



**CENTRO DI PROMOZIONE PER LA SALUTE
“FRANCO BASAGLIA”**



Istituzione della Provincia di Arezzo

PUBBLICATO SU: www.sossanita.it

**PROPOSTA PER UN PROGETTO DI SUPERAMENTO DELL'OSPEDALE
PSICHIATRICO GIUDIZIARIO DI MONTELUPO FIORENTINO.**

Il diritto universale alla salute mentale.

I cittadini italiani hanno dovuto attendere trenta anni prima di veder riconosciuto anche agli internati negli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG) il diritto alla salute mentale, così come era avvenuto per i cittadini liberi con la legge n. 180, prima, e con la legge n. 833, subito dopo, entrambe del 1978.

Abbiamo dovuto subire trenta anni di cecità politica prima di avere le risposte che richiedevano, nel Paese e nel Parlamento, i sostenitori della 180 e come proponevano le Regioni della Toscana e dell'Emilia Romagna con un proprio disegno di legge presentato in Parlamento nell'anno 1995.

Nel frattempo, migliaia di internati hanno pagato un prezzo umano altissimo, con sofferenze ingiustificate, spesso con la perdita del senso stesso della vita che è alla base dei tanti suicidi registrati e i sei OPG italiani si presentano ancor oggi come istituzioni totali, con un carico di vite tagliate che non sarà facile far uscire dal profondo della condizione di annientamento umano in cui sono stati confinati.

Sappiamo che i problemi sono complessi, certamente tra i più difficili da affrontare nel welfare italiano, ma dobbiamo tutti convenire su un aspetto indiscutibile, da cui partire per ritrovare il percorso della giustizia e della solidarietà, il bandolo della matassa.

Eccolo. Le diverse categorie giuridiche di internati hanno tutte in comune la malattia mentale e giustizia e coerenza vogliono che sia il Servizio sanitario a “*prendersi cura*” dei “*prosciolti folli*”, dunque persone non imputabili e non punibili con il carcere, ma da curare secondo le norme del SSN che non prevede strutture manicomiali, ma servizi e presidi territoriali come parte integrante dei contesti sociali.

Purtroppo, l'Ospedale psichiatrico giudiziario, nonostante l'impegno di molti operatori, è rimasto strutturalmente immutato, una terra di diritti negati, dove il garantismo carcerario e la coercizione psichiatrica si potenziano in una allucinante e perversa collusione.

L'indagine e le conclusioni della Commissione d'inchiesta sul Servizio sanitario nazionale, diretta dal sen. Ignazio Marino, hanno portato alla luce quello che già si sapeva, ma che giaceva sepolto sotto la coltre di silenzio stesa da un sordido apparato di controllo, impermeabile alle tante denunce sollevate fin dagli anni '70.

Opertet ut scandala eveniant.

Finalmente, il Dpcm del 1° aprile 2008, con il suo articolo 5 e con la sua specifica Linea Guida C, ha restituito agli internati il diritto alla salute mentale e prescrive il superamento e la chiusura dei sei Ospedali psichiatrici giudiziari italiani.

Due principi fondanti.

Sia la legge n. 230/99 che il Dpcm del 1° Aprile 2008, in particolare **la Linea Guida C** che ne è parte integrante, hanno a fondamento due principi costituzionali.

Primo, *il principio della regionalizzazione* del Servizio sanitario penitenziario, in base all'articolo 117 della Costituzione.

Oggi, ogni Regione italiana è responsabile della salute dei propri cittadini internati in OPG e ne risponde sotto tutti i profili, senza delega a terzi o compensazioni tra Regioni, perché *“l'eccellenza”* in salute mentale sta nei servizi di ogni Regione e nella loro capacità di cura e di recupero sociale. Condizione necessaria per l'esercizio della competenza è il riconoscimento della effettiva autonomia, dignità e potestà del Servizio sanitario nazionale, perché i provvedimenti per la salute degli internati possano essere assunti dagli operatori in *“scienza e coscienza”*, *senza se e senza ma*. Purtroppo non è così.

