



Conferenza Nazionale Volontariato Giustizia

Viale G. Stefanini, 15 – 00158 Roma
volont.giustizia@fastwebnet.it - www.volontariatogiustizia.it

Convegno *Trieste 2010 “Che cos’è salute mentale”*
Relazione al workshop “Imputabilità e diritti”

IL NODO GORDIANO DELL’OPG

Elisabetta Laganà, presidente CNVG

La promulgazione della legge 180 ha reso inevitabile, quasi implicito, il superamento dell’OPG. In effetti furono avviate, poco dopo l’emanazione della legge, azioni perché venisse “automaticamente” sancito il superamento dell’OPG. Nel 1979 venne sollevata una eccezione di costituzionalità dell’OPG, in quanto la legge 180 abolendo la legge del 1904 riportava a una condizione precedente al codice penale Rocco, che aveva introdotto la misura di sicurezza, e quindi avrebbe dovuto decadere l’istituzione che invece a essa si riferiva. Ma ciò non ebbe esito, anche per ragioni contingenti essendo coinvolti per gli OPG apparati (quello giudiziario e quello penale) che facevano capo a un ministero – quello della Giustizia – diverso da quello della Sanità, che aveva attuato invece la riforma.

Emerse subito che uno dei nodi per promuovere il cambiamento era costituito proprio dalla necessità di superare la dichiarazione di totale incapacità di intendere e volere per chi aveva commesso il reato: la dichiarazione costituiva infatti la premessa per il proscioglimento, ma anche per la conseguente misura di sicurezza e per il successivo invio in OPG. Sul versante dell’abolizione della non imputabilità si era mossa la proposta di legge del senatore Vinci Grossi, ripresa sostanzialmente da Franco Corleone. In diversa direzione si era invece posto il gruppo di studio che faceva riferimento alla Fondazione Michelucci e alle regioni Toscana ed Emilia Romagna. Il progetto prevedeva alcune innovazioni: una ridefinizione più rigorosa della non imputabilità, l’applicazione della misura di sicurezza in due momenti (da parte del giudice che emette la sentenza di proscioglimento e successivamente da parte dal magistrato di sorveglianza), due diverse misure di sicurezza (chiusa e aperta), il superamento del criterio della durata minima della misura di sicurezza.

Le resistenze della magistratura e degli apparati medico-forensi si dimostrarono inizialmente pervicaci a ogni sorta di cambiamento. Solo in particolari situazioni (come nell’esperienza di Trieste) fu consentita l’instaurarsi di una pratica – la formulazione costante da parte dei periti triestini della “parziale” incapacità di intendere e volere del paziente – che si dimostrò “strumentalmente” utile a evitare l’invio in OPG, ma soprattutto si rivelò come la risposta più corretta ai bisogni del paziente e alle esigenze di giustizia. La credibilità di tale posizione era confermata dall’intervento instaurato dai triestini all’interno del carcere e nei servizi territoriali: la capacità di assumersi la cura (intesa come terapia e come presa in carico complessiva) del paziente grave e problematico e la risoluzione, conseguente a tale idea di cura, delle “esigenze” di custodia per pericolosità sociale.

Contemporaneamente la tenuta della legge di riforma psichiatrica approdava a importanti risultati. Subito dopo la 180 si era diffuso il timore che la chiusura dell’ospedale psichiatrico avrebbe instaurato una situazione di pericolo sociale, con aumento dei suicidi e degli atti di violenza da parte dei pazienti psichiatrici e con un aumento esponenziale di ricoveri negli OPG. La realtà dimostrò esattamente il contrario: il numero dei ricoverati negli OPG non aumentò, e si

mantenne costante solo per l'ammissione di detenuti, in misura di sicurezza provvisoria, o per sopravvenuta infermità, evidenziando semmai la crisi di una altra istituzione- il carcere, sopraffatto da un numero di detenuti superiore alla capienza e alle risorse disponibili, ma soprattutto privo di una idea progettuale chiara ed incapace di affrontare la criminalizzazione dei bisogni sociali.

Probabilmente come riconoscimento dei risultati positivi della riforma psichiatrica, la sentenza della Corte Costituzionale n. 253/2003 ha spezzato l'automatismo tra misura di sicurezza ed OPG, consentendo l'effettuazione della stessa in luoghi alternativi e secondo progettualità da definirsi caso per caso. Ma è stata introdotta anche un'altra importante disposizione, che differenzia le funzioni di chi stabilisce le misure di sicurezza, dando al Magistrato di Sorveglianza la possibilità di riformulare (anche per sopravvenuti cambiamenti) le precedenti misure di sicurezza. In sostanza la misura di sicurezza deve applicarsi non automaticamente, ma solo se si ravvisa la presenza di una pericolosità sociale. Inoltre il Magistrato di Sorveglianza deve accertare se la pericolosità sociale della persona perdura nel momento in cui la misura viene eseguita (art.679 del c.p.p.). La durata minima di permanenza in OPG infine è stata modificata, consentendo il superamento delle rigidità e delle inerzie istituzionali precedenti.

