sistema Sanitario Nazionale precedentemente di pertinenza dell’amministrazione penitenziaria; imitato solamente dall’Italia, per quanto in tempi molto recenti.

Il nostro più antico OPG è quello di Aversa, aperto nel 1872, pochi anni dopo l’unificazione; seguito a breve distanza da quelli di Napoli e Reggio Emilia e nel ’900 da Montelupo Fiorentino, Barcellona Pozzo di Gotto e

Castiglione delle Stiviere. Quest'ultimo fu aperto a fine anni '30 ed è stato l'unico sempre gestito dall'amministrazione sanitaria in convenzione con l'amministrazione penitenziaria.

Sulla nascita di queste istituzioni ha giocato molto l'influenza di figure prestigiose come Cesare Lombroso, psichiatra e criminologo, fondatore dell'antropologia criminale e di una visione scientifica dell'atto criminale legata al concetto psicobiologico di degenerazione, riscontrabile nel comportamento e in determinate caratteristiche anatomiche. Lombroso riteneva di avere identificato le caratteristiche peculiari del criminale, che erano presenti quindi anche nel criminale malato di mente, il quale pertanto, trattandosi di affezioni incurabili, era meglio tenere nel contesto della sicurezza penitenziaria.

L'impianto che le istituzioni si sono date a fine '800 è giunto con poche varianti fino a fine '900 ed è un impianto in cui società, scienza e istituzioni (penitenziarie e psichiatriche) condividevano la presunzione di pericolosità sociale del malato di mente autore di reato e la necessità di un internamento in una struttura apposita. Ho trovato una traccia visibile di questa congiunzione tra scienza e giustizia quando alcuni anni fa visitai l'OPG di Barcellona Pozzo di Gotto e nell'infermeria c'erano appese le tabelle antropometriche che dovevano servire a valutare i pazienti ogni giorno. Quando chiesi al caposala come mai fossero ancora lì, lui rispose che il precedente direttore, in carica fino a fine anni '90, le utilizzava per compilare le cartelle, aggiungendo anche: "Dottore, però noi i numeri li mettevamo a caso!". Questo aneddoto è la dimostrazione di come molte istituzioni totali dopo la seconda guerra mondiale hanno mantenuto alcune usanze che avevano sin dall'800 ma perdendone completamente il senso in una società sempre più libera e aperta.

Il perdurare della correlazione tra pericolosità e infermità mentale può spiegare perché siano intercorsi 37 anni tra la chiusura dei manicomi civili e quella degli OPG e perché la legge 180 non sia intervenuta anche sui manicomi criminali?

Ci sono almeno tre ordini di fattori che spiegano come mai siano trascorsi tutti questi anni tra la chiusura dei manicomi e quella degli OPG. Innanzitutto, l'influenza di studiosi come Lombroso ha determinato l'afferenza di tutta la psichiatria forense alla medicina legale e non alla psichiatria, con il risultato che, salvo rare eccezioni, la psichiatria clinica non si è mai seriamente interessata dei rapporti con la giustizia, e quindi a quello che succedeva negli OPG. Fondamentalmente la classe dei professionisti non è mai stata interessata al tema, come lo era invece rispetto alla chiusura dei manicomi e all'apertura dei servizi territoriali, anche perché credevano che farsi carico degli autori di reati avrebbe compromesso il processo di chiusura degli ospedali psichiatrici civili: il primo incidente causato da un paziente autore di reato avrebbe rimesso in discussione l'intero processo.

C'è da dire inoltre che nel 1978 l'approvazione della legge 180 avvenne nei giorni del rapimento Moro e difficilmente in una tale situazione di insicurezza sociale sarebbe potuta passare una legge che metteva in discussione un pezzo non secondario dell'apparato penal-penitenziario.

Il terzo motivo per cui si passò oltre sulla questione degli OPG era che il Parlamento non aveva nessuna intenzione di toccare il Codice Penale. Ciò si è protratto sino ad oggi, fino alle strategie adottate per l'approvazione della legge 81, che di fatto ha lasciato invariato il Codice Penale. Non bisogna dimenticare inoltre che la magistratura e l'amministrazione penitenziaria hanno sempre rivendicato un ruolo nel garantire la sicurezza alla popolazione e nel considerare, a mio avviso giustamente, la valutazione della pericolosità come un argomento di propria pertinenza.

Gli OPG sono quindi una struttura nata e definita in relazione all'esigenza sociale di controllare la pericolosità delle persone con infermità mentale. Quali sono i passaggi che hanno fatto cadere la sostanziale sovrapposizione tra pericolosità delle persone e infermità mentale presente nel nostro ordinamento?

Dal punto di vista culturale la questione è stata messa in discussione negli anni '60-'70, quando sono stati rivisitati i concetti di devianza e pericolosità sociale. In ambito psichiatrico la legge 180 fece molto perché sancì che la necessità di cura poteva essere l'unico criterio per consentire un trattamento obbligatorio, mentre prima i criteri erano la pericolosità sociale e il pubblico scandalo.