E' in vigore una Circolare del Ministero della Giustizia, emanata frettolosamente senza neppure consultare le Regioni interessate, che di fatto stabilisce una supremazia della competenza dell'Amministrazione, mentre la Linea Guida richiede *“uno specifico Accordo tra l'Amministrazione penitenziaria e la Regione con il quale sono definite le rispettive competenze nella gestione della struttura.....”*

Sia chiaro: un Servizio sanitario a sovranità limitata non è accettabile e non giova neppure alla buona gestione delle carceri italiane .

Secondo, *il principio del recupero sociale degli internati e della territorialità del trattamento della pena e della cura*, ai sensi dell'articolo 27 della Costituzione, dell'articolo 42 della legge dell'Ordinamento penitenziario del 1975 e 1986 e dell'articolo 2, punto 8, lettera g) della legge n. 833 del dicembre 1978.

I malati mentali vanno curati, non repressi e segregati. Curati, tenendo aperte le relazioni con il contesto sociale.

Tutta l'esperienza maturata in decenni di attività per il superamento delle Istituzioni totali dimostra che non è possibile, o comunque è oltremodo difficile un progetto autonomo e responsabile di vita delle persone malate di mente se il controllo sociale è l'abc del trattamento, se è praticata la contenzione fisica e/o chimica e se si tengono in vita barriere invalicabili tra la persona e il mondo delle relazioni, se addirittura si taglia il rapporto tra il progetto individuale e il contesto sociale.

Due principi costituzionali, fondamentali e inderogabili, che hanno un valore giuridico cui devono essere ispirati i comportamenti delle Istituzioni, in questo caso del sistema sociosanitario e del sistema penitenziario, e insieme *un valore etico ed educativo* che consente di praticare con maggiore efficacia il recupero sociale delle persone che devono uscire dalla **“gabbia del reato”** e realizzare un proprio e motivato percorso di vita con la pratica dei diritti e dei doveri, nell'ambito delle relazioni umane, nel rispetto delle regole della vita civile e sociale.

Applicare la Costituzione, in Italia, non è mai un fatto scontato, ma sempre giusto e possibile anche in questa realtà, perché se è vero che bisogna agire a legislazione invariata sulla *“misura di sicurezza”*, è altrettanto importante tener conto delle sentenze della Corte costituzionale che *“non legano l'applicazione della misura di sicurezza in modo univoco ed esclusivo all'OPG”*, come opportunamente richiama la Linea Guida C del Dpcm.

Così, i principi costituzionali devono e possono essere rispettati ed applicati.

Di modo che, nessuna Regione si può sottrarre al dovere costituzionale di *“farsi carico”* della salute e della cura dei propri cittadini; nessuna Autorità si può permettere di tagliare i rapporti delle persone malate con il proprio ambiente sociale.

Le leggi vanno rispettate e questo vale per tutti, a maggior ragione per le persone fragili.

Lo Stato di diritto comincia proprio dal rispetto delle leggi della Repubblica da parte delle sue Istituzioni.

Urge un provvedimento nazionale.

La **Linea Guida C del Dpcm** propone un percorso di graduale uscita dall'Istituzione totale con un crono programma che impegna il Ministero della Giustizia, il Ministero della sanità, tutte le Regioni incluse nei rispettivi Bacini di riferimento (per Montelupo Fiorentino: la Toscana, l'Umbria, la Liguria e la Sardegna), ma anche gli Enti locali, sulla base del principio costituzionale della “ *leale collaborazione*”

I tempi previsti sono tutti scaduti.

Non è questa la sede per una diatriba sulle responsabilità che ci sono e sono evidenti.