E così, anche senza una ridefinizione organica della cornice normativa, si è messo in moto un processo di riforma che ha toccato i canali di ingresso e di uscita dagli OPG. Queste sentenze di fatto hanno assestato all'istituzione un colpo forte, ma non decisivo: prima di tutto perché la possibilità di applicazione delle misure alternative e della riduzione dei tempi di ricovero in OPG sono rimaste discrezionali da parte dei magistrati e poi soprattutto perché esse dipendono dalla volontà/capacità dei servizi psichiatrici di assumere la cura dei pazienti responsabili di reato. Due sono le difficoltà che si oppongono a tale possibilità: la prima fa riferimento alle risorse da mettere in campo e alle procedure conseguenti (poiché ci si relaziona a due differenti ministeri è logico aspettarsi difficoltà e ritardi nella definizione delle competenze e delle risorse), la seconda fa riferimento alla difficoltà di molti DSM ad accettare l'esigenza di farsi carico dei pazienti da "custodire". In effetti si è sviluppato una sorta di equivoco sul mandato della psichiatria nel dopo riforma. Per i servizi, che si sono fondati sulla de istituzionalizzazione, i servizi "forti", aperti sulle 24 ore, la presa in carico del paziente fa riferimento a una capacità di trattamento terapeutico, ma anche alla esigenza di rispondere alle più complesse problematiche sociali che si legano inestricabilmente con il disagio psichiatrico. Ebbene queste esperienze non hanno difficoltà a dimostrarsi disponibili nell'assumere questa nuova funzione di "presa in carico". Quelle esperienze – i servizi "deboli" – che invece hanno vissuto la riforma come una liberazione dalle responsabilità legali connesse alla custodia del paziente, si dimostrano restie a modificare la propria organizzazione e ad accettare i compiti della presa in carico del paziente responsabile di reato.

Con il trasferimento delle funzioni sanitarie al SSN si sono poste le premesse per affrontare in modo dignitoso il grave problema della salute in carcere, e automaticamente si pongono le condizioni per risolvere l'equivoco sotteso alle funzioni dell'OPG, che ambigualmente si fonda su una non imputabilità per malattia, ma che di fatto si struttura solo su esigenze di custodia. Il decreto pone altresì i vincoli a una presa in carico dei pazienti OPG da parte dei servizi psichiatrici territoriali .

Il passaggio della medicina penitenziaria a quella del SSN è stato tuttavia molto difficile e, prevalentemente, grazie alla tenacia di alcuni soggetti e organizzazioni è stato possibile l'avvio di questo processo. Il DPCM 1/4/2008 ha aperto spazi operativi importanti ai trattamenti terapeutico-riabilitativi per i soggetti con disturbi mentali, soprattutto nel richiamo del valore della territorialità. La territorialità in psichiatria sottende infatti la continuità terapeutica, la possibilità di incidere spesso sulle cause del malessere e l'attivazione delle risorse sociali della comunità. Il concetto di territorialità da un punto di vista strategico ha reso ancora più significativa l'ipotesi di un coinvolgimento diretto delle Regioni nella soluzione degli OPG.

In sostanza, mentre per anni si è vissuti in una condizione di incertezza e di frustrazione in quanto i numerosi tentativi di incidere sulla permanenza degli OPG venivano considerati velleitari e rifiutati dal legislatore, a poco a poco si sono create le premesse per un progressivo ed effettivo superamento dell'OPG. Di fronte alla impossibilità di perseguire la via diretta della abolizione della non imputabilità, si è determinata una sinergia di interventi che ha coinvolto operatori della salute mentale, della giustizia e politici, teso alla realizzazione di un progetto che rendesse "inutile" l'OPG, sia nel creare condizioni alternative all'invio, sia nel creare condizioni che lo svuotassero, dando possibilità di sicurezza e trattamento.