Nell'ambito del Codice Penale la presunzione di pericolosità del malato di mente autore di reati è invece sopravvissuta fino a una sentenza della Corte Costituzionale della fine degli anni '90, che stabilì che la pericolosità va dimostrata caso per caso, mantenendo però l'OPG come unico trattamento nel caso in cui la pericolosità venisse dimostrata. Nel 2004 un'altra sentenza della Corte Costituzionale affermò che non è scontato che l'OPG sia l'unico trattamento possibile ma che possono essere prese in considerazione misure di sicurezza alternative.

Si arriva poi al Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri che trasferisce l'OPG in orbita sanitaria (DPCM 1 aprile 2008), alla legge 9 del 2012 (la c.d. legge "svuotacarceri") e alla legge 81 del 2014 che di fatto sancisce la chiusura dell'OPG. Tutte queste leggi affermano che di norma la misura di sicurezza non è detentiva, ma viene effettuata in strutture sanitarie o sociosanitarie ordinarie o anche sul territorio. Se proprio deve avere natura detentiva non va più fatta dentro gli OPG ma dentro le REMS. Quindi si passa da una situazione in cui era automatico finire in OPG a una in cui non ci si può più andare. Nell'arco di 20 anni si è capovolta completamente una visione, realizzando un'inversione del paradigma lombrosiano, cioè che il malato di mente reo è innanzitutto un problema di carattere psichiatrico e che più lo

si cura più si produce sicurezza. Si è passati dall'affidamento a un'istituzione securitaria a quello a un'istituzione terapeutico-riabilitativa.

La legge 81 del 2014 ha quindi rappresentato la chiusura definitiva del cerchio. Quali sono stati i motivi che hanno ispirato questa riforma?

L'attenzione verso gli OPG non è stata spinta dall'avanzare delle conoscenze scientifiche ma si è configurata principalmente come una questione di carattere etico, in un modo molto simile a quanto avvenne nel '78 con la chiusura dei manicomi. Infatti l'alleanza di inizio '900 tra scienza e giustizia è venuta progressivamente a sgretolarsi quando questi due "soggetti" hanno cominciato a intraprendere strade opposte. Da un lato la giustizia per motivi sociali, cioè la necessità di individuare in modo certo i colpevoli di reati gravi, è andata verso forme crescenti di responsabilizzazione dell'individuo; dall'altro la scienza, con il lavoro della psicoanalisi e successivamente con il contributo delle neuroscienze, ha messo sempre più in discussione il concetto di libera volontà e quindi ha progressivamente limitato il campo di libero arbitrio dell'individuo rispetto ai condizionamenti esercitati su di esso dal mondo esterno.

Quali elementi hanno caratterizzato il dibattito sul superamento degli OPG? Quali sono state le principali tappe che hanno inciso, tanto a livello giuridico-politico quanto culturale, sul risultato ottenuto con la legge 81?

Dopo il 1978 la questione è periodicamente balzata all'attenzione, in particolare nei primi anni '90, quando furono presentate alcune proposte di legge sul superamento degli OPG: una con primo firmatario il senatore Vinci Grossi, riguardante l'abolizione del vizio di mente e quindi la non imputabilità per vizio di mente. Nel '94 ci fu una proposta delle regioni Toscana ed Emilia-Romagna, che lasciava inalterato l'istituto della non imputabilità per vizio di mente ma che prevedeva il superamento degli OPG con la creazione di strutture regionali alternative e la riforma delle perizie psichiatriche con un maggiore coinvolgimento dello psichiatra clinico. Queste proposte sono di fatto decadute e affinché l'argomento tornasse in auge è stato necessario che l'Italia fosse richiamata in due occasioni per mancato rispetto dei diritti umani da un organismo internazionale, il Comitato per la prevenzione della tortura del Consiglio d'Europa. In particolar modo nel 2006 questa commissione, presieduta da Gil-Robles, elaborò un rapporto che allarmò i vertici dello Stato, soprattutto la Presidenza della Repubblica, perché un Paese come l'Italia non può ammettere di non rispettare i diritti umani quando l'Europa lo pone anche come vincolo per entrare in Unione Europea. L'UE tra l'altro ha posto la questione dei diritti umani nei manicomi come pregiudiziale all'ingresso al suo interno, in particolare questo è stato uno degli aspetti che hanno determinato la sospensione della domanda di ingresso della Serbia.

Grazie a questo interesse internazionale la questione degli OPG diventa un argomento di pubblica opinione, portando con l'ultimo governo Prodi a

varare il DPCM del 1° aprile 2008, che trasferisce le competenze sanitarie al Sistema Sanitario Nazionale su tutta la sanità penitenziaria e prevede anche il superamento degli OPG in tre fasi: una prima di subentro negli OPG del personale sanitario, una seconda di accelerazione delle dimissioni con presa in carico nel percorso ordinario, e una terza di approntamento di strutture alternative per la popolazione degli OPG.

La chiusura degli OPG è un avvenimento recente.

– Esiste già una giurisprudenza che consenta di comprendere l'orientamento dei magistrati rispetto alla valutazione del vizio di mente e quindi alla scelta tra affidamento in strutture penitenziarie o in strutture alternative all'OPG?

