

GLI OPG DOPO I LAVORI DEL SENATO, DELLA COMMISSIONE "MARINO" E DELLA CONFERENZA UNIFICATA¹

LUIGI BENEVELLI
FORUM SALUTE MENTALE, STOPOPG MANTOVA

Va riconosciuto e apprezzato il coraggio e la radicalità con cui la Commissione Marino ha posto su nuovi binari e avviato un serio lavoro sulla complessa questione degli Opg². Invece, punti di incertezza e affanno si colgono nelle proposte sul da farsi "nelle more del completo superamento dell'istituto dell'Opg, che resta l'obiettivo da perseguire quale scelta definitiva a regime"

Nel corso del 2011 il Senato della Repubblica, si è occupato due volte della questione degli ospedali psichiatrici giudiziari: la prima il 30 Luglio nella sede della Commissione di inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del servizio sanitario nazionale presieduta da Ignazio Marino per discutere della *Relazione sulle condizioni di vita e di cura all'interno degli ospedali psichiatrici giudiziari*, (relatori Michele Saccomanno e Daniele Bosone); la seconda il 27 settembre in Aula, sulle *Comunicazioni del Ministro della Giustizia sul sistema carcerario e sui problemi della giustizia- proposte di risoluzione*. Nelle due occasioni sono stati approvati documenti a larga maggioranza o all'unanimità. Mi pare sia la prima volta, da quando c'è il Parlamento repubblicano che si discute formalmente di ospedali psichiatrici giudiziari. E solo questo, al di là del merito del problema, costituisce motivo di riconoscimento e onore per il lavoro condotto dalla Commissione Marino che ha squarciato il velo su un dramma nazionale a lungo rimasto nascosto.

La *Relazione sulle condizioni di vita e di cura all'interno degli ospedali psichiatrici giudiziari* ha denunciato:

- gravi e inaccettabili carenze strutturali e igienico-sanitarie in tutti gli opg, salvo quello di Castiglione delle Stiviere e, in parte, quello di Napoli;
- un assetto strutturale in tutti "totalmente diverso da quello riscontrabile nei servizi psichiatrici italiani";
- una disponibilità di competenze mediche specialistiche "globalmente insufficienti in tutti gli opg rispetto ai numeri dei pazienti in carico";
- la pratica delle contenzioni fisiche e ambientali che "lasciano intravedere pratiche cliniche inadeguate e, in alcuni casi, lesive della dignità della persona", nonché "la

mancanza di puntuale documentazione degli atti contenitivi".

Ha proposto:

- l'introduzione di una organizzazione dell'assistenza sanitaria "conforme ai Piani sanitari regionali della salute mentale delle regioni sede di Opg" e che faccia riferimento "alla legislazione nazionale e alle linee guida nazionali in materia di cura e riabilitazione della patologia mentale";
- di dare piena attuazione al DPCM 1° aprile 2008, in particolare l'allestimento "di reparti specifici di osservazione psichiatrica e per minorati psichici [...] nell'ambito degli istituti penitenziari ordinari";
- "un più stretto raccordo tra magistratura e servizi psichiatrici territoriali" per dare seguito alla giurisprudenza della Corte Costituzionale". A tale riguardo si annota che "in una psichiatria coerente con le proprie finalità istituzionali non dovrebbero ricercarsi recinzioni più forti nei luoghi di cura e di recupero psicosociale";
- l'adozione dei poteri sostitutivi di cui all'art. 120 della Costituzione per le Regioni inadempienti.

La *Relazione Saccomanno-Bosone* si è soffermata, dedicandovi un intero paragrafo, sulla pratica delle contenzioni che riguarda tutti gli Opg, escluso quello di Aversa, per giudicarla comunque evitabile, né legittima, né giustificata in sede di applicazione della misura di sicurezza, comunque antiterapeutica. Successivamente ha indicato alcune "Linee per una riforma legislativa della psichiatria giudiziaria", proponendo un "ripensamento complessivo dell'istituto della non imputabilità e di tutti i suoi perniciosi corollari". In particolare:

- gli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione dei pazienti autori di reato dovrebbero essere attuati dai Centri di salute mentale;
- l'infermità mentale accertata non può comportare la presunzione di pericolosità sociale;
- la pronuncia del proscioglimento penale per infermità psichica deve comportare la nomina di un amministratore di sostegno "con specifico incarico di provvedere alle necessità di cura del paziente".

