

Stati Generali dell'Assistenza

Indice

- Persone a Rischio di esclusione: necessità di una svolta nelle politiche sociali dei paesi “ricchi”

- A. Tutela dei minori a rischio e vittime di violenza

- Disegno di legge n. 4652 - “Norme per l’accesso alla psicoterapia”

- B. Innovazioni in tema di adozioni e di affido

- C. Alcuni punti critici del sistema psichiatrico italiano post 180

- D. Dipendenza e tossicodipendenza: le cose da fare

- E. Punti di criticità nel sistema penitenziario adulti e intervento terapeutico nelle carceri

- F. L’ospedale psichiatrico giudiziario: rinforzare per superare

- G. L’handicap

Persone escluse e a rischio di esclusione: necessità di una svolta nelle politiche sociali dei paesi "ricchi"

Premessa

Resta inteso che un vero investimento sul welfare non può prescindere da tutto il sistema degli ammortizzatori sociali e, più in generale, dalla ferma convinzione per cui un problema gravissimo dell'Italia di oggi è quello di un allargamento progressivo delle situazioni di lavoro precario e del numero delle persone che vivono un rischio reale di povertà e di esclusione sociale. Quello che è necessario pensare, però, è che politiche volte a prevenire le nuove situazioni di esclusione non esimono dalla necessità d'intervenire a favore di quelle che già si sono determinate. Sapendo che l'esclusione sociale ha, nel tempo, un costo più alto (basti pensare al costo diretto e indiretto della sicurezza) di quello che sarebbe necessario per prevenirla o per curarla: un fatto di cui, riteniamo, non c'è chiara coscienza in una visione della politica affidata sempre di più, a volte, anche a sinistra, alla sola responsabilità degli economisti.

1. Entità della spesa sociale

Il primo punto da chiarire, in questa direzione, è quello che riguarda gli orientamenti che dovrebbero ispirare uno Stato moderno nel momento in cui svolge la sua funzione fondamentale di redistribuzione del reddito e delle opportunità. Il mondo degli esclusi e delle persone a rischio di esclusione, infatti, è un mondo cui i governi occidentali (e quello italiano di destra in modo particolare) destinano oggi una quantità di risorse strutturalmente inferiore a quella di cui ci sarebbe bisogno. Teorizzare, come qualcuno ha fatto, la necessità di un contenimento della spesa sociale facendo di tale contenimento il cardine di riforme strutturali che salverebbero l'economia del paese e che consentirebbero di farci rientrare nei parametri di Maastricht ha contribuito a determinare in questi ultimi anni restringimenti progressivi della spesa a favore delle persone in maggiore difficoltà. La pura e semplice difesa del Welfare costruito nel corso dell'ultimo dopoguerra non può e non deve essere tuttavia l'obiettivo fondamentale di uno schieramento di centro-sinistra nel momento in cui riuscirà a riprendere responsabilità di governo. Un Ospedale Psichiatrico Giudiziario in cui il rapporto fra curanti e utenti è inferiore a 1/ 20, un servizio territoriale per tossicodipendenti in cui una équipe di otto persone distribuisce sostitutivi a 800 utenti, bambini abusati sessualmente per cui non c'è possibilità di intervento terapeutico reale, pazienti psicotici rinchiusi in casa per venti o trenta anni, in assenza di strutture intermedie in grado di accoglierli, carceri sovraffollate e prive di personale in grado di dare un reale significato terapeutico o

riabilitativo alla pena che in esso si sconta sono o dovrebbero essere scandali da sbattere in prima pagina se noi vivessimo davvero in un paese civile. Quello che si deve immaginare, dunque, è una capacità di spendere di più per favorire nell'immediato quei fenomeni di inclusione sociale su cui si fonda la costruzione, negli anni a venire, di una società più giusta e più solidale.

2. Diritto alle cure e non assistenza basata su atteggiamenti caritativi

Il punto di forza teorico su cui questo tipo di svolta deve essere appoggiato è di ordine culturale. Parlando dell'idea per cui il diritto alla cura è un diritto universale a prescindere dalle condizioni personali, familiari, economiche, di classe, di razza, quello che va affermato con chiarezza è che gli esclusi e le persone a rischio di esclusione sono persone che crescono e/o vivono in condizioni di disagio particolare, di origine interpersonale e/o sociale, e che contribuiscono da un certo momento in poi, sulla base di loro reazioni più o meno apertamente patologiche, alla costruzione e al mantenimento della loro difficoltà. Carceri e servizi per tossicodipendenti, luoghi di cura psichiatrici e strutture per minori sono tutti, oggi, luoghi in cui la possibilità teorica di aiutare si realizza solo in un numero limitato di casi per carenze che sono insieme di ordine economico e culturale. Quella che vistosamente manca in tutti questi luoghi è, infatti, una cultura del diritto alle cure da parte delle persone che ad essi si rivolgono o che in essi vengono costretti: un diritto alle cure che può essere soddisfatto solo se quantità e qualità delle risposte si dimostrano effettivamente all'altezza della qualità e della quantità dei loro bisogni. Tenendo conto del fatto, però, per cui diritto alle cure significa in tutti questi casi, se vogliamo essere all'altezza di quelle che sono le conoscenze scientifiche moderne, diritto ad interventi fortemente individualizzati, a livello psicoterapeutico, capaci di limitare il danno da una parte, di attivare risorse personali e interpersonali dall'altra. Credendo fino in fondo nella possibilità e nella necessità di un lavoro centrato sul tentativo di ridare ad ognuno il senso e la dignità del suo essere persona.

3. Dei progetti concreti di riforme

Perché questo tipo di discorso si realizzi davvero però quello che è necessario immaginare è un insieme articolato di progetti di riforma. Ponendo mano, con appositi interventi legislativi, al potenziamento ed alla migliore organizzazione dei servizi pubblici che si occupano di minori, di pazienti psichiatrici e di persone con problemi di dipendenza e delle strutture intermedie necessarie per realizzare al meglio le loro finalità. Lavorando ad una riforma del diritto di famiglia capace di centrare sui diritti del minore le disposizioni legislative in tema di affidamento e adozione e di dare priorità alla tutela reale delle vittime oltre che alla condanna dei colpevoli nelle situazioni in cui si verificano casi di maltrattamento o abuso all'infanzia. Lavorando ad una redistribuzione territoriale

e ad una riorganizzazione comunitaria degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari e alla costituzione di un servizio psicologico forte in tutte le strutture carcerarie. Riconoscendo e garantendo in tutte queste sedi il diritto alla psicoterapia per coloro che la richiedono e possono trarne vantaggio. Ma opponendo, soprattutto, al disegno repressivo e strumentale della destra, un ampio, concreto progetto riformatore.

4. Verso quale forma di privato non profit

Attualmente gran parte dell'associazionismo che si occupa di servizi alla persona (socio sanitari e culturali) appartiene indifferentemente al volontariato o al sistema cooperativistico. A meno che non si ipotizzi che interventi sulla persona complessi (psicoterapia e interventi educativi professionali, in particolare) indifferentemente portati avanti da semplici volontari o da professionisti diano lo stesso risultato (si sa che non è così), la fotografia attuale del nostro sistema ci fa ben comprendere come e perché molta politica moderna considera una risorsa il terzo settore nella misura in cui è portatore di costi minori (disinteressandosi della qualità dell'intervento) e non, al contrario, come vero e proprio volano di sviluppo anche economico e di redistribuzione di ricchezza. Il terzo settore (tanto ammirato e pubblicizzato) ha l'assoluta necessità, invece, di valorizzare il proprio potenziale di impresa sociale che unisce alla produzione di reddito anche la promozione culturale e sociale di settori vasti della cosiddetta società civile. Tali aspetti vanno, però, riconosciuti anche normativamente ed economicamente perché altrimenti si penalizzeranno sempre più le organizzazioni professionali a favore di quelle su base esclusivamente volontaristica e non professionale.

Va inoltre aggiunto che solo riconoscendo piena dignità professionale al no profit si riuscirà ad arginare, in parte, la lenta erosione di tutto ciò che è pubblico. Erosione che non parte da una valutazione di qualità degli interventi ma esclusivamente dalle analisi costi/benefici declinate sul contenimento della sofferenza (quindi più carceri, più farmaci, più espulsioni) invece che sugli aspetti terapeutici.

Ne consegue non solo la necessità di una revisione normativa delle leggi che ne regolano l'esistenza e la vita ma anche di un rilancio politico che ponga al centro della attenzione il no profit quale modello su cui, parzialmente, costruire modelli di sviluppo socioculturale e economico. Tenendo conto in particolare dell'attacco durissimo cui l'intero settore è stato sottoposto in quattro anni di governo della destra che ha minacciato pesantemente la sua stessa sopravvivenza economica. Ma tenendo conto anche del fatto per cui questo resta, potenzialmente, un settore in grande crescita, forte, capace di intercettare una quantità che potrebbe diventare nel tempo significativa di quella che è la disoccupazione giovanile professionalizzata di oggi.

5. Pubblico e privato

Il sistema socio sanitario, considerato nel suo complesso, è naturalmente un sistema misto. Il privato vende al servizio beni (dal farmaco al macchinario) e servizi (attraverso apposite convenzioni). Il problema più serio nel rapporto con il privato è, da questo punto di vista, la congruità dei costi e la qualità dei beni e dei servizi che vengono comunque acquistati. Un esempio particolarmente significativo può essere da questo punto di vista , quello relativo alle spese farmaceutiche contenibili sia sulla base di una valutazione più attenta delle specialità ammesse al pagamento da parte del SSN sia sulla base di convenzioni capaci di far godere regolarmente al pubblico (Regioni ed Asl) gli sconti populisticamente annunciati oggi per il privato dal ministro Storace.

Osservato dal punto di vista degli interventi a favore delle fasce deboli, il problema più importante appare oggi quello relativo alla necessità di utilizzare in modo più ampio e meglio coordinato le prestazioni professionali ed i servizi che possono essere offerti dal privato sociale. Questo insieme di strutture ha accumulato negli anni competenze di alto e di altissimo livello proprio nel campo dell'emarginazione ed è in grado di offrire al "pubblico" (sistema sanitario e comuni, nelle aree di rispettiva competenza) prestazioni sicuramente competitive dal punto di vista dei costi e della qualità. Assicurando all'utente, fra l'altro quella libertà di scelta del curante e del sistema di cura sancite dalla Costituzione e indispensabile per lo sviluppo di trattamenti davvero utili quando quelle che sono in primo piano sono le difficoltà della persona.

Regioni, Asl e Comuni dovrebbero, su questa strada, insistere sul concetto di "accreditamento" dei servizi e delle prestazioni mantenendo un controllo discreto ma efficace sull'accesso ai professionisti e ai servizi convenzionati. La stipula delle convenzioni dovrebbe basarsi su modelli definiti a livello di intesa fra Stato e Regioni (come già oggi accade nel settore, per esempio, della tossicodipendenza) in tutti i settori ed in tutte le attività del sociosanitario. Per assicurare la parità delle condizioni relative all'accreditamento, tuttavia, è necessario immaginare che esso sia affidato ad una struttura o ad un ente pubblico terzo, come le Prefetture, rispetto al pubblico ed al privato attuale.

L'obiettivo comune dovrebbe restare quello di un pubblico che orienta e guida, pianificandola sulla base delle esigenze reali dei cittadini, l'utilizzazione armoniosa di tutte le risorse esistenti: mettendo sullo stesso piano in termini di standards di qualità e di costi i servizi gestiti in modo diretto e quelli convenzionati ed esercitando un controllo attento e continuo sul loro funzionamento.

