



«Chiudere gli Opg? Non siamo pronti Serve gradualità»

*«Prima del 2015 nessuna struttura alternativa»
Il presidente degli psichiatri italiani invita alla cautela*

Claudio Mencacci: modalità inadeguate. Rischiamo di provocare gravi disagi alle famiglie e ai pazienti

l'allarme
«Per il superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari dobbiamo offrire

cure per il reinserimento dei malati e allo stesso tempo potenziare l'assistenza nelle carceri». Esempio positivo quello di Castiglione delle Stiviere

DA ROMA **GIOVANNI RUGGIERO**

Dovevano già chiudere. Chiuderanno. Parliamo degli ospedali psichiatrici giudiziari. Inferni e luoghi di pena senza fine. La data di chiusura (irreale) del 31 marzo scorso è passata liscia. Il legislatore, allora, si è affannato e ne ha stabilita un'altra: il 1° aprile del 2014. Sono scettici però i medici della Società Italiana di Psichiatria. Il loro presidente, Claudio Mencacci, è lapidario: «Le strutture alternative agli Opg da realizzarsi ai sensi della legge 9/2012 non potranno essere funzionanti prima del 2015». Quello che non convince gli psichiatri della Sip è che modalità inadeguate o non sufficientemente ponderate possano determinare gravi disagi per le famiglie e i pazienti. Né più né meno di quanto successe nei primi anni dopo la chiusura degli ospedali psichiatrici. C'è ancora tempo per scongiurare pericoli? Ne parla-

mo con il professor Mencacci, presidente della Sip e direttore della divisione di neuroscienze del Fatebenefratelli di Milano.

La Società da lei presieduta di certo ha antenne negli Opg. Quali sono le vostre proposte?

Abbiamo fatto un'indagine nostra su quanto è stato

fatto o deve essere ancora fatto per il superamento degli Opg. La Società è favorevole alla chiusura di questi ospedali, ma è necessario un periodo transitorio e c'è bisogno

di gradualità. Così come è stato concepito, il superamento degli Opg è fortemente, e sottolineo fortemente, ideologico e non corrisponde assolutamente a quelli che sono i minimi criteri di fattibilità e soprattutto di vero superamento. Se non vengono fatte delle cose contemporaneamente si rischia di andare verso il commissariamento e non ne accetteremo nessuno di tipo ideologico. C'è tutto un movimento che guarda alla forma più che alla sostanza. Al vero superamento degli Opg si può arrivare solo realizzando determinati presupposti.

Quali sono?

Offrire delle cure per il reinserimento di queste persone internate e allo stesso tempo potenziare l'assistenza nelle carceri. Abbiamo creato questo assoluto binomio che è il vero nodo e riguarda migliaia di persone.

In questa transizione come organizzarsi?

Prima di tutto, organizzare il passaggio. C'è appena stata una presentazione di tutti i progetti delle regioni al Ministero. E già qualcosa non lo ha fatto. Le più avanzate sono Emilia Romagna e Lombardia che, in particolare, ha l'Opg di Castiglione delle Stiviere ed è orientata verso una strategia sanitaria e non di custodia come sono gli altri Opg. Significa che i soldi che lo Stato ha destinato, ma non ancora stanziato, alle Regioni resteranno inutilizzati fino all'approvazione dei progetti che non avverrà prima di settembre. Questi fondi potrebbero essere impiegati in personale da destinare alla tutela della salute negli istituti di pena in modo da non dover più inviare nuovi soggetti in Opg.

È infatti un controsenso: si devono chiudere, ma intanto vengono inviati nuovi pazienti negli Opg...

In molte Regioni sono stati dimessi oltre il 40 per cento degli internati, ma contemporaneamente l'autorità giudiziaria ha continuato a inserire un cospicuo numero di persone negli Opg. È uno scollamento non da ridere.

