

*"...tutti ci aspettavamo di vedere cose terribili. Cosa mai poteva accadere? Non accadde nulla."*

(Franco Basaglia - sulla chiusura del manicomio di Gorizia)

Per legge, dal 1 Aprile 2015, i 6 Ospedali Psichiatrici Giudiziari, luoghi di esecuzione della misura di sicurezza prevista per l'infermo di mente autore di reato, non devono accettare più nuovi ingressi e devono procedere alla chiusura.

E' una tappa importante, che sarà ricordata come un passo avanti nel riconoscimento dei diritti e della cittadinanza di uomini e donne che fino ad ora ne sono stati esclusi.

La chiusura disposta dal Decreto Legge 52 del 31 marzo 2014, coordinato con la legge di conversione n.81 del 30 maggio 2014, non ha avuto ulteriori proroghe, nonostante la maggioranza delle Regioni si fosse dichiarata non ancora pronta ad accogliere i propri internati.

Determinante è stata la straordinaria mobilitazione del Comitato StopOpg, che ha messo in atto una serie di numerose iniziative, tra cui la staffetta del digiuno, e ha interloquito in maniera costruttiva e ininterrotta con le Istituzioni e con la politica.

Significativo è stato anche l'impegno del Sottosegretario alla Salute De Filippo e della Commissione permanente Igiene e Sanità del Senato.

E' un risultato importante, che però non segna la fine di un percorso, bensì l'inizio di una fase di estrema delicatezza.

Intanto, nel concreto, gli Opg oggi non sono ancora chiusi e risulta che in questo periodo di transizione alcuni Magistrati, in assenza di programmi alternativi convincenti, continuano a disporre nelle vecchie strutture l'esecuzione della misura di sicurezza. Ciò rivela l'urgenza di garantire una fattiva collaborazione tra magistratura e servizi sociosanitari territoriali, per individuare soluzioni rispettose della Legge 81.

L'impegno del Comitato StopOPG sarà rivolto nei prossimi mesi proprio a verificare una corretta applicazione di questa Legge, e in particolare dei suoi punti più qualificanti, a cominciare dal prosieguo del processo di dimissione delle persone per cui sono venute meno le esigenze di sicurezza, grazie a cui siamo arrivati al 31 marzo 2015 con un dimezzamento delle presenze negli Opg (nel 2011 vi erano oltre 1400 internati, ora siamo a 623 uomini e 75 donne).

Ma importanti sono stati anche il richiamo alla necessità per i Magistrati di adottare "di norma" misure alternative all'internamento in Opg e il divieto di dichiarare, o confermare, una persona pericolosa socialmente solo perché emarginata, priva di sostegni economici o senza presa in carico da parte dei servizi sociosanitari.

E ancora la Legge poneva limiti precisi alle proroghe della misura di sicurezza (all'origine dei troppi "ergastoli bianchi") stabilendo che non può essere superiore alla durata della pena per quel reato; prevedeva l'incremento del sostegno e del finanziamento dei Dipartimenti di salute mentale per l'implementazione dei percorsi di cura e riabilitazione alternativi all'OPG; la riduzione del numero complessivo di posti letto da realizzare nelle nuove Residenze per l'esecuzione delle Misure di Sicurezza (Rems).

Il Comitato StopOPG ha sempre richiamato alla necessità di evitare che al posto degli Opg crescano nuove strutture manicomiali.

Non a caso lo slogan che ha accompagnato la sua mobilitazione parlava di una chiusura "senza trucchi": ai vecchi Opg non si devono sostituire i mini Opg regionali, e le Rems possono tutt'al più configurarsi come una soluzione residuale e transitoria, devono essere attraversabili e visitabili, e non certo luoghi in cui gli operatori sanitari devono essere ricondotti ad un ruolo di custodia.

I numeri delle persone da accogliere sono talmente ridotti da consentire l'individuazione di possibili percorsi alternativi e personalizzati, atti a fornire risposta adeguata ai bisogni dei singoli, tramite la presa in carico dei DSM e l'utilizzo delle numerose strutture da tempo esistenti sul territorio.