6. Aumento del disagio e risposte da destra: un disegno da rifiutare e da respingere

L'attacco alle politiche sociali attuate in questi anni dal governo di destra ha determinato un aumento evidente del rischio di emarginazione. Crescono il disagio giovanile, la sofferenza psichica

e psicologica, le dipendenze, il ricorso all'usura, la precarietà dell'occupazione e dei progetti di vita. La ricetta che viene da destra di fronte a questa crescita progressiva delle tensioni sociali è quella legata al tentativo di trasformarli in segnali di allarme per la tranquillità di quelli il cui potere d'acquisto resta forte. E' sulla base di questo inganno che il governo di destra ha deciso di centrare la sua agenda politica sulla sicurezza: approvando leggi repressive nei confronti degli immigrati e immaginandone di ancora peggiori nei confronti dei giovani con problemi di droga o con problemi psichiatrici; spingendo oltre ogni limite la durezza a volte disumana (il carcere di massima sicurezza) delle istituzioni carcerarie e disprezzando i timidi tentativi di cura e di riabilitazione dei minori con problemi penali. Diffondendo paura, insomma, evocando reazioni d'ordine e di odio nei confronti di chi si trova in una condizione di debolezza ed evitando di affrontare il problema per quello che è: distinguendo sempre di più i poveri buoni (che accettano la carità) da quelli cattivi (che parlano di diritti) e proponendo leggi basate sull'idea di un pericolo da cui ci si deve difendere invece che su quelle su cui si dovrebbe andare della solidarietà terapeutica.

7. La politica e gli stati generali

Il terzo settore, oggi, può rappresentare per la politica un osservatorio privilegiato. La presenza diffusa nei quartieri (soprattutto periferici) e l'attenzione naturale alle pulsioni sociali ne fanno un interlocutore privilegiato nella costruzione di risposte e politiche concrete e reali: ipotizzando, in alternativa a quello indicato dalle proposte di legge repressive che vengono da destra un percorso di ricostruzione di tessuti sociali e di istanze solidaristiche che nascano dal basso.

Perché si possa attivare questo circolo virtuoso, tuttavia, è necessario che i rappresentanti politici del centro sinistra si pongano in una situazione di ascolto prima di tornare a prendersi la responsabilità di fare sintesi proponendo il disegno di una società che non sia appiattita solo sull'economia ma che sottoponga l'economia e gli investimenti alle priorità della politica.

E' necessario organizzare a tal fine una qualche forma di "Stati Generali del Welfare" in cui per due o tre giorni, in assemblea plenaria, lo stato maggiore della sinistra (generali e colonnelli) ascoltino gli operatori. Si può ipotizzare che le grandi reti e federazioni di ogni area tematica (anziani, disabili, minori, carcere, ecc) indichino, area per area, ciò che c'è da fare, da conservare, da rimuovere, da costruire. E che lo facciano ipotizzando anche il costo immediato delle riforme, affinché la politica, all'interno di un programma quinquennale, possa fare, con tutta la necessaria chiarezza, le proprie scelte.

A. Tutela dei minori a rischio e vittime di violenza

Le politiche in tema di minori e del welfare hanno subito nel corso degli ultimi anni un abbandono sul piano della prosecuzione delle conquiste sociali finora raggiunte sia in termini di tutela dei diritti delle fasce deboli sia di maggiore raccordo tra quelli che sono gli istituti del settore pubblico e del privato sociale.

Anche le realtà associative e cooperative, nate dalla emanazione della legge 285, si trovano in difficoltà nel proseguire l'importante lavoro finora effettuato. Nella presentazione del nuovo DPEF per l'anno 2006, l'attuale governo prevede un taglio della spesa sociale pari al 50% circa. Tale ulteriore e drastica riduzione avrà, senza dubbio, spaventosi effetti sulla continuità delle poche iniziative ancora in corso.

I minori si confermano ancora una volta una minoranza debole per tutta una serie di fattori che cercheremo di proporre come nodi critici e per i quali tenderemo di fornire alcune proposte.

I finanziamenti a breve termine delle leggi che tutelano i minori, l'inadeguatezza dell'attuale sistema giudiziario, la scarsa professionalità e formazione degli operatori, la maggior tendenza ad assistere il minore e la sua famiglia piuttosto che a curarlo e a favorirne l'integrazione psicosociale, sembrano questi alcuni dei temi principali su cui è necessario riflettere. Una seria riflessione si impone, inoltre, a tutti i politici che si vogliono occupare del welfare rispetto alla scissione tra pubblico e privato sociale e sull'importanza di creare sempre più connessioni tra queste due realtà per il proseguimento di un'azione efficace e continuativa in ambito di tutela dei diritti dei minori.

1. Servizi per minori

L'azione di governo nel corso delle prossime due legislature dovrebbe dare chiara priorità ad un adeguamento e ad un rafforzamento dei servizi sociali rivolti ai minori.

Gli standards minimi di tali servizi dovrebbero poter assicurare:

- a) il funzionamento in tutti i comuni del servizio sociale; per i comuni piccoli potrebbe essere utile favorire l'associazione fra più comuni garantendo il rispetto del livello minimo di 1 assistente sociale ogni 10.000 abitanti
- b) l'integrazione, normata con chiarezza, dei servizi sociali con i servizi sanitari specialistici.

E' necessario garantire ad ogni minore ed alla sua famiglia la possibilità di avere degli specialisti che intervengano prontamente per offrire sostegno e cura.

Questo significa ridiscutere tutto il sistema d'integrazione fra servizi sociali e sanitari realizzando finalmente quanto previsto dalla legge 833/78¹.

Uno dei punti qualificanti dovrebbe essere quello della realizzazione di una rete di **centri per la famiglia**, in cui offrire ai minori i servizi specialistici necessari. Tale rete di centri dovrebbe avere una distribuzione territoriale in grado di garantire attività di prevenzione e cura ed dovrebbero essere inseriti in un contesto di attività educative e di promozione culturale secondo un'ottica di prevenzione delle difficoltà intrafamiliari. La distribuzione territoriale dovrebbe essere in grado di soddisfare un rapporto di 1 centro ogni 100.000 abitanti.

Concretamente, il raggiungimento di questo obiettivo richiede:

- **un intervento legislativo, eventualmente articolata su due o più leggi "finanziarie" annuali che preveda l'erogazione di fondi ad hoc per i Comuni e le associazioni dei Comuni; questi fondi devono essere finalizzati allo sviluppo di questi servizi, considerati come irrinunciabili o "di base"; la loro mancata utilizzazione potrebbe prevedere l'intervento vicario delle Province o delle Regioni.**

¹ Su questo punto sarebbe importante approfondire l'esperienza che sta realizzando la Regione Toscana con le **Società della Salute**

2. Istituzione di un garante nazionale per l'infanzia e l'adolescenza

In Italia non è ancora attiva un'istituzione nazionale indipendente a tutela dell'infanzia e dei suoi diritti nonostante la sua creazione sia stata sollecitata dal Comitato Onu.

Si tratta di costruire una struttura in grado di accogliere e farsi carico, con la dovuta sensibilità, delle denunce di violazione dei diritti dei bambini e capace di integrarsi, attraverso un adeguato raccordo, con l'operato delle istituzioni già esistenti a livello regionale. Va inoltre segnalata la scarsa priorità assegnata alla proposta di legge di istituzione del Garante nazionale attualmente giacente in Senato sotto forma di testo unico.

Sarebbe opportuno articolare una proposta di un progetto di legge che preveda in particolare:

- **l'indipendenza e autonomia della figura del garante nazionale dal potere centrale;**
- **la funzione di supervisione e coordinazione di tutte le figure come difensori, garanti o tutori per l'infanzia o di uffici/commissioni/strutture analoghe di promozione e controllo dei diritti dell'infanzia sia a livello provinciale che regionale;**
- **la raccolta di dati sui minori e sui loro contesti significativi attraverso l'adozione di univoci criteri di raccolta e elaborazioni delle informazioni per quello che riguarda in particolare i minori vittime di maltrattamento, di abuso o di sfruttamento**

3. La riforma del sistema giudiziario minorile

L'Italia, pur avendo dato estrema importanza al riconoscimento al principio dell'interesse superiore del minore, presenta un sistema di giustizia minorile obsoleto e non ancora conforme ai principi delle convenzioni europee ed internazionali in tema di diritti dell'infanzia e dell'adolescenza. I Tribunali per i Minorenni esistenti in Italia sono in numero esiguo rispetto ai bisogni dei minori e presentano, inoltre, disfunzioni e carenze di specializzazione.

Dopo la bocciatura alla Camera del progetto di riforma della giustizia minorile proposta dal Ministro Castelli che prevedeva un superamento del Tribunale per i Minorenni e una drastica riduzione del personale tecnico specializzato, la discussione in Senato delle recenti proposte di riforma è ancora molto lontana dall'avere inizio.

Concretamente si tratta di lavorare ad una riforma organica dell'attuale sistema giudiziario minorile che preveda:

- **l'aumento della specializzazione tecnico-scientifica degli operatori giuridici e sociali;**
- **un adeguamento delle strutture e delle procedure tali da permettere, nei procedimenti che lo riguardano, il rispetto dei tempi propri di un minore;**
- **l'adozione di una normativa organica che disciplini le ipotesi di intervento e di ascolto del minore nei procedimenti giudiziari ed amministrativi che lo riguardano con particolare riferimento alla fase dell'incidente probatorio e del processo penale.**

4. La crescita dei minori economicamente svantaggiati

Parallelamente alla crescita del costo della vita e del ridotto potere d'acquisto delle famiglie con basso reddito sembra necessario promuovere scelte legislative e di spesa sociale a sostegno dei minori figli di genitori disoccupati o con un reddito minimo ad accedere ai servizi e alle agenzie educative necessarie per il loro completo sviluppo psico-socio-culturale.

In particolare si tratta di:

- **promuovere scelte legislative e di spesa sociale a sostegno dei minori e delle loro famiglie con particolare attenzione alle nuove povertà studiando l'effetto e l'impatto delle politiche di prelievo fiscale delle famiglie a basso reddito;**

- **istituire un meccanismo fiscale per detrazione che aumenti la soglia del reddito minimo disponibile.**

5. I minori stranieri

Numerosi paesi occidentali hanno realizzato nei confronti dei minori stranieri una serie di procedure di riconoscimento e di attribuzione della cittadinanza molto più agevoli rispetto a quelle italiane. Ad esempio negli Stati Uniti, un minore straniero che vi nasce acquisisce automaticamente la cittadinanza mentre in Italia deve viverci fino al 18° anno di età per poter successivamente ottenere la cittadinanza e godere di maggiori diritti.

Il non riconoscimento giuridico collude con una situazione di emarginazione e di povertà che porta i minori stranieri, in particolare i rom, ad essere esposti a situazioni di alto rischio psicosociale.

