

Ddl. Ignazio Marino a altri, *Disposizioni per il definitivo superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari e per la razionalizzazione dell'utilizzo delle risorse del Servizio sanitario nazionale e dell'Amministrazione penitenziaria.*

Luigi Benevelli, Stop Opg Mantova

Sul disegno di legge "Marino", per il superamento degli OPG

Il disegno di legge Senato 3036, *Disposizioni per il definitivo superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari e per la razionalizzazione dell'utilizzo delle risorse del Servizio sanitario nazionale e dell'Amministrazione penitenziaria* è stato presentato da Ignazio Marino con grande tempestività per dare concreta rapida attuazione alla chiusura degli Opg e perché non si perdesse traccia del lavoro della *Commissione d'inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del Servizio sanitario nazionale* che nel luglio scorso aveva licenziato la *Relazione sulle condizioni di vita e di cura all'interno degli Ospedali psichiatrici giudiziari.*

Dopo la dissoluzione del governo Berlusconi, si è aperta una stagione di grande austerità e profonda trasformazione degli assetti del *welfare* italiano che potrebbe ricacciare in una inquietante oscurità la condizione di violazione dei diritti costituzionali delle persone internate fatta emergere con rara efficacia dal senatore Marino e dai suoi colleghi. Se a questo si aggiunge l'inerzia (per usare un eufemismo) con cui la maggior parte delle Regioni e dei Dipartimenti di salute mentale hanno affrontato il tema del superamento degli opg, l'allarme dei firmatari del documento appare comprensibile e giustificato. I presentatori hanno scelto di assicurare "preventivamente" nel disegno di legge 3036 il consenso bi-partisan già manifestato per le conclusioni della Relazione approvate all'unanimità al Senato allo scopo evidente di evitare un defatigante dibattito sulle possibili alternative agli Opg, a Codice Penale invariato. Per questo insieme di ragioni, pare di capire, il testo riprende pari pari formulazioni contenute in due recenti atti di programmazione sanitaria dello Stato italiano, ambedue varati da governi di centro-sinistra:

- il Dpr 14 gennaio 1997 *Requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi per l'esercizio dell'attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private*, in particolare il paragrafo dedicato alle strutture residenziali psichiatriche "per il trattamento di situazioni di acuzie o di emergenza per le quali non risulti utile il ricovero ospedaliero, [...] per l'attuazione di programmi terapeutico-riabilitativi di medio-lungo periodo";
- il Dpcm 1 aprile 2008 di trasferimento al servizio sanitario nazionale delle funzioni della sanità penitenziaria, in particolare l'allegato C, *Linee di indirizzo per gli interventi negli ospedali psichiatrici giudiziari e nelle case di cura e custodia.*

Le strutture psichiatriche residenziali di cui al Dpcm 14 gennaio 1997 sono quelle pensate ed avviate per consentire la chiusura dei manicomi pubblici che, come largamente sperimentato in tutto il territorio nazionale, devono essere in possesso di alcuni requisiti minimi:

- Numero massimo di 20 posti letto preferibilmente collocate "in normale contesto residenziale urbano, in modo da agevolare i processi di socializzazione"
- Presenza di medici e personale sanitario a seconda dell'intensità delle prestazioni assistenziali
- Collegamento con le altre strutture del Dipartimento di salute mentale.

L'allegato C del Dpcm 1 aprile 2008 indicava nell'ambito territoriale "la sede privilegiata per affrontare i problemi della salute, della cura e della riabilitazione delle persone con disturbi mentali" e quindi nei Dipartimenti di salute mentale i titolari dei programmi di dimissione dei pazienti internati e dei programmi di trattamento nelle sezioni di cura e riabilitazione da attivare nelle carceri. Delle tre fasi del percorso di attuazione, la terza prevedeva che entro il 2010 ogni Regione si facesse carico dei propri internati negli Opg demandando ad un accordo specifico fra Regioni e Amministrazione penitenziaria la definizione della tipologia assistenziale e delle forme di sicurezza, degli standard di organizzazione e dei rapporti di

Ddl. Ignazio Marino e altri, *Disposizioni per il definitivo superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari e per la razionalizzazione dell'utilizzo delle risorse del Servizio sanitario nazionale e dell'Amministrazione penitenziaria.*

collaborazione, comunque raccomandando "la regionalizzazione delle misure di sicurezza per infermi di mente" (sic!).

