

La battaglia per chiudere *davvero* gli Ospedali Psichiatrici Giudiziari coinvolge direttamente *chi lavora* per la Salute Mentale.

- Aver scongiurato l'ennesima proroga alla chiusura degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari italiani è un successo della mobilitazione di tante persone e associazioni, e senza dubbio del comitato stopOPG di cui Cgil e Fp Cgil sono promotori.
- Sappiamo bene che la chiusura degli Opg sarà graduale ma niente ora può e deve fermarla. Chiudere gli Opg *davvero* sarà una vittoria per tutti. Prima di tutto, è chiaro, per le persone che hanno subito e subiscono l'internamento, ma è una grande vittoria anche per gli operatori degli Opg e dei servizi di salute mentale.

Lavorare per la salute mentale

- Lavorare per la salute mentale è un lavoro delicato, complesso, affascinante e faticoso al tempo stesso. Le professionalità sono tante e lavorare in modo integrato, rispettando e valorizzando l'apporto professionale di ciascuno, prima che la logica gerarchica, è fondamentale. Vi sono medici, infermieri, psicologi, animatori, terapisti occupazionali, sociologi, tecnici della riabilitazione, educatori, assistenti sociali, operatori di assistenza, ausiliari, amministrativi, con le più diverse tipologie di rapporto, dai dipendenti di servizi pubblici ai soci di cooperative. Tutti le operatrici e gli operatori sono, pur con ruoli diversi, fondamentali per garantire il diritto alla Salute.
- Per questo bisogna dare valore – e non solo a parole - alle tante esperienze positive, dove lavoratrici e lavoratori dei servizi, con le pratiche, hanno dimostrato che l'approccio più efficace per affrontare il disturbo mentale è quello *globale*, in cui il sanitario diventa un aspetto non esclusivo degli interventi e delle relazioni necessarie, dove la persona è soggetto che partecipa attivamente e non solo oggetto di cura, *dove tutto si svolge nel territorio e non in luoghi separati*. Dove il malato è una persona, un *cittadino* prima di tutto. Questo ha insegnato la legge 180 chiudendo i manicomi e restituendo diritti e dignità alle persone.

Non basta *chiudere*, bisogna costruire l'alternativa.

- E proprio l'esperienza della legge 180 ci ha insegnato che non basta *chiudere*, bisogna costruire l'alternativa, ai manicomi e agli OPG. E questa alternativa non può essere affidata alle REMS. Per la maggior parte delle persone internate è possibile attivare percorsi di cura

e riabilitazione alternativi alla detenzione, costruiti dagli operatori e certo non improvvisati.

- Abbiamo sostenuto la chiusura degli Opg pur se a codice penale invariato, anche grazie alla legge 81/2014: una buona legge, che ha spostato il baricentro dalla logica manicomiale dell'internamento, in Opg o in Rems, alla cura delle persone (e che ha cancellato i cosiddetti "ergastoli bianchi" !).
- Ma sappiamo che anche questo non è sufficiente per abolire *davvero* l'Opg, per farlo serve modificare anche il codice penale (vedi più avanti il capitolo: *Abolire il trattamento "speciale" dei malati di mente autori di reato*).

Intanto niente trucchi: non sostituire gli Opg con le Rems

- Nel frattempo, non dobbiamo accettare trucchi: come quello di *sostituire i vecchi Opg con le nuove Rems*. E' necessario costruire un'alternativa agli OPG che non preveda esclusivamente meccanismi di internamento, seppur in strutture più moderne, ma che dia possibilità di cura e di inserimento alle persone nella società. Per questo abbiamo detto che la "fase transitoria", accettabile pur di chiudere gli Opg, deve essere funzionale alla drastica riduzione delle stesse Rems, non come soluzione in attesa di costruire quelle nuove. Perché la legge prevede che la misura di sicurezza detentiva sia *l'extrema ratio* e ancor più perché il numero di persone cosiddette "non dimissibili" secondo i dati delle stesse Relazioni governative è di gran lunga inferiore al numero dei posti Rems. Infatti dai dati forniti, il ricorso a misure di detenzione carceraria riguarderebbe una esigua minoranza degli attuali internati, sia perché la maggioranza dei soggetti di cui parliamo ha commesso reati "minori", sia perché le sentenze della Corte Costituzionale del 2003 e del 2004 hanno dimostrato che è possibile comunque ricorrere a misure alternative alla detenzione.
- Del resto, in tale direzione vanno anche le recenti disposizioni legislative in materia di esecuzione penale esterna. Vanno ricercate, in accordo fra Dipartimenti Salute Mentale e Magistratura, soluzioni alternative all'internamento. Le REMS debbono essere transitorie davvero, finalizzate a dar modo ai Dipartimenti di organizzarsi per la presa in carico nel territorio, come previsto dalla legge. Occorre scongiurare qualsiasi soluzione di "internamento e custodia" che riprodurrebbe la logica di separazione manicomiale sostenuta dagli OPG: in nessun caso gli operatori sanitari possono e devono avere funzioni di custodia. Perciò agiremo di conseguenza, anche rispetto al Regolamento penitenziario per le Rems adottato con l'accordo in Conferenza Unificata 26.2.2015.
- Un altro trucco è quello di lasciare aperto *Castiglione delle Stiviere*. E' vero che Castiglione, anche grazie all'impegno di tanti operatori, si è distinto per una maggiore attenzione agli aspetti sanitari piuttosto che custodiali ma se non è un tradizionale Opg resta un manicomio in piena regola, dove si pratica di norma la contenzione, come afferma placidamente il Direttore. Se resta aperto Castiglione dunque non si chiude la stagione degli OPG, anzi rischia di diventare un insidioso modello per altre regioni. In tempi di crisi sarebbe, oltretutto, uno spreco di risorse pubbliche finanziare una costosissima struttura manicomiale invece che i servizi di salute mentale nel territorio (tra l'altro con regioni come Liguria e Piemonte che continuano ad internare a Castiglione i loro pazienti).