E' necessario dunque:

- **mettere in atto politiche che favoriscano l'emersione dei minori dalla loro condizione irregolare consentendo la loro partecipazione a progetti di integrazione;**
- **modificare profondamente l'attuato stato di godimento dei diritti dei minori stranieri in un'ottica di maggiore accesso alla fruizione dei servizi in Italia modificando le norme relative al diritto alla cittadinanza per i minori che nascono in Italia dai genitori che vivono in Italia con regolare permesso di soggiorno o che a tali genitori si congiungono.**
- **il contrasto allo sfruttamento e la prevenzione della devianza minorile con particolare attenzione ai minori clandestini. Tale fenomeno può essere prevenuto attraverso l'adozione di accordi bilaterali tra i paesi come quello adottato dal Governo Prodi con l'Albania.**
- **il miglioramento delle condizioni di accoglienza ed infine l'adozione di misure per favorire il reinserimento sociale per i minori sottoposti a procedimento penale. Particolare attenzione va prestata ai minori rom che rappresentano la fascia dei minori maggiormente a rischio come vittime e autori di violenza;**
- **facilitare i ricongiungimenti laddove un nucleo familiare vive stabilmente in Italia.**

6. I bambini vittime di violenza

La violenza nei confronti dei minori è notevolmente aumentata, ed in particolare verso i minori di età sempre più bassa.

La violenza va prevenuta su numerosi fronti a partire da quello più lontano come per esempio il turismo sessuale, sui mezzi di comunicazione con particolare riferimento ad internet, la tratta e vendita dei minori fino a quello più vicini come l'abuso e lo sfruttamento sessuale.

Le leggi finora emanate sono state molto importanti sul piano piuttosto che sul piano dell'integrazione e della cura.

Si tratta pertanto di:

- **attuare una maggiore cooperazione tra gli Stati, in particolare attraverso Interpol ed Europol, che operano nell'identificare chi promuove il turismo sessuale con i minori, la pornografia infantile e l'abuso dei bambini attraverso internet mettendo in opera, fra l'altro misure utili ad identificare le vittime della pedopornografia.**

Per ciò che concerne lo specifico dell'abuso sessuale, sembra necessario predisporre:

- **attraverso il Garante un sistema nazionale di raccolta di dati che attualmente si presentano come disaggregati (luogo, età, etnia, sesso) continuativo ed uniforme sulle principali forme di violenza all'infanzia;**
- **(sempre attraverso il Garante) l'adozione di linee guida, concordate a livello nazionale con la necessaria collaborazione delle regioni per la rilevazione, valutazione,**

protezione e cura dei minori vittime di violenza, per garantire un livello minimo comune di servizi e di interventi;

- **lo stanziamento di maggiori risorse umane e finanziarie per la realizzazione di interventi psicoterapeutici volti alla cura dei minori vittime di abuso, alla valutazione delle capacità genitoriali e laddove possibile al trattamento dei genitori maltrattanti ed abusanti: la psicoterapia va intesa infatti come un diritto fondamentale all'interno di una politica di sostegno per i minori vittime di maltrattamenti e di abusi;**
- **la promozione di adeguati trattamenti, nel carcere o in altre strutture ad hoc per la popolazione oggi in crescita continua dei "sexual offenders" visto l'alto numero di recidive e l'assenza di una presa in carico curativa e non solo correttiva.**

SENATO DELLA REPUBBLICA

—— XIII LEGISLATURA ——

N. 4652

DISEGNO DI LEGGE

d’iniziativa dei senatori DE LUCA Athos, CARELLA, SALVATO, MUNGARI, BRUNO GANERI, LAURIA Baldassare, RIPAMONTI, MARITATI, VERALDI, PETTINATO, VALLETTA, DE MARTINO Guido, LUBRANO DI RICCO, RUSSO SPENA, CO’, CRIPPA, DENTAMARO, DIANA Lorenzo, LEONE e OSSICINI

COMUNICATO ALLA PRESIDENZA L’8 GIUGNO 2000

——
Norme per l’accesso alla psicoterapia
——

ONOREVOLI SENATORI. – La ricerca sull'efficacia delle psicoterapie comincia ormai a dare risultati di grande interesse aprendo nuovi scenari dal punto di vista delle scelte di politica sanitaria. Gli studi internazionali, svolti negli Stati Uniti e dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, stanno dimostrando, in particolare nel campo delle psicosi, dei disturbi della personalità e delle sindromi depressive, che il fattore di prevenzione più importante è quello del sostegno terapeutico alle famiglie, il quale, integrato con l'utilizzo delle strutture intermedie di tipo comunitario e con un accorto impiego di farmaci neurolettici, contribuisce ad evitare nuove ospedalizzazioni e ricadute dei pazienti. Se a breve termine i risultati dell'intervento farmacologico sono analoghi a quelli della psicoterapia nel lungo periodo, i vantaggi legati all'uso della psicoterapia nella prevenzione sono ammessi senza esitazioni da clinici e ricercatori.

Le stesse valutazioni sono fatte nel trattamento delle nevrosi soprattutto quelle all'origine di tossicodipendenze, dove la psicoterapia si rivela quattro volte più efficace di qualsiasi farmaco. Un valore preventivo straordinario viene riconosciuto soprattutto a proposito dei disturbi del bambino e delle difficoltà dell'adolescente se l'intervento è messo in atto per tempo ed insieme alle famiglie. Chiarito che la psicoterapia è necessaria, da sola o in accordo con altre forme di intervento, dobbiamo porci con forza il quesito sulla situazione dei servizi. Dobbiamo ragionare seriamente sulla reale possibilità di accedere alla psicoterapia; se da un lato, infatti, si riconosce la necessità di una rete integrata di servizi sul territorio, l'esperienza dimostra che, a parte alcune lodevoli esperienze, la maggior parte delle strutture pubbliche non offre psicoterapia ai soggetti che ne hanno bisogno. Mentre invece nelle strutture private, con l'esclusione di quelle convenzionate, la possibilità di essere rimborsati per le spese sostenute usufruendo della professionalità di uno psicoterapeuta, è offerta solo a parlamentari, giornalisti, dirigenti d'azienda e loro familiari. Si crea così un paradosso secondo il quale la psicoterapia si crede efficace solo per coloro che hanno la possibilità di pagarsela, mentre ad essa non si crede più nel momento in cui bisogna estenderne a tutti i benefici. Con il presente legge si vuole estendere alle prestazioni offerte dagli psicoterapeuti il sistema di partecipazione al costo, garantito dal Servizio sanitario nazionale, istituendo un sistema di accreditamento dei professionisti con specializzazione in psicoterapia, ai quali le istituzioni che non possono garantire sul territorio adeguata assistenza invieranno i soggetti bisognosi di diagnosi e cura. Le regioni e gli organismi invianti avranno poi il compito di monitorare e verificare l'efficacia e la qualità del servizio erogato, mentre gli onorari saranno rimborsati in ragione del livello tariffario minimo stabilito dagli ordini professionali. I costi del sistema, coperti dal Fondo sanitario nazionale, sono facilmente recuperabili col parallelo risparmio in termini di calo di spesa farmaceutica e di interventi di ospedalizzazione. Il farmaco infatti tende a cronicizzare il paziente e ad essere più costoso, nel tempo, di ogni terapia preventiva. Nei *Länder* tedeschi il cittadino trova un elenco di psicoterapeuti accreditati dal Servizio pubblico sanitario, ai quali lo stesso Servizio invia i pazienti, sobbarcandosi la parte di costo che il cittadino non può sostenere. Il medesimo meccanismo, facendo leva sul sistema di partecipazione al costo legato al reddito, definito dal decreto legislativo 29 aprile 1998, n. 124, è assunto dal presente disegno di legge, come già accade, peraltro, nel caso dei ricoveri in clinica, in comunità o per le prestazioni di laboratorio. In tal modo, esaltando il valore della prevenzione e riducendo la dipendenza dal farmaco e la pressione sul sistema sanitario pubblico, si valorizzano le competenze professionali, senza dover ricorrere all'assunzione di nuovo personale, e si afferma chiaramente anche nella prassi quotidiana, il diritto di tutti ad accedere a terapie riconosciute efficaci.

DISEGNO DI LEGGE

Art. 1.

1. Il Servizio sanitario nazionale assicura il più ampio accesso dei cittadini alla prevenzione e alla cura nel campo della tutela della salute mentale e della psicoterapia, offrendo una rete integrata di servizi sul territorio a sostegno delle persone che soffrono di psicopatologie e di disturbi psicologici e situazionali, e delle loro famiglie.

Art. 2.

1. Ai fini di cui all'articolo 1, i Dipartimenti di salute mentale, i Servizi per le tossicodipendenze (Sert), ed i Servizi materni infantili in forma di ambulatori, centri, reparti o strutture residenziali, comunque operanti nel settore quali presidi delle aziende sanitarie locali, possono inviare le persone sofferenti di uno stato di disagio psicologico e situazionale ovvero i soggetti che presentano una sintomatologia acuta o psicopatologie gravi, quando non abbiano la possibilità di assisterle direttamente, anche presso strutture private e professionisti accreditati ai sensi dell'articolo 8-*quater* del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, per le seguenti prestazioni:

- a) accoglienza e valutazione dello stato psicologico del paziente e ove necessario, della famiglia;
- b) diagnosi e cura delle psicopatologie e dei disturbi psicologici e situazionali, assicurando, ove necessario, il coordinamento con gli altri specialisti e con le strutture sanitarie territoriali;
- c) consulenza psicologica.

2. Possono accedere all'accreditamento i professionisti in possesso dei seguenti requisiti:

- a) laurea in psicologia o medicina e chirurgia con specializzazione in psicologia clinica, psichiatria o psicoterapia;
- b) iscrizione all'apposita sezione degli psicoterapeuti presso gli albi professionali degli psicologi e dei medici chirurghi;
- c) esperienza professionale di almeno dieci anni nel campo della psicoterapia;
- d) assenza di rapporti di lavoro con le strutture del Servizio sanitario nazionale o con strutture private accreditate.

Art. 3.

1. Le prestazioni di assistenza psicoterapeutica presso i professionisti accreditati rientrano nel sistema di partecipazione al costo di cui all'articolo 2, comma 1, lettera b), del decreto legislativo 29 aprile 1998, n. 124.
2. La remunerazione ed il rimborso dei professionisti di cui all'articolo 2, comma 2, è definita dalle regioni e dalle province autonome, sentiti gli ordini professionali, nell'ambito della procedura di cui agli articoli 8-*quinquies* e 8-*sexies* del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, comunque in misura non superiore al minimo delle tariffe indicate dagli ordini professionali.
3. Le regioni ed presidi di sanità pubblica che inviano i pazienti presso le strutture private ed i professionisti accreditati, attivano un sistema di monitoraggio e controllo sulla qualità delle prestazioni di assistenza psicoterapeutica offerta ai pazienti dagli stessi professionisti accreditati, assicurando nel contempo la valutazione e la supervisione dei programmi terapeutici ed il coordinamento con le strutture territoriali del Servizio sanitario nazionale.

B. Innovazioni in tema di adozioni e di affido

Le norme vigenti in tema di adozione e affido propongono problemi seri in ordine alla loro reale praticabilità ed efficacia. Lungo e gravido d'incognite il percorso delle adozioni arriva troppo spesso dopo che il danno a carico del minore si è consolidato dando luogo a ferite permanenti. La pratica più comune delle adozioni cosiddette a rischio è un indice serio di una difficoltà da correggere al più presto. Applicato in modo sostitutivo a quello delle adozioni difficili o impossibili, l'affido diventa troppo spesso difficile da gestire e da portare avanti nell'interesse prioritario del minore.

Affido

Quello che sembra più importante in tema di affido è dare piena attuazione a quanto previsto dalla legge 149/2001 integrandolo con norme e finanziamenti ad hoc.