Ma anche i testi votati meritano una attenta considerazione. Il 27 settembre il dibattito in Aula sulle *Comunicazioni del Ministro della Giustizia sul sistema carcerario e sui problemi della giustizia - proposte di risoluzione* si è concluso con l'approvazione, a larghissima maggioranza di alcune risoluzioni di cui segnalo le parti che riguardano la condizione degli ospedali psichiatrici giudiziari:

- a. La risoluzione Centaro e altri ha impegnato il Governo ad attuare la "predisposizione di un sistema permanente di controllo sui servizi di assistenza sanitaria erogati ai detenuti, al fine di monitorarne l'andamento e di verificarne l'impatto in termini assistenziali e finanziari sulle strutture sanitarie territoriali di riferimento, *ivi inclusi gli ospedali psichiatrici giudiziari*, nonché adeguamento, mediante una conseguente iniziativa d'intesa con le Regioni, degli standard della sanità carceraria a quella ordinaria, adottando le misure previste dall'ordinamento nei confronti della Regione siciliana per il mancato recepimento della normativa in materia;
- b. La risoluzione Bruno e altri per la parte che sollecita a "valutare l'istituzione di un Garante nazionale per i diritti delle persone detenute" e, aggiungerei "internate";
- c. La risoluzione Saccomanno, e altri che "nelle more del completo superamento dell'istituto dell'OPG, che resta l'obiettivo da perseguire quale scelta definitiva a regime", ha impegnato il Governo a recepire le indicazioni della Commissione Marino compreso l'obbligo giuridico dei Dipartimenti di salute mentale di prendere in carico gli internati per i quali risulta cessata la condizione di pericolosità sociale; e a considerare, nella prospettiva ormai non più procrastinabile di una complessiva revisione del codice penale, la possibilità di abolire l'istituto della non imputabilità per infermità mentale e dei suoi corollari giuridici, quale è la misura del ricovero in ospedale

psichiatrico giudiziario, che verrebbe sostituita dall'applicazione della pena, anche detentiva, prevista dalla legge.

Per la complessità delle questioni in gioco, molte delle quali delicatissime, credo sia stato saggio che il governo del progetto "fare a meno dell'Opg", specie per la parte dell'assistenza ai pazienti autori di reato, sia stato tenuto nelle mani della Conferenza Unificata delle Regioni, con il Ministero della Salute e della Giustizia. Si tratta di presenze indispensabili tenendo conto che parliamo di servizi della sanità penitenziaria entrata a far parte del servizio sanitario nazionale. E questo è puntualmente accaduto perché la Conferenza Unificata delle Regioni il 4 ottobre, dopo poco più di una settimana ha approvato le "Integrazioni agli indirizzi di carattere prioritario sugli interventi negli OPG e nelle CCC". Si tratta di un atto amministrativo, quindi compiutamente efficace, assunto all'unanimità delle Regioni in forza del quale ogni Regione deve 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 sono 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 danno 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 disporrà più invii di detenuti negli OPG per osservazione psichiatrica. Regioni, Ministero della Giustizia (DAP), Ministero della salute hanno il compito di monitorare "le azioni e le attività mirate alla realizzazione" dell'Accordo.