Anche la chiusura di Castiglione deve diventare obiettivo della mobilitazione.

- Sappiamo che costruire l'alternativa alla logica manicomiale (Opg, Rems, contenzione fisica e farmacologica ...) non è facile, dipende dalla qualità del lavoro nei servizi. Che è fortemente condizionata dalla carenza di organico e dai conseguenti sovraccarichi di orario e di lavoro,

dalla crescita del precariato, dai tagli ai finanziamenti, dal blocco dei contratti: tutte cose che hanno impoverito i servizi e reso sempre più difficile la condizione degli operatori, alimentando delusione e rassegnazione. Così l'arretramento dei servizi nel territorio favorisce pratiche repressive e logiche manicomiali. La sofferenza degli operatori si riflette sui malati.

- Dobbiamo reagire: il disagio degli operatori deve diventare motivo di lotta e di alleanza tra lavoratori e cittadini utenti dei servizi. Dobbiamo riaffermare l'alleanza tra i diritti nel Lavoro e i diritti alla Salute e alle cure, per ricostruire e rinforzare le alleanze tra sindacato, associazioni, familiari e cittadini utenti dei servizi.
- Perché sappiamo che la qualità dei Servizi sociali e sanitari è assicurata dal Lavoro: migliaia di operatori sono impegnati ogni giorno nei servizi pubblici del Dipartimento di Salute Mentale (DSM), nelle comunità e nelle cooperative del privato sociale.

Servono proposte concrete. Applicare bene la Legge 81/2014: meno Rems più forza ai Dsm

- Oggi abbiamo a disposizione una buona Legge: la n. 81 del 31 maggio 2014. Ma sappiamo che è una legge "giovane" e molto impegnativa. Bisogna fare in modo che venga applicata bene.

Cosa che oggi ancora non sta accadendo: aumentano gli ingressi disposti dalla magistratura, in clamoroso contrasto con la stessa legge che vuole la misura di sicurezza detentiva *extrema ratio*. E solo l'impegno di molti servizi di salute mentale ha compensato l'aumento degli ingressi grazie ad altrettante dimissioni. Ma non basta.

- Bisogna spostare i finanziamenti dalle Rems (il cui numero va ridotto drasticamente) ai Dipartimenti di Salute Mentale DSM e ai diversi servizi sociosanitari: rivendichiamo l'attribuzione ai Dipartimenti di Salute Mentale per il loro rafforzamento e per l'attivazione dei progetti terapeutici individuali, delle risorse in conto corrente e in conto capitale previste dalle norme per il superamento degli OPG. Si tratta di 55 milioni aggiuntivi ogni anno di spesa corrente e di 180 milioni una tantum in conto capitale (quanti "alloggi assistiti" si potrebbero acquistare al posto delle Rems/Opg !)
- Si possono così incrementare le dotazioni organiche, attivare i progetti terapeutici individuali, sostenere l'apertura dei centri di salute mentale 24 ore al giorno, tutti i giorni dell'anno. Va rilanciato lo strumento dei budget di salute, per un utilizzo razionale e corretto delle risorse, e per l'integrazione vera con il privato sociale, nei percorsi di reinserimento, anche lavorativo ed abitativo.
- Le risorse così sono destinate a dare servizi a tutti i cittadini non per mantenere "separati" gli internati. Spetta alle Regioni rimodulare i programmi.
- E più in generale, proprio a causa dei tagli scellerati inferti in questi anni al finanziamento dei servizi sanitari e socio assistenziali, che bisogna assegnare risorse dedicate ai servizi di salute mentale e riconvertirne l'utilizzo, oggi troppo concentrato sui "ricoveri" e poco dedicato ai servizi territoriali e ai budget di salute.
- Serve una forte integrazione fra i servizi dell'Asl (e con quelli socio-assistenziali di comuni e del privato sociale): il DSM conserva una funzione centrale ma non può e non deve reggere l'urto da solo. In base alle diverse necessità delle persone da assistere, serve *organizzare* l'integrazione e la collaborazione con gli altri servizi e dei comuni, e questo spetta alla Regione e alle Direzioni Asl.
- Bisogna rispettare alcuni obblighi – e sottolineiamo obblighi - previsti dalle norme:

- nominare il Commissario in caso di inadempienze regionali, con poteri adeguati per l'integrale attuazione della legge 81/2014: favorire le dimissioni, contrastare nuovi ingressi in Opg/Rems con misure alternative, privilegiando l'assistenza senza internamenti.
- stipulare accordi tra Regioni/Asl e Magistrature (accordo Conferenza Unificata 26.2.2015 articolo 7)
- presentare i Progetti Terapeutico Riabilitativi Individuali; e inviarli al Ministero della Salute per il monitoraggio (accordo Conferenza Unificata 26.2.2015 articolo 7)

Il commissariamento delle regioni inadempienti si deve fare anche nel caso non vengano rispettati questi due obblighi.

