

# stopopg.it

per l'abolizione degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari

"...la legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana"  
(Costituzione Italiana, Art. 32)

## Le proposte.

### NO a proroghe senza vincoli: per l'effettivo superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari e il rafforzamento dei servizi di salute mentale

#### LE NOSTRE PROPOSTE

Per continuare il confronto che abbiamo aperto con il Ministero della Salute, della Giustizia e con il Parlamento, dopo gli incontri avvenuti a novembre e a dicembre 2013, crediamo utile avanzare alcune proposte. Come è noto, la Conferenza delle Regioni ha proposto un [emendamento alla legge "milleproroghe"](#) con cui chiede di rinviare al 1 aprile del 2017 la chiusura degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari. Peraltra nella stessa [Relazione al Parlamento sugli OPG dei Ministri della Salute e della Giustizia](#) si scriveva apertamente della necessità di una simile proroga. La motivazione alla base della richiesta di proroga "di almeno quattro anni" è la necessità di tempi ulteriori "per avviare le procedure di gara per la scelta del progettista e dell'impresa esecutrice dei lavori" per la costruzione delle Residenze per l'esecuzione della misura di sicurezza (REMS).

Ribadiamo che rinviare ancora una volta la chiusura degli OPG - luoghi "indegni per un paese civile", come li ha definiti il Presidente Napolitano - è grave in sé, ma riteniamo sia intollerabile con una simile motivazione, che interpreta il superamento degli OPG come mera regionalizzazione degli stessi, e quindi come questione di "lavori pubblici", innanzi tutto. Con un dato paradossale: nelle REMS programmate dalle Regioni sono previsti mille posti, più degli attuali internati in OPG dato che la mobilitazione degli ultimi anni ha invertito il trend di crescita degli internamenti e ridotto a 836 il numero di persone attualmente in OPG. Non era evidentemente questo lo "spirito" delle sentenze della Corte Costituzionale del 2003 e del 2004 né quello delle norme "originarie" per il superamento degli OPG, a partire dal DPCM del 2008. Atti ispirati ai principi introdotti nell'ordinamento dalla Legge 180 e dalla Riforma sanitaria, che dovevano finalmente, dopo la chiusura dei manicomi civili, interessare quelli giudiziari.

**Ecco perché una ulteriore proroga della chiusura degli Opg è inaccettabile senza introdurre precisi vincoli di legge che favoriscano le dimissioni e le misure alternative alla detenzione, che frenino gli ingressi impropri (ad esempio gli invii in OPG come misura di sicurezza provvisoria) e pongano fine alle proroghe della misura dovute in gran parte - ed è cosa nota - non alla pericolosità della persona ma all'incuria delle istituzioni che dovrebbero farsi carico di costruire un credibile progetto terapeutico riabilitativo individuale (PTRI).**

#### Cosa proponiamo di fare

Siamo convinti che la situazione attuale riproponga tre questioni che STOPOPG ha più volte evidenziato:

1. **Una vera e propria governance del superamento degli OPG**
2. **La modifica della Legge 9/2012 e della durata della misura di sicurezza detentiva**
3. **Modifiche sostanziali del Codice Rocco**

**1 E' necessaria una vera e propria governance del superamento degli OPG,**

in grado di stimolare e mettere in comunicazione i diversi attori interessati promovendo un loro agire non routinario.

Senza questa governance è fatale si verifichi ciò che abbiamo sotto gli occhi: il superamento dell'OPG derubricato a problema di lavori pubblici. Proponiamo perciò l'istituzione di una **Autorità per il superamento degli Opg**. A questa Autorità, composta paritariamente da rappresentanti dello Stato (Ministeri della Salute e della Giustizia) e delle Regioni e della Pubblica Amministrazione, va affidato il compito di accompagnare Regioni e ASL nel percorso di superamento degli OPG. Andrebbe inclusa tra le finalità di questo organismo la promozione di azioni quali la stipula di protocolli di collaborazione tra Asl-DSM, Magistratura competente e DAP finalizzati: a garantire la consulenza, anche peritale, alla Magistratura da parte del DSM titolato a seguire la persona internata; alla presa in carico delle persone per il PTRI; a favorire le dimissioni e le misure alternative. Tali protocolli potrebbero assumere la forma di Accordi o di Intesa in Conferenza Unificata, o altre forme capaci comunque di introdurre pratiche virtuose nel funzionamento delle istituzioni.