Qui, vogliamo affermare che per rendere possibile e per regolare il percorso di superamento degli OPG in Italia, è necessario e urgente un provvedimento nazionale

** per stabilire il tempo massimo per la chiusura degli Opg che potrebbe essere fissato al 31 dicembre 2013 con relative sanzioni per le Istituzioni inadempienti,*

** per mettere fine alla sottostima del Capitolo di spesa con una definizione del valore economico dei LEA per la salute mentale degli internati in OPG e per stabilire nuovi criteri per una equa distribuzione delle risorse disponibili alle Regioni e Province Autonome*

Dalla fase iniziale, transitoria, dell'avvio della riforma, si deve passare alla fase a regime e determinare nel Fondo sanitario nazionale, il valore economico dei LEA, con una previsione di partenza che si aggira intorno allo standard di 200 euro giornalieri pro-capite, pari ad un importo complessivo, vincolato e rendicontato, di 110 milioni di Euro per tutti i 1500 malati di mente in “ *misura di sicurezza*”.

Questo chiediamo a livello nazionale.

Mentre è giusto e necessario lavorare per una legge nazionale sulla “ *misura di sicurezza*” e per il riordino della spesa per i LEA riguardanti i malati di mente internati o affidati ai servizi sociosanitari, per intanto, è possibile e necessario applicare il Dpcm in ogni Bacino di riferimento, con proposte di fattibilità, con la definizione comune delle risorse necessarie, cominciando ad utilizzare i finanziamenti annunciati dai Ministeri interessati, considerandoli come un anticipo sul Capitolo del Fondo sanitario da istituire e garantire a regime.

Così facemmo con i manicomi, così è possibile fare con gli Ospedali psichiatrici giudiziari.

Proposte per Montelupo Fiorentino.

In questa prima fase, la Regione Toscana è l'Istituzione che, in collaborazione con le Regioni del Bacino che comprende **la Liguria, la Sardegna e l'Umbria**, è impegnata nel superamento e nella chiusura dell'OPG di Montelupo Fiorentino.

Come richiede la Linea guida C allegata al Dpcm 1° aprile 2008, la Regione Toscana, come tutte le altre Regioni, è impegnata ad adottare, in tempi brevi, un **Progetto obiettivo o Piano mirato** per il superamento e la chiusura dell'OPG di Montelupo Fiorentino, magari come Capitolo anticipato del proprio Piano sociosanitario previsto per gli anni 2011-2015.

Il Progetto dovrà contenere un proprio e specifico crono programma delle tappe e degli Atti da adottare (o, nel frattempo, già adottati) per il superamento dell'OPG di Montelupo Fiorentino, certamente coerente con quello dettato dalla Linea Guida C del Dpcm, ma predisposto tenendo conto delle specificità dei problemi, delle tipologie assistenziali, degli Accordi da stipulare con le Regioni comprese nel Bacino dell'OPG di Montelupo Fiorentino.

La Road Map che presentiamo per il superamento e la chiusura dell'Ospedale psichiatrico giudiziario di Montelupo Fiorentino ha come data finale, adeguatamente articolata e cadenzata con

tappe intermedie, **il 31 dicembre 2013**, con la contestualità di alcuni provvedimenti e con altri che potranno avere tempi diversificati in rapporto alla complessità degli atti da portare a compimento con le Regioni del Bacino e con le Aziende sanitarie locali della stessa Regione..

Tre azioni coordinate.

Prima azione: il rientro degli internati nelle Regioni di provenienza. (anni 2011- 2012).

Alla data del 15 maggio 2011, gli internati a Montelupo Fiorentino erano in totale 156, provenienti da diverse Regioni italiane, in particolare n. 31 dalla Sardegna, n 8 .dall'Umbria e n 33.dalla Liguria, .n 52 dalla Toscana, 34 da altre Regioni al di fuori del Bacino.

I dati oscillano e variano anche quotidianamente in base al saldo tra ingressi e dimissioni, il che segnala una buona possibilità di abbassare il numero degli internati.

1. I dati attuali dicono che non è stato ancora completato il riordino delle destinazioni per Bacino, come previsto dalla Delibera della Conferenza Unificata, per cui è necessario provvedere al trasferimento dei 34 internati ai rispettivi OPG dei Bacini delle Regioni di provenienza e alla assegnazione a Montelupo Fiorentino delle poche unità di toscani attualmente internati in altri OPG.