Il ddl 3036 Ignazio Marino e altri riprende queste formulazioni e aggiorna le scadenze, prevedendo che

entro il 1° febbraio 2012 in ogni Regione, con un accordo tra la stessa e l'Amministrazione penitenziaria, si concluda il percorso di superamento degli Opg con l'individuazione di strutture residenziali psichiatriche dotate di "presidi di sicurezza e vigilanza, ubicati lungo il perimetro delle strutture sanitarie sostitutive" "o comunque all'esterno dei reparti in cui esse si articolano". In tali strutture sono eseguite le misure di sicurezza del ricovero in Opg o dell'assegnazione a Casa di cura e custodia.

La chiusura degli attuali Opg, o la loro riconversione in penitenziari, è prevista avvenga entro la data del 31 marzo 2012. È previsto il commissariamento delle Regioni inadempienti.

A mio avviso sono del tutto condivisibili le preoccupazioni e le intenzioni che ispirano questa ultima iniziativa dei senatori della Commissione d'inchiesta del Senato che appare opportuna e puntuale, come è condivisibile l'indicazione di strutture psichiatriche non-ospedaliere come sedi dei trattamenti. Tuttavia alcuni contenuti meritano di essere discussi e modificati:

- a) La scelta delle sole strutture residenziali psichiatriche, di cui al Dpr 14 gennaio 1997, come luoghi dei trattamenti unici ed esclusivi appare rigida e poco giustificata. Le pazienti ed i pazienti autori di reato sono persone fra loro diverse, con disturbi diversi, in fase diversa e non è detto che necessitino di trattamenti simili di lunga durata in una struttura residenziale psichiatrica protetta. L'indicazione del Dpr del 1997 aveva senso perché si dovevano dimettere dai manicomi migliaia di persone che avevano alle spalle una lunga esperienza di internamento per cui tutte pativano gli stessi effetti negativi dell'istituzionalizzazione. Ma anche allora non tutte le persone che uscivano dai manicomi pubblici furono trasferite in comunità protette e non tutte le comunità protette ebbero la stessa copertura assistenziale, con presenza di operatori sanitari durante la notte. Nel caso dei pazienti autori di reato non possiamo consentire il fraintendimento che la durata della misura di sicurezza sia assimilata alla durata della pena.
- b) Invece, proprio in ragione del criterio della territorialità per la scelta dei luoghi del trattamento, e del fatto conseguente che il luogo di elezione della presa in carico e della programmazione dei trattamenti è il Dipartimento di salute mentale, può essere più corretto riconoscere allo stesso la responsabilità della scelta di luoghi e modalità che possono essere quindi diversi dalla collocazione in residenze protette. Anche per non escludere che si possano usare altri spazi e opportunità già oggi disponibili e operativi.
- c) Il disegno di legge prevede l'obbligo che le strutture residenziali psichiatriche "sostitutive" (dell'opg) siano dotate di "presidi di sicurezza e vigilanza, ubicati lungo il perimetro" da affidare, pare di capire agli esiti delle trattative fra Regioni e Dipartimenti dell'amministrazione penitenziaria. Qui traspaiono le preoccupazioni dell'Amministrazione penitenziaria di continuare a mantenere il pieno controllo dei "rei folli" e di una parte dei dirigenti dei Dipartimenti di salute mentale circa il doversi assumere responsabilità di custodia delle persone internate (posizione di garanzia). Anche qui è possibile adottare formulazioni meno rigide e vincolanti.

Ddl. Ignazio Marino a altri, *Disposizioni per il definitivo superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari e per la razionalizzazione dell'utilizzo delle risorse del Servizio sanitario nazionale e dell'Amministrazione penitenziaria.*

- d) Il disegno di legge 3036 prevede anche che presidi di sicurezza e vigilanza possano essere ubicati non solo lungo il perimetro, ma “comunque all'esterno dei reparti in cui esse [strutture residenziali psichiatriche sostitutive] si articolano”. Questa formulazione lascia trasparire che più di una comunità psichiatrica fino a 20 posti letto possa essere parte di edifici e strutture più grandi e complesse, non meglio definite sia per quanto riguarda le funzioni che i responsabili. Questa aggiunta appare assolutamente inaccettabile perché contrasta e invalida la scelta di residenze e spazi non ospedalieri del resto del testo, lasciando intendere che potrebbe, al limite, essere lecito cambiare solo la targa degli opg. Con poca spesa.

Mantova, 9 dicembre 2011