ALCUNE OSSERVAZIONI

Prima di qualsiasi altra considerazione va dato riconoscimento al coraggio e alla radicalità con cui la Commissione Marino ha posto su nuovi binari e avviato un serio lavoro per la gestione della complessa questione, mai in precedenza affrontata con altrettanta determinazione: si pensi solo a come è trattato il tema della imputabilità, tema che era stato sostanzialmente eluso dalle Commissioni parlamentari che nelle legislature precedenti si erano occupate della riforma del Codice Penale. Se si aggiunge che le conclusioni sono state adottate a larga maggioranza dai Senatori, si può apprezzare l'efficacia del lavoro svolto anche in termini promozione e allargamento del consenso, aspetto non secondario in generale in democrazia e in particolare nella fase concretamente operativa, come dimostra il lavoro della Conferenza Unificata.

Invece, punti di incertezza e affanno si colgono nelle proposte sul da farsi "nelle more del completo superamento dell'istituto dell'OPG, che resta l'obiettivo da perseguire quale scelta definitiva a regime". In termini generali va riconosciuto che molte delle difficoltà della Commissione nascono dalla scarsità di esperienze del "saper fare a meno dell'Opg", dal mancato recepimento della giurisprudenza della Corte Costituzionale da parte del Parlamento, ma anche da parte della Magistratura per non parlare dell'inattività della gran parte dei Dipartimenti di salute mentale³.

La Commissione Marino sembra oscillare fra la proposta di un modello che rimanda all'Opg di Castiglione delle Stiviere (una sorta di Opg senza la g) e quella dell'allestimento di strutture residenziali pubbliche di ricovero alternati-

ve all'internamento in Opg, di non più di 15 posti letto ciascuna "divise per distinti gradi di pericolosità sociale, cui corrispondono evidentemente diversi livelli di intensità assistenziale" "per l'esecuzione dei piani di trattamento sanitario redatti dai periti curati dagli amministratori di sostegno per tutta la durata dell'incarico". Un ospedale psichiatrico (anche senza la g di giudiziario) dedicato e gestito dal servizio sanitario regionale è in contraddizione con le pratiche assistenziali dei servizi di salute mentale né può essere legittimato o giustificato dalla considerazione che gran parte dei "rei folli" è nota ai servizi territoriali che sarebbero quindi incapaci di gestire persone "pericolose" e per questo meno "bravi" degli operatori della psichiatria penitenziaria o giudiziaria.

Qui si ripropone l'analogia discussione in corso circa il legare i pazienti, o meglio intorno alla sforzo di aprire una discussione su tale pratica da parte degli "Spdc porte aperte" (che sono minoranza) con gli Spdc che legano, continuano a legare, non si propongono di fare a meno di legare e magari arrivano a teorizzare che legare le persone è un "atto terapeutico", come affermato di recente da un folto gruppo di primari psichiatri lombardi. Perché vigono pratiche così diverse e dissonanti?

Gli "Spdc porte aperte" non selezionano i loro utenti; accolgono e trattano anche pazienti con comportamenti aggressivi, violenti; ma tali comportamenti non sono declinati come "pericolosi", aggettivo che non appartiene al lessico della psichiatria, quindi come problema di ordine pubblico o difesa sociale, ma come segnali di sofferenza psicologica. Sono le culture professionali ispirate alla "salute mentale" a consentire di sviluppare pratiche capaci di ridurre le esasperazioni, abbattere le tensioni. Ma molti operatori, in specie psichiatri, continuano a sentirsi più garantiti dagli assunti della psichiatria lombrosiana che ha generato gli Opg e innervato quella manicomiale, assumendo l'obbligo della custodia, salvo poi lamentarsi delle ricadute negative su di loro dall'esaltazione della "posizione di garanzia". Negli Opg, come già sperimentato nei manicomi, il lavoro di custodia - che sia condotto da personale della polizia penitenziaria o da personale sanitario non conta - ha finito col prendere sopravvento su quello di cura tanto che non si hanno tracce di dati, studi, report sulla qualità e gli esiti dei

trattamenti. Fare salute mentale nei servizi di sanità pubblica vuol dire occuparsi della qualità della vita quotidiana dei pazienti, contrattare e implementare percorsi condivisi che restituiscano e valorizzino le risorse delle persone e dei contesti (*empowerment*), avere attenzione ai fattori di guarigione extraclinici (*recovery*). Di questo non c'era traccia negli ospedali psichiatrici, men che meno c'è traccia negli Opg in cui si lavora rinserrati nei vincoli della "misura di sicurezza", un parametro che appartiene ai temi della "difesa sociale", non a quelli della promozione della salute.