Le decisioni richieste possono e devono essere concordate ed assunte entro il dicembre 2011.

2. Dopo tre anni dall'approvazione del Dpcm, siamo già e oltre la terza fase prevista che “ *prevede la restituzione ad ogni Regione italiana della quota di internati in OPG di provenienza dai propri territori per la presa in carico.....* ”

Il rientro degli internati nelle Regioni di provenienza, cioè Umbria (8), Liguria (33) e Sardegna (31) è aspetto fondamentale per la fattibilità del percorso riabilitativo e per differenziare le tipologie assistenziali sulla base dello stato di salute e delle posizioni giuridiche dei singoli internati.

E' stato compiuto un buon lavoro a livello tecnico nel Tavolo di Bacino, sono state indicate le soluzioni regione per Regione e ora bisogna portare quelle proposte a livello decisionale, istituzionale e politico.

Proponiamo un Patto concordato tra la Regione Toscana, la Regione Liguria, la Regione Sardegna, la Regione Umbria, il Ministero della Giustizia e il Ministero della sanità in cui siano stabiliti i tempi del rientro degli internati nelle rispettive Regioni di provenienza, le sedi rese disponibili Regione per Regione, le risorse messe a disposizione sia per l'attivazione delle strutture che per la gestione delle attività.

Il trasferimento degli internati alle Regioni di provenienza può essere realizzato in relazione alle disponibilità delle strutture di accoglienza, prima possibile, ma comunque non oltre **l'anno 2012**, in modo da iniziare prima possibile la presa in carico diretta della cura e del recupero sociale degli internati da parte delle rispettive Regioni.

Seconda azione: il recupero sociale degli internati toscani (anni 2011-2013)

1. Agire dentro

Chi si è cimentato a fondo per la chiusura dei manicomi sa che la liberazione degli internati dall'istituzione totale non è affatto uno sbrigativo atto amministrativo e burocratico.

Al contrario, serve un quotidiano, serio e condiviso progetto di riabilitazione, di ricostruzione del progetto di vita di ogni persona, sapendo che in psichiatria la riabilitazione non è un atto occasionale e neppure una prestazione solo specialistica, ma è il recupero della motivazione vitale che si raggiunge con la ricostruzione del senso di vivere passando attraverso il vissuto quotidiano, attraverso la prova dei diritti e dei doveri e la speranza di un futuro per la vita.

Niente persone confinate in cella, niente reparti chiusi, niente contenzione fisica e chimica, ma progressiva apertura ed umanizzazione della vita quotidiana con programmi di attività formative, lavorative, sociali, ludiche e affettive che si possono svolgere dentro e fuori l'Istituzione.

Si impara a vivere civilmente, vivendo civilmente.

E' possibile uscire dalla condizione detentiva se si realizza un rapporto di fiducia tra malati e servizi, se il Servizio sa decifrare i bisogni inespressi delle persone con disturbi psichici e sa dare risposte condivise e partecipate e se i malati, singolarmente e collettivamente, sono partecipi e protagonisti della loro emancipazione.

La qualità della vita degli internati deve essere impegno immediato, perché l'obiettivo fondamentale del superamento dell'OPG potrà essere realizzato tanto meglio quanto più reale e vissuto è il miglioramento della vita dei singoli e del complesso dell'Istituzione.

A Montelupo la situazione non è "tutta nera" come è stata dipinta, il quadro va presentato con le ombre e con le luci, correttamente, anche per rendere giustizia agli operatori che non è giusto confinare nella posizione di "capri espiatori"

C'è stato un buon lavoro tra OPG e Comune con soluzioni di apertura all'esterno; il numero degli internati è diminuito.

La Regione Toscana é già intervenuta, nonostante la penuria delle risorse, con la Delibera del 29 dicembre 2009 che ha assegnato alla ASL n. 11 di Empoli 300 mila euro per un programma di riabilitazione che riguarda 14 +4 internati toscani che si trovavano al termine della "misura di sicurezza" per essere preparati all'uscita dal sistema penitenziario.

