

Anche sull'onda dei drammatici riscontri della Commissione d'indagine del Senato presieduta da Ignazio Marino ha ripreso slancio l'iniziativa di critica e per il superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari. Si è così costituito il Comitato *Stopopg* che parte dall'assunto che gli OPG rappresentino un'offesa alla coscienza civile del nostro Paese, per le condizioni aberranti in cui sono lasciati versare 1.500 nostri concittadini.

L'Ospedale Psichiatrico Giudiziario è istituto inaccettabile per natura, mandato, incongrua legislazione che lo sostiene, modalità di funzionamento, regole organizzative, gestione. La sua persistenza è frutto di concezioni positivistiche ottocentesche della malattia mentale e del sapere psichiatrico, nonché di una catena di pratiche omissive, mancate assunzioni di responsabilità e inappropriati comportamenti da parte dei decisori politici (Governo nazionale e Regioni) delle Aziende Sanitarie Locali e di molti Dipartimenti di Salute Mentale (Dsm). Ciò è ancor più grave dopo le sentenze della Corte Costituzionale del 2003 e 2004, che hanno aperto ampie possibilità di trattamenti alternativi all'OPG in ogni fase. Il divario tra le Regioni è grande rispetto al numero di internati negli OPG: in una media nazionale di internamento (per centomila abitanti) pari al 2,3, si va dal 0,7 di cittadini internati del Friuli Venezia Giulia a cifre intorno al 4 per centomila abitanti per la Liguria, l'Abruzzo e la Puglia. E ci sono anche Dsm "virtuosi" che non hanno attualmente alcun cittadino internato in Opg.

L'applicazione del DPCM del 1 aprile 2008 – sul trasferimento delle competenze sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse sanitarie e delle attrezzature dalla sanità penitenziaria al servizio sanitario nazionale – è in grave ritardo in particolare in riferimento agli interventi attuati dalle Regioni per il superamento degli OPG. I tagli decisi dal Governo per sanità e sociale rendono sempre più difficile operare, mentre i modelli e le risorse regionali messe in campo sono differenti da una Regione all'altra.

Il passaggio "formale" degli Opg ai Dsm è avvenuto in tutte le Regioni nel quali questi insistono, tranne che per l'Opg di Barcellona Pozzo di Gotto non avendo sinora la Sicilia recepito il DPCM. *Stopopg* ritiene che sia possibile già da ora svuotare gli Opg, all'interno dell'attuale normativa, senza attendere la riforma del Codice penale, anche se è ovvio che solo una nuova legislazione potrà porre definitivamente fine all'Opg. Quest'ultima dovrebbe fondarsi sull'assunto che la incapacità totale di intendere e volere è evento talmente eccezionale da non giustificare affatto la esistenza di una istituzione *ad hoc*, non essendo di norma il disturbo mentale, anche grave e gravissimo, in grado di spegnere completamente la capacità della persona di aver coscienza di stare commettendo un reato.

Ma ci sono problemi di finanziamento, organizzativi, insieme a impacci e resistenze. Intanto sta aumentando il numero delle persone internate e l'aumento degli internamenti rende difficoltoso il percorso della "regionalizzazione" dei ricoveri (vale a dire che ciascun opg dovrebbe ricoverare solo internati provenienti dalla regione in cui insiste e da quelle più vicine).

Vi è chi propone l'adozione del modello Castiglione, quello di un vero e proprio ospedale psichiatrico gestito dalla sanità pubblica, con personale solo sanitario, senza agenti di custodia. Castiglione costa molto rispetto agli altri 5 Opg nei quali i costi sanitari giornalieri sono inferiori da 4 a quasi 10 volte. E poi il fatto che a Castiglione non lavorino agenti di polizia penitenziaria vuol

dire che le funzioni di custodia sono svolte dal personale sanitario, come nel tradizionale modello manicomiale civile pre riforma psichiatrica del 1978. *Stopopg* non condivide quindi la proposta di rivalidare il modello manicomiale nella psichiatria penitenziaria e non solo dal punto di vista delle coerenze e delle contraddizioni con la normativa in vigore per l'assistenza psichiatrica "civile". Basti soffermarsi sul fatto che nessuno ha sinora studiato, illustrato, discusso quali siano le pratiche in uso negli opg, gli esiti dei trattamenti, quanti siano i pazienti con disturbo mentale autori di reato, usciti peggiorati o migliorati o guariti.