Per questo non convince nemmeno la proposta di reti di strutture residenziali a intensità assistenziale proporzionata ai gradi di pericolosità sociale gestiti dai Dipartimenti di salute mentale. Riproponendo così l'attivazione di circuiti regolati dal principio della pericolosità sociale manipolato da psichiatri non si sa bene sulla base di quali saperi e su quali basi. Colpi-

sce nel ragionamento un non detto che però condiziona tutti i pensieri e le scelte: che i pazienti autori di reato debbano essere custoditi "a vita", anche dopo l'uscita dall'Opg. Ma possibile che per nessuno si preveda una guarigione, un miglioramento tale da consentire una buona o almeno accettabile reintegrazione nella società? Una commissione parlamentare, per quanto illuminata, non può sciogliere i nodi e le contraddizioni della corporazione degli psichiatri, specie quelli forensi.

Comunque i testi approvati e deliberati sono molto chiari, inequivocabili e consentono sin da subito, se si volesse, di procedere alla chiusura della sezione femminile di Castiglione delle Stiviere, l'unica operante in Italia, impegnando i Dipartimenti di salute mentale di riferimento delle poche decine di donne ricoverate a provvedere a un'accoglienza alternativa all'internamento manicomiale.



Orientarsi con fiducia tra difficoltà e cambiamenti, in famiglia e nella società

I libri sono pubblicati dalla casa editrice *Città Nuova*, nella collana *PassaParola*: agili volumi, per parlare di famiglia, società, mass media, in modo semplice e comprensibile, partendo dall'osservazione della realtà, per conoscere e comprendere meglio difficoltà e problematiche che quotidianamente siamo chiamati ad affrontare con responsabilità e senso di fiducia. Nel testo ***Mio figlio disabile***, un padre ci fa conoscere suo figlio, Lorenzo, un ragazzo con ritardo mentale; non solo una testimonianza del vivere la disabilità in famiglia e dell'importanza della relazione d'aiuto e della riabilitazione per l'acquisizione dell'autonomia, ma anche una riflessione sul rapporto con Dio e il mistero della sofferenza. ***Vivere in rete*** propone una panoramica sulla diffusione e l'abuso delle nuove tecnologie comunicative: telefonino, wikipedia, facebook, videogiochi...; consigli d'uso per educare le nuove generazioni ad un utilizzo responsabile, che prevenga strumentalizzazioni e forme di dipendenza. ***Labirinti familiari*** spiega l'importanza di chiedere aiuto a specialisti quando in famiglia emergono problematiche, disagi, cambiamenti dolorosi; riconoscere di avere bisogno è il primo passo verso la ricerca di soluzioni condivise per ritrovare la serenità e ricominciare a crescere insieme, riprogettando il futuro.

Ezio Aceti, ***Mio figlio disabile***, Roma 2011, p. 61, 3.50 euro; AA.VV., ***Vivere in rete***, Roma 2011, p. 61, 3.50 euro; Daniela Maria Augello, Antonella Spanò, ***Labirinti familiari***, Roma 2011, p. 85, 9.00 euro.

Note

- ¹ Si tratta del documento, *Integrazioni agli indirizzi di carattere prioritario sugli interventi negli OPG e nelle CCC di cui al D.P.C.M. 1° aprile 2008, 4 ottobre 2011.*
- ² Da ricordare l'importantissimo lavoro della "Campagna Stop Opg", vedi, www.stopopg.it
- ³ A tale riguardo cito la considerazione di Paolo Peloso (2011) che evidenzia "il paradosso e l'alibi dell'Opg in conseguenza dei quali i pazienti spesso più gravi e i problemi più delicati sono fuori dal territorio e dall'orizzonte di responsabilità del sistema dei servizi".