Come si ricorderà, lo scopo fondamentale di quella legge è quello di ricorrere all'istituzionalizzazione solo nei casi in cui non sia concretamente possibile un affido familiare. Per fare questo, tuttavia, appare necessario:

- 1. una campagna nazionale di sensibilizzazione al tema dell'affido, comprensiva di una utilizzazione ampia e concordata dei principali mass media nazionali e locali;**
- 2. l'impegno delle Province e dei Comuni metropolitani sulla costruzione e sulla utilizzazione di appositi Albi delle famiglie affidatarie e adottive, alla valutazione ed alla formazione delle famiglie che a tali albi si iscrivono oltre che al sostegno delle stesse famiglie nel momento in cui svolgono le loro funzioni;**
- 3. mantenere fermo, con la supervisione e l'aiuto del Garante, il termine del 31 dicembre 2006 per la chiusura di tutti gli istituti e impegnare le regioni affinché alla scadenza di tale termine non vi siano più minori in queste strutture;**
- 4. procedere ad una verifica di tutte le case famiglie e comunità familiari attive rendendo vincolante la verifica e l' accreditamento delle stesse; sempre più le strutture comunitarie debbono rispondere infatti alle attuali esigenze dei minori per i quali si è costretti a procedere ad un allontanamento dal proprio ambiente familiare e non è possibile ricorrere all'affido familiare: sapendo che si tratta di minori con un forte disagio psicologico, spesso associato a disturbi della personalità, per i quali l'unica risposta è quella comunitaria e che richiedono la costituzione, nel territorio, di strutture specializzate, a valenza terapeutica, anche attraverso la riconversione di quelle esistenti;**

5. promuovere e favorire con adeguati incentivi (sostegno abitativo, prestito d'onore, etc) esperienze di semiautonomia per i giovani maggiorenni per i quali non è possibile il rientro nella famiglia biologica o l'affidamento ad altra.

Ciò significa fornire agli affidatari dei servizi specializzati in grado di affiancare la famiglia nel percorso d'affido, con la presenza di figure educative e specialistiche.

In termini economici si tratta di trasferire le risorse attualmente impegnate nel pagamento delle rette per gli istituti verso la realizzazione di servizi di sostegno alle famiglie affidatarie e alle case famiglie accreditate che non devono essere lasciate "sole" di fronte ai problemi educativi quotidiani di un minore comunque in difficoltà.

Adozione

Per quanto riguarda questo specifico tema è doveroso un richiamo alla necessità di avere sempre più coppie *responsabilmente* preparate all'adozione di un minore in stato d'abbandono, sia italiano che straniero. La risposta più corretta al disegno di legge d'iniziativa dell'attuale governo che considera la disponibilità ad adottare alla stregua di una semplice prassi burocratica, deve essere quella di avere sempre più adulti informati e competenti in grado di accogliere un minore con la sua storia e le sue difficoltà.

E' importante rafforzare l'opera di competente informazione alle coppie che decidono d'affrontare il percorso che porta all'adozione. Legata alla attività delle strutture deputate agli Albi Provinciali o Comunali di cui sopra, le valutazioni delle domande devono essere organizzate in modo ben standardizzato e tecnicamente convincente. Tentando di rendere consapevoli gli adulti della concreta realtà dell'infanzia abbandonata e, soprattutto, di favorire chi si rende disponibile ad accogliere minori considerati difficili, vuoi per essere già in età adolescenziale, vuoi per aver vissuto situazioni di violenza intrafamiliare, vuoi per essere affetti da patologie fisiche o psichiche. È importante distinguere fra interventi necessari nel settore dell'adozione nazionale, da quelli indispensabili a favorire l'adozione all'estero.

Per quanto riguarda l'adozione nazionale non si può prescindere dal necessario rafforzamento del sistema di protezione dei minori e che lo stesso che sia in grado di operare in stretta relazione con il sistema giudiziario minorile. Dotare i servizi sociali di base di operatori qualificati significa intervenire tempestivamente e con competenza nelle situazioni in cui è necessario procedere all'allontanamento di un minore da un ambiente familiare pregiudizievole. **A questa fase ne deve seguire una successiva che abbia l'obiettivo di limitare ad un tempo minimo la permanenza**

del minore al di fuori dell'ambiente familiare.² Significa quindi che deve essere formulato un progetto chiaro e puntuale che preveda interventi sui genitori e sul bambino e, soprattutto, definisca il tempo in cui le difficoltà degli adulti debbono essere superate senza che ne derivi un danno grave al minore.

Sappiamo inoltre che è indispensabile una valutazione completa e competente delle competenze genitoriali per procedere, in tempi ragionevolmente brevi e compatibili con le esigenze di sviluppo del minore, alla dichiarazione di stato d'abbandono. **Appare necessario intervenire su alcuni elementi della legge 149/2001. Vanno indicati dei termini perentori per la definizione conclusiva di una procedura per la verifica dello stato d'abbandono di un minore. Tali tempi debbono essere certamente compatibili con l'auspicabile recupero delle capacità genitoriali ma, ancor di più, con le esigenze di sviluppo del minore. Fissare in 8 mesi, dalla data di apertura del procedimento, il termine perché il Tribunale per i Minorenni concluda la prima fase di giudizio sembra essere il minimo che si debba fare. Ciò permetterebbe di ipotizzare un termine massimo di 24 mesi per gli eventuali successivi gradi di giudizio in caso d'opposizione³ alla sentenza del Tribunale.**

Perché ciò non rimanga sulla carta, tuttavia, quello che s'impone un rafforzamento degli organici della magistratura minorile, sia delle Procure che dei Tribunali. Il rafforzamento delle prime favorirebbe una più incisiva presenza di quest'organo nel campo della protezione del minore. Vale quale esempio il fatto che l'aver conferito ai Procuratori la competenza della vigilanza sugli istituti e case - famiglia senza un contemporaneo rafforzamento dell'organico, ha significato una scarsa incisività in tutta la materia dei minori allontanati dalla propria famiglia.

Tale rafforzamento potrebbe passare anche attraverso l'inserimento nella stessa Procura di esperti, con funzioni circoscritte al campo delle competenze civili.

Il rafforzamento degli organici dei Tribunali per i Minorenni è altrettanto importante. E noto che la mole di lavoro dei Tribunali è andata aumentando in maniera considerevole negli ultimi anni, creando in alcuni di questi delle situazioni che vanno ben oltre la semplice difficoltà di funzionamento. Nel caso ad esempio dei contenziosi per l'affidamento di figli nati da persone non sposate: una forma di unione familiare che è oramai radicata nella società italiana e che viene giudicata, paradossalmente, da organismi diversi da quelli che giudicano nel caso delle unioni "legali".

² Potremmo proporre che, in analogia a quanto previsto dall'attuale legge per l'affido extrafamiliare, la permanenza in casa famiglia non possa mai superare i 24 mesi. Forse sono anche troppi!

³ Purtroppo solo il 35/40% delle procedure di stato d'abbandono si concludono senza ricorso il ricorso in Corte d'Appello.

Insieme al rafforzamento degli organici è necessario un maggiore decentramento sul territorio degli organi della Magistratura Minorile. L'attuale suddivisione è anacronistica, alimenta l'inefficienza e rende difficile uno stretto e costante rapporto con gli organi amministrativi di protezione dell'infanzia. Nel rispetto dei diversi ruoli istituzionali, vanno altresì promossi protocolli d'intesa fra amministrazioni pubbliche e Tribunali per i Minorenni al fine di migliorare i rapporti istituzionali.

Attuati immediatamente tali provvedimenti urgenti deve essere affrontato il tema della possibile costituzione di un Tribunale per la Famiglia nel quale unificare le attuali competenze distribuite fra tribunale per i Minorenni, Tribunale Civile e Giudice Tutelare; un tema già discusso, con bozze di riforma arrivate sul tavolo dei ministri della Giustizia Diliberto e Fassino.

Per quanto riguarda il sostegno all'infanzia abbandonata di altri paesi e quindi alle adozioni internazionali, sono necessarie alcune scelte che vadano incontro realmente al dettato delle convenzioni internazionali sulla protezione dell'infanzia e sappiano dare una risposta concreta alla capacità d'accoglienza delle coppie italiane.

E' fondamentale promuovere la cooperazione con i paesi in cui maggiori si manifestano i problemi dell'infanzia. Aiutare questi paesi ad uscire da una situazione di difficoltà è un passo fondamentale per favorire ed incrementare le adozioni di bambini in stato d'abbandono da parte delle coppie italiane. Non si tratta come semplicisticamente si potrebbe pensare di una sorta di "politica di scambio" ma, al contrario si tratta di dimostrare, con atti concreti, di come il nostro sia un paese realmente a fianco dell'infanzia abbandonata nel mondo. In questo quadro d'impegno generale vanno favoriti i rapporti bilaterali con i paesi stranieri. Per fare questo è auspicabile l'istituzione di un Sottosegretariato, nell'ambito del Ministero degli Esteri, al quale sia demandata la responsabilità di tutta l'azione politica in favore dell'infanzia abbandonata nel mondo e nell'ambito del quale svolga i suoi compiti la Commissione per le Adozioni Internazionali. Al modo in cui è necessario procedere, con apposite disposizioni legislative, al riconoscimento immediato della cittadinanza italiana per i minori che perdono la loro nel momento in cui, dopo il necessario periodo di prova, lo Stato da cui provengono dispone di questa decisione.

Infine è necessario procedere ad un maggiore coinvolgimento degli Enti Locali in tutta la tematica dell'adozione Internazionale. Tale coinvolgimento potrebbe realizzarsi promuovendo una stretta collaborazione fra Regioni, Enti locali ed Enti autorizzati all'adozione Internazionale favorendo, altresì, la stipula di convenzioni per lo svolgimento delle pratiche d'adozione. In tal modo parte dei costi attualmente a carico delle singole coppie verrebbero ad essere eliminati. Le Regioni e gli Enti Locali assumerebbero inoltre una funzione di controllo sull'attività ed il regolare funzionamento degli Enti autorizzati, che essendo svolta attualmente a livello centrale, sinora si è rilevata carente.

Per fare ciò è importante che il sistema di autorizzazione a funzionare degli enti preveda un forte radicamento degli stessi nel territorio, con l'obbligo di avere una sede operativa nell'ambito regionale.

C. Alcuni punti critici del sistema psichiatrico italiano post 180

Premessa

Tra gli anni 60 e 70 , l'opera innovativa e rivoluzionaria di Franco Basaglia , mise definitivamente in crisi , il sistema tradizionale dei grandi ospedali .

Venne messo in discussione: e si scoprì , che il grande ospedale psichiatrico , aveva caratteristiche fortemente antiterapeutiche , e che il ricovero prolungato , aveva effetti negativi su molti pazienti.

Emerse l'esigenza di organizzare servizi specifici per specifiche popolazioni d'utenza, in contrasto con la tendenza tradizionale a trattare i malati mentali come un gruppo unico.

Si sono sviluppate col tempo , un'ampia gamma di strutture come , il Centro di salute mentale, il Servizio psichiatrico di diagnosi e cura, il Day hospital, la Comunità alloggio, il Gruppo appartamento , il Centro diurno e le Comunità Terapeutiche.

Tutto questo rischia di essere di nuovo messo in discussione.

In Italia , nel paese che grazie a Basaglia fu preso a riferimento in tutto il mondo, oggi si riducono i budget e si impoveriscono le strutture. Contestualmente si è avviata una controffensiva legislativa , che punta , dimenticando le esigenze specifiche dei pazienti , a riaprire il campo alle speculazioni delle cliniche private.

