



Forum nazionale per il diritto alla salute delle persone private della libertà personale – onlus

Dagli Ospedali Psichiatrici Giudiziari alla Rete territoriale dei servizi

Alcuni precedenti

Negli anni '60, mezzo secolo fa, iniziava in Italia, promotore Franco Basaglia, la lunga lotta contro le *istituzioni totali*: i manicomi, gli Istituti per minori e per anziani, le carceri, le strutture che per ragioni diverse sequestravano la vita delle persone, stabilivano una barriera invalicabile con la società e costruivano un mondo artificiale, tutto in sé concluso ed autosufficiente.

L'apartheid sociale ed istituzionale e, in definitiva, un diversivo per non toccare i meccanismi espulsivi della società, in nome di uno pseudo specialismo assistenziale e di una supposta sicurezza dei cittadini.

Un primo successo si ebbe con la chiusura dei manicomi, con le leggi n. 180 e n. 833 del 1978, frutto di esperienze innovative e di rottura, partite da Gorizia e Perugia, estese ad Arezzo, a Trieste e ad altre realtà provinciali, con un movimento che coinvolgeva intellettuali, operatori sanitari e sociali, Enti locali, organizzazioni sindacali, forze politiche democratiche, Associazioni di cittadini.

Un primo successo, per molti un compromesso, non certamente la conclusione di una battaglia che doveva continuare per contrastare la tendenza ad emarginare, a separare e a produrre una *“manicomialità diffusa”*

I tempi e i rapporti politici non consentirono di comprendere nelle leggi del 1978 la chiusura degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari, altra istituzione totale, un misto e una somma perversa di manicomio e di carcere. Un lager incivile, un obbrobrio umano.

Il diritto universale alla salute mentale

Ci sono voluti trenta anni prima di riconoscere anche agli internati negli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG) il diritto alla salute mentale, così come era avvenuto per i cittadini liberi con la legge n. 180, prima, e con la legge n. 833, subito dopo, entrambe del 1978.

Cadeva il pregiudizio a-scientifico sulla pericolosità sociale del malato di mente e si negava validità terapeutica all'Ospedale psichiatrico di cui si stabiliva e programmava la chiusura.

Anzi, il manicomio si configurava come aggiunta di sofferenza e il lungo internamento si presentava come fattore di cronicità e di annientamento della persona.

Cadeva, per l'iniziativa teorica e pratica di Franco Basaglia, l'idea che si potesse curare il malato di mente con l'emarginazione.

Con ritorni periodici, c'è chi pensa di regredire da quelle posizioni, umane e scientifiche insieme, che in questi trenta anni hanno trovato conferme generali e attenzioni internazionali.

E' paradossale che si voglia tornare al lungo internamento dei malati di mente, magari sine die, proprio quando la stessa Unione Europea afferma in una sua Risoluzione che la salute mentale individuale e collettiva deve essere promossa ed attivata nell'ambito delle relazioni umane,

naturalmente con i necessari apporti e supporti scientifici, sociali e democratici che il Paese è in grado di mettere a disposizione.

E' un punto di avanzamento scientifico e civile da cui non è pensabile retrocedere.

Abbiamo dovuto subire trenta anni di *negazionismo* prima di estendere il diritto alla salute mentale anche agli internati in OPG, così come richiedevano nel Paese e nel Parlamento i sostenitori della 180 e come proponevano le Regioni della Toscana e dell' Emilia Romagna con un proprio disegno di legge presentato in Parlamento nell'anno 1995.

Nel frattempo, migliaia di internati hanno pagato un prezzo umano altissimo, con sofferenze ingiustificate, con la perdita del senso stesso della vita e quegli OPG si presentano ancor oggi come istituzioni totali, con un carico di vite tagliate che non sarà facile far uscire dal profondo della condizione di cronicità e di catatonìa per riaprire il percorso della vita.

Le diverse categorie giuridiche di internati hanno tutte in comune la malattia mentale e giustizia e coerenza vogliono che sia il Servizio sanitario a “ *prendersi cura*” dei “ *prosciolti folli*”, dunque non imputabili e non punibili con il carcere.

L'Ospedale psichiatrico giudiziario, nonostante l'impegno di molti operatori, è rimasto strutturalmente immodificato, una terra senza diritti, dove il garantismo carcerario e la coercizione psichiatrica si potenziano in una allucinante e perversa collusione.

