

Per una Conferenza nazionale sui problemi della sanità penitenziaria

Luigi Benevelli, Stopopg Mantova

La “chiusura degli opg”, diventata legge dello Stato, ha aperto una complicata transizione.

Un grande silenzio delle associazioni professionali e delle società scientifiche degli psichiatri italiani ha accompagnato il lavoro e l’elaborazione della Commissione Marino; il Senato ha discusso di opg per la prima volta nel secondo dopoguerra nella storia del Parlamento italiano, approvando all’unanimità le conclusioni della Commissione d’inchiesta; alla Camera il dibattito parlamentare è rimasto strozzato dall’apposizione della fiducia da parte del Governo sul provvedimento “svuota carceri”. Un po’ di discussione c’è stata nella XII Commissione Affari Sociali che però non ha saputo licenziare un parere la cui bozza, non approvata, proponeva di spostare di un anno, al marzo 2014, i termini di attivazione delle strutture e modificare la copertura finanziaria.

Fuori dal Parlamento è stato soprattutto e quasi esclusivamente *Stopopg* a discutere, con accenti critici, gli scenari, i tempi, le risorse; silenzio dagli psichiatri, dalla Magistratura, dall’Avvocatura, dagli studiosi del diritto penale.

Si può capire che l’argomento sia impervio, ma tutto questo “imbarazzo” potrebbe nascondere la speranza che del provvedimento approvato non se ne faccia niente. E invece non deve essere così. Chi però ritiene sia doveroso e urgente chiudere i 6 opg italiani dovrebbe evitare di parlarsi addosso e proporre una discussione utile, capace di coinvolgere i soggetti, le responsabilità, i titolari del cambio possibile. È un’occasione straordinaria che abbiamo, imperdibile.

Nella “chiusura degli opg” le questioni dell’assistenza psichiatrica (che è parte dell’assistenza sanitaria pubblica) e quella penitenziaria sono comunque strettamente intrecciate, sia a Codice penale invariato che a Codice penale riformato in tema di imputabilità e misura di sicurezza: l’assistenza psichiatrica ai pazienti autori di reato non costituisce un mondo a sé e appartiene alla Sanità penitenziaria che, non da molto tempo, è una delle funzioni del Servizio sanitario nazionale, Regione per Regione. La difficoltà della discussione in corso dipende anche da un non sufficientemente chiaro e puntuale inquadramento della questione nel passaggio parlamentare, forse condizionato dalle esigenze dell’Amministrazione penitenziaria, e non solo perché l’emendamento Marino è stato formalmente inserito nel decreto svuota carceri di cui era titolare il Ministero della Giustizia. Infatti, le persone che soffrono di più o meno gravi disturbi mentali ed hanno compiuto un reato, imputabili o no, sono affidate all’Amministrazione penitenziaria proprio perché hanno compiuto un reato e l’Amministrazione penitenziaria per la loro cura si deve affidare alle Sanità regionali e alle loro Aziende di cui fanno parte i Dipartimenti di salute mentale (Dsm). Con gli opg aperti e funzionanti i Dsm potevano anche occuparsi poco o nulla dei *loro* pazienti, ma ad opg chiusi non solo non potrebbero più sottrarsi al compito ma dovrebbero rendere conto alla Sanità e all’Amministrazione penitenziarie di dove stanno (in carcere o fuori dal carcere), come stanno, a chi sono affidati i *loro* pazienti autori di reato, per tutto il tempo stabilito. Questo

indipendentemente dal fatto che i Dsm abbiano o meno elaborato e contrattato programmi terapeutici individuali e comunitari.