**L'Autorità per il superamento degli Opg** vigila evidentemente sui tempi di attuazione del superamento degli OPG, che vanno comunque fissati per legge con Intesa in Conferenza Unificata. Il Commissario (attualmente previsto al comma 9 della legge 9/2012) va individuato nell'ambito di tale Autorità.

**2 Sono necessari alcuni interventi di modifica della Legge 9/2012,**

allo scopo di evitare che una sua rigida interpretazione si risolva in un indebolimento della normativa vigente<sup>1</sup>. Occorre al contrario introdurre alcune disposizioni che a nostro avviso possono agevolare significativamente il conseguimento dell'obiettivo per cui pure la legge 9 è nata, ovvero il superamento dell'OPG. In particolare, va modificato l'articolo 3 ter nei seguenti aspetti:

**2.1. Il primo** riguarda l'annoso e già citato problema della ampia quota di proroghe della misura di sicurezza dovute non alla pericolosità della persona ma all'incuria delle istituzioni che dovrebbero farsi carico di costruire un credibile **progetto terapeutico riabilitativo individuale (PTRI)**. **I PTRI devono essere resi obbligatori da disposizioni vincolanti che vanno introdotte nella legge**, in modo da rendere più chiaro e cogente l'obbligo di presa in carico da parte delle Asl già previsto dal comma 6. Si deve disporre quindi che i programmi regionali di cui al comma 6 prevedano la presentazione obbligatoria dei PTRI, da parte di ogni Asl/Dsm, entro 3 mesi dall'avvio dell'eventuale proroga. Vale a dire che tutte le Regioni devono disporre entro maggio dell'elenco nominativo di tutte le persone "dimissibili" e che entro il 1 luglio 2014 i DSM/Asl "allertati" dalla Regione devono produrre un PTRI dettagliato e immediatamente esecutivo<sup>2</sup>. Ciò serve, evidentemente, per rendere applicabile il comma 4, laddove prevede che *"le persone che hanno cessato di essere socialmente pericolose devono essere senza indugio dimesse"* (cosa che invece continua a non accadere e non cessano così le proroghe dovute alla mancanza di presa in carico da parte dei servizi nel territorio).

Analogamente si provvede privilegiando misure non detentive si provvede nei confronti delle persone che la legge dispone non siano più ricoverate in OPG (e nemmeno in Rems) ma destinate al carcere<sup>3</sup>. **Non possiamo dimenticare che il diritto all'assistenza sanitaria da parte delle persone detenute resta un drammatico vuoto da colmare.**

<sup>1</sup> Il comma 1 dell'articolo 3 ter legge 9/2012 così dispone: *Il completamento del processo di superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari già previsto dall'allegato C del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 1° aprile 2008, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 126 del 30 maggio 2008, e dai conseguenti accordi sanciti dalla Conferenza unificata ai sensi dell'articolo 9 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, nelle sedute del 20 novembre 2008, 26 novembre 2009 e 13 ottobre 2011, secondo le modalità previste dal citato decreto e dai successivi accordi è disciplinato ai sensi dei commi seguenti.*

<sup>2</sup> Le ASL devono inscrivere nel PAL un capitolo di spesa adeguato in modo che il DSM possa disporre di idoneo budget (es. fino a € 50.000 anno e fino a 3 anni per ogni internato in dimissione). il Ptri va gestito dal del DSM, con un'attenta regia e con una puntuale coprogettazione in caso di coinvolgimento di servizi del privato. Al meglio dovrebbero essere molteplici le compagini sociali e istituzionali che partecipano al progetto.