Il punto di partenza

Alla data del 14 aprile 2011, per i “prosciolti folli” in “misura di sicurezza”, nei cinque Ospedali psichiatrici giudiziari dipendenti direttamente dal Ministero di Giustizia la situazione era la seguente: Reggio Emilia, in Emilia Romagna, con n 266 internati, Montelupo Fiorentino, in Toscana, con n 153 internati, Aversa e Napoli in Campania, rispettivamente con 244 e 119 internati e Barcellona Pozzo di Gotto, in Sicilia, con n 349 internati.

Castiglion delle Stiviere, in Lombardia, con n 193 internati, unico OPG con una Sezione di n 81 donne, ha una gestione tutta sanitaria, affidata all'Azienda sanitaria locale di Mantova attraverso una Convenzione che prevede la vigilanza esterna, perimetrale, da parte della Polizia penitenziaria.

A questi OPG, bisogna aggiungere n 16 donne reclusi per seminfermità mentale nella Casa di cura e custodia di Sollicciano (Firenze).

In tutto n 1419 internati provenienti indistintamente da tutte le Regioni italiane per una popolazione di 60 milioni di abitanti.

Ci sono, ad oggi, modeste variazioni nei dati di ricovero, anche se in alcuni casi sono state realizzate importanti quote di dimissioni e di blocco dei nuovi ingressi, là dove si sono stabiliti buoni rapporti di collaborazione tra la Direzione degli OPG e i Dipartimenti di salute mentale interessati.

In ogni caso, cifre tutto sommato modeste ma che segnalano che svuotare l'OPG si può.

I provvedimenti legislativi

Il problema del superamento degli OPG italiani è stato posto all'ordine del giorno quando nel 1996 è giunto al Governo del Paese il Centrosinistra, Presidente Romano Prodi e Ministro della Sanità, Rosy Bindi.

Con il Dlgv n. 230 dell'agosto 1999 si compiva in Italia una svolta storica: la sanità penitenziaria, nelle carceri di ogni tipologia, compresi gli istituti minorili e gli Opg, passava dalla competenza del

Ministero della Giustizia al Servizio Sanitario Nazionale e, dunque, al Ministero della Salute, alle Regioni italiane e alle Province Autonome di Trento e Bolzano.

Gli ostacoli e le opposizioni furono fortissimi da parte di forze politiche conservatrici, di settori dell'apparato del sistema penitenziario e da parte degli stessi operatori sanitari che non accettavano il "salto nel buio" della loro nuova collocazione giuridica.

Anche l'ambigua sperimentazione prevista dalla legge per un atterraggio graduale e morbido della riforma fu fatta fallire, anzi neppure riuscì ad iniziare il cammino tante furono le pastoie burocratiche messe in atto allo scopo di dimostrare che "la riforma non era fattibile." La riforma rimase al palo, senza neppure un avvio, in tempo per essere archiviata, messa in frigorifero, quando nel 2001 al governo del Paese giunse il Centrodestra che aveva manifestato aperta ostilità alla riforma.

Infatti, si ebbero cinque anni "in sonno" della legge che però non fu né modificata né abrogata, perché il centrodestra avrebbe dovuto affrontare la modifica del Titolo V della Costituzione che con nettezza assegnava alle Regioni la competenza nel governo della sanità, senza limitazioni ed eccezioni.

Fu considerato più conveniente bloccare la riforma e lasciare la legge in archivio.

Il cammino della riforma riprese nel 2006, quando il Centrosinistra riprese il governo del Paese e il Ministro della Salute, on .Livia Turco, predispose il Dpcm 1° aprile 2008 per l'attuazione della legge n. 230/'99.

Con quel provvedimento, le competenze, il personale sanitario, le risorse finanziarie, le strutture e le tecnologie passavano al Servizio sanitario nazionale.

Per gli Ospedali psichiatrici giudiziari, il Dpcm concentrava gli obiettivi nella *Linea guida C*, che faceva parte integrante del provvedimento, prevedendo modi, tempi e scadenze, un cronoprogramma per un graduale ma definitivo superamento degli Ospedali psichiatrici giudiziari.

La chiusura degli OPG, che era progettata "a legislazione invariata sulla misura di sicurezza", aveva un fondamento autorevole nelle sentenze della Corte costituzionale, esplicitamente richiamate nella Linea guida C, che "non legavano l'applicazione della misura di sicurezza in modo univoco ed esclusivo all'OPG"

Un atto fondamentale, perché la "misura di sicurezza" poteva e può trovare altre forme di esecuzione e perché le eventuali esigenze di controllo, dicono le Sentenze, non possono far venir meno il diritto alla cura e alla salute mentale delle persone *che è prioritario* ai sensi della Costituzione italiana.

Purtroppo, il calvario della riforma dell'assistenza ai malati di mente in "misura di sicurezza" non era finito.