E' poco, è vero, ma si parte da qui e dagli operatori che credono nella riforma.

Ora, bisogna andare avanti e implementare il programma di riabilitazione e di recupero sociale per tutti gli internati, un programma riguardante la bonifica degli ambienti di vita, gli interventi individualizzati e di gruppo e, dunque, la qualità delle cure, la formazione, il lavoro, l'attività culturale e ludica, la ripresa di contatti con le realtà di provenienza, le forme di collaborazione con le famiglie, quando ci sono, e con i Servizi sanitari e sociali per programmi di dimissioni e/o di decentramento in strutture programmate.

Progetto individuale di recupero sociale e prospettiva di rientro nella società stanno tra loro in un rapporto di inscindibile interdipendenza.

Il Programma deve essere assunto dall'Azienda sanitaria locale n. 11 di Empoli, deve valere per tutti i 156 internati e per tutto il tempo di permanenza della struttura OPG per proseguire, poi, in tutte le sedi territoriali nelle quali si svolgerà la vita delle persone che hanno attraversato la "misura di sicurezza"

Per rendere possibile un Programma mirato di riabilitazione e di recupero sociale degli internati toscani e per facilitare il rapporto con i Dipartimenti di salute mentale delle Aziende sanitarie locali, si propone di superare la dispersione delle allocazioni interne e di promuovere la costituzione di un **Reparto degli internati toscani**, tenendo conto delle diverse posizioni giuridiche, con una progressiva qualificazione sanitaria del sistema e, quindi, con l'immissione di personale sanitario dedicato, il cui compito è quello di accompagnare le dimissioni nelle diverse realtà territoriali della Toscana sulla base delle tipologie assistenziali e residenziali programmate.

2. Agire con le Aziende sanitarie locali

Deve essere chiaro (**e deliberato**) che tutte le Aziende sanitarie locali della Regione Toscana, tramite i loro Dipartimenti di salute mentale e la rete dei loro Servizi sanitari e sociali, *sono impegnate immediatamente nella gestione dei programmi di assistenza e di recupero sociale e nella programmazione dei processi di decentramento sia dei cittadini attualmente internati a Montelupo e successivamente nelle Residenze territoriali, sia delle persone che per la prima volta incorrono nella "misura di sicurezza".*

In sostanza, sia pure con gradualità progressiva, ogni Azienda sanitaria della Toscana deve essere impegnata a farsi carico dell'assistenza dei cittadini in “misura di sicurezza” del territorio di propria pertinenza, sulla base delle tipologie previste nel programma regionale.

Se è giusto che i Dipartimenti di salute mentale abbiano a disposizione servizi sociali e strutture residenziali differenziate per intensità di cura, è altrettanto necessario affermare che ogni Azienda sanitaria locale deve fare la propria parte nel progetto di superamento dell'OPG, riducendo al minimo e poi annullando il ricorso all'OPG.

Già oggi, esaminando i dati regionali del ricovero a Montelupo, si registrano flussi molto diversi di ricovero in OPG da parte dei DSM toscani che quantomeno richiedono analisi e riflessioni di merito.

Questo compito e questa responsabilità devono far parte dei criteri di valutazione dello staff direzionale di ogni Azienda sanitaria locale.

3. Il programma delle dimissioni (2011-2013).

Due sono i registri su cui è necessario operare per il superamento dell'OPG di Montelupo: *le dimissioni, da un lato, e il blocco degli accessi dei “ nuovi giunti”, dall'altro.*

Intanto, e prima di tutto come prevede la Linea Guida C., bisogna “ *dimettere gli internati che hanno concluso la misura di sicurezza con soluzioni concordate con le Regioni interessate che devono prevedere forme di inclusione sociale adeguata, coinvolgendo gli Enti locali di provenienza, le Aziende sanitarie interessate e i servizi sanitari e sociali delle realtà di origine o di destinazione dei ricoverati da dimettere*”

Ma lo svuotamento dell'OPG va oltre e comprende altre quote di internati con soluzioni alternative territoriali, come previsto dalle sentenze della Corte costituzionale.