A complicare la questione va considerato che , in concreto, da una parte le carceri italiane (del cui circuito fanno/facevano parte gli opg) non sono nelle condizioni di detenere e prendersi cura di persone con disturbi mentali conclamati; dall'altra i Dsm (salvo alcune eccezioni) , anche perché ci sono/c'erano gli opg, non sembrano aver accumulato molte esperienze significative di intervento nelle carceri e in contesti alternativi agli opg. Tuttavia di lavoro ne è stato fatto e negli ultimi tre anni ripetutamente le Regioni si sono misurate con la questione: in particolare ricordo l'atto "Integrazioni agli indirizzi di carattere prioritario sugli interventi negli OPG e nelle CCC" licenziato il 4 ottobre 2011 dalla Conferenza Unificata delle Regioni assunto all'unanimità in forza del quale ogni Regione doveva finalizzare le azioni di propria competenza alla *completa attuazione del percorso di superamento degli Ospedali psichiatrici giudiziari e promuovere in ogni fase del percorso la gestione uniforme ed omogenea dell'assistenza sanitaria a favore di tutte le persone detenute ed internate, sulla base del principio della iniziale costante competenza del Dsm presso il quale la persona aveva la residenza o l'abituale dimora al momento dell'applicazione della misura di sicurezza.*

Le Aziende Sanitarie erano impegnate a prevenire e risolvere ogni possibile conflitto di titolarità e realizzare programmi terapeutico-riabilitativi condivisi tra tutti i servizi sanitari territoriali competenti per diversi bisogni assistenziali delle singole persone (in particolare dipendenze e disabilità) ed integrati con i Servizi sociali comunali per il necessario reinserimento nei contesti sociali di appartenenza.

Nel testo si davano anche indicazioni affinché ogni Regione e Provincia autonoma, attraverso i propri DDSSMM, programmi in accordo con l'amministrazione Penitenziaria, attivi entro il 30 giugno 2012, in almeno uno degli Istituti Penitenziari del proprio territorio [...] in una specifica sezione, ai fini dell'implementazione della tutela intramuraria della salute mentale delle persone ristrette negli Istituti del territorio di competenza [...], un'idonea articolazione del servizio sanitario.

In tali sezioni si dovrebbe svolgere l'espletamento delle osservazioni per l'accertamento delle infermità psichiche [...] prevenendo l'invio in OPG o in CCC nei casi di persone con infermità psichica sopravvenuta nel corso della misura detentiva o condannate a pena diminuita per vizio parziale di mente

e dovrebbero essere "presi in carico" le persone internate sì da determinarne sia la dimissione dall'OPG che il ritorno in un Istituto ordinario della Regione o Provincia autonoma.

In questo contesto l'Amministrazione penitenziaria non avrebbe più disposto invii di detenuti negli OPG per osservazione psichiatrica.

Regioni, Ministero della Giustizia (DAP), Ministero della salute avevano il compito di monitorare "le azioni e le attività mirate alla realizzazione" dell'Accordo.

Quello citato è un testo “maturo”, frutto di un confronto serio che colloca la chiusura degli opg nel contesto della Sanità penitenziaria e consente una robusta regia nazionale che eviti di lasciare da sole le singole Regioni, proprio perché sappiamo che in Italia l’esercizio dei diritti costituzionali e civili è “ a macchia di leopardo”.

Ad aggiornare le conoscenze, fare il punto della situazione e fissare nuovi tempi e passaggi potrebbe essere utile la rapida convocazione di una Conferenza nazionale sullo stato, i compiti, le esperienze, i problemi della sanità penitenziaria per verificare:

- quanto sta accadendo nelle carceri italiane dopo l’affidamento della sanità penitenziaria ai servizi sanitari regionali,
- quante situazioni siano gestite dai Dsm in accordo con la Magistratura, secondo le indicazioni della Corte Costituzionale, anch’esse mai recepite nelle norme dello Stato,
- quanto accade nelle Comunità gestite anche da soggetti privati che, in accordo con la Magistratura, accolgono tossicodipendenti autori di reato.

Intanto potrebbe essere di grande utilità che il Parlamento approvasse l’istituzione del l’Ufficio nazionale del Garante dei diritti delle persone ristrette.

Mantova, 13 febbraio 2012