

“Per una chiusura senza proroghe (ovvero: Chi vuole chiudere veramente gli OPG?)”

Cesare Bondioli – Responsabile carcere e opg di Psichiatria Democratica

"Si va in manicomio per imparare a morire" A. Merini

Chi, come Psichiatria Democratica, ha seguito e per quanto nelle sue possibilità partecipato a tutte le vicende che hanno portato alla legge sulla chiusura degli opg – da ben prima della Commissione Marino e fino alla legge 81 – attendeva con interesse la relazione al Parlamento recentemente diffusa, sia per avere, finalmente, dei dati certi sulla situazione degli opg (uno dei problemi con cui ci siamo dovuti confrontare in tutti questi anni è stata la scarsa trasparenza delle Regioni e dei Ministeri nel diffondere i dati e la loro non sempre facile confrontabilità) sia per cogliere i primi segnali della ricaduta delle positive novità introdotte dalla legge 81 rispetto alle precedenti versioni. E' indubbio infatti che la legge 81 abbia indotto notevoli aspettative in merito ad aspetti cruciali per l'esito del processo di chiusura per es. in tema di invio in opg, valutazione della pericolosità sociale, durata della misura di sicurezza, presa in carico degli internati da parte dei DSM e formazione dei loro operatori.

Purtroppo la lettura della relazione testimonia di un sostanziale fallimento dell'applicazione delle leggi – più o meno recenti – e di una situazione di immobilismo da cui si può uscire solo con un cambiamento radicale.

L'unico dato minimamente positivo è la diminuzione delle presenze nel corso dell'anno – da 880 a 793 – anche se poi continuano, a ritmi sostenuti, i nuovi ingressi in opg, ben 84 nel secondo trimestre 2014: è quella che abbiamo chiamato la “tela di Penelope” dove si smonta di notte ciò che si è costruito di giorno. Appare evidente, anche se è poco il tempo trascorso, che quanto prevede la legge 81 sull'invio in opg per misura di sicurezza come *extrema ratio* una volta verificata l'impossibilità di ogni altra misura diversa (art. 1-b) non trova sufficiente applicazione. Ovviamente non crediamo che sia solo responsabilità della magistratura questa scelta di inviare in opg ma che ci siano anche gravi carenze, quanto meno per mancata collaborazione e presenza, dei servizi che, in assenza di un atteggiamento pro-attivo nei confronti di cittadini/utenti autori di reato, non offrono al magistrato alcun aiuto nella individuazione di idonee misure

diverse: troppi DSM continuano a mantenere un atteggiamento passivo, di attesa delle altrui decisioni, e non considerano loro compito un intervento precoce.

A questo impegno ci richiamava invece un Direttore di Dipartimento - M.Serrano del DSM di Livorno che è un punto di riferimento in Toscana - in un recente Convegno ad Arezzo sulla chiusura di Montelupo: *"...La parola d'ordine deve diventare: "Assumere un atteggiamento proattivo": sia verso le situazioni che sono a rischio di reato che verso quelle in cui un giudizio di pericolosità può essere emesso o è già stato emesso. Il paziente autore di reato dovrebbe venir sempre considerato come il più bisognoso di un intervento precoce: in caso di mancata presa in carico egli è il più esposto a possibili esiti negativi... Non c'è momento in cui il servizio sia legittimato all'attesa inattiva... Nei casi in cui i servizi "precedono" l'evolversi degli avvenimenti processuali la Magistratura giudicante valuta generalmente più positivamente le proposte del DSM...."*.

Ebbene questa cultura non è ancora patrimonio condiviso né dei DSM né della Magistratura per cui tutto procede come per il passato e, fino ad oggi, non si colgono significativi segnali di applicazione della legge.