– Partendo dai contenuti della riforma, possiamo ipotizzare quale sarà questo orientamento?

– Ci sono esperienze in altri Paesi che possono aiutare a comprendere meglio questo momento di transizione?

Difficilmente sarà come in Inghilterra, dove questa riforma è partita vent'anni prima e ha portato alla formazione di un sistema sanitario forense piuttosto vasto e iperspecializzato, perché l'insieme delle strutture di massima sicurezza totalizza 6000 presenze circa, mentre le REMS in Italia sono state programmate per 400/500.

Si intravede invece la tendenza a fare entrare questa struttura nella vita dei Dipartimenti di Salute Mentale e quindi a fare in modo che le REMS diventino un tassello di un sistema più ampio. Quello che non è ancora chiaro è come la magistratura utilizzerà questo schema, perché i magistrati hanno orientamenti diversi: alcuni comprendono questa nuova impostazione e altri la ritengono insufficiente rispetto alle esigenze di sicurezza; ci sono magistrati più disponibili a orientarsi verso misure alternative e altri che sembravano interpretare l'apertura delle REMS come meramente sostitutive dell'OPG. Poiché siamo nei primi mesi non sappiamo quale delle due prevarrà e come sarà il quadro a livello territoriale, perché c'è anche la variabile regionale da considerare. In Emilia-Romagna si è creato un buon livello di collaborazione tra i servizi sanitari, la magistratura di sorveglianza e la parte più sensibile delle procure generali e delle Corti d'Appello. Ci sono protocolli di intesa ed eventi formativi organizzati insieme. Tutto lascia sperare che questo sistema possa consolidarsi, anche se molte regioni però non hanno avviato le REMS e gli orientamenti della magistratura in altre regioni possono essere diversi da questo...

Forse sarà anche il livello di applicazione della legge che può influenzare le decisioni della magistratura: in una regione in cui manca la struttura alternativa la magistratura può essere portata a "conservare"...

È vero, ma c'è da dire che le cose stanno viaggiando a discreta velocità: la legge 81 ha poco più di un anno e probabilmente entro la fine del 2015 due

terzi delle regioni avranno avviato le REMS e solo una regione si è opposta e non le attiverà, il Veneto. Nel 2016 avremo un quadro più chiaro di come il sistema si sarà assestato e anche di come la magistratura avrà affinato nella pratica i criteri su cui formulare i giudizi di pericolosità.

Può fare una fotografia dell'attuale livello di diffusione delle REMS?

Le strutture che sono risultate attive alla data prevista dalla legge (1 aprile 2015) sono state quattro: Pisticci in Basilicata, Pontecorvo nel Lazio, Bologna e Parma in Emilia-Romagna. La Lombardia ha rinominato come REMS i padiglioni dell'OPG di Castiglione delle Stiviere e si è resa disponibile ad accogliere i pazienti della Liguria, quindi queste due regioni formalmente non hanno più pazienti in OPG. L'OPG di Reggio Emilia è passato dal massimo della capienza di dieci anni da fa con oltre 300 internati agli attuali 71. Successivamente la Sicilia è partita con due REMS (una in provincia di Trapani e l'altra a Caltagirone, in provincia di Catania) e ne sono previste altre; altre quattro del Lazio saranno attivate a breve; le Marche ne hanno attivata una; il Friuli e le province di Trento e Bolzano hanno attivato dei posti di REMS presso strutture già esistenti; l'Umbria ha attivato la sua; la Puglia è in ritardo ma potrebbe arrivare ad attivare la propria; la Campania ha attivato le sue; due regioni storicamente molto attente su questi temi come Piemonte e Toscana sono sorprendentemente in ritardo. È molto probabile che entro fine anno le REMS saranno pronte in tutte le regioni tranne in Veneto, dove la Regione quasi inevitabilmente sarà commissariata.

Uno degli aspetti più controversi della legge 81 è l'aver riportato le caratteristiche della persona al centro della valutazione del reinserimento sociale e lavorativo degli ex internati in OPG. Quali sono le opportunità e i rischi connessi a questa impostazione?

Si tratta di una forzatura che una parte dei professionisti che hanno partecipato all'iter legislativo ha voluto inserire nel testo della legge con il fine di accelerare il processo di dimissione dei pazienti dagli OPG. Le conseguenze immediate potrebbero però andare nella direzione opposta perché una parte della magistratura potrebbe considerare le caratteristiche della persona come un appiglio per conferire un giudizio di pericolosità "a priori".

Prima accennava al lavoro di sinergia tra magistratura e psichiatria nella valutazione del vizio di mente. Come questa sinergia può diventare strutturale e come può intervenire la psichiatria a sostegno della magistratura nello stabilire dei criteri il più possibile oggettivi per definire il vizio di mente?

Nel nostro campo la scienza arriva sempre dopo l'etica, quasi a migliorare l'organizzazione del sistema ma dopo che il cambiamento è avvenuto. Se avessimo seguito la letteratura scientifica in tema di pericolosità gli OPG non sarebbero mai stati chiusi.