Subito dopo l'approvazione del Dpcm, la legislatura si concluse anticipatamente con la crisi del Governo Prodi e con l'indizione della campagna elettorale.

Con l'avvento del Centrodestra al Governo del Paese, nel maggio del 2008, tutto era rimesso in discussione, anche perché le Regioni italiane dimostravano un eccesso di cautela e anche di riluttanza nell'applicazione di una riforma che invece richiedeva un massimo di determinazione e di iniziativa politica.

L'allarme per la scarsità delle risorse messe a disposizione tarpava le ali alle Regioni che soprassedevano alla realizzazione delle competenze trasferite.

Una verità che finiva per essere assunta come alibi all'inerzia.

Se non che, quasi per un miracolo politico, per la meritoria indagine compiuta dalla Commissione del Senato della Repubblica presieduta dal Senatore Ignazio Marino, la riforma tornava all'ordine del giorno del Parlamento e del Paese e l'emozione pubblica prodotta dal cahier de doléances stimolava alcune prime iniziative delle Regioni e mobilitava il mondo delle Associazioni di cittadini.

Gli Atti della Commissione, infatti, documentavano lo stato intollerabile della vita degli internati negli OPG italiani, sia pure con diversi livelli di degrado e di inciviltà, scuotendo l'opinione pubblica con una documentazione di prima mano e impegnando le Istituzioni, a cominciare dalla Presidenza della Repubblica e dal Parlamento italiano, a porre all'ordine del giorno la chiusura di un simile e insopportabile scandalo civile e sociale.

Il Presidente della Repubblica Giorgio Napolitano interveniva direttamente e solennemente e i Ministri della Giustizia e della Salute, con la sollecitazione unanime della Commissione di indagine e in collaborazione con la Conferenza Stato-Regioni, riprendevano l'iniziativa legislativa predisponendo un nuovo testo che il Parlamento approvava in data 17 febbraio 2012 nel quale erano contenute importanti misure in continuità, in applicazione e ad ulteriore specificazione del Dpcm 1° aprile 2008.

Infatti, la legge n. 9 del 17/2/2012 stabilisce la chiusura definitiva degli OPG italiana alla data del 1° marzo 2013, definisce i criteri di massima per la realizzazione delle strutture sanitarie alternative all'OPG, indica nella "vigilanza perimetrale" le forme del controllo, là dove necessario, mette a disposizione importanti se pur non sufficienti risorse finanziarie per le strutture alternative e per la gestione delle attività, impegna il Ministero della salute ad approvare un Decreto Ministeriale per ulteriori requisiti delle tipologie assistenziali, richiama il Governo al rispetto dell'articolo 120 della Costituzione per esercitare il potere di controllo in ordine alla chiusura degli OPG, anche con il ricorso al potere sostitutivo in caso di inadempienza delle Regioni e Province autonome..

Certamente, in una materia così complessa e delicata come la questione della chiusura degli OPG, in costanza della vigenza della "misura di sicurezza", restano ancora alcune ambiguità che potranno essere superate con una nuova legislazione che tenga conto della riforma dell'assistenza psichiatrica, degli obiettivi di recupero sociale dei malati di mente, ma finalmente, le Regioni italiane hanno le competenze, gli indirizzi e le risorse per mettere al centro dei loro programmi "il rientro degli internati nei luoghi di provenienza", per impegnare i Dipartimenti di salute mentale nella "presa in carico" e nella continuità terapeutica, per progettare le strutture di assistenza eventualmente necessarie, senza riprodurre manicomi e/o piccoli Ospedali psichiatrici giudiziari.

Principi e nuova pratica sociale.

Sono 13 anni che il Paese rincorre una legge definitiva per la chiusura degli OPG. E' certo che l'iniziativa legislativa non è del tutto conclusa, perché la modifica deve interessare anche il Codice di procedura penale con la riforma degli articoli che riguardano la "misura di sicurezza".

A questo punto, però, è il momento di cogliere tutte le novità raggiunte in questi anni nelle leggi approvate e impegnare tutte le energie culturali e democratiche per attuare la legge e per realizzare un cambiamento radicale nel modo di "vedere e di praticare" l'assistenza ai malati di mente che rientrano dagli Opg nei territori di provenienza e a coloro che incorrono in una nuova pronuncia della Magistratura. .

Insieme alla legge n. 9 del 17.2.2012, pertanto, è necessario richiamarsi ai principi fondamentali dell'Ordinamento sanitario e alla migliore cultura degli amministratori, degli operatori e dei cittadini che si è fatta strada in questi anni nella pratica dei servizi per la salute mentale, perché la riforma non sia un semplice cambio di etichette.