- Un ulteriore riduzione del fabbisogno di Rems è possibile prevedendo che "osservazioni" e "misure di sicurezza provvisorie" (oltre il 30% degli internati) si svolgano in carcere in apposite sezioni attenuate.
- Non sarebbe accettabile che, nemmeno nelle soluzioni provvisorie, le funzioni di amministrazione della giustizia penitenziaria nelle Rems fossero affidate a privati. Sarebbe inaccettabile una delega a soggetti non pubblici di ciò che riflette sulla libertà personale, essendo le Rems strutture in cui si esegue una misura detentiva. In questo senso quanto previsto circa le funzioni svolte all'interno delle Rems da personale dell'Amministrazione penitenziaria, dal Regolamento sulle Rems (Accordo Conferenza Unificata articolo 3), non può essere limitato ad un anno.
- La chiusura degli Opg deve avvenire salvaguardando i posti di lavoro, contrattando le eventuali mobilità nell'ambito del Dap, inserendo gli operatori socio sanitari nei SSR, con le necessarie riconversioni anche attraverso percorsi di formazione. Questo non è solo un dovere verso centinaia di operatori che hanno lavorato fin qui in condizioni difficilissime, è necessario per non disperdere un patrimonio di esperienze e professionalità.

Abolire il trattamento "speciale" dei malati di mente autori di reato

- Bisogna cambiare il codice fascista Rocco ancora in vigore per chiudere il rubinetto che alimenta l'internamento, prima in Opg, e adesso nelle Rems. Per mettere fine al trattamento speciale che mantiene il "folle reo" separato dagli altri cittadini, nel recinto del manicomio (si chiami Opg o Rems).
- Per uscire dalla logica manicomiale va innanzitutto chiarito che un cittadino, malato o meno, che abbia commesso reato deve scontare la pena mantenendo il diritto alla cura ed alla salute, come impone la Costituzione. Riteniamo pertanto indispensabile giungere alla modifica degli articoli del codice Penale e del Codice di Procedura Penale che prevedono la non imputabilità del "reo folle", ritenuto incapace di intendere e di volere e socialmente pericoloso
- La nostra idea di sanità penitenziaria, è valida sempre, anche in presenza di disagio mentale. Se il carcere è un luogo deputato al reinserimento, come stabilisce l'art. 27 della costituzione, può e deve essere il luogo dove chi ha commesso un crimine possa scontare la sua pena e nello stesso tempo essere curato.
- Sono le modalità con si esegue la pena – oggi tutt'altro che riabilitativa ! e le vergognose condizioni in cui sono spesso costrette a vivere le persone detenute a dover essere cambiate, come impongono le condanne della stessa Corte Europea dei diritti umani.

- E' dunque necessario fare degli investimenti importanti sul sistema carcerario, ad oggi in condizioni limite, sia per mancanza di risorse adeguate che per carenze di organico.
- Per conseguire questo obiettivo, occorre dotare il servizio sanitario ed il sistema carcerario di dotazioni organiche sufficienti, con adeguata formazione del personale, finalizzata al rafforzamento di competenze specifiche.
- Sappiamo che già oggi è indispensabile riaprire un fronte di mobilitazione sulla tutela della salute in carcere. E riteniamo, per il raggiungimento di tali obiettivi, di rilanciare la carta dei diritti di operatori ed utenti della salute mentale, i cui contenuti sono oggi ancora più attuali.

Insomma vogliamo chiudere gli Opg e scongiurare che al loro posto nasca una pericolosa rete di strutture neomanicomiali, in grado di snaturare gli stessi DSM e lo spirito della legge 180.

Ce la possiamo fare, lo dimostrano i “numeri”: le persone internate nel 2011 erano oltre 1.400, al 31 marzo 2015 erano 697 (630 uomini e 67 donne): questa riduzione degli internamenti è merito del lavoro degli operatori degli Opg e dei DSM e di quei magistrati che hanno dato applicazione alle sentenze della Corte Costituzionale del 2003 e del 2004 e alla stessa legge 81/2014.

Dobbiamo passare dalla logica “sbrigativa” del ricovero/internamento in Rems (finora in Opg) a quella più impegnativa ma certamente più “efficace” della presa in carico e del progetto di cura individuale, che può sottrarre le persone alla logica manicomiale. E questo vuol dire dare valore, stabilità e più forza a chi lavora nei servizi di salute mentale.

CGIL nazionale

Funzione Pubblica CGIL nazionale

SALVIAMO LA SALUTE