Da una analisi della situazione attuale , accanto ad una difficoltà complessiva di garantire un modello adeguato , emergono , accanto ad altri , alcuni particolari punti critici:

1. l'incapacità ad effettuare un trattamento a lungo termine dei pazienti gravi (schizofrenici e psicotici) e l'assenza di un aiuto alle famiglie,
2. le difficoltà ad intervenire nelle situazioni d'urgenza,
3. l'inadeguatezza degli SPDC,
4. le pratiche spesso errate , con cui si effettua il Trattamento Sanitario Obbligatorio,
5. Età Evolutiva e la Prevenzione
6. Aggiornamento e Formazione
7. nuove procedure per l'autorizzazione all'uso delle armi ed alla concessione dei benefici di legge da parte di reclusi per crimini contro la persona.

Vediamo come affrontarli.

1. Le comunità terapeutiche e l'aiuto alle famiglie

La Legge 180 aveva già previsto la creazione di un impianto organizzato di strutture alternative all'ospedale psichiatrico (Presidi e Servizi di Cura extraospedalieri).

Il boicottaggio sistematico da parte della psichiatria tradizionale e degli ambienti politici più conservatori , ne ha limitato la realizzazione, determinando col tempo una situazione, sempre più vergognosa, di grave inadempienza del servizio sanitario nazionale.

Pur con una situazione oggi è diversa da regione a regione , e pur riconoscendo l'esistenza di aree meglio organizzate , dobbiamo purtroppo constatare una grave carenza di strutture a livello nazionale , ed una tendenza al diffondersi di fenomeni di “ neomanicomializzazione “ proprio dipendenti dall'arresto del processo riformatore . e dall'assenza di politiche di controllo .

La istituzione dei Servizi Territoriali su quasi tutto il territorio nazionale , non ha risolto il problema creato dagli ospedali psichiatrici pubblici e privati , e dalla nuova utenza , ed ha posto in primo piano , il problema del trattamento dei pazienti psicotici e schizofrenici.

Accanto al Centro di Salute Mentale , la Comunità Terapeutica e tutte le strutture intermedie , sono ritenute , dagli operatori psichiatrici , le strutture più indicate per il trattamento di queste situazioni . Nonostante ciò , non se ne favorisce lo sviluppo .

I servizi territoriali sono presi dalla morsa dei bilanci , molte comunità sono a rischio di chiusura e non riescono a pagare il personale perchè le ASL ritardano nei pagamenti , i finanziamenti specifici per la psichiatria vengono destinati ad altre priorità.

Al contrario crescono a dismisura le case di cura , si imbottiscono i pazienti di farmaci , le Regioni pagano alle cliniche rette di degenza che sono il doppio di quelle delle comunità:

In questo caso risulta evidente il tentativo di passare dalla gestione del privato sociale al privato più speculativo , fondato su una risposta di tipo medico più tradizionale.

Tutto questo pesa drammaticamente sui pazienti e sulle loro famiglie, che si trovano abbandonati a se stessi.

Va dato perciò nuovo impulso al Territorio ed alle Comunità, sia a quelle direttamente gestite dal sistema pubblico che a quelle del privato con finalità sociali, promovendone la nascita laddove non ci sono e garantendone la stabilità e lo sviluppo quando sono già attive curando il loro comune accreditamento e immaginando che esse offrano almeno un posto per ogni 3.000 - 5000 abitanti in tutto il territorio nazionale; consapevoli che queste strutture sono indispensabili ma non definitive , fanno parte della rete dei servizi in cui si opera con piani e progetti individualizzati a termine , che debbono garantire il massimo della integrazione ed appoggiare tutte le forme di inserimento , operando :

- a) per la prevenzione, cura e riabilitazione dei pazienti giovani e alle prime crisi;
- b) nel trattamento prolungato di tutti quei pazienti cronici che sembrano capaci di “funzionare” solo in ambienti protetti;
- c) nel trattamento prolungato dei pazienti schizofrenici;
- d) per i pazienti con frequenti e prolungati episodi psicotici e con i quali si ritiene poter intervenire sia col trattamento farmacologico che con la psicoterapia;
- e) ma anche per le gravi patologie caratteriali e per i soggetti borderline molto autodistruttivi.

Altrettanto indispensabile è sostenere le famiglie dei pazienti ed aiutarle attraverso forme d'intervento psicoterapico da realizzarsi in primo luogo nei servizi territoriali.

E' un dato di letteratura che queste terapie sono particolarmente indicate per il trattamento delle malattie mentali gravi, quali la depressione maggiore, il disturbo bipolare, il disturbo da attacchi di panico e la schizofrenia.

Gli approcci al lavoro terapeutico familiare sono molti e diversi. Alcuni enfatizzano la soluzione del

problema e tendono ad essere più brevi, mirati ed altamente pragmatici, altri invece sono più

esplorativi od orientati verso la storia della famiglia; nella pratica, i terapeuti spesso utilizzano

tecniche diverse.

E' necessario dotare tutti i dipartimenti di salute mentale di servizi accreditati o gestiti direttamente o tramite convenzione destinati alla presa in carico terapeutica delle famiglie e definire gli standard delle prestazioni da fornire.

2. L'intervento nelle situazioni d'urgenza e nei pazienti ad alto carico

Attualmente le condizioni di emergenza psichiatrica vengono svolte tramite il Servizio del “118” con l'ausilio , qualora richiesto dal Servizio stesso, di uno psichiatra reperibile dei Dipartimenti di salute Mentale che , nel corso del suo normale orario di servizio , è chiamato d'urgenza , e lascia il proprio lavoro presso i CSM , per recarsi sul luogo della crisi con il compito, essenzialmente, di proporre il TSO così da autorizzare il Servizio del 118 a “caricare” il paziente sull'ambulanza , o a negare l'autorizzazione, come spesso accade, senza mettere in opera comunque alcun tipo di intervento , lasciando sola la famiglia con il paziente e con i suoi drammi.

Quello che si propone è di formalizzare l'istituzione di équipe territoriali composte da figure non solo mediche e con lo specifico compito di affrontare il particolare e delicato momento dell'urgenza lì dove si verifica e si svolge, soprattutto attraverso l'intervento domiciliare inteso come intervento autonomo nei casi più difficili e come intervento “di ponte” comunque, in tutti i casi, verso i servizi territoriali.

Ciò permetterebbe lo svilupparsi di una continuità e di una consuetudine di lavoro tra il Servizio del 118, i Centri di Salute mentale, le altre agenzie che si occupano di problematiche psichiatriche presenti sul territorio, i pazienti e le loro famiglie.

Consuetudine e contatto che ora non sono sviluppati, rendendo spesso l'emergenza psichiatrica un dramma intimo, vissuto in solitudine da pazienti, famiglie e operatori.

L'obiettivo è quello cioè di rendere possibile l'incontro della emergenza psichiatrica da parte di tutti, trasformandolo da momento difficile e particolare, in momento affrontabile e gestibile e non solo carico di dolore e disperazione.

3. L'inadeguatezza degli SPDC

L'ubicazione presso ospedali, e gli spazi ristretti di cui spesso dispongono, fanno degli SPDC luoghi che fanno star male e non aiutano. Queste strutture vanno trasformate:

- vanno rese più confortevoli,
- vanno dotate del personale necessario,
- devono avere rapporti col territorio.

Rinforzati e riorganizzati, considerando in particolare le esigenze delle grandi città (laddove il numero dei posti letto degli SPDC deve essere programmato tenendo conto anche della popolazione marginale non ufficialmente residente), i Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura possono e debbono dare una risposta alla esigenza di prevedere ed avviare, già durante la crisi, un processo terapeutico virtuoso che limiti i ricoveri coatti ripetuti e le degenze prolungate - oltre i limiti previsti dalle normative in vigore - nelle cliniche psichiatriche.

Il tempo immediatamente successivo al ricovero ospedaliero in acuzie e post-acuzie negli SPDC dovrebbe essere utilizzato quindi anche per organizzare un progetto terapeutico condiviso, che mobiliti ed utilizzi tutte le risorse disponibili per svolgere un lavoro terapeutico centrato sulla costruzione di relazioni significative tra curanti, pazienti e loro famiglie e che si ponga come obiettivo della cura anche la attivazione e riattivazione delle risorse del Territorio e delle Agenzie Sociali.

Alla fase della cura e della riabilitazione, che segue quella del ricovero in SPDC o nelle Cliniche autorizzate, si accede avendo raggiunto un consenso di massima del paziente e dei suoi familiari se esistenti. Questa fase, che può articolarsi con varie modalità (Comunità terapeutiche, riabilitative, centri diurni, case famiglia, gruppi appartamento etc.) può essere lunga, a volte, anche anni, e deve essere finalizzata alla presa di coscienza, alla valutazione e alla valorizzazione delle risorse, alla costruzione o alla ricostruzione di un progetto di vita, al recupero delle capacità di riflessione ed auto osservazione del paziente.

Per fare in modo che si strutturi ed avvii un processo di intervento così articolato e complesso è necessario riorganizzare i Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura con la trasformazione della mission del semplice contenimento - da doversi ottenere in tempi brevi (sette quindici giorni) - a quella della costruzione di relazioni significative e di un clima di fiducia, che preparino la dimissione della persona ricoverata e ancora sofferente, contestualmente all'attivazione di un progetto di cura e riabilitazione in ambito extra-ospedaliero in cui il paziente dovrà essere inserito sotto il monitoraggio del equipe del DSM competente per territorio.

4. Procedure da introdurre in tema di Trattamento Sanitario Obbligatorio

Momento importante e carico di problematiche per molti pazienti e per le loro famiglie è quello del Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO); introdotto e formalizzato nelle sue linee essenziali dalla legge 180 è uno strumento di grande importanza sia giuridico che terapeutico non esente però da grosse lacune sia sul versante della salvaguardia della libertà individuale sia su quello della sua prassi applicativa. Quello che appare necessario dunque è "ripensare" tale strumento, se necessario superando i vincoli della normativa vigente, secondo due direttrici:

A) Rendere più snella e certa la componente amministrativa che lo regola; nel caso specifico assicurando nel più breve tempo possibile sia al paziente che ai curanti una sua convalida legale - ora è il sindaco o un suo delegato che attua tale assunzione di responsabilità spesso con procedure e tempi né certi né immediati - introducendo per ogni realtà territoriale e proporzionalmente al numero dei cittadini in essa presente un'equipe ad hoc con competenze mediche, psicologiche e sociali, con il compito di valutare l'idoneità e la necessità del Trattamento Sanitario obbligatorio proposto dai curanti.

B) Superare i vincoli che impongono lo svolgimento dell'intero periodo di ricovero in regime di TSO necessariamente presso reparti ospedalieri di Diagnosi e cura per pazienti psichiatrici; è evidente infatti che il contesto angusto, fortemente "medicalizzato" di un reparto ospedaliero non è il contesto di cura migliore per le persone e per i loro familiari che vivono uno dei momenti più drammatici e carichi di angoscia della loro esperienza esistenziale; in tal senso appare utile pensare standard assistenziali extra ospedalieri che rendano possibile al contempo la tutela che il TSO in quanto tale impone e la messa in atto di quei comportamenti e quelle condizioni che permettano un approccio terapeuticamente e non custodialisticamente orientato.