A fronte di queste oscurità e difficoltà c'è chi sostiene che l'opg andrebbe difeso comunque, come ultimo baluardo a tutela del sentimento di sicurezza delle persone perché accoglie "storie cliniche e personali devastanti" che turbano profondamente l'opinione pubblica. Certo, l'opinione pubblica deve essere rassicurata, ma bisogna anche che i cittadini siano informati e rassicurati del valore e dell'efficacia dei trattamenti psichiatrici. Bisogna quindi attrezzarsi per una transizione nella quale gli attuali gestori dichiarino quanto fanno, che cosa accade, si riconoscano e si diffondano le "buone pratiche" e si critichino le "cattive pratiche", ad esempio quelle dell'isolamento, delle contenzioni, delle proroghe promuovendo la partecipazione anche delle persone internate, non esaurendosi nelle discussioni fra psichiatri clinici e psichiatri forensi. Anche perché questi ultimi intervengono dopo che i reati sono stati commessi e spesso non sanno nemmeno come funziona, o dovrebbe funzionare, un Dipartimento di salute mentale o un Sert. La chiusura degli opg obbliga a mettere la **sanità penitenziaria** in grado di curare detenuti affetti da malattia mentale; a ripensare il modo in cui il **circuito psichiatrico** affronta il problema del paziente autore di reato; il modo in cui il **mondo giudiziario e peritale** affrontano il problema del reo malato; i rapporti tra circuito della cura e circuito del controllo.

Per riuscire a fare a meno degli ospedali psichiatrici giudiziari

Negli opg sono internati cittadini con disturbo mentale ritenuti socialmente pericolosi e non imputabili del reato compiuto. Negli opg i codici di interpretazione derivati dalla criminologia e dalla psichiatria forense positivistiche continuano a prevalere su quelli della psichiatria di comunità "civile" e del movimento per la salute mentale. Le dimissioni dagli opg non sono disposte dai medici, ma dai magistrati, dagli opg è difficile dimettere soprattutto perché i cittadini internati sono caricati di un enorme pregiudizio, spesso condiviso da coloro che li dovrebbero aiutare a curarsi e riabilitarsi come ci dicono le proroghe di centinaia di internamenti anche dopo che, in sede di riesame della pericolosità, le persone sono state riconosciute (dal magistrato) non più socialmente pericolose perché non ci sarebbe chi si occupa e risponde di loro fuori dall'opg. Lo dimostra il fatto che quando si riesce a dimettere, la destinazione di gran lunga prevalente è quella di residenze ad alta protezione, dove il controllo sociale (e farmacologico) è molto forte.

Gli opg, quando riescono ad essere stabilimenti sanitari come quello di Castiglione delle Stiviere, sono niente altro che manicomi, per di più sottoposti ai regolamenti degli Istituti di prevenzione e pena, impegnati a gestire per anni la vita quotidiana di persone con disturbi mentali. Le norme, gli istituti, le pratiche che regolano la gestione (più che la cura) dei pazienti rei folli stridono, fino ad

esserne incompatibili, con le norme, le acquisizioni, le finalità e le pratiche dell'assistenza psichiatrica pubblica italiana da più di trent'anni. Da più di una decina d'anni la psichiatria di comunità italiana sta sperimentando, unica al mondo (recentemente si è avviata sulla strada da noi aperta l'Unione Argentina) un'assistenza psichiatrica senza manicomi che, pur fra difficoltà e non senza problemi in molti luoghi, sta tenendo. La riforma del 1978 ha proposto:

