



U.R.A.S.A.M. *Lombardia* - Unione Regionale Associazioni per la Salute Mentale
Corso Garibaldi, 127- 20121 Milano
Tel.: 02-39265792 - Fax: 02-33006364 –e-mail: urasamlombardia@gmail.com
V.Canzian Tel. 347 7035105

OPG 31 marzo 2015, si chiude

Si al superamento degli internamenti (Misure di Sicurezza) e delle detenzioni (carcere)
Si alla cura e all'inclusione sociale, si al cambio di rotta della cura per dare a ciascuno un volto e un nome.

Alcune riflessioni a partire dalla legislazione vigente la quale, se da una parte ha una faglia nel doppio binario degli Art. 88-89 del Codice Penale, i capaci e gli incapaci di intendere e volere, che alimenta i nuovi ingressi in Misura di Sicurezza, dall'altra è però governata dai puntelli offerti dalla Legge 81/2014 [la MdS non deve superare il massimo della pena edittale prevista per quel reato, non si proroga la MdS per mancata presa in carico dei Dipartimenti di salute mentale e del territorio, o per ragioni cliniche, economiche o sociali della persona o per difficoltà di gestire con misure alternative all'internamento coloro che sono in attesa di giudizio (1/3 degli internati), o in osservazione o in licenza finale di esperimento].

Non sia quindi utilizzato l'alibi del Codice Penale a giustificare l'incremento degli ingressi in questi ultimi due anni: incremento che, se da un lato è il risultato di mancate risposte del territorio, dall'altro è sospetto in quanto non se ne comprendono le ragioni, se non per resistenze al cambiamento.

La legislazione attuale permette già, non solo di fare uscire i dimissibili (oggi circa 400 su 761 totali rimasti in OPG a novembre, di cui solo l'8%, circa 60/70, sono i cosiddetti "pericolosi"), ma anche indica ai giudici compreso quelli di sorveglianza di privilegiare le misure di sicurezza alternative all'internamento. Ciò nonostante gli ingressi continuano. Tuttavia, più che da deficit strutturali e legislativi, più che da carenza di risorse e di organici, da cattivi rapporti tra sanitario e magistratura, da resistenze della città ad accogliere i folli rei, dalla mancanza di formazione degli operatori, tutte motivazioni pur veritiere, ciò dipende soprattutto da una scarsa convinzione degli psichiatri che l'OPG debba e possa essere superato. La permanenza dell'OPG oggi e delle Rems domani permette loro di utilizzarli come ricettacolo cui trasferire la gestione dei casi difficili. Talvolta anche alcuni familiari, mossi da comprensibile preoccupazione a causa del precario funzionamento dei servizi di salute mentale, ritengono che un buon OPG, come viene giudicato Castiglione per esempio, o una buona Rems, offra migliori garanzie ed opportunità di un temuto abbandono dei propri congiunti da parte degli stessi servizi o di una eventuale detenzione in carcere.

Nessuna giustificazione dell'incremento degli ingressi va quindi fatta risalire al Codice Penale, benché un pensiero ed un'azione per la sua modifica sia opportuno farlo. Valgono più le resistenze di operatori e portatori di interessi, le stesse sorte per la chiusura dei manicomi con la Legge 180, la cui applicazione si è avviata 20 dopo la sua emanazione, ancora oggi lontana dalla sua reale applicazione.

Fino a quando perdura la logica riduzionista del modello biologista basata sulla diagnosi secondo il DSM V, il farmaco, la regolazione della molecola, la terapia e la riabilitazione in una logica ambulatoriale e residenziale non vi sarà soluzione: diventa inevitabile da parte degli operatori del DSM, Dipartimenti di Salute Mentale, trovare risposta al "dove lo mettiamo?" L'OPG ha rappresentato finora la risposta, le Rems secondo questa logica rappresenterebbero la risposta futura. Occorre un cambio di paradigma che come è avvenuto con la chiusura dei manicomi, contempli, pur con le cautele necessarie per taluni casi, un processo di de-istituzione che metta al centro il diritto di cura e di cittadinanza della persona folle rea.

La “pericolosità sociale” che sta al cuore della misura di sicurezza non discende da un puro dato costitutivo del soggetto, da una condizione clinica immutabile, nemmeno va confusa con la marginalità sociale, è piuttosto commisurata alla capacità del contesto (DSM, Sociale, Comuni) di offrire opportunità e condizioni di accogliere e includere socialmente il folle reo. Significa che le disposizioni della magistratura non debbono essere effettuate in autonomia sulla base di astratti criteri peritali; le decisioni vanno negoziate con le istituzioni sanitarie e sociali competenti del territorio, cui compete la responsabilità di dare risposte di cura e di integrazione alle persone, garantendo al contempo la sicurezza ai cittadini.

Va separata la cura dalla custodia. Al folle reo, fatti salvi i mafiosi mascherati da incapacità d'intendere e volere, va riconosciuta una fragilità e una necessità di cura, cui va data risposta in appropriato contesto di cura e di riabilitazione, che contempli il recupero e la possibile reintegrazione del soggetto nel territorio. Tale luogo non può che essere collocato in prossimità alla residenza del soggetto strutturato in piccole dimensioni: case, appartamenti, luoghi dell'abitare nella città. Non si confanno a ciò le concentrazioni di grossi agglomerati come Castiglione delle Stiviere, che prevede il cambio di etichetta trasformandosi in 6-7-8 Rems di 20 posti ciascuna. E' una scelta, quella di Regione Lombardia, fatta senza avere valutato il reale fabbisogno di quanti siano i cosiddetti “pericolosi”; soluzione che riproduce l'allontanamento per tempi lunghi del soggetto dalla comunità, dando origine a derive di cronicità e di esclusione, come avveniva nei manicomi ante 180, luoghi di sopraffazione e di violenza. E come avviene in quelli ancora presenti in Lombardia e in altre regioni, nonché, anche con lunghe permanenze, nelle numerose Residenze odierne.

Deve terminare il tempo della delega, dell'allontanamento altrove del malato complesso e difficile, sia pure reo, perché ciò non fa che produrre e riprodurre esclusione, violazione dei diritti delle persone interessate e dei loro familiari. Questa è stata la logica dei luoghi di reclusione e di segregazione condannati dalla storia che con le Rems continuerebbero a riprodursi e che avrebbero la caratteristica come succede per le Residenze, di non bastare mai.

I fondi previsti in conto capitale previsti dal Ministero, un'occasione di disponibilità rara di questi tempi, siano utilizzati per il potenziamento dei DSM con personale aggiuntivo cui va data appropriata formazione orientata all'accompagnamento, alla costruzione per ciascuna persona di progetti individuali volti all'inclusione sociale, a partire dalla costruzione della storia e dai bisogni di ciascun internato.

Occorre passare alla territorialità della cura, in luoghi di prossimità, i soli a contemplare una possibilità vera di cura perché non vi è cura se non è garantita al contempo la possibilità di recupero: il diritto di cittadinanza, ovvero casa, lavoro, relazione, affetti, libertà, inclusione sociale dei folli rei, anche se ritardati.

La territorialità della cura si correla alla territorialità delle responsabilità a partire dai DSM, dai Sindaci e dai Comuni, dalla Magistratura. A loro compete l'onere di operare la transizione e di affrontare ed attraversare le contraddizioni, ma anche l'onore di costruire un paese ... appena civile, che oggi tale non è.

Canzian Valerio

8-3-2015