Ci troviamo oggi dinanzi a una strategia intelligentemente preparata e descritta nei dettagli indicati nel cronogramma delle azioni per il 2009 e 2010. E tuttavia questa strategia rischia di risultare debole nel panorama politico attuale: presuppone infatti un lavoro di squadra complicato, necessita l'attivazione di molti soggetti operanti in maniera sincrona, prevede in sostanza una volontà politico-technica molto determinata e attenta. Il panorama generale lascia però poco sperare in questa possibilità. Infatti, nonostante i progetti riformatori, il numero dei ricoverati in Opg sta crescendo, particolarmente quello degli internati a misure di sicurezza provvisorie. Questo accade perché l'Autorità Giudiziaria impiega raramente il ricovero in strutture civili previsto dall'art. 286 del Codice di Procedura Penale. Per gli internati con misura provvisoria, non si possono utilizzare le aperture del regime giuridico relativo agli internati definitivi, così che essi devono restare continuativamente chiusi negli Opg. Il loro ingresso è privo di garanzie, poiché spesso arrivano negli Opg dalla libertà senza una valutazione psichiatrica, che giustifichi il ricovero. La perizia è generalmente disposta successivamente, la sua durata è tutt'altro che breve e può anche concludersi con il disconoscimento della malattia o la curabilità della stessa senza ricovero.

Ma c'è un aspetto di fondo su cui riflettere. E' necessario che questa battaglia cruciale per il riconoscimento dei diritti, battaglia che in quanto tale riguarda sempre il diritto di tutti, non si risolva solo ad una operazione di ingegneria istituzionale. Certamente una idonea allocazione delle risorse, un graduale sviluppo della organizzazione potranno risolvere alcuni ostacoli per la presa in carico dei pazienti da parte dei servizi psichiatrici, ma risolveranno l'idea di quegli psichiatri che si sentono costretti a "caricarsi anche" del problema degli OPG, oltre a quello dei tossicodipendenti, dei vecchi, degli immigrati, dei cronici? C'è in sostanza l'esigenza di una adesione profonda al progetto, la necessità di una motivazione che coinvolga le menti e i cuori, che dia un senso alla quotidianità e alla fatica del presente. Si tratta in sostanza di capire e far capire che questa de-istituzionalizzazione riguarda tutti. Si tratta di sentire la sfida dell'impegno, la forza politica della passione, ritrovare quelle istanze di libertà e di giustizia che hanno sostenuto all'origine la riforma della psichiatria in Italia.

Dovremmo dare volto a quei numeri, a quelle diagnosi che riempiono le tabelle sugli OPG. Dovremmo dare voce alle persone che diciamo di voler aiutare, sentire sulla nostra pelle le loro emozioni e la loro sofferenza. Non dovremmo avere pace fino a quando il problema non sia risolto. In questa prospettiva c'è ancora molto da fare: c'è bisogno di allargare il campo dei soggetti coinvolgibili, c'è bisogno di essere coscienti del ruolo che la società civile può e deve svolgere. La presenza attiva del volontariato a noi pare decisiva. Ma questa presenza non può essere una funzione ancillare, subordinata, strumentale. Il protagonismo dei volontari è invece proprio l'espressione del legame che si deve instaurare tra l'impegno dei professionisti e la società civile.

E tuttavia proprio questa esigenza di prospettiva politica fa ancora più comprendere come ridurre il numero degli internati negli OPG, costituire piccole istituzioni efficienti, ancorare la gestione del folle responsabile di reato all'organizzazione sanitaria non risolve comunque il nodo centrale dello stereotipo della pericolosità e della irresponsabilità del folle, il nodo gordiano su cui si continuano a strutturarsi ideologie ed apparati. Il giudizio di incapacità totale di intendere e di volere è infatti la pietra angolare su cui si fonda la scienza psichiatrica ed è anche il suo peccato

originale. La psichiatria avrebbe dovuto parlare al massimo di una incapacità parziale, perché l'incapacità totale di intendere e volere non attiene alla psichiatria: può attenersi ad uno stato confusionale di origine biologica, ma mai ad una malattia psichiatrica. La storia ha dimostrato invece come su questa premessa si sia creata una sorta di automatismo tra il giudizio di malattia mentale e il giudizio di incapacità di intendere e volere.

Allo scorso novembre negli OPG vi erano 399 possibili dimittendi, soggetti in proroga per mancanza di alternative esterne. L'Amministrazione penitenziaria aveva comunicato alle Regioni il numero degli internati, suddivisi per competenza regionale, in condizioni di una possibile dimissione. Le regioni avevano risposto positivamente a questa sollecitazione, impegnandosi, per la loro parte, alla dimissione di 300 pazienti entro un anno. Quanti ne sono usciti in questi mesi?

In Italia riemergono pratiche inaccettabili, che speravano di non rivedere più. Vi sono ancora persone legate, in celle indecenti, come in un silenzioso olocausto. Non ci aspettavamo di vedere ancora aperto un OPG nel 2010. Questo ci dimostra che il tempo è più lungo delle nostre ragionevoli speranze. L'OPG potrebbe essere un castello di carte se veramente si decidesse di riformarlo, di farla finita per sempre con questi "*crimini di pace*".

Trieste. 10.02.2010