- Il "territorio", la comunità civile di riferimento del paziente, come luogo della cura;
- un approccio al paziente con disturbo mentale centrato sulla ricerca del suo consenso e riconoscendo lo stesso protagonista della propria cura e del proprio destino;
- la declinazione dei comportamenti problematici sotto il segno dell'aggressività invece che della pericolosità sociale del paziente psichiatrico. Da qui, per fare un esempio a noi vicino, sono nati nuovi stili di lavoro negli Spdc a porte aperte, fra cui va citato quello del Carlo Poma, che adottano tecniche di *de-escalation* dell'aggressività.

Per tutte queste ragioni la scelta di chiudere gli ospedali psichiatrici giudiziari rappresenta una sfida particolarmente complessa importante per il Parlamento, l'Amministrazione penitenziaria, la psichiatria di comunità italiana e tutto il servizio sanitario nazionale. Dal suo esito dipenderanno la civiltà del sistema penitenziario, la qualità dell'assistenza psichiatrica pubblica, un nuovo Codice penale, al posto di quello che risale agli anni Trenta dello scorso secolo, che contenga nuove norme in tema di imputabilità dei pazienti autori di reato (la sentenza n. 9163, 8 marzo 2005 delle Sezioni Penali riunite della Corte di Cassazione mostra quali e quanti disastri provoca l'estensione del regime della non-imputabilità), e abolisca la misura di sicurezza (che predetermina il tempo minimo e consente proroghe senza limiti). *Stopopg* ritiene che un cittadino con disturbi mentali autore di reato abbia diritto a (e debba) essere sanzionato in relazione al reato e non in relazione alla patologia di cui è affetto. La chiusura degli opg comporta che, se si escludono le pene alternative, bisogna adeguare i servizi e le opportunità di cura offerte dalle carceri. La condizione attuale dei cittadini detenuti nelle carceri della Repubblica è talmente drammatica e disumana, specie in relazione al sovraffollamento, che le considerazioni che seguono possono apparire astratte. Dobbiamo comunque fare uno sforzo per pensare una Giustizia che riduca al minimo possibile le pene detentive. E anche in questo scenario "ottimale" sappiamo che una parte consistente della popolazione carceraria soffre di disturbi mentali, il che ci obbliga a considerare quali livelli di complessità dei servizi e delle prestazioni che possiamo/dobbiamo garantire. Qui si apre uno spazio di lavoro enorme intorno al tema del diritto alla salute (mentale) in carcere e dei servizi correlati, da garantire universalmente, un tema che costituisce il cuore della discussione e della proposta per la chiusura degli opg. Nello specifico, carcere per carcere, vogliamo discutere cosa hanno messo in campo le Regioni, titolari dell'assistenza sanitaria con le loro Aziende sanitarie e i loro Dipartimenti di salute mentale, nonché l'Amministrazione penitenziaria. Ad esempio non ci convince la scelta della Lombardia di affidare la sanità penitenziaria alle Aziende ospedaliere anziché alle Asl, perché ignora il carcere come parte integrante del territorio.

Intanto, da subito, il Ministero della salute d'intesa con le Regioni, potrebbe riconoscere, premiare, anche economicamente, quelle aziende sanitarie e quei Dipartimenti di salute mentale che, in collaborazione con l'Amministrazione penitenziaria, si facciano carico dei propri pazienti internati in opg, che si rendano disponibili a garantire misure alternative all'internamento, che sviluppino progetti di intervento nelle carceri per la salute della popolazione dei detenuti.

Conclusioni e proposte

L'Opg è istituto inaccettabile per il mandato, la incongrua legislazione che lo sostiene, le modalità di funzionamento e la gestione.