Prima di tutto è necessario prendere atto, con tutto quanto ne consegue, della *regionalizzazione* del Servizio sanitario penitenziario, in base all'articolo 117 della Costituzione.

Oggi, ogni Regione italiana è responsabile della salute dei propri cittadini internati in OPG e ne risponde sotto tutti i profili, senza appalti a terzi o compensazioni tra Regioni, perché

“l'eccellenza” in salute mentale sta nella qualità dei sistemi di prevenzione e di cura territoriale e nei Servizi sanitari e sociali che ogni Regione impegna nel recupero sociale.

Condizione necessaria per l'esercizio della competenza è il riconoscimento della effettiva autonomia, dignità e potestà del Servizio sanitario nazionale in carcere, perché i provvedimenti per la salute degli internati possano essere assunti dagli operatori in “ *scienza e coscienza*”, *senza se e senza ma*.

E' certamente necessaria la “ leale collaborazione “ tra Istituzioni diverse (Ministeri, Regioni e Province autonome), ma il Servizio sanitario deve agire *iuxta propria principia*, principi che per la salute mentale derivano dalle leggi n. 180 e n. 833 del 1978.

Sia chiaro: un Servizio sanitario a sovranità limitata non è accettabile e non giova neppure alla buona gestione delle carceri italiane .

La salute dei malati di mente, per di più, si coniuga con *il principio del recupero sociale degli internati e della territorialità del trattamento della pena e della cura*, ai sensi dell'articolo 27 della Costituzione, dell'articolo 42 della legge dell'Ordinamento penitenziario del 1975 e 1986 e dell'articolo 2, punto 8, lettera g) della legge n. 833 del dicembre 1978.

I malati mentali vanno curati, non repressi e segregati. Curati, tenendo aperte le relazioni con il contesto sociale.

Tutta l'esperienza maturata in decenni di attività per il superamento delle Istituzioni totali dimostra che non è possibile, o comunque è oltremodo difficile un progetto autonomo e responsabile di vita delle persone malate di mente se il controllo sociale è l'abc del trattamento, se è praticata la contenzione fisica e/o chimica e se si tengono in vita barriere invalicabili tra la persona e il mondo delle relazioni, se addirittura si taglia *la possibilità di un rapporto tra il progetto individuale e il contesto sociale*.

Sono principi costituzionali e legislativi fondamentali e inderogabili, che hanno un valore giuridico cui devono essere ispirati i comportamenti delle Istituzioni, in questo caso del sistema sociosanitario e del sistema penitenziario, e insieme *un valore etico ed educativo* che consente di praticare con maggiore efficacia il recupero sociale delle persone che devono uscire dalla “*gabbia del reato*” e realizzare un proprio e motivato percorso di vita con la pratica dei diritti e dei doveri, nell'ambito delle relazioni umane, nel rispetto delle regole della vita civile e sociale.

Un progetto di vita che richiede di costruire un “ *percorso dell'accoglienza*” da praticare da parte della comunità e nella comunità la quale deve maturare una cultura e una pratica della libertà come rispetto della diversità e come possibilità per tutti, nessuno escluso, di “*progettarsi nel mondo*”, come richiedeva Franco Basaglia.

In questo si è in buona compagnia, dal momento che l'articolo 3 della Costituzione afferma” *E' compito della Repubblica rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale che, limitando di fatto la libertà e l'uguaglianza dei cittadini, impediscono il pieno sviluppo della persona umana....*”

Così, i principi costituzionali devono e possono essere rispettati ed applicati.

Per questo, nessuna Regione si può sottrarre al dovere costituzionale di “ *farsi carico*” della salute e della cura dei propri cittadini; nessuna Autorità si può permettere di tagliare la possibilità di rapporti delle persone malate con il proprio ambiente sociale.

Le leggi vanno rispettate e questo vale per tutti, a maggior ragione per le persone fragili.

Lo Stato di diritto comincia proprio dal rispetto delle leggi della Repubblica da parte delle sue Istituzioni.

Il problema della sicurezza.

Non si può ignorare il fatto che la questione del superamento/chiusura degli OPG deve fare i conti con le regole sulla sicurezza e, anche, con le posizioni pregiudiziali sulla pericolosità del malato di mente autore di reato ancora esistenti nel “ senso comune” e sull'allarme sociale che può nascere dalle dimissioni degli internati in strutture assistenziali decentrate.

Chi deve provvedere alla chiusura degli OPG lo sa o lo deve sapere.

Basta “una voce” di allarme, un atto di autolesionismo, un’infrazione addebitata ad un internato per far regredire un progetto di nuova assistenza.