A questo fine dovrebbero essere pensate strutture territoriali idonee e capaci di "agganciare" molto rapidamente al momento ospedaliero un "seguito" operativo centrato sulla dimensione psicoterapica, in grado di riconvertire il trattamento coatto in volontà di curarsi in ambienti diversi da quelli del ricovero ospedaliero.

5. Età evolutiva e Prevenzione

Il problema della età evolutiva oggi emerge con drammaticità crescente e nuova consapevolezza .

I Progetti Obiettivo Nazionali hanno indicato le linee di attuazione dei servizi specifici interdipartimentali , ma non sono state ancora individuate le risorse , né elaborate le linee applicative , da parte del Ministero e quindi delle Regioni .

Così come è avvenuto per la Prevenzione , ad esso connessa .

E' evidente quanto questo vuoto attuativo incida sulle pratiche dei servizi , che si trovano ad affrontare sempre più spesso le tematiche del disagio minorile quando " i giochi " sono fatti , e quindi sono costretti ad interventi riparativi inefficaci o repressivi , perché non si è potuti intervenire all'origine del disturbo .

Per tutto quanto sopra appare necessario ed urgente avviare esperienze in tal senso , costruire la rete dei servizi prevista dalla Legge 328 della integrazione socio-sanitaria , utilizzare le risorse ed il lavoro comune , per spostare il fuoco dell'intervento in un ambito di normalità .

6. Aggiornamento e Formazione

Le buone pratiche passano attraverso la crescita di una cultura che non è solo formazione ma anche sperimentazione e conoscenza attraverso le pratiche .

Oggi la formazione è di esclusivo appannaggio Universitario , e , nonostante le figure più rappresentative del Mondo Universitario siano ai vertici della Società Mondiale di Psichiatria , non vi è stata alcuna innovazione e/o salto culturale nei percorsi formativi delle Università .

Tutto quanto in esse si apprende , nel migliore dei casi viene revisionato sul piano della esperienza , quando gli operatori impattano con la pratica del servizio .

Allora vi è urgenza di mettere mano ai percorsi formativi in Psichiatria , dividerne la gestione attraverso forme nuove ed integrate , che vedano i DSM come parte attiva della ricerca e della formazione .

Si produrrà in tal modo quel collegamento che non tutte le Università hanno creato con la cultura antiistituzionale Basagliana , e si vedrà una buona volta quanti sono disposti ad essere protagonisti del cambiamento , ovvero spettatori passivi, che aspettano il fallimento della riforma

7. La necessità di introdurre nuove procedure per l'autorizzazione all'uso delle armi ed alla concessione dei benefici di legge da parte di reclusi per crimini contro la persona

I fatti di sangue che troppo spesso riempiono le cronache dei nostri giornali hanno messo a nudo un nodo problematico che è necessario affrontare: il porto d'armi è concesso sulla base di una semplice procedura amministrativa, senza tenere conto della personalità di chi può impugnare una pistola.

Riteniamo indispensabile che per possedere un'arma ci si debba sottoporre ad una perizia specialistica, preferibilmente di tipo collegiale, con periti che si assumono la responsabilità di valutare se l'organizzazione di personalità del soggetto è compatibile con una richiesta di porto d'armi. La perizia deve essere molto accurata e deve comprendere una valutazione psicopatologica della persona, la somministrazione di test di personalità (e in particolare del Rorschach) e colloqui condotti da psicoterapeuti esperti allargati eventualmente a membri della sua famiglia. La perizia va estesa a tutte quelle figure professionali che per ragioni di servizio detengono un'arma e possono utilizzarla.

La valutazione e le decisioni prese dal Collegio peritale dovrebbero essere vincolanti rispetto l'amministrazione cui il soggetto fa la richiesta e cui compete l'autorizzazione.

Anche la concessione dei benefici di legge (semilibertà) a chi ha commesso reati gravi dovrebbe passare attraverso una procedura analoga, che preveda il parere di un Collegio periziale, espresso sulla base di un esame del crimine commesso e uno studio attento dei sintomi e delle caratteristiche di personalità del detenuto, della sua storia personale e familiare, del trascorso in carcere. Il parere deve servire ai giudici del Tribunale di sorveglianza per assumere la loro decisione.

In tal modo la valutazione psicopatologica sarebbe messa al centro dell'iter autorizzativo e non ritenuta solo come "una delle componenti" del processo; al contempo sarebbe chiara ed evidente la responsabilità di chi ha valutato il soggetto.

Conclusioni

Uno degli obiettivi fondamentali che dobbiamo darci è quello della valorizzazione delle competenze e delle disponibilità professionali ed umane degli operatori, perché sono lo strumento essenziale per assicurare il buon funzionamento dei servizi, l'efficacia degli interventi e la soddisfazione degli utenti. Si tratta di investire nelle risorse umane e nella qualità del sistema.

Nel settore della Salute mentale, per rafforzare la tutela dei soggetti deboli, dovremo considerare quale obiettivo prioritario migliorare la qualità della vita e l'integrazione sociale dei soggetti con malattie mentali. Si deve:

- **procedere alla piena applicazione legislativa della 180 in linea con le indicazioni espresse in precedenza;**
- **ristabilire nel Piano sanitario nazionale che il 5% della spesa sanitaria venga destinato alla psichiatria, prevedendo risorse aggiuntive per la Età Evolutiva e la Prevenzione nell'ambito dei finanziamenti legati all'integrazione socio – sanitaria;**
- **innovare e valorizzare i percorsi formativi e l'aggiornamento degli operatori;**
- **impostare una politica nazionale sulla Salute mentale;**
- **definire gli standards dei servizi e orientare le singole regioni ad adottare programmi territoriali concreti ed efficaci.**

D. Dipendenze e tossicodipendenze: le cose da fare

Dipendenze

Crediamo che si possa, nel fotografare lo stato dell'arte delle politiche sulle dipendenze, partire da un dato di fatto: nel corso degli ultimi anni si è dato il via ad un processo di progressivo e assoluto disinvestimento nei confronti di un sistema di servizi (pubblico e privato) a cui si aggiunge anche l'inerzia e la sostanziale indifferenza della quasi totalità delle regioni nel porre ordine ad un settore che, nella passata legislatura, era stato regolamentato da una importante e, innovativa, produzione normativa.

Ci riferiamo, in buona sostanza, alla normativa sull'accreditamento e al recepimento dell'atto di intesa che avrebbero (siamo a fine del secolo scorso) dovuto ridare un nuovo assetto al sistema dei servizi tarando gli interventi a partire dalla evoluzione del fenomeno.

Nel corso degli ultimi quattro anni questo processo di è dissolto nel nulla: le regioni hanno sistematicamente disatteso il recepimento (ad esclusione di qualche rara eccezione) ed inoltre la legge 45 nella sua parte che prevedeva la gestione del fondo nazionale è stata spogliata del tutto.

In questo scenario i servizi affrontano la, spesso, drammatica realtà di un fenomeno che si arricchisce sempre di più di nuove dipendenze con sempre minori risorse. Va aggiunta, infatti, la pericolosa tendenza, confermata nelle ultime finanziarie, di impoverire gli organici dei servizi pubblici bloccando il fisiologico turn over degli operatori. Inodi problematici sono numerosi: cercheremo in questo breve documento di schematizzarli al fine di proporre un paradigma su cui innestare possibili soluzioni.

1. Droga e carcere

Gli ultimi dati della relazione annuale al parlamento confermano, qualora ve ne fosse stato il bisogno, del progressivo aumento del numero di soggetti TD o consumatori problematici all'interno degli istituti di pena. Oltre alla proposta di legge Fini vi è una pericolosa tendenza ad aggravare con altre proposte di legge tale situazione. Ci riferiamo alla legge Cirielli che se da una parte vanificherà i processi bei confronti di reati gravi dall'altra aggraverà le situazioni detentivi di chi (vedi i tossicodipendenti) si presenta al cospetto del giudice con precedenti penali. Il carcere, inoltre, soffre esso stesso di un disinvestimento in termini di risorse economiche e umane. Depenalizzazione del consumo e costruzione di vere alternative alla detenzione nel caso di commissione di reati sono ,misure ormai non più rimandabili. Occorrono misure alternative che, fatto salvo il principio di punibilità, non si riducano all'unica soluzione del carcere. Affinché questo accada si dovrà lavorare su due fronti: un primo fronte interno al carcere rinforzando la presenza delle figure psico socio educative che sappiano interagire con soggetti che presentano situazioni patologiche compromesse e che devono essere curati. E dall'altra rinforzando le reti territoriali che, insieme ai centri sociali per gli adulti riescano a costruire alternative di inserimento sociale, abitativo e lavorativo reali. Quello cui è necessario provvedere da subito, inoltre, per aumentare le occasioni di misure alternative alla pena è l'attribuzione a tutti i servizi e a tutte le Comunità Terapeutiche accreditate dalla Regione della possibilità di accogliere i detenuti per cui queste misure sono ritenute possibili superando l'anacronistico Albo delle Comunità riconosciute oggi dal Ministero di Grazia e Giustizia.

2. Droga e cura

Anche su questo versante la situazione appare paradossale: Da più parti si denuncia il costante aumento dei consumi legati a sostanze psicostimolanti. Dall'altra i servizi pubblici, carenti di organici, fanno fronte a questo aumento con sempre minori risorse di figure professionali che, in assenza di farmaci che riescono ad agganciare il paziente, più di altre potrebbero giocare un ruolo di cura e trattamento. Le psicoterapie nei servizi pubblico e privati sono del tutto insufficienti. Ed è talmente grave la situazione che anche rispetto alla utenza classica in carico ai servizi pubblici pare venire sempre di più meno l'approccio multidisciplinare che dovrebbe dare sostanza e forza alla esistenza degli stessi servizi.

Rispetto alle strutture residenziali si registra il grido di dolore delle comunità sempre più in difficoltà rispetto alla quantità di invii e anche alla stessa qualità. Anche in questo caso il rischio è legato allo smarrimento di un pensiero terapeutico e all'appiattimento del lavoro sull'unica esigenza della emergenza.

Una prima possibile soluzione potrebbe essere quella di rimettere in gioco i medici di base che potrebbero prendersi cura dei metadonici in mantenimento ormai da tempo stabilizzati. Ciò potrebbe, in parte, alleggerire i servizi rispetto alle risorse da utilizzare e permetter anche una diversa programmazione e organizzazione.

3. Droga e riduzione del danno

Il passaggio obbligato è dettato dalla assoluta necessità che le Regioni si decidano ad avviare il recepimento dell'atto di intesa che permetterebbe di normalizzare e mandare a regime tutta l'area della riduzione del danno. Ma anche in tale ottica si dovrà provvedere a rinforzare, con modalità nuove, la possibilità per questa area (il più delle volte rappresentata dalla grave marginalità) di incroci con occasioni anche temporanee di lavoro e di socializzazione.

Per quanto riguarda gli aspetti legati alle sostanze più o meno nuove si dovrà ripartire dalla possibilità che gli operatori possano realmente accertare e testare la qualità delle sostanze per ridurre al minimo i rischi della assunzione.