Ancora più sconcertante è l'esame delle motivazioni della non dimissibilità dei pazienti: francamente non si riesce a capire il senso della non dimissibilità per ragioni cliniche (40.2%). Qui si perpetua un duplice equivoco: da un lato continuare a ritenere, dopo oltre 35 anni dalla 180, che il manicomio – e tale è l'opg – sia una struttura curativa (e riabilitativa) e fatemi grazia dell'assiomaticità di questa affermazione; dall'altro lato si fa passare l'idea che in opg condizione clinica e misura di sicurezza siano concetti separabili e separati. Non è così: in opg si viene internati per misura di sicurezza, per neutralizzare la "pericolosità sociale" e non per ragioni cliniche; siamo cioè in una situazione pre-180, da legge 1904, quando il folle era anche, perché tale inscindibilmente definito dalla legge, pericoloso, e pertanto ricoverato in manicomio come oggi, il folle-reo, è, in opg, inscindibilmente legato alla sua "pericolosità sociale" quale che sia il suo disturbo psichico.

In attesa di una modifica da più parti auspicata del codice penale, dobbiamo continuare a denunciare questo utilizzo di una categoria, la pericolosità sociale, che non ha nessun fondamento scientifico –

concettualmente *amorfa*, la definisce Fornari - che comporta una commistione di istanze terapeutiche e di neutralizzazione, la cui abolizione è stata auspicata dalle Società Italiane di Criminologia, Medicina legale e Psichiatria fin dai tempi della Commissione Grosso (1998) e che è messa in discussione sul piano strettamente giuridico anche da eminenti giuristi che ne denunciano le contraddizioni nella sua applicazione (*"... Per quel che concerne ... i riferimenti normativi alla pericolosità sociale, il codice penale rinvia letteralmente agli stessi parametri a cui va conformato il giudizio di colpevolezza - quello fondato sulla libertà del volere ed incarnato nell'imputabilità - diametralmente opposto, dal punto di vista ontologico, al giudizio di pericolosità che è previsto per i non imputabili: un vero e proprio guazzabuglio sul piano teoretico, di cui tutto sommato potremmo infischiarci, se da esso, dal punto di vista politico-criminale, non derivassero quelle conseguenze insopportabili per il destino di tanti disgraziati, indegne per uno Stato civile e, tra esse, proprio il mantenimento dell'Opg ..."*. Sergio Moccia).

L'equivoco sopra denunciato si riscontra anche nell'esame delle proroghe che vengono attribuite al persistere della pericolosità sociale o al riemergere di uno scompenso psicopatologico: dobbiamo ribadire che, per ammissione condivisa da tutti gli psichiatri, non è possibile stabilire nessun automatismo/parallelismo tra disturbo psichico e pericolosità sociale.

Appare evidente la necessità che i previsti corsi di formazione affrontino in maniera precipua queste tematiche per formulare corretti progetti terapeutici senza affidare la gestione di aspetti così esiziali a *lobbies* specialistiche che non si muovono nell'ottica della cura del paziente ma sono maggiormente sensibili alle istanze di difesa sociale.

Voglio infine solo sottolineare che sommando tra le cause di impedimento alla dimissione pericolosità sociale e condizioni cliniche, si supera abbondantemente il 50% (57%).

Veniamo alla dimissione: la relazione ci informa che, in base ai progetti terapeutici individuali trasmessi al Ministero, 476 soggetti sono dimissibili al 1.6.2014 e che per la quasi totalità dei casi (404=85%) la dimissione è prevista in una struttura residenziale; non risulta tuttavia né che siano state avviate per questi soggetti le richieste di revoca (anticipata, eventualmente) della misura di sicurezza né che siano stati dimessi come sarebbe obbligatorio avvenisse immediatamente un volta cessata la pericolosità sociale e la

conseguente misura di sicurezza (e come si auspicava fin dalla prima relazione della Commissione Marino: ...immediata dimissione).

Queste persone per le quali si esprimeva un bisogno di residenzialità non hanno trovato risposta nel territorio italiano dove pure si dispone di una residenzialità psichiatrica (variamente connotata dal punto di vista organizzativo/assistenziale) di ben 18.000 posti letto!!

Appare evidente che i programmi di dimissione non prevedevano una reale presa in carico di queste persone da parte dei DSM – voglio dire: un piano terapeutico individuale non può che mirare alla dimissione, concreta, del paziente - e una sua restituzione al territorio, mettendo a disposizione o creando le condizioni perché questo si realizzasse, ma che la dimissione, anche di questa quota di internati, è subordinata alla realizzazione delle REMS.