L'Opg contrasta con la normativa vigente relativa alla cura delle persone con disturbo mentale perché conferma uno "statuto speciale" per il malato di mente e il permanere di un "doppio binario" per le persone con disturbo mentale che hanno commesso reato.

A 3 anni dall'emanazione del DPCM del 1 aprile 2008 non sono stati raggiunti gli obiettivi prefissati nelle fasi 1 e 2, in particolare in riferimento alle dimissioni degli "internati che hanno concluso la misura di sicurezza", al ritorno nelle carceri dei "ricoverati in Opg per disturbi psichici sopravvenuti durante l'esecuzione della pena", alla non ammissione di "osservandi" per l'accertamento di malattia mentale. Non solo non si è raggiunto l'obiettivo dello "sfoltimento del carico di internamento degli attuali OPG", ma il numero degli internati ha raggiunto i 1500, superando il numero pressoché stabile di 1200 degli ultimi 20 anni.

L'Opg deve essere abolito, non "sanitarizzato" e trasformato in un ospedale psichiatrico civile: il luogo della cura per le persone con disturbo mentale è il territorio.

Stopopg chiede:

- il ritorno in carcere dei detenuti inviati in Opg per malattia mentale sopravvenuta, l'uscita degli "osservandi" e delle persone in misura di sicurezza provvisoria, insieme al definitivo blocco di questi canali di sostentamento dell'Opg
- il recepimento del DPCM da parte della Regione Sicilia
- la presa in carico da parte delle Regioni e dei Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) di competenza dei 399 internati che hanno finito la misura di sicurezza, quindi "dimissibili", attraverso progetti terapeutico-riabilitativi individualizzati che tengano conto della storia, dei contesti, delle risorse in campo, a partire dalle risorse della persona stessa
- la presa in carico da parte delle Regioni di tutti i loro cittadini internati negli Opg con l'attribuzione ai Dsm delle necessarie risorse a sostegno di progetti individualizzati di cura e re-inclusione.
- la chiusura della sezione femminile di Castiglione delle Stiviere. Concentrare in un unico luogo tutte le donne pazienti autrici di reato provenienti da tutta Italia non risponde ad alcun criterio terapeutico. Il ridotto numero delle persone interessate rende possibile in tempi rapidi la costruzione di efficaci percorsi di cura attraverso l'affidamento ai Dipartimenti di salute mentale dei singoli progetti personalizzati nei territori di appartenenza.

- l'introduzione da parte delle Aziende Sanitarie Locali, tra gli obiettivi del sistema premiante delle attività dei Dipartimenti di Salute Mentale, il reinserimento delle persone dimesse dagli Opg nei luoghi di residenza
- l'inserimento delle stesse nelle strutture residenziali e semi residenziali dei DSM, senza la predisposizione di strutture residenziali specifiche, come invece propone la Regione Lombardia
- la definizione da parte della Conferenza Stato-Regioni del tempo entro cui le Regioni devono attuare le dimissioni degli internati dagli Opg e di sanzioni per le Regioni e i DSM inadempienti
- l'applicazione diffusa delle sentenze della Corte Costituzionali N. 253 del 2003 e N. 367 del 2004, onde garantire misure alternative alla detenzione nell'Opg
- un lavoro puntuale da parte dei Dsm con i giudici in caso di reati commessi da persone con disturbo mentale, per la valutazione di misure alternative.

Nel riesame della pericolosità sociale al termine della misura di sicurezza pesa ancora la valutazione delle condizioni socio-economiche della persona. Se l'intervento sulle stesse è dovuto - e va ricercato il loro miglioramento - la loro carenza non può in alcun modo giustificare la continuazione dell'internamento. Chiediamo cosa accadrebbe se analoga prassi venisse seguita per i detenuti?

Ancora, non è più accettabile la conferma della pericolosità sociale di un internato perché manca il consenso da parte del DSM di competenza di farsi carico dello stesso.