Più di altre aree, in questa si soffre l'assoluta incertezza rispetto ai servizi che potrebbero, a seconda degli orientamenti politici e delle risorse economiche, andare avanti o chiudere. Si ricorda che questa area è strategica dal punto di vista dell'aggancio e della continuità di rapporto che talvolta si evolve in una vera e propria presa in cura. Ma la l'instabilità di questi servizi (che per altro in molte regioni e province mancano del tutto) ne fa un'area che spesso fatica ad interagire con il resto del sistema

4. Droga e sistema di intervento

Per ultimo ci limitiamo a due essenziali considerazioni. Da molti anni ormai vi è un sistema di intervento che, sempre più, denuncia alcune crepe. E' un sistema tarato sulle vecchie droghe che sempre più fatica a intercettare i nuovi consumi. Da una parte i servizi seri incentrati sul farmaco e sulle figure mediche e dall'altra il privato sociale che fatica a trovare una sua vera collocazione in termini di rete di servizi in grado di programmare parte delle politiche sociali. In mezzo il fenomeno della addiction, sempre più mutevole e cangiante, che non trova, se non in termini residuali, risposta negli attori sopraccitati. Gioco patologico e alcolismo sono insufficientemente rappresentati nei nostri servizi. Cocaine e psicostimolanti vengono affrontate all'interno di sistemi organizzativi che appaiono sempre più rigidi e poco attraenti. Il sistema invecchia insieme alla sua utenza storica, incapace di reagire e ripiegato su se stesso. Anche l'integrazione tra culture ed esperienze, competenze e sperimentazioni diverse sembra essere in sofferenza o per lo meno non sembra declinarsi in soluzioni che possano realmente dare una risposta agli aumenti dei consumi e dei comportamenti dipendenti.

Prima ancora che una risposta alle singole aree si dovrà sforzarsi di dare una risposta all'ammodernamento del sistema. E in tale risposta tutte le componenti non potranno sottrarsi. I

sindacati, le organizzazioni del privato sociale, il servizio pubblico e la politica dovranno necessariamente confrontarsi per trovare una soluzione. Altrimenti il declino di questo sistema è alle porte, e il concetto di dipendenza come patologia del singolo da risolversi nel chiuso di quattro mura e all'interno di un rapporto privatistico con il terapeuta finirà con il prevalere. Siamo sempre dell'idea che, al contrario, le dipendenze e i comportamenti ad esse connessi sono da leggere in termini di spinte e contro spinte sociali declinabili in storie collettive. E che debba essere la politica e la società a farsene carico.

Dal punto di vista delle proposte per la prossima legislatura sarebbe opportuno prevedere:

- 1. la costituzione di un Organismo di Governo Autonomo capace di assumere e di portare avanti in modo unitario le competenze in tema di droga e tossicodipendenza disperse, oggi, fra troppi diversi dicasteri e di collaborare proficuamente con la Direzione Generale Antidroga del Ministero degli Interni;**
- 2. l'affidamento a tale Organismo di Governo di:**
 - **una azione immediata per la ripresa e la realizzazione in tutte le realtà regionali delle indicazioni contenute nell'atto d'intesa Stato Regioni del '99;**
 - **una revisione e una implementazione delle piante organiche dei dipendenti;**
 - **una revisione critica dello Stato dell'arte in tema di carceri specializzati e la formulazione di proposte organiche per il potenziamento delle misure terapeutiche: interne o alternative.**
- 3. la ricostituzione e la implementazione del Fondo Nazionale Droga e la promozione conseguente di azioni volte alla ricerca e alla sperimentazione di modelli di intervento utili ad intercettare le nuove problematiche legate al consumo.**

E. Punti di criticità nel sistema penitenziari adulti e intervento terapeutico nelle carceri

1) Equilibrio Punizione-Rieducazione

Rimanda alla funzione della pena definita dalla Costituzione. La necessità di tale equilibrio, che la riforma del '75 e la legge Gozzini avevano cercato di stabilire, parte dal presupposto che il **carcere come luogo di esclusione sociale, di stigmatizzazione, di erosione della soggettività e delle sue potenzialità, di chiusura ad ogni progetto o speranza di vita futura, agisce negativamente sulla identità rafforzando le problematiche devianti.**

L'incrinarsi di questo equilibrio, evidente nello scarso investimento nell'area trattamentale già rilevato negli ultimi anni e, allo stato attuale ulteriormente ridotto, è stato sancito dalle modifiche di legge in materia penitenziaria. Ne sono esempi gli articoli **4 bis** (regime di alta sicurezza) e **il 41 bis** (regime detentivo di massima sicurezza) che, pur seguendo una ratio diametralmente opposta alla legge costituzionale e ordinaria che li definisce norme "speciali", sono attualmente legge ordinaria. E' significativo e insieme inquietante che l'Italia sia il solo paese europeo in cui leggi che, per definizione dovrebbero rivestire carattere di eccezionalità, siano divenute norma.

Lo scarto tra punizione e rieducazione risulta evidente:

- dalla sproporzione tra risorse destinate al controllo, (identificato con la "sicurezza"), rispetto alle risorse per la rieducazione: è indicativo il **rapporto tra educatori e polizia penitenziaria: 554 su 40.000;**

- dalla selettività con cui tali risorse vengono distribuite nell'area trattamentale stessa. Paradossalmente le strategie ai fini del recupero sono più carenti nei confronti di chi, considerato socialmente pericoloso, avrebbe più necessità di un trattamento intramurario (attività culturali, lavorative, formative e ricreative; religione; diagnosi, trattamento e/o assistenza psicologica) al fine di ridurre il potenziale distruttivo e prevenire la recidiva. Tutelando, oltre ai diritti costituzionali della persona detenuta (rieducazione, salute psichica), la sicurezza della collettività.

Della popolazione detenuta (**50.000**) vengono offerte possibilità di trattamento, compatibilmente con la carenza di personale e risorse, a **41783** persone, mentre per le rimanenti **8200** (19,6%), inserite nei circuiti di alta e massima sicurezza, la rieducazione viene considerata secondaria se non addirittura inapplicabile a causa di uno stato di emergenza ormai divenuto norma, che era arrivato a sospendere totalmente, nel caso del regime di massima sicurezza, ogni regola del trattamento.

Le esigenze di sicurezza sono così determinanti che sembra impossibile tenere presente che oltre al trattamento extramurario (fuori dal carcere), esiste un trattamento intramurario e che, nei casi in cui non è opportuno per motivi di pericolosità adottare il primo, è dovere dell'istituzione nei confronti sia del detenuto che della collettività proporre stimoli per ridurre il potenziale distruttivo e la recidiva. Che anche nel caso di detenuti a massimo indice di pericolosità è anacronistico applicare un concetto lombrosiano, dando per scontato che sia inutile investire risorse per attivare un processo di cambiamento della persona.

E' recente una sentenza della Corte Costituzionale che cerca di affrontare il problema di chi, dopo 10, 15, 20 anni di detenzione, viene ancora definito socialmente pericoloso sulla base di informazioni degli organi di polizia che spesso continuano a fotografare negli anni la stessa immagine non più rispondente a quella attuale, rendendo la persona prigioniera del suo passato deviante. Immagine che vanifica ogni valutazione basata sull'osservazione della personalità riferita al qui ed ora, effettuabile in carcere⁴.

Lo stato dell'istituzione penitenziaria evidenzia come il trattamento e la sicurezza siano attualmente basati sul controllo piuttosto che sulla adozione di strumenti e strategie diversificati che sarebbero più funzionali alla complessità del compito e agli obiettivi che la caratterizzano.

2) Divario tra Livello Legislativo e Livello Applicativo

⁴ L'ordinanza n.° 13 del 23-12-2004 definisce che non è sufficiente la tipologia di reato per mantenere un regime differenziato: devono esserci prove che dimostrino i collegamenti. Il suo rinnovo non è automatico ma basato sull'acquisizione di elementi nuovi rispetto a quelli dei precedenti provvedimenti.

Nonostante le premesse dichiarate dell'istituzione penitenziaria definiscano che la pena deve tendere alla rieducazione e che è importante individualizzarla in base all'Osservazione Scientifica della Personalità e alla rilevazione dei bisogni di ciascun soggetto, (artt.1-13 Legge 354/75⁵) è evidente l'incongruenza tra queste finalità e i mezzi messi a disposizione dell'area trattamentale per assolvere il compito. Basti pensare che ci sono 616 educatori presenti su tutto il territorio nazionale, di cui 90 utilizzati al DAP e 100 con incarichi sindacali; ovvero *426 educatori per 210 istituti*.

Per quanto riguarda l'Osservazione Scientifica della Personalità e più in generale la tutela della salute psichica e prevenzione del disagio e del rischio suicidario opera *1 psicologo su 403 detenuti*, con contratto precario che segue le oscillazioni delle disponibilità di cassa. Per una media di **22 minuti al mese di introspezione e di assistenza per detenuto!** Un po' poco considerato lo stretto legame esistente tra aggressività auto ed eterodiretta e stato di restrizione, tra devianza e problematiche di personalità! Troppo poco se si pensa agli strumenti che la psicologia può offrire sia per la gestione dei detenuti nel qui ed ora, sia per la rieducazione intesa come processo di crescita della persona.

Questi dati sono indicativi di una limitata e residuale attenzione all'area trattamentale penitenziaria italiana. E' chiaro che con un tale ridotto numero di operatori seguire le indicazioni delle normative relative all'Osservazione Scientifica della Personalità in base a cui programmare attività educative, così come fare un'azione di prevenzione della recidiva o del disagio psichico **significa riferirsi in termini astratti a vaghe istanze inattuabili nell'attuale contesto penitenziario, strutturato secondo una logica rigidamente finalizzata al controllo.**

Anche in materia di **tutela della salute psichica**, il D.L. 230 sottolinea il rilievo di questo tipo di intervento e, come le numerose circolari del Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria per la tutela della vita e prevenzione del disagio psichico, fornisce norme piene di buon senso e di attenzione per le esigenze di salute mentale nei luoghi di reclusione. Norme che tuttavia, non fruendo di strumenti economici, restano prive di strumenti operativi e quindi inefficaci.

3) Osservazione Scientifica della Personalità

Trattamento Individualizzato - Valutazione e Revisione Pericolosità Sociale

L'Osservazione Scientifica della Personalità introdotta dalla Legge 354 stabiliva una prassi secondo cui, partendo da una attenzione costante per la persona nelle varie fasi della detenzione, e attraverso la comprensione del funzionamento **della personalità si giungeva a predisporre strumenti atti ad attivare le parti positive del sé e dell'identità delle persone detenute, in altre parole a pianificare un trattamento individualizzato** (attività scolastiche, culturali, ricreative, sportive e di formazione professionale, religione, assistenza psicologica e tutto ciò che muove un cambiamento della personalità in senso evolutivo).

Allo stato attuale tale lavoro di osservazione non è di fatto praticabile sia per carenza di personale aspecifico (educatori, assistenti sociali etc) e specialistico (psicologi, criminologi, psicoterapeuti) , sia perché la pericolosità sociale ai fini della assegnazione ai vari regimi detentivi è determinata in base a parametri quali: il tipo di reato e la disponibilità a collaborare (art. 4 bis).