E' questo l'aspetto più critico della situazione; le REMS programmate sono ancor quelle del 2013, con oltre 900 posti previsti (più del numero degli attuali internati!) e, se mai si realizzeranno, si tradurranno in nuova istituzionalizzazione degli internati (talora negli stessi spazi degli attuali ogp come nel caso di Castiglione delle Stiviere dove si prevede una "riqualificazione dell'ogp" per ben 120 posti), con una sola formale presa in carico da parte dei DSM territoriali. Le REMS così ipotizzate si tradurranno in una riedizione del vecchio internamento manicomiale e nutriamo forti dubbi che si possano realizzare nei tempi previsti. C'è infine da sottolineare che solo una Regione – Emilia Romagna – sembra avere richiesto una modifica del programma presentato aderendo alla possibilità offerta dall'art 1-bis§a della legge 81.

Questo quadro drammatico della situazione dopo due anni dalla prima legge sulla chiusura degli ogp è il frutto della mancata gestione del processo, affidato alle burocrazie regionali che si sono mosse secondo logiche proprie – sostanzialmente quelle di lucrare sui finanziamenti stanziati per ristrutturare edifici abbandonati e/o costruirne ex novo– a prescindere dall'obbiettivo prioritario della dimissione dei pazienti; né ci sono segnali che possano fare supporre che una ulteriore proroga – come auspicato nella relazione stessa – abbia un esito diverso.

Di proroga in proroga si rischia di riprodurre quanto già accaduto dopo la 180 in cui la chiusura degli ospedali psichiatrici si è trascinata dal 1978 al 1999 (chiusura di Siena).

Come Psichiatria Democratica, alla luce dell'esperienza maturata negli anni del superamento degli ospedali psichiatrici, prima e dopo la 180, e della conoscenza diretta delle realtà degli opg maturata in questi anni in cui abbiamo fatto sistematiche visite in tutti gli istituti, abbiamo da tempo proposto altre e ben diverse modalità di intervento per giungere a una chiusura degli opg responsabile e in tempi certi, senza abbandono dei pazienti in nuovi contenitori neo-manicomiali.

Permettetemi di riassumere, in questa sede, le nostre proposte.

C'è innanzitutto la necessità che il processo di chiusura venga "governato" in maniera "forte" tanto a livello nazionale che nelle singole Regioni, in particolare in quelle sedi di OPG: questa esigenza l'abbiamo manifestata e pubblicizzata, fin dal 2011 agli albori della discussione e prima ancora della legge 9.

Oggi rifiutando qualunque ipotesi di proroga, – considerato che il termine per la chiusura continuando così le cose non verrà rispettato e che, al contrario, una revisione in termini più realistici dei progetti delle REMS potrebbe contribuire a rispettarlo; che i programmi di dimissione e i relativi progetti terapeutici individuali, oltre che essere trasmessi al ministero e poi messi in un cassetto in attesa degli eventi, debbono e possono trovare concreta attuazione nel territorio dei DSM di competenza usufruendo delle risorse già disponibili dato che, almeno i 476 dichiarati dimissibili al all'1.6.2014 una volta revocata la misura di sicurezza, non differiscono in nulla dai "normali" utenti dei servizi di salute mentale - chiediamo, quindi, che il Governo provveda da subito in via sostitutiva, al fine di ridurre il danno, essendo chiaro che ci troviamo in presenza di quanto prevede il dettato dell'art. 1 quater (*...quando dalla comunicazione della regione risulta che lo stato di realizzazione e riconversione delle strutture e delle iniziative assunte per il superamento degli opg è tale da non garantirne il completamento entro il successivo semestre...*). Mi pare evidente da quanto emerge dalla relazione che, salvo un radicale cambio di passo, il termine non verrà rispettato; dico di più mi meraviglio che alla luce di quanto prevede la legge, si siano accettati e finanziati progetti come quelli delle REMS il cui termine si colloca, programmaticamente, già oltre la scadenza: i poteri sostitutivi dovrebbero intervenire in questo senso.