A livello locale poi, il Comitato mantovano della campagna "STOP OPG", promosso da ARCI, Forum Salute Mentale, CGIL ed FP-CGIL propone "ZERO DENTRO, TUTTI FUORI", una campagna rivolta a Regione Lombardia e Azienda Ospedaliera per cui sia definito tra gli obiettivi dei Direttori Generali delle Aziende Ospedaliere della Lombardia, l'azzeramento degli ingressi in Opg nel 2012 dei pazienti lombardi e di provvedere alla presa in carico da parte dei DSM degli internati predisponendo progetti per la loro dimissione nel corso dello stesso anno. A partire dai pazienti internati di competenza del DSM di Mantova. Questo potrebbe diventare un progetto incentivato nell'ambito della contrattazione integrativa aziendale.

Abbiamo infine chiesto al presidente della provincia di Mantova l'istituzione della figura del "garante dei diritti delle persone ristrette ed internate", in analogia a quanto già avvenuto in altre realtà italiane, ritenendo che possa essere uno strumento utile ad intervenire sulla tutela dei diritti delle persone attualmente ospiti dell'Opg e della Casa Circondariale di Mantova.

Regione Lombardia (uso quote vincolate fsn)

Risultati 2010

La Regione Lombardia si è mossa in modo importante per l'attuazione dei disposti del DPCM 1 aprile 2008, e degli accordi successivamente stipulati in sede di Conferenza Unificata tra il Governo, le Regioni, le Province autonome di Trento e Bolzano e le autonomie locali. Per quanto riguarda l'Ospedale Psichiatrico Giudiziario, dal 2010 si è proceduto, in accordo con quanto stabilito in sede di Conferenza Unificata, al progressivo accoglimento dei pazienti con residenza lombarda e ricoverati presso OPG di altre Regioni, riorganizzando la struttura in modo da offrire l'accoglienza di 280 pazienti. Tale sforzo organizzativo è stato sostenuto di pari passo dalle iniziative che la Regione ha messo in campo:

⌚ Attivazione del coordinamento del bacino di afferimento all'OPG di Castiglione delle Stiviere, che comprende, oltre alla Lombardia, le Regioni Piemonte e Valle d'Aosta. Tale coordinamento ha visto diverse azioni congiunte tra le Regioni coinvolte, prima tra tutte l'attivazione dei relativi DSM per la presa in carico dei pazienti di competenza per residenza, che hanno iniziato lo scorso dicembre a defluire verso i territori di appartenenza.

⌚ Le ASL e le AO, con i relativi Dipartimenti di Salute Mentale, sono stati sollecitati ad attivarsi verso i pazienti dimissibili, e ciò si è concretizzato con un forte aumento delle prese in carico della sanità territoriale (circa 50 pazienti lombardi/anno), a fronte di una media di dimissioni che pochi anni fa ruotava attorno alle poche unità/anno;

⌚ Il gruppo di lavoro regionale ha redatto un documento di taglio fortemente scientifico-tecnico che ha definito il concetto di "dimissibilità" e che è stato condiviso e validato sia dal coordinamento degli psichiatri lombardi che dai colleghi delle Regioni di bacino. Tale documento si basa su due diversi modelli per programmare e attuare un progetto di dimissione da OPG e reinserimento nell'ambito territoriale di provenienza del paziente, laddove:

- il primo segue le **modalità ordinarie** e già normalmente sperimentate dai DSM, in collaborazione con il magistrato e con i colleghi degli OPG, e consiste nell'utilizzare le risorse e le strutture disponibili (territoriali e residenziali) e idonee al programma individuale del paziente elaborato sulla base dei bisogni evidenziati;

- il secondo modello, invece, prevede l'individuazione di programmi personalizzati con modalità specifiche, rispondenti al bisogno di pazienti con caratteristiche cliniche e giuridiche più complesse, ed è orientato a organizzare una **progettualità sperimentale** che comprenda la possibilità di allestire delle strutture comunitarie residenziali adeguate ad accogliere, assistere e trattare una casistica con un grado di pericolosità sociale ancora presente.