Per evitare lo scollamento, come lei dice, proponete di creare una prassi operativa con i magistrati. È esatto?

Vogliamo dei percorsi sanitari di cura e non di custodia. I tempi della cura, che sono i tempi di permanenza nelle strutture riabilitative, devono essere affidati ai sanitari. Non vanno definiti dal magistrato, ma da esigenze cliniche, altrimenti finisce che creiamo dei mini Opg. Il tempo di permanenza nella fase del percorso riabilitativo residenziale deve dipendere dalle condizioni del soggetto e non dagli anni di misura di sicurezza che eventualmente verranno inflitti all'internato. I giudici decidano se deve rimanere in carcere e per quanto tempo, i sanitari decidano i tempi della cura e della riabilitazione.

Resterebbe quindi la custodia in carcere

sebbene soccorsa da un servizio di assistenza psichiatrica adeguato.

Dobbiamo considerare che ci sono dei pazienti "indimissibili": sono persone di cui è stata riconosciuta la pericolosità sociale. Hanno già avuto in passato percorsi di reinserimento che sono falliti perché hanno reiterato il reato. È un numero piccolo, d'accordo, ma queste persone necessitano di custodia non di competenza sanitaria. E hanno bisogno di una custodia elevata. Va però detto che l'assistenza carceraria è veramente qualcosa di vergognoso. Va rinforzata. Questo è un tema centrale, perché la stragrande maggioranza dei detenuti ha problematiche di carattere psichico, ma non sono necessariamente psichiatrici. Chiediamo che in ogni Regione ci siano delle sezioni di osservazione psichiatrica.

Dunque una distinzione tra quelli che possono essere reinseriti e quelli che lei chiama "indimissibili".

Va rivisto l'istituto della misura di sicurezza in modo da poter mantenere in detenzione le persone pericolose socialmente, potenziando appunto l'intervento delle Asl negli istituti di pena. Con l'accordo Stato/Regioni del 13 ottobre 2011 furono emanati indirizzi integrativi che prevedono l'attivazione di un'area di osservazione psichiatrica in almeno un istituto penitenziario di ogni Regione e il potenziamento della tutela della salute mentale all'interno di tutti i carceri.

Con quali effetti?

Questo consentirebbe di valutare tutti i nuovi pazienti autori di reati e potenzialmente malati di mente nel periodo di cognizione della pena. Successivamente, coloro che sono riconosciuti con vizio di mente e con una situazione di pericolosità che non necessita della detenzione possono essere assunti in carico all'interno di un percorso di cura. Noi dobbiamo chiederci cosa fare con gli autori di più di un omicidio.

Chiusi gli Opg non c'è il rischio che boss dichiarati non imputabili ce li ritroviamo, diciamo così, nel territorio, magari grazie a perizie complacenti?

Sicuramente. Ecco perché vogliamo aumentare l'assistenza psichiatrica nelle carceri in modo da poter scremare quelli che veramente hanno problematiche gravi da tutti quelli che non le hanno, che sono delinquenti che preconstituiscono una storia di pazzia. È risaputo che molti camorristi prima si fanno ricoverare in reparti Tso in ospedale e poi compiono il delitto. Dopo chiedono perizie psichiatriche che sono ovviamente orientate, e il gioco è fatto. I veri incapaci che compiono omicidi sono il 5 per cento: tutti gli altri sono in grado di intendere e di volere, quindi devono essere puniti.

E lo stop slitta all'aprile 2014

Avrebbero dovuto chiudere nel 2012, poi nel 2013. Nel frattempo le Regioni dovrebbero prevedere percorsi alternativi

DA ROMA

A fine marzo, in fretta e furia, ecco con decreto legge nuove disposizioni urgenti in materia sanitaria. Ci si è accorti che chiudendo gli ospedali psichiatrici giudiziari entro la data prevista dalla legge, il 31 marzo 2013, circa 1.500 persone non avrebbero trovato una struttura in grado di accoglierle. La nuova data per la chiusura è dunque il 1° aprile 2014. Le Regioni dovrebbero avere così tutto il tempo per allestire le strutture alternative a questi carceri senza fine perché, appunto, la degenza non è predeterminedata ma è ancorata alla pericolosità sociale dei detenuti.