Se, anche per un rispetto formale delle scadenze, non si ritenesse di adire immediatamente ad un commissariamento, riteniamo che sarebbe comunque utile costituire, sia a livello centrale che nelle singole

regioni e in particolare in quelle sedi di opg, un gruppo di lavoro, tecnico-politico, che possa intervenire nelle singole realtà verificando la congruità dei programmi individuali di dimissione, il rispetto dei loro tempi di attuazione, così come la programmazione delle alternative all'internamento, individuando innanzitutto soluzioni praticabili tra quelle già disponibili; assicurando che si ricorra comunque a sistemazioni in strutture di piccole dimensioni, inserite realmente in un contesto che garantisca l'integrazione nel tessuto sociale degli ospiti e non si traduca in una loro nuova emarginazione (sono rimasto colpito per es. come la collocazione delle REMS sia proposta in paesini "ai confini dell'impero", lontani da tutto e da tutti), che le strutture siano realmente gestite, negli aspetti terapeutico-riabilitativi dai DSM di competenza, senza che si deleghino questi aspetti a privati pseudo sociali, in realtà mercantili. Questo gruppo di lavoro, una vera *task force*, a livello regionale dovrebbe cominciare ad affrontare sia le problematiche relative alle strutture (dalla loro collocazione ai problemi della vigilanza perimetrale) sia svolgere una funzione di stimolo e sollecitazione delle Regioni afferenti al bacino dell'opg per la dimissione degli internati di loro competenza.

Il gruppo di lavoro nazionale dovrebbe soprattutto affiancare le Regioni nel formulare le proposte di revisione delle REMS: appare chiaro che così come appaiono dalla relazione sono sovra-dimensionate (se circa il 50% degli attuali internati sono dimissibili che senso ha programmare residenze per circa 900 p.l. se non quello di indurre una neo-istituzionalizzazione di vecchi e nuovi internati, secondo la logica di tutte le istituzioni per cui un posto letto vuoto è un puro costo; né va dimenticato quanto affermato da sempre dagli addetti ai lavori e cioè che solo il 10% degli internati richiederebbe una sistemazione "rafforzata").

In questo modo, un gruppo di lavoro operativo ai vari livelli e non solo consultivo e di monitoraggio passivo, di quanto avviene a livello regionale come è stato con gli attuali tavoli istituzionali, potrebbe invertire l'attuale tendenza alla procrastinazione della chiusura e sperare, di recuperare, in questi mesi che ci dividono dalla scadenza del 31 marzo 2015, i ritardi accumulati in questi anni.

Un ultimo punto voglio toccare, già accennato tangenzialmente in precedenza: è urgente che si comincino da subito ad affrontare i concetti teorici che a tutt'oggi sottendono la imputabilità/non imputabilità dei soggetti autori di reato e di conseguenza l'utilità/necessità delle misure di sicurezza. In questo tanto la

corporazione psichiatrica che la magistratura scontano dei ritardi nell'approfondimento dei fondamenti scientifici e culturali di queste categorie che continuano ad essere assunte come scientifiche, oggettive e oggettivabili, prevedibili e quantificabili: tutto questo in vista di una riforma dei codici che non può essere ulteriormente rimandata.

Per l'esito di questo confronto, infine, come è avvenuto dopo la 180 per il manicomio, è determinante, per un reale cambiamento di paradigma, liberarsi, ora che ce ne sono le condizioni, della zavorra del manicomio giudiziario; oggi, dopo la 180 e l'assenza del manicomio, la percezione della sofferenza psichica è ben diversa da quella dell'epoca manicomiale e nessuno più chiede che quei luoghi di sofferenza (e in qualche caso di vera e propria tortura) vengano riaperti e così sarà anche per gli opg.

Per questi motivi Psichiatria Democratica respinge l'ipotesi di ulteriori proroghe e chiede con forza che si chiuda con gli opg e con un'epoca di mortificazione della dignità delle persone e dei loro diritti.