In merito a ciò, scopo di tale documento è di delineare alcune indicazioni volte a definire:

- 1) le caratteristiche dei pazienti in relazione alla dimissibilità;
- 2) i requisiti strutturali e organizzativi delle comunità sperimentali di cui sopra.

A seguito di tali linee di indirizzo, è stata elaborata anche una ipotesi di requisiti funzionali di comunità residenziali sperimentali per dimessi dagli OPG.

⌚ Con la Delibera di Giunta n. IX/937/2010 Regione Lombardia ha previsto la possibilità di stipulare contratti per quanto riguarda l'alta intensità riabilitativa e assistenziale (CRA, CRM, CPA) rispetto a cui era in precedenza previsto il blocco dei contratti (fatto salvo quanto disposto dalla DGR 9173 del 30 marzo 2009) ma solo in casi definiti tra i quali ricadono le strutture che accolgano pazienti lombardi dimessi dagli Ospedali Psichiatrici Giudiziari secondo quanto previsto

dall'accordo sancito tra Governo e Regioni in coerenza con quanto disposto dal DPCM del 01.04.2008.

⌚ Inoltre la stessa DGR 937/2010 ha previsto la “destinazione all'area della tutela della salute mentale di risorse aggiuntive pari a euro 15 milioni che verranno utilizzate per la prosecuzione dei programmi innovativi triennali, territoriali e formativi, avviati nel 2009 e per la definizione di nuovi progetti di rilevanza regionale, con particolare riguardo allo sviluppo di iniziative finalizzate alle dimissioni dei pazienti lombardi ricoverati negli Ospedali Psichiatrici Giudiziari”. All'interno delle iniziative finalizzate alle dimissioni è prevista la attivazione di nuove comunità sperimentali appositamente dedicate alla accoglienza di pazienti ex OPG.

⌚ Infine è stata portata a compimento una nuova struttura di accoglienza sul territorio di Castiglione delle Stiviere denominata “Struttura per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza in regime di Licenza Esperimento e per l'Esecuzione Penale Esterna della Libertà Vigilata”, (SLiEV). Tale struttura prevede un massimo di 40 posti tecnici, dedicata a pazienti di ambo i sessi e destinata ad obiettivi ed utenza diversa dai reparti di degenza, caratterizzando la sua funzione nell'area della riabilitazione e del recupero psico sociale di soggetti in esecuzione penale esterna (MdSE), in corso di Licenza Finale Esperimento e Libertà Vigilata.

Per quanto riguarda l'assistenza sanitaria nelle carceri si è provveduto a portare a regime l'organizzazione della stessa, identificando per ogni istituto di pena non una ASL ma una Azienda Ospedaliera responsabile, e concentrando le responsabilità delle carceri milanesi sulla A.O. San Paolo. Le A.O. responsabili hanno poi provveduto, nel corso del 2010 alla presa in carico dei beni e delle attrezzature sanitarie precedentemente in carico alla A.P..

Obiettivi 2011

Nel corso del 2011 gli uffici tecnici regionali predisporranno un documento tecnico con le indicazioni relative all'attività sanitaria rivolta a soggetti sottoposti a procedimento penale presso i Tribunali per i Minorenni di Milano e Brescia. Tale documento dovrà individuare i soggetti coinvolti, le responsabilità e i processi relativi alle attività sanitarie che interessano minori sottoposti a procedimento penale.

Inoltre si dovrà emettere il bando per comunità sperimentali di accoglienza di pazienti ex OPG, secondo quanto disposto dalla dgr 937/2010.

Sarà anche cura del Sistema Sanitario Regionale farsi carico dei locali concessi ad uso gratuito dalle Istituzioni penitenziarie per lo svolgimento delle attività sanitarie.