Come ha richiamato Sandro Margara nella sua Relazione introduttiva, la “ misura della sicurezza” può essere revocata in anticipo rispetto alla scadenza e trasformata in libertà vigilata e in Licenza Finale di Esperimento (LFE).

Per coloro che hanno maturato la “condizione di dimissibilità”, varie possono essere le soluzioni concertate tra l'OPG e i rispettivi DSM, diverse possono essere le tipologie differenziate da utilizzare, che vanno

** dal rientro in famiglia, là dove ciò è possibile, all'affidamento in gestione ai Dipartimenti di salute mentale e ai Servizi sociali, utilizzando le opportunità residenziali dei propri territori;*

**dall'utilizzo delle strutture sanitarie e sociosanitarie esistenti, alle Comunità terapeutiche ad alta intensità assistenziale e a vigilanza attenuata.*

In Toscana e in Italia esistono già esperienze alternative all'OPG che dimostrano fattibile la strada di un diverso e più umano impegno per il recupero sociale delle persone che hanno commesso reati in stato di momentanea o persistente incapacità di intendere e di volere.

4. Le Comunità terapeutiche ad alta intensità assistenziale.

Sia chiaro: le alternative non vengono da sé e non sono tutte pronte nei territori che devono farsi carico della cura delle persone che sono o che escono dalla “misura di sicurezza”.

Servono residenze aperte, di piccole dimensioni, flessibili, immediatamente disponibili quando il bisogno si manifesta, ma di facile conversione in caso di mutamento dei bisogni sociali.

Può essere utile e ragionevole iniziare l'avvicinamento dei cittadini toscani internati in OPG ai territori di provenienza, partendo dalle tre Aree Vaste in cui è articolato il territorio toscano per il Servizio sanitario regionale, facendo perno su strutture a diverso grado di vigilanza, anch'esse transizionali, come quelle esistenti **ad Aulla e alle Querce di Firenze.**

Questa è una possibile, iniziale, articolazione della residenza, ma questo non esaurisce la possibilità di altre soluzioni di decentramento.

Si propone, infatti, di individuare, tra Regione, Aziende sanitarie e OPG

*** due Comunità terapeutiche ad alta intensità assistenziale per 12 posti letto nell'Area Vasta di Firenze, Prato, Pistoia e Empoli che ha 21 internati in Opg**

*** una Comunità per 6-8 posti letto nell'Area Vasta di Livorno/Pisa, Lucca/Viareggio e Massa Carrara, anch'essa con 21 internati a Montelupo**

*** una Comunità con 6-8 posti letto ad Arezzo per l'Area Vasta Arezzo, Siena e Grosseto che ha 10 internati in OPG.**

Queste strutture residenziali saranno a disposizione della Magistratura Giudicante, della Magistratura di Sorveglianza e dei Dipartimenti di salute mentale delle Aziende sanitarie della Toscana sia per accogliere alcuni dimessi dall'OPG di Montelupo che per consentire un'adeguata assistenza alle persone che possono incorrere nella "misura di sicurezza", evitando l'internamento a Montelupo.

Si tratta di proposte da discutere e da definire tra Regione, ASL ed Enti locali in tutti gli aspetti gestionali in ogni specifica situazione, senza schematismi, sulla base del percorso di riabilitazione degli interessati.

Comunque, con le dimissioni programmate è possibile raggiungere l'obiettivo di dimezzare la presenza di internati toscani nell'OPG di Montelupo Fiorentino (da 48 a 20/25) **entro il 2012.**

Terza azione: una struttura interamente sanitaria a vigilanza perimetrale (2013).

Agli inizi dell'anno 2013, una volta realizzate le due azioni programmate (regionalizzazione e dimissioni), a Montelupo Fiorentino dovrebbero essere presenti 20/25/ internati toscani.