Il problema non si risolve con dispute astratte, ma con esperienze partecipate e condivise, cariche di eticità e di qualità sociale, che dimostrano la validità delle alternative e l’inconsistenza e la nocività del pregiudizio.

La “sicurezza” dei cittadini tramite “*separazione, chiusura e controllo a vista degli internati*” è il chiodo fisso su cui si adagiano coloro che presumono di prevenire e controllare tutti gli atti di autolesionismo e di violenza delle persone, soprattutto quando malate di mente.

Purtroppo, il pregiudizio non si attenua nemmeno dinanzi alla documentazione dei suicidi e degli atti di aggressività che accadono in una struttura totale, nonostante il massimo del controllo quotidiano.

Al di là del pregiudizio, tutte le buone pratiche dei Servizi di salute mentale hanno confutato l’equazione deterministica tra sofferenza psichica e violenza. E’ ormai una diffusa acquisizione scientifica.

Eppure non è lecito ignorare i dati di fatto che registrano piccoli o grandi reati compiuti da persone affette da disturbi psichici.

Di quelle dinamiche è giusto discutere e tener conto, senza determinismi impropri e neppure senza rimozione del problema.

Una “*sospensione della ragione*” è possibile in ogni uomo, così come è possibile, in quelle condizioni, una reazione inconsulta a problemi esistenziali.

Al di là di ogni dissertazione sulla malattia mentale, è certo che è possibile per tutti uscire dalla malattia mentale e dalla “*gabbia del reato*” con nuovi percorsi esistenziali e con il recupero della stima di sé.

Cosicché, *in vigenza della normativa sulla “misura di sicurezza”*, il sistema delle cure dei malati di mente “prosciolti folli” comprende anche, *là dove necessario*, misure per la “protezione sociale”, anche per rendere più agevole l’avvio delle alternative e per porre, a partire dalle buone pratiche, la messa in discussione del pregiudizio.

Dalle discussioni astratte si deve passare al confronto sulle soluzioni concrete.

Ma prima ancora di prendere in considerazione le forme di vigilanza previste dalla normativa, è necessario affermare che l’affidabilità delle persone affette da disturbi psichici è in stretta relazione con la qualità e la quantità delle prestazioni di aiuto alla persona e con le condizioni di reciproca fiducia che si stabiliscono tra il Servizio e la persona malata.

A differenti esigenze di assistenza devono corrispondere diversi servizi, diverse dotazioni di organico e sistemi di cura, *tutti fondati sulla valorizzazione della soggettività delle persone e su programmi personalizzati di socializzazione che creano le condizioni per l’affermarsi della piena autonomia e responsabilità della persona.*

Quanto migliore è la qualità delle pratiche di vita, quanto più profondo è il rapporto di fiducia, tanto più alto è l’impegno delle persone a ricostruire un vissuto “*entro le categorie della legalità*” e, dunque, a garantire l’affidabilità delle persone, la sicurezza individuale e collettiva.

L’intensità delle cure, con i corrispondenti parametri di servizi e di personale, deve essere il criterio essenziale da seguire, con soluzioni differenziate, sempre aperte e integrate nei contesti sociali, per stabilire, secondo le esigenze descritte nel programma individualizzato predisposto dal Dipartimento di Salute Mentale, i requisiti minimi delle strutture di ospitalità dei “prosciolti folli” in misura di sicurezza, alternative alla chiusura degli OPG.

Passi in avanti importanti sono stati realizzati anche a proposito della “vigilanza” richiesta per i malati di mente autori di reato e in “misura di sicurezza”.

Già nell’Ospedale psichiatrico giudiziario di Castiglione delle Stiviere è stata praticata la “vigilanza perimetrale” garantita dalle Forze dell’Ordine, senza conseguenze apprezzabili per la sicurezza degli internati, del personale di assistenza e per la popolazione.

Anche le esperienze delle “ Piagge” a Firenze e di “Casa Zaccheo” a Castrocaro Terme, tanto per fare esempi diversi di organizzazione di strutture sociosanitarie, hanno validato la “ vigilanza perimetrale” che deve essere garantita dalle Forze dell’Ordine tramite Convenzione stipulata tra la Regione e le Prefetture dei diversi territori dove si ravvisa l’esigenza di una “ protezione sociale”.

Riabilitazione e recupero sociale

Chi si è cimentato a fondo per la chiusura dei manicomi sa che la liberazione degli internati dall’istituzione totale non è affatto uno sbrigativo atto amministrativo e burocratico.

Gli internati non sono pacchi postali che si possono manipolare a piacimento.