Non c'è bisogno, nella maggior parte dei casi, di procedere alla costruzioni di nuove residenze, che inevitabilmente ripropongono una logica di stigma e di separatezza, e invece occorre insistere sul rafforzamento e la qualificazione dei servizi di salute mentale territoriale.

E' un cammino ancora tutto in salita perché la maggior parte delle Regioni è arrivata impreparata alla scadenza e per non subire il previsto commissariamento ha approntato soluzioni confuse e affrettate.

Purtroppo il Piemonte non ha fatto eccezione.

In attesa di una rimodulazione del programma approvato con Deliberazione del Consiglio Regionale del 22 Ottobre 2013, che prevedeva per il Piemonte Nord la riqualificazione dell'edificio ex RSA Madonna Dorotea di Bioglio (BI) e per il Piemonte Sud la realizzazione di una struttura sanitaria extraospedaliera presso la località Cascina Spandonara di Alessandria, la Giunta Regionale il 30 Marzo 2015 ha deliberato la rimodulazione del Programma di Spesa Corrente anni 2012-2013, relativa ad una fase transitoria che per i nostri 40 internati prevede 2 Rems nei territori di competenza dell'ASL TO3 E DELL'ASL BI.

Una parte delle risorse viene stanziata per il pagamento delle rette degli internati che temporaneamente continuano ad essere allocati negli ex Opg (soprattutto Castiglione delle Stiviere, che rimane per il momento aperto e sarà probabilmente riconvertito in Rems)

Abbiamo più volte sottolineato agli Amministratori regionali competenti l'opportunità di un'interlocuzione con il Comitato StopOPG rispetto ad un percorso che coinvolge fortemente il territorio, di cui le componenti di questo Comitato sono consolidate e significative espressioni, e abbiamo in questi giorni reiterato una richiesta di incontro.

Parimenti, abbiamo fatto presente che in Piemonte sono state fatte interessanti esperienze anche riguardo la presa in carico del paziente autore di reato, esperienze che varrebbe la pena di considerare e valorizzare.

Il processo di chiusura degli Opg deve a nostro avviso concretamente incentivare processi di autonomia e reinserimento sociale dei pazienti.

I Dipartimenti di Salute Mentale devono curare la "regia" di modelli di percorsi adatti a questa particolare tipologia di pazienti, non tanto perché essi vanno considerati come una categoria diagnostica a sé, ma perché effettivamente la gestione del reinserimento territoriale del paziente autore di reato richiede particolari procedure gestionali, cliniche e riabilitative, dal momento che coinvolgono diverse istituzioni (magistratura, asl, servizi sociali, centri per l'impiego, ecc...).

La presa in carico del paziente autore di reato e' complessa e impossibile da approssimare in maniera semplicistica.

Siamo anche consapevoli che se la partita si gioca ora nelle Regioni, soprattutto per non riprodurre rischi di nuove derive manicomiali nella delega sine die della riabilitazione alle strutture, altrettanto indispensabile appare una forte regia nazionale.

È necessario fornire indicazioni e sostegno, ove necessario, agli operatori dei servizi nei nuovi percorsi di presa in carico, e affrontare la discussione sugli articoli del codice penale in particolare relativi alla imputabilità.

L'incapacità totale di intendere e volere è evento talmente eccezionale da non giustificare affatto la esistenza di una istituzione ad hoc.

L'affermazione del diritto di cittadinanza passa anche dal diritto al processo e ad una pena modulata in rapporto alle condizioni di salute , e dal diritto alla cura in luoghi dove la cura non venga sacrificata alle esigenze della custodia.

E' giunto infine il momento di porre fine al paradosso per cui *“non mandiamo la gente in carcere ritenendo che non sia in grado comprendere il senso della carcerazione e la mandiamo in un luogo dove per chiunque è impossibile comprendere dove si trova e perché”*. (Franco Basaglia)

Anna Greco

Presidente Forum piemontese per il diritto alla salute dei detenuti

StopOpgPiemonte