A quel punto, è necessario realizzare una **Residenza interamente sanitaria, utilizzando una sede completamente autonoma, a vigilanza perimetrale,** per coloro che non è stato possibile dimettere e che, per ragioni varie, permangono in situazione di riabilitazione e di vigilanza.

La struttura deve avere una Direzione sanitaria, un organico sanitario e un programma sociosanitario e deve rispondere per intero al Servizio Sanitario della Regione Toscana.

La vigilanza perimetrale esterna è assicurata dal Ministero della Giustizia tramite specifico Accordo con la Regione Toscana, in analogia a quanto già avviene a Castiglione delle Stiviere.

La sede può essere individuata di comune accordo tra la Regione e il PRAP, utilizzando la struttura dell'Ambrogiana adeguatamente ristrutturata e resa completamente autonoma da tutto il restante complesso edilizio.

Ovviamente, meglio sarebbe una struttura del tutto indipendente sia dal carcere che dall'OPG.

Ad ogni modo, si tratta di una struttura ad esaurimento, di piccola dimensione (25/30 ospiti internati) nella quale devono proseguire le attività di riabilitazione, di recupero sociale e di dimissioni degli internati per giungere alla restituzione definitiva della competenza e della responsabilità della gestione dei malati di mente in "misura di sicurezza" alle rispettive Aziende sanitarie locali e ai Dipartimenti di salute mentale, come richiede il Dpcm del 1° aprile 2008.

I malati di mente affidati al SSN non si curano in strutture manicomiali che sono state abolite con le leggi n. 180 e n. 833 del 1978 e non hanno più diritto di cittadinanza nel SSN; la Residenza è una struttura transizionale che dovrà risolversi nella rete dei servizi e dei presidi delle Aziende sanitarie toscane.

Le risorse finanziarie per il superamento dell'OPG.(2011-2013)

Mentre non è possibile quantificare il costo delle strutture da mettere a disposizione per il rientro degli internati nelle Regioni di provenienza, il costo delle gestioni delle tre azioni previste per il superamento dell'OPG di Montelupo Fiorentino (regionalizzazione, dimissioni e struttura sanitaria)

comporta per il triennio 2011-2013 **una spesa complessiva di circa 11-12 milioni di euro, di cui 4/5 per la Toscana.**

Una somma approssimativa che va meglio definita e garantita alle Regioni per tutti gli anni a venire, perché diventa spesa storica per i Livelli essenziali di assistenza ai malati di mente in “*misura di sicurezza*”.

A partire da questa stima, le Regioni del Bacino devono richiedere l'apertura di un **Tavolo di concertazione** con il Governo nazionale per giungere ad un **Patto sottoscritto** in cui sia concordato ed approvato lo stanziamento delle risorse finanziarie stimate necessarie, sia in conto capitale che in conto gestione, risorse che possono essere tratte dalla Cassa delle Ammende in base alla legge n. 230/2000, dal Fondo sanitario nazionale o anche dall'articolo 20 della legge n. 67 del 1988..

La questione è fondamentale e dirimente, perché le alternative all'Ospedale psichiatrico di Montelupo, come degli altri cinque OPG esistenti in Italia, non fanno un passo in avanti se non sono garantite le risorse finanziarie per le nuove strutture necessarie, per le sedi da costituire ex novo o da ristrutturare e per il personale sanitario ed educativo da impegnare nella rete dei servizi sanitari e sociali necessario nelle diverse tipologie assistenziali.

Senza programmazione si disperdono le risorse, senza risorse non si consente alle Istituzioni, alle Cooperative sociali e/o ad altre imprese senza finalità di lucro di investire in questa importante e delicata area del welfare nazionale.

Chiusura dell'OPG di Montelupo Fiorentino

Il superamento definitivo e la chiusura dell'OPG di Montelupo Fiorentino può essere prevista, orientativamente, per il 31 dicembre 2013.