Al contrario, serve un quotidiano, serio e condiviso progetto di riabilitazione, di ricostruzione del progetto di vita di ogni persona, sapendo che in psichiatria la riabilitazione non è un atto occasionale e neppure una prestazione solo farmacologica, ma è il recupero della motivazione vitale che si raggiunge con la ricostruzione del senso di vivere, passando attraverso il vissuto quotidiano, attraverso la prova dei diritti e dei doveri e la speranza di un futuro per la vita.

Niente persone confinate in cella, niente reparti chiusi, niente contenzione fisica e chimica, ma apertura ed umanizzazione della vita quotidiana con programmi di attività formative, lavorative, sociali, ludiche e affettive che si possono svolgere dentro e fuori l’Istituzione.

Un nuovo principio educativo, dentro e fuori l’istituzione.

Si impara a vivere civilmente, vivendo civilmente.

Per l’internato è tanto più possibile uscire dalla sentenza edittale quanto più si realizza un rapporto di fiducia tra il malato e servizi, se il Servizio sa decifrare i bisogni inespressi delle persone con disturbi psichici e sa dare risposte condivise e partecipate e se i malati, singolarmente e collettivamente, sono partecipi e protagonisti della loro emancipazione.

La qualità della vita degli internati deve essere impegno immediato, perché l’obiettivo fondamentale del superamento dell’OPG potrà essere realizzato tanto meglio quanto più reale e vissuto è il miglioramento della vita dei singoli e del complesso dell’Istituzione.

Progetto individuale di recupero sociale e prospettiva di rientro nella società stanno tra loro in un rapporto di inscindibile interdipendenza.

Il Programma deve essere assunto dalle Aziende sanitarie locali, deve valere per tutti i 1419 internati e per tutto il tempo, ormai breve, di vigenza della struttura OPG per proseguire, poi, in tutte le sedi territoriali nelle quali si svolgerà la vita delle persone che hanno attraversato la “misura di sicurezza”

Il cantiere aperto per le alternative.

Si apre ora il cantiere delle alternative, in ogni Regione e Provincia Autonoma, in ogni Azienda sanitaria locale, in ogni territorio comunale, in ogni contesto sociale.

Chiudere un OPG non significa, non deve significare, riprodurre una costellazione di *Istituzioni totali* e, neppure, passare *da carcere a carcere* per il semplice fatto che le persone “prosciolte folli”, comunque e tutte affette da disturbi psichici, possono essere curate e riabilite *al di fuori delle istituzioni totali che sono di per sé patogene*, con soluzioni che, sia pure a legislazione invariata sulla “misura di sicurezza”, *siano uno sviluppo creativo delle sentenze della Corte Costituzionale.*

Come avvenne al tempo della “180”, è giusto e legittimo avanzare perplessità e anche allarmi su alternative gattopardesche, sul timore che si riproduca una “*manicomialità diffusa*”, come è altresì indispensabile esigere dal Governo nazionale provvedimenti “coerenti” con l’impianto costituzionale e legislativo del Paese, a cominciare dal Decreto del Ministro della Salute sui requisiti minimi delle strutture sanitarie alternative all’OPG, ma è altrettanto necessario, come allora, accettare e portare la sfida nella concreta realtà, nelle sedi di applicazione della legge per impegnare le Istituzioni, i soggetti sociali, la cultura e la politica a dare risposte nuove ed appropriate al diritto alla cura dei “*non imputabili*” e a creare le condizioni per un effettivo

recupero sociale di chi deve rientrare nella legalità del nostro consorzio sociale, come richiede l'articolo 27 della Costituzione.

Qui, a questo livello, c'è posto per tutti, tanto più che la qualità delle soluzioni dipende molto dalla pluralità degli apporti, dalla modifica del "*sensu comune*" sulla pericolosità del malato di mente, dalla disponibilità a cogliere le sinergie tra i diversi attori sociali, ad affinare pensiero e pratica, avendo come bussola i diritti delle persone che la Costituzione italiana e la civiltà giuridica del Paese richiedono.

Sappiamo per comprovata esperienza che non basta la legge per garantire quello che essa promette, ma che serve una sistematica vigilanza, e a volte una nuova lotta, per ri-conquistare i diritti scritti e sanciti nella Costituzione e nelle leggi che ne sono coerente applicazione e sviluppo.

Tanto più che prospettive sociali più sistemiche potranno maturare quanto più la realtà sociale farà dei passi in avanti nell'inclusione delle persone, nel superamento del pregiudizio e nel sostegno del "*sensu comune*" agli obiettivi di civiltà che intanto si possono proporre se e quando si mette fine all'obbrobrio dei manicomi giudiziari.

Punti fermi, per una nuova "*creatività sociale*".

