

SALUTE IN CARCERE E IN OPG: ATTUALITÀ E PROSPETTIVE

Cesare Bondioli - Psichiatria Democratica Toscana

Parole chiave: Carcere, OPG, DSM, diritto alla salute, superamento OPG, Servizio Sanitario Nazionale

Il problema del carcere in Italia, da quello della sua esistenza a quello della sua gestione e della sua realtà, è largamente scotomizzato e quando lo si affronta, anche in sede politica, lo si fa o sul versante della sicurezza o sull'onda di spinte emozionali e strumentali. Basti ricordare la recente vicenda dell'indulto da tutti (o quasi) invocato per un codino ossequio al papa Giovanni Paolo II che lo sollecitò in Parlamento e poi da tutti (o quasi) disconosciuto una volta deliberato, il tutto senza nessun riconoscimento di quanto prodotto dall'indulto stesso sulla realtà carceraria.

La realtà del carcere non è quindi conosciuta né a livello di opinione pubblica e, in buona misura, nemmeno a livello di addetti ai lavori a conferma del fatto che le istituzioni totali, come il carcere, vivono in una opacità che ne garantisce la permanenza e la riproduzione.

Se quindi il carcere non è conosciuto nella sua realtà ancora meno sono conosciuti alcuni aspetti particolari che ne sono il prodotto, come ad esempi le condizioni di salute dei detenuti e il modo con cui la salute viene gestita in carcere. Le condizioni relative al benessere psico-fisico dei detenuti emergono solo, e per breve tempo, in occasione di eventi drammatici, come suicidi o scioperi della fame, che li coinvolgono, per poi sparire immediatamente dalla cronaca e dalla memoria.

Questo stato di cose è favorito anche dall'assenza di sistematiche rilevazioni sullo stato di salute dei detenuti redatte dagli organi competenti; la più recente indagine svolta

dal DAP (Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria) nel periodo 2004 - 2005 ha evidenziato peraltro degli "indici di stato di salute" estremamente allarmanti: la salute dei detenuti sarebbe "buona" per il 20%, "mediocre o scadente" per il 75% mentre sarebbe "grave" per il restante 4/5 %; le patologie più frequentemente riscontrate sarebbero la tossicodipendenza (25%), deficit della masticazione (16%), malattie mentali (17%), malattie cardiocircolatorie (10%), malattie infettive ed in particolare HIV, epatiti e tubercolosi (9%), per tacere delle parassitosi (scabbia, pediculosi, ecc.).

Una situazione oggettivamente allarmante cui evidentemente l'attuale organizzazione dell'assistenza sanitaria ai detenuti, tutta interna al sistema carcerario con i sanitari (pochi) dipendenti in tutto e per tutto dal direttore dell'istituto e attraverso di lui dall'amministrazione penitenziaria, non ha saputo, né poteva, rispondere adeguatamente.

Questo stato di cose si è mantenuto nonostante che fin dal 1999 la Legge 230/99 di "Riordino della medicina penitenziaria" garantisse al suo articolo 1 il diritto universale alla salute dei detenuti e all'art. 2 riproponendo, anche in quel contesto, i principi della legge 833/78 e della 299/99 che richiamano alla unitarietà, globalità e continuità terapeutica ed anche alla prevenzione ed educazione alla salute tramite la partecipazione attiva di operatori e cittadini.

La legge 230 è di fatto rimasta sostanzialmente inapplicata fino alla modifica del Titolo V della Costituzione Italiana che assegna alla legislazione statale "*...la determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni civili e sociali da garantire in tutto il territorio nazionale...*" stabilendo che "*...spetta alle Regioni la potestà legislativa in riferimento ad ogni materia non espressamente riservata alla legislazione dello Stato...*": non figurando la medicina penitenziaria tra le materie riservate, allo Stato le Regioni debbono intervenire in merito superando divisioni di competenza (la medicina penitenziaria in carico al Ministero di Giustizia) e conseguenti frammentazioni dell'intervento.