<sup>3</sup> Ad esempio utilizzando Codice Procedura Penale Art. 286. Custodia cautelare in luogo di cura: Se la persona da sottoporre a custodia cautelare si trova in stato di infermità di mente che ne esclude o ne diminuisce grandemente la capacità di intendere o di volere, il giudice, in luogo della custodia in carcere, può disporre il ricovero provvisorio in idonea struttura del servizio psichiatrico ospedaliero, adottando i provvedimenti necessari per prevenire il pericolo di fuga. Il ricovero non può essere mantenuto quando risulta che l'imputato non è più infermo di mente.

**2.2** Va anche affrontato il problema della durata della misura di sicurezza detentiva. Riteniamo sia realistico e urgente **introdurre una disposizione che stabilisca che la durata massima della misura non può essere superiore alla durata della pena detentiva per il reato per il quale la persona è stata condannata**. Questo anche allo scopo di evitare che il reiterarsi inerziale delle proroghe possa realizzare detenzioni abnormi per reati di scarso o nullo allarme sociale, o addirittura il già tristemente noto fenomeno degli “ergastoli bianchi”.

**2.3.** Cruciale il tema dell’**utilizzo dei Finanziamenti** per i Budget di Salute. Le risorse correnti (comma 7 art. 3 ter) sono assegnate dalla Regione ai Dipartimenti di Salute Mentale delle singole Aziende Sanitarie Locali per finanziare i PTRI, tramite i “Budget di Salute”. Per evitare di indebolire ulteriormente i Dipartimenti di salute mentale, è necessario **modificare la distribuzione delle risorse**. Si propone che le risorse in conto capitale (comma 6) siano destinate prevalentemente (almeno nella misura del 70%) per consentire la costruzione o la riconversione di strutture finalizzate all’esecuzione di misure non detentive alternative al ricovero in Opg (e alle Rems) o all’assegnazione in Casa di cura e custodia (ad esempio per l’alloggio assistito). E in via residuale per la riconversione/realizzazione delle strutture richiamate dal comma 2 (Rems). A questo scopo, anche in ragione dell’eventuale proroga, le Regioni hanno tutto il timore per concordare con il Ministero della Salute come aggiornare/adequare i programmi presentati per riconvertire le Rems.

**2.3.** E’ inoltre necessario intervenire sul *tema del personale*, precisando che il personale, del SSN o “convenzionato” con esso, che si occupa delle persone destinatarie di misura di sicurezza deve essere adibito esclusivamente a funzioni assistenziali.

**2.4.** Ci pare anche necessario, allo scopo di orientare e favorire l’azione dell’Autorità per il superamento degli OPG, prevedere un sistema che potremmo definire di “**premi e sanzioni**” . Prevedendo che costituiscano adempimenti delle Regioni, anche ai fini di premi e sanzioni ( e di eventuale commissariamento) ad esempio il rispetto delle previsioni relative all’obbligo di assicurare i PTRI con relativo Budget di Salute, per favorire misure alternative, dimissioni ecc.; la presentazione al Ministero dell’aggiornamento dei Programmi di utilizzo delle risorse correnti (comma 7) e in conto capitale (comma 6).

**2.5.** Si propone infine di introdurre una modifica al comma 8 bis, che preveda debba essere presentata ogni anno (fino a data da stabilirsi ...) la relazione al Parlamento attualmente prevista solo per 2013.

**3** **La terza questione: la modifica del Codice Rocco** su cui riteniamo si debba intervenire è assolutamente decisiva per abolire gli OPG: è la modifica della legge penale in tema di misura di sicurezza. Senza **modifiche sostanziali del Codice Rocco** non è possibile evitare gli effetti perversi della logica del doppio binario, che separa il destino del “reo folle” dal “reo sano” o dal “reo affetto da altre malattie”. Questo tema va inserito nell’agenda parlamentare.