Con le leggi faticosamente conquistate, l'Italia si colloca nelle punte avanzate dell'Europa e del mondo nella ricerca di nuove soluzioni per la cura dei malati di mente autori di reato, eliminando gli Ospedali psichiatrici giudiziari, senza riprodurre i manicomi, ma con una "*creatività sanitaria, sociale e giuridica*," che non ha precedenti e tanto meno modelli da imitare.

Si ripropone una situazione di avanguardia culturale e legislativa che ha un precedente solo con l'approvazione della legge n. 180 e la successiva legge n. 833 dell'anno 1978.

Con qualche punto di forza maggiore, oggi, con un sistema sanitario incardinato nelle Regioni italiane da oltre 30 anni, con una presenza di Dipartimenti di salute mentale in tutte le Aziende sanitarie locali e con una vivace e diffusa iniziativa delle Associazioni di cittadinanza attiva, di Organizzazioni sindacali, di Forum per la salute in carcere e di Stop OPG, di soggetti sociali che possono presidiare l'attuazione della legge in tutto il territorio nazionale.

Ciò che appare decisivo, oggi, come allora e come sempre, è la sinergia delle competenze tra istituzioni diverse e, dunque, la pratica attuazione del principio costituzionale della "*leale collaborazione*", l'alleanza tra la cultura, le Istituzioni e i soggetti sociali di avanguardia, tutti impegnati nel cambiamento, facendo valere i punti di forza esistenti nell'Ordinamento istituzionale e i principi di *nuova socialità* presenti in alcune leggi nazionali e regionali e nelle migliori esperienze italiane, con particolare riferimento alla *domiciliarità e alla residenzialità sociale, senza emarginazione*.

La domiciliarità: vicinanza, prossimità e familiarità.

Sia per la salute che per il ben-essere sociale delle persone, l'impegno delle Istituzioni, dei servizi alla persona e dei cittadini è sempre più rivolto a garantire la convivenza delle persone, *soprattutto se fragili*, nel proprio contesto sociale, senza sradicamenti, con una politica volta a moltiplicare i rapporti sociali, le azioni di solidarietà, senza abbandono e senza emarginazione.

Anche quando le relazioni familiari sono inesistenti o lacerate, l'abitare delle persone deve avere il carattere della prossimità, della vicinanza e della familiarità, con residenze di piccole dimensioni nelle quali siano possibili i ritmi naturali del vivere e il massimo delle relazioni con l'ambiente sociale di appartenenza.

Nel sociale "**piccolo è bello**" e il "*gigantismo istituzionale*", che dissolve e rende difficili le relazioni, è l'esatto opposto di quanto una politica sociale richiede oggi per far fronte alle difficoltà e alle lacerazioni che, per cause diverse, si producono nel rapporto tra individuo e società.

Sono acquisizioni, queste, che devono essere alla base anche delle soluzioni da realizzare da parte delle Regioni e Province autonome per curare ed assistere sia gli internati che rientrano dagli OPG nei territori di provenienza sia i malati di mente autori di reato che incorrono, in base alla legislazione vigente, in una “misura di sicurezza”

La vigilanza, là dove necessaria, non deve in alcun modo far venir meno il diritto delle persone malate alla buona cura e all’assistenza da parte del Servizio sanitario e del Servizio sociale che *non ammettono i manicomi e qualsiasi forma di istituzione totale.*

Il ruolo delle Regioni

Ogni Regione italiana e ogni Provincia autonoma ha il compito di recepire le leggi nazionali e di produrre, nell’ambito del proprio Ordinamento sanitario e sociale, un **Progetto mirato** per il rientro degli internati dagli OPG nei territori di provenienza, con la richiesta al Ministero della Salute del finanziamento previsto dai comma 6 e 7 dell’articolo 3-ter della legge n. 9 del 17 febbraio 2012 per i servizi e le strutture programmate.

Le Regioni italiane hanno dalla Costituzione un potere autonomo indiscusso nella organizzazione del Servizio sanitario nazionale, sempre nel rispetto del diritto universale alla salute dei cittadini e nella garanzia della uguaglianza delle prestazioni.

Un potere che le Regioni hanno sempre rivendicato e difeso e che a maggior ragione deve essere fatto valere per l’organizzazione delle alternative all’OPG.

Questo è il necessario punto di partenza per impegnare le Aziende sanitarie locali e i rispettivi Dipartimenti nella “presa in carico”, nella continuità assistenziale e nel recupero sociale dei malati di mente autori di reato.

Spetta alle Regioni stipulare con le Prefetture di riferimento delle ASL interessate apposite Convenzioni per assicurare la “*vigilanza perimetrale*” da parte delle Forze dell’Ordine, là dove ritenuta necessaria.