Ovviamente, l'inerzia istituzionale non si sarebbe superata se le istituzioni stesse non fossero state forzate a farlo dalle sollecitazioni dell'associazionismo di base (terzo settore, volontariato, sindacato, enti locali, operatori, ecc.) costituitosi, nel 2003, in "Forum nazionale per il diritto alla salute dei detenuti e delle detenute e l'applicazione della legge 230/99", ed oggi articolato in Forum regionali; la Regione Toscana, per es., ha redatto dapprima un protocollo di intesa con il PRAP (Provveditorato Regionale Assistenza Penitenziaria) per implementare i già esistenti rapporti di collaborazione e nel dicembre 2005 ha emanato una Legge Regionale sulla "Tutela del diritto alla salute dei detenuti e degli internati negli istituti penitenziari ubicati in Toscana" (L. 64/2005 R.T.). Come si vede un percorso lungo e articolato e tuttora necessitante di ulteriori implementazioni. Da questo punto di vista di determinante rilevanza risultano due recenti provvedimenti: il primo è il recepimento, nella Finanziaria 2008 all'art.2 comma 283, della necessità di "*...dare completa attuazione al riordino della medicina penitenziaria di cui al decreto legislativo 230/99...negli istituti penali minorili, nei centri di prima accoglienza, nelle comunità e negli ospedali psichiatrici giudiziari...con DPCM da adottare*

entro tre mesi dall'entrata in vigore della presente legge... (attraverso)...

a) il trasferimento al Servizio Sanitario Nazionale di tutte le funzioni svolte dal DAP..

b) ...il trasferimento al Servizio Sanitario Nazionale dei rapporti di lavoro in essere... relativi all'esercizio di funzioni sanitarie nell'ambito del DAP..

c) il trasferimento al Fondo Sanitario Nazionale...delle risorse finanziarie..."

Il DPCM è stato adottato il 1° aprile 2008.

È facile cogliere come questo rappresenti solo il primo passo per la riorganizzazione della sanità in carcere, sottraendola al regime separato in cui è stata gestita a tutt'oggi, un primo passo per riaffermare la validità dell'art 32 della Costituzione anche per i detenuti, riconosciuti come soggetti di diritti.

Il secondo provvedimento importante è l'emanazione congiunta da parte del Ministero della Salute e di quello della Giustizia delle "Linee di indirizzo per gli interventi negli ospedali psichiatrici Giudiziari e nelle case di cura e custodia".

In esse si ribadisce che l'ambito territoriale è "la sede privilegiata per affrontare i problemi della salute, della cura, della riabilitazione delle persone con disturbo mentale" e pertanto la "territorialità costituisce il fondamento che motiva il decentramento degli OPG e rende possibile la differenziazione nella esecuzione della misura di sicurezza che, come del resto hanno sanzionato le sentenze della Corte costituzionale, non legano l'applicazione della misura di sicurezza in modo univoco ed esclusivo all'OPG".

Ai DSM del territorio di competenza dell'OPG spetta l'obbligo di stendere, in collaborazione con l'equipe dell'istituto, un programma operativo che prevede:

a) dimettere gli internati che hanno concluso la misura di sicurezza...che devono prevedere forme di inclusione sociale, coinvolgendo gli enti locali di provenienza, le ASL e i servizi sociali e sanitari..

b) riportare nelle carceri di provenienza i ricoverati in OPG per disturbi psichici sopravvenuti durante l'esecuzione della pena...

c) assicurare che i periziandi e gli osservandi siano assegnati nelle carceri ordinarie...in sedi appropriate...

Nelle linee di indirizzo è poi contenuto un "cronogramma" per il graduale superamento degli OPG nell'arco di due anni.