La Regione

Il Programma di superamento e di chiusura dell'OPG di Montelupo impegna la Regione Toscana, le Aziende sanitarie e gli Enti locali in una intensa collaborazione per la delicatezza e la complessità del problema che ha bisogno di una guida autorevole e permanente e di un vasto consenso delle Istituzioni e della società toscana.

Alto deve essere l'impegno etico e culturale sul problema (anche con iniziative promozionali di accompagnamento) con una “**direzione forte**” a livello della Regione Toscana, per cui sarebbe opportuno prevedere, una **Commissione regionale ad hoc** per un giusto lasso di tempo, dotata delle competenze necessarie, amministrative, sanitarie e giuridiche, per portare in atto il Progetto obiettivo e quindi le deliberazioni e le attività che devono essere realizzate dai diversi soggetti istituzionali e sociali necessariamente coinvolti nel progetto complessivo della Regione Toscana.

Nessuno spontaneismo e neppure nessun comportamento in ordine sparso, ma azione consapevole e coordinata, stante i problemi complessi e spinosi che il Progetto regionale dovrà affrontare nella fase della sua attuazione.

La Magistratura Deliberante e di Sorveglianza

Poiché la riforma degli Opg si realizza *a legislazione invariata*, ma tenendo conto delle sentenze della Corte costituzionale, è un fatto che il superamento sia pure graduale degli Ospedali psichiatrici giudiziari determina un nuovo scenario di opportunità per l'esecuzione della “*misura di sicurezza*” sia per le sedi alternative dove essa può attuarsi sia per i soggetti responsabili che comprendono il Ministero della Giustizia, le Regioni e Province autonome e, per esse, le Aziende sanitarie locali e ai Dipartimenti di salute mentale.

Sia la Magistratura giudicante che la Magistratura di Sorveglianza possono svolgere un ruolo attivo nella destinazione e sul percorso di recupero sociale dei “prosciolti folli”, avendo a riferimento un ventaglio di soluzioni che meglio possono corrispondere ai bisogni differenziati di cura, di sostegno e di protezione sociale.

Un ruolo fondamentale, che richiede un rapporto di collaborazione tra la Regione, il Prap e la Magistratura di sorveglianza per agevolare i flussi in uscita e ridurre la permanenza media in Opg mediante azioni sperimentate come l’invio a strutture dedicate.

Una considerazione generale

Era giusto e necessario, per dare concretezza all’obiettivo di superamento e di chiusura dell’OPG di Montelupo Fiorentino, passare dai principi alle proposte operative, con le necessarie specificità e con i diversi impegni che fanno carico alle diverse Istituzioni.

Questo va fatto in tutte le altre situazioni nazionali.

Resta il fatto che l’obiettivo del superamento e della chiusura degli OPG, con la realizzazione di una rete alternativa di servizi e di presidi, è e resta una “**grande questione nazionale**” che pone l’Italia all’avanguardia dell’Europa e del mondo, per il progetto di civiltà giuridica e sociale che propone e per il livello di responsabilità che comporta.

Una responsabilità, *un impegno e un dovere*, bisogna dire, che riguarda il Governo nazionale e il Parlamento, la Magistratura, le Regioni e le Province Autonome, le Aziende sanitarie, gli Enti locali e gli operatori sanitari e sociali, con la consapevolezza, richiamata dalla Costituzione e dalle leggi che ne sono svolgimento, che il problema deve essere affrontato con lo spirito della “*leale collaborazione*” tra diverse Istituzioni, senza rimpallo di responsabilità, ma con la volontà di fare ciascuno la propria parte in un Progetto comune e condiviso.

La proposta che avanziamo, da discutere e da circostanziare per diventare il Progetto obiettivo o Piano mirato della Regione Toscana, è la traccia concreta, fattibile, che assegna ad ogni Istituzione la parte che deve assolvere in un obiettivo comune che è quello stabilito dalle leggi della Repubblica: **il superamento e la chiusura dell’Ospedale psichiatrico di Montelupo Fiorentino.**

23 giugno 2011

Bruno Benigni
Presidente del Centro “Franco Basaglia”
Arezzo