Le Regioni e le Province Autonome, per garantire un’ adeguata assistenza agli assistiti, sulla base del comma 5 dell’articolo 3-ter della legge n. 9 del 17. 02. 2012 e delle procedure in esso contenute, anche in deroga alle disposizioni vigenti relative al contenimento della spesa di personale, “*possono assumere personale qualificato da dedicare anche ai percorsi terapeutico e riabilitativi finalizzati al recupero e reinserimento sociale dei pazienti internati provenienti dagli Ospedali psichiatrici giudiziari*”

Il ruolo delle Aziende sanitarie e dei Dipartimenti di Salute Mentale (DSM)

Il ruolo delle Regioni non si conclude, certamente, con la predisposizione del Progetto mirato e con la richiesta di finanziamento al Ministero della salute, ma deve impegnare tutte le Aziende sanitarie locali, con i loro rispettivi Dipartimenti di salute mentale, ad accogliere gli internati che devono rientrare nei territori di provenienza, a prevenire e a bloccare ulteriori internamenti in OPG, con programmi di prevenzione, cura e recupero sociale dei malati di mente autori di reato.

Spetta alle Aziende sanitarie, in collaborazione con gli Enti locali e con le organizzazioni dei cittadini, predisporre i relativi servizi sanitari e sociali integrati e le eventuali strutture sanitarie necessarie, sulla base dei criteri dettati dalla programmazione regionale.

Il DSM é il Servizio costituito in ogni Azienda sanitaria locale che risponde, attraverso una gamma di interventi differenziati e personalizzati (domiciliari, ambulatoriali, residenziali, ecc...) ai bisogni di salute mentale della popolazione residente nel proprio territorio di competenza.

In prima istanza, al Dipartimento sono assegnate, in base al programma personalizzato di dimissioni formulato congiuntamente dallo stesso DSM e dalla Direzione sanitaria dell’OPG, le persone attualmente internate in OPG “*che hanno cessato di essere pericolose*” (dimesse in Licenza Finale di Esperimento), come disposto dal comma 4 dell’articolo 3-ter della legge n. 9 del 17 febbraio 2012.

Il Dipartimento di salute mentale è il “*volano progettuale ed operativo*” per la chiusura degli OPG. Ci sono già esperienze di DSM che hanno azzerato il ricovero in OPG, ma è indubbio che a questi Servizi, per la chiusura degli OPG, si presentano problemi nuovi e complessi che richiedono, prima di tutto, chiarezza sulle competenze e sulle responsabilità, distinzione netta rispetto alle eventuali esigenze di vigilanza che spettano alle Forze dell’Ordine, disponibilità di personale sanitario, sociale ed educativo, di Alloggi assistiti direttamente disponibili o messi a disposizione dagli Enti locali e di servizi e strutture sanitarie e sociosanitarie aperte e flessibili.

Sulla base del Progetto mirato, ma in rapporto ai quadri epidemiologici e alle esigenze di residenzialità per malati di mente autori di reato, possono essere istituite *piccole Comunità terapeutiche* con la disponibilità di pochi letti di residenzialità *a media e alta assistenza*, anche per fornire alla Magistratura giudicante destinazioni alternative ai malati di mente che incorrono nella misura di sicurezza.

Ma quello che è decisivo è, e sarà, la cultura dei Servizi per la salute mentale che fa propri i principi della “presa in carico”, della continuità assistenziale, dell’integrazione sociosanitaria, della domiciliarità, *soprattutto la consapevolezza che non esiste più “ il terminale”, la possibilità dell’internamento delle persone in strutture totali o totalizzanti.*

Chiudere gli OPG è dovuto, ed è possibile

Con un impegno comune delle Istituzioni, con la partecipazione consapevole degli operatori, con il sostegno e lo stimolo dei soggetti sociali è possibile applicare la legge n. 9 del 17 febbraio 2012 e chiudere gli OPG italiani entro la data del 1° marzo 2013.

Le esperienze condotte e monitorate in tutto il Paese saranno un prezioso contributo per procedere ulteriormente nella civilizzazione dell’Ordinamento giuridico italiano con nuove soluzioni ai problemi delle persone sofferenti psichiche e autori di reato, senza ricorrere al carcere e senza riprodurre soluzioni manicomiali, illegittime e ingiuste, ma con una rete differenziata di Servizi e strutture sanitarie, sociali e sociosanitarie territoriali a diverso livello di protezione sociale, in linea con quanto dispone la Costituzione italiana e la legislazione che di essa è coerente sviluppo.

Direttivo nazionale
Forum per la salute in carcere

Luglio 2012