Non è il caso di entrare in questa sede in considerazioni più generali che questo provvedimento può legittimamente sollevare, a partire tanto per dirne una dalla scelta di intervenire in costanza legislativa (senza cioè intervenire sulla misura di sicurezza), certo è che, attraverso un intervento che parte dal diritto alla salute di un quota di cittadini, viene stabilito che l'intervento negli OPG è di competenza dei servizi di salute mentale che per la prima volta sono chiamati a gestire un concreto, generalizzato e obbligatorio, progetto di deistituzionalizzazione e superamento degli OPG.

Anche questo è un progetto che richiede implementazione di idee, risorse, soluzioni da

parte non solo degli operatori dei servizi di salute mentale, ma anche degli enti locali, dei servizi sociali e sanitari della comunità.

Non ci si può tuttavia nascondere che i problemi, anche da parte dei DSM, non sono pochi, a cominciare da una insufficiente cultura dei servizi nei confronti dei soggetti autori di reato.

Come scrive Luigi. Ferranini, responsabile del DSM di Genova, da sempre attento a queste tematiche: “Cultura giuridica e cultura medica hanno presentato negli anni difficoltà di comprensione e di coabitazione in un’area di corresponsabilità, le cui ragioni hanno radici disciplinari e istituzionali lontane” (1).

Per gli psichiatri quello dell’intervento sui soggetti autori di reato e di conseguenza reclusi in carcere o in OPG, è spesso un problema rimosso, delegato a chi in quelle strutture operava o al più a spezzoni di servizio (il “gruppo carcere”), non sentito e riconosciuto come di propria competenza, spesso nell’illusione di poter praticare una psichiatria “pulita”, dimentichi che il mandato fondativo della psichiatria è di “cura e controllo”. Nello stesso senso si spiegano le diffuse resistenze degli psichiatri ad agire ruoli più attivi, per esempio, nella gestione dei TSO, preferendo un atteggiamento attendista, per “salvaguardare il rapporto” come spesso si argomenta.

È ancora P. Peloso che sottolineava proprio in occasione di un Convegno all’OPG di Montelupo (2003), come “... nei nostri servizi ... quello degli autori di reato rappresenta un problema largamente rimosso. L’idea di farsi carico di questo problema ... è qualcosa cui noi stessi dobbiamo educarci e riabilitarci ... In questo momento noi avvertiamo proprio la necessità di consentire l’affermarsi di una cultura di de-istituzionalizzazione anche per quello che riguarda gli autori di reato e non di delega all’interno del nostro Dipartimento ...” (2): da allora sono passati cinque anni ma questa esigenza rimane largamente disattesa in moltissimi DSM.

Il cammino sarà certamente complesso e forse il punto di partenza considerato da taluno non sufficientemente radicale: a mio avviso, invece, un intervento che parte dall’allargamento di diritti, tanto più se costituzionalmente tutelati come quello alla salute di cui troppo a lungo i cittadini reclusi e internati sono stati privati, è una buona bussola per completare un percorso di superamento dei manicomi iniziato giusto trenta anni fa con l’approvazione della 180.

Normativa richiamata nel testo

- D.L. 230/99 del 22.6.1999 “Riordino della medicina penitenziaria”
- L.R. Toscana 64/05 del 2.12.2005 “Tutela del diritto alla salute dei detenuti e degli internati negli istituti penitenziari”
- Legge 244/07 del 24.12.2007 - Legge Finanziaria 2008
- Ministero della Salute-Ministero della Giustizia - Linee di indirizzo per gli interventi del S.S.N. A tutela della salute dei detenuti e degli internati negli istituti penitenziari e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale

- Ministero della Salute-Ministero della Giustizia - Linee di indirizzo per gli interventi negli ospedali psichiatrici giudiziari

Note

- (1) Vedi: L. Ferranini-La psichiatria di comunità e il superamento dell'o.p.g.- Psichiatria di Comunità Vol.III,2004
- (2) Vedi: P. Peloso - Politiche del controllo e dell'esclusione e tutela della Salute Mentale della persona detenuta- Fogli di Informazione n° 204-2004