La paura di tutti è che ai sei Opg italiani possano sostituirsi dei piccoli ospedali psichiatrici giudiziari disegnati dalle Regioni che già sono in ritardo (non tutte) sulla presentazione di questi piani. Tutti insistano e sono preoccupati (lo fanno da ultimi Funzione Pubblica dalla Cgil e il Comitato Stop Opg) perché i percorsi riabilitativi si svolgano in un clima comunitario e non detentivo. Per quanto riguarda gli autori di gravi crimini, scrivono, «il programma riabilitativo-terapeutico si dovrebbe portare avanti all'interno dell'istituzione carceraria, privilegiando, quando e se possibile, misure alternative alla detenzione». Alcune Regioni – sostengono – hanno presentato programmi finalizzati in prevalenza all'apertura di strutture residenziali

speciali dove eseguire la misura di sicurezza: «Rischiamo – dicono i promotori di Stop Opg – di ritrovarci con tanti piccoli manicomi regionali. Aprendo così seri problemi circa l'eventuale utilizzo, del tutto improprio, di personale sanitario dei Dipartimenti di Salute Mentale in funzioni anche detentive».

Il decreto che sposta la data della loro chiusura al 1° aprile 2014 precisa anche dei passaggi della precedente legge. «Il programma – si legge nel decreto – prevede attività volte progressivamente a incrementare la realizzazione di percorsi terapeutico-riabilitativi e stabilisce la dimissione di tutte le persone internate per le quali l'autorità giudiziaria abbia già escluso o escluda la sussistenza della pericolosità sociale con l'obbligo per le aziende sanitarie locali di presa in carico all'interno di progetti terapeutico-riabilitativi individuali che assicurino il diritto alle cure e al reinserimento sociale». Tali percorsi devono anche favorire «l'esecuzione di misure di sicurezza alternative al ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario o all'assegnazione di casa di cura e custodia». Per la copertura finanziaria di questi programmi è stata autorizzata la spesa di 120 milioni di euro per il 2012 e di 60 milioni per il 2013.

Il decreto fissa un'altra data che dovrebbe assicurare una svelta procedura e sancire l'effettiva chiusura degli Opg. È il 30 novembre 2013. Entro questo data, il ministero della Salute e quello della Giustizia devono comunicare alle competenti Commissioni parlamentari lo stato di attuazione dei programmi regionali relativi alla chiusura di questi ospedali e in particolare il grado di effettiva presa in carico dei malati da parte dei dipartimenti di salute mentale.

G. Rugg.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

ENTRATE E USCITE

UN TERZO DEI 1.400 MALATI POTREBBE ESSERE DIMESSO

Secondo i dati della Commissione parlamentare d'inchiesta, su circa 1.400 malati, circa un terzo potrebbe essere dimesso con un progetto specifico da parte delle Asl. Ma la possibilità finora si è concretamente realizzata solo per 160 persone. E tutti gli altri?

L'interrogativo che si pongono i familiari dei malati e le associazioni che li rappresentano è di quelli che non si possono ignorare, soprattutto in questo momento. Senza una soluzione efficace le persone malate, già emarginate e parcheggiate ai limiti della società, non avranno più alcuna possibilità di riscatto. E troppo spesso i nuovi ingressi in opg, sono pari al numero dei dimessi. Come a Castiglione delle Stiviere, dove nel 2012 sono uscite ed entrate 182 persone, o a Montelupo Fiorentino, con 25 dimissioni e altrettanti ingressi.

I NUMERI

1.388

internati presenti all'interno dei sei Ospedali psichiatrici giudiziari