La revoca del regime differenziato, ovvero il passaggio da un regime di massima o alta sicurezza ad un regime di media e bassa sicurezza, avviene molto difficilmente poiché il riesame della pericolosità sociale è strettamente vincolato alle informazioni degli organi di polizia, che sono fotografie del passato, provenienti da un contesto da cui la persona detenuta spesso manca da 10, 15, 20 anni. ***In questo tipo di valutazione l'osservazione di ciò che la persona è nel qui ed ora è di fatto ininfluenza rispetto all'identità passata.***

⁵ Art. 13 Legge 354/75 *“Il trattamento deve rispondere ai particolari bisogni della personalità di ciascun soggetto. Per rilevare le carenze fisiopsichiche e le altre cause del disadattamento sociale, nei confronti dei condannati è predisposta l'Osservazione Scientifica della personalità, che è attuata all'inizio della esecuzione della pena e prosegue nel corso della stessa. Per ciascuno, in base ai risultati dell'Osservazione, sono formulate indicazioni in merito al trattamento da effettuare ed è compilato il relativo programma, che è integrato e modificato secondo le esigenze che si prospettano nel corso dell'esecuzione”.*

Ed ancora l'articolo 64 della stessa legge precisa che *“i singoli istituti devono essere organizzati con caratteristiche differenziate in relazione alla posizione giuridica dei detenuti e alle necessità di trattamento individuale o di gruppo degli stessi”.*

Sarebbe necessario pertanto reintrodurre nell'esecuzione penale la centralità dell'**Osservazione Scientifica della Personalità, una revisione su linee scientificamente corrette dei criteri su cui si basa la definizione e il riesame della pericolosità sociale, l'assegnazione e la revoca ai diversi livelli di regime carcerario, per ridurre il processo di stigmatizzazione che rinforza l'identità negativa.**

Riportare l'attenzione alla persona ed alla sua soggettività consentirebbe peraltro di **rivitalizzare la funzione rieducativa della pena prevista dalla Legge 354**. La persona non è solo ciò che appare: al di là del comportamento, del reato, delle etichette, c'è un mondo interno fatto di motivazioni, emozioni, risorse interiori su cui fare leva per attivare processi di cambiamento e crescita. La comprensione del funzionamento della personalità è premessa per la pianificazione di un trattamento che tenendo conto delle componenti disadattative, ma anche delle parti sane della personalità possa potenziarle, contenere il livello di tensione, canalizzare l'aggressività, trattare la sofferenza psicologica sottesa alla devianza e alla detenzione stessa, recuperare la dimensione umana anche in chi ha espresso alti livelli di distruttività.

4) Tutela Salute Psicica

Quando si parla di disagio psichico in carcere si intende in senso riduttivo: ci si limita a considerare tale i casi comunemente identificati con la patologia psichiatrica maggiore, che in realtà sono l'eccezione, non certo regola negli istituti penitenziari. Analogamente, quando si parla di suicidio di nuovo si parla di malattia mentale, laddove in genere chi tenta il suicidio o lo mette in atto, chi si autolesiona, non è in genere "malato di mente".

Ciò di cui non si parla è di quella sofferenza psichica diffusa legata alla condizione detentiva, al disagio esistenziale o ai disturbi di personalità. Poiché, a differenza della psicopatologia maggiore, in queste forme di disagio viene mantenuto un certo grado di integrazione della personalità ed il contatto con la realtà (esame di realtà), e poiché spesso uno dei sintomi emergenti è l'aggressività o l'instabilità, queste forme di disagio vengono sottostimate, nel senso che non vengono diagnosticate né curate, ma considerate solo manifestazioni da trattare attraverso un'azione di controllo che consiste in provvedimenti disciplinari o psicofarmacologici.

Alla base di questo approccio al disagio vi è una visione dicotomica, un po' manichea di salute-malattia che porta a considerare degno di attenzione solo chi arriva a manifestare un disagio forte.

Credo che, così come secondo la definizione dell'OMS, la salute non può definirsi come assenza di malattia⁶, il disagio non può definirsi come presenza di una malattia. Esistono sfumature, condizioni intermedie di cui l'istituzione deve farsi carico e contenere, anche per prevenire involuzioni. Questa sofferenza psichica che spesso attiene più alla psicopatologia generale che alla psicopatologia speciale, comprensibile più in termini di angoscia, scissione, narcisismo, nevrosi che non in termini nosografico-descrittivi richiede interventi che non possono essere rivolti solo alla eliminazione di un sintomo o alla risoluzione di una malattia, ma anche e soprattutto al ripristino o stimolazione di un processo di crescita della persona.

Risposte concrete quali il rapporto disciplinare o la pasticca sono, allo stato attuale, le uniche soluzioni date a problematiche che richiederebbero attenzione, ascolto, possibilità di decodifica attraverso il pensiero per dare risultati sia sotto il profilo di un'efficace tutela della salute, sia della prognosi di recupero sociale.

5) Tutela della Sicurezza

Pochi pensano che a nessuno conviene che un detenuto esca dal carcere con un potenziale distruttivo maggiore rispetto a quando è entrato. Che il mandato dell'istituzione penitenziaria ha a che fare con la punizione ma anche con la rieducazione. Che difesa sociale significa equilibrio tra queste due funzioni. Che più è alto il potenziale distruttivo delle persone, più è necessario agire sì sul piano del controllo, ma anche e soprattutto della rieducazione

⁶ Definizione di salute dell'OMS: "La salute è uno stato completo di benessere fisico, mentale e sociale, e non consiste nell'assenza di malattie ed infermità"

Quando si parla di tutela della collettività e di sicurezza sociale è importante distinguere tra SICUREZZA e CONTROLLO. E' evidente che il solo controllo durante la detenzione non garantisce sicurezza poiché è attivando strategie finalizzate alla prevenzione secondaria e riduzione del potenziale distruttivo che si può prevenire la recidiva.

E' acquisito che anche nelle personalità più distruttive esistono delle aree sane, funzionanti e che quanto più esse si sollecitano, tanto più prendono spazio, tanto più si riducono quelle distruttive. Di conseguenza, maggiore è il potenziale distruttivo della persona, più è importante il lavoro sulle parti sane che, fatto in una situazione controllata come è la detenzione, garantisce sicurezza sia nella gestione delle dinamiche aggressive nel qui ed ora, sia nella prospettiva futura quando, dopo la detenzione l'istituzione non potrà più esercitare un controllo diretto sulla persona.

E' questa la ragione per cui la detenzione non può essere solo un'afflizione: occorre creare le condizioni per attivare processi di crescita personale: offrire esperienze di relazione, stimoli che aumentino la consapevolezza di sé, del proprio diritto di esistere e delle proprie capacità.

Per quanto riguarda l'identità, spesso l'appartenenza a gruppi criminali è legata a condizionamenti di contesto sociale, o a periodi particolari della vita (es. adolescenza), e/o all'esigenza di consolidare una identità personale non definita, di cui l'appartenenza al gruppo di riferimento deviante costituisce il collante. Poiché l'identità è determinata in buona parte dall'immagine che viene rimandata dall'ambiente, anche in questi casi la detenzione togliendo la persona dal suo contesto può, se oltre ad offrire stimoli adeguati non agisce secondo una logica di stigmatizzazione, offrire un'alternativa all'identità deviante riducendone le parti negative. E sottrarre il funzionamento mentale alla logica onnipotente dell'organizzazione criminale riaprendo il circuito verso l'assunzione di responsabilità individuali.

Viceversa l'identità non può che essere rafforzata in senso negativo laddove si pongono etichette (bassa, media, alta, massima pericolosità sociale) in modo rigido e permanente.

Solo se la detenzione non assume connotazioni eccessivamente punitive e stigmatizzanti: se offre spazi di riparazione rispetto al danno arrecato e per canalizzare in modo costruttivo le energie, se mantiene il livello di tensione entro certi limiti, se stimola l'attività mentale, c'è la possibilità che si attivino meccanismi psichici che, veicolando un processo di crescita della personalità, contrastano quelli criminali.

6) Formazione del Personale Penitenziario

In carcere, spesso, coloro che in maniera tenace continuano a confermare giorno per giorno il senso di cura che riveste la pena o dovrebbe rivestire la pena, si scontrano con il clima culturale e condiviso in cui la priorità delle esigenze di sicurezza limita e interferisce con la conoscenza del processo personale del detenuto e con ogni possibile cambiamento. Finché la preoccupazione è quella di applicare la regola per agire su una realtà, si rimane esterni a quella realtà e non la si può incontrare né comprendere. Vi è inoltre il rischio di normare ciò che è una nostra costruzione della realtà, a volte più spaventosa e difficile: le situazioni si enfatizzano e si attivano modi di comportamento primari dove predominano paure e pregiudizi, sui quali è difficile che il singolo sia in grado di intervenire da solo. Tali modalità di comportamento innescano processi di allerta e "attenzione diffidente", volti ad inquadrare una realtà per ricondurla alla regola, più che ad indagare i fatti per poterli categorizzare e individuarne la modalità di intervento.

Il carcere si caratterizza per essere un contesto dove il riferimento alle proprie regole è costante e tutto viene ricondotto a schemi e modalità conosciute e sperimentate che si confermano e si perpetuano nel tempo. Tuttavia, se l'esigenza è svolgere un controllo efficace, sarebbe opportuno mantenere quello spazio di flessibilità dove è possibile adattare lo schema alla situazione specifica, valutando la funzionalità dei parametri di sicurezza, di trattamento, della cura e quale livello di cambiamento è tollerabile dal sistema per ottimizzarsi.

Ciò prelude ad un'attività formativa in cui sia possibile dare spazio alla diversità delle voci e insieme aprire un dialogo fattivo tra esigenze e competenze, dove le professionalità osino la propria responsabilità e concorrano a dare pienezza al tempo immobile della pena. Si potrebbe avviare così un percorso di ridefinizione della cultura che permea questa istituzione, facilitando il costituirsi di uno spazio di riflessione e confronto del pensiero degli operatori, insieme all'articolarsi dei loro strumenti. In modo che l'azione non sia determinata e definita da ciò che la genera, rimanendo all'interno di una circolarità chiusa, ma sia espressione di un processo che tende, che si apra al confronto all'esterno in una dinamica circolare di interscambio.

In questo senso il ruolo psicologico può dare il proprio contributo, sia come elemento catalizzatore di cambiamento, che per l'analisi e la gestione delle risorse nell'attuarsi del percorso formativo, evitando di diventare una psicologia del controllo.

Conclusioni

Rendere l'istituzione penitenziaria efficace rispetto all'obiettivo stabilito dalla Costituzione e dalla legge presupporrebbe:

- **ristabilire l'equilibrio tra la funzione rieducativa e punitiva**, necessario a tutelare diritti primari della persona detenuta e nel contempo la collettività poiché attivare strategie per ridurre il potenziale distruttivo delle persone e svolgere un'azione di prevenzione secondaria significa garantire sicurezza;
- **ridurre il divario tra livello legislativo e applicativo delle norme**;
- **riportare l'attenzione all'Osservazione Scientifica della Personalità finalizzata alla valutazione e revisione della pericolosità sociale e al trattamento dei detenuti, in particolare di alcune categorie**, tenendo conto che più è alta la sua pericolosità sociale e/o il potenziale distruttivo di una persona più è necessario, in situazione controllata, attivare strategie atte a contenerlo e ridurlo;
- **rivedere i criteri di tutela della salute psichica** orientandoli verso la prevenzione e modificando l'equazione disagio psichico=malattia mentale che porta a sottostimare tutto ciò che non costituisce follia e ad affrontare la sofferenza psichica solo sotto il profilo del controllo (istituzionale o farmacologico) e del criterio premio-punizione. Adeguare la normativa alla prassi attivando professionalità e servizi specialistici di psicologia e psicoterapia per rendere possibile una integrazione dell'approccio medico-psichiatrico con l'approccio psicologico al disagio;
- **affrontare il problema della sicurezza** non solo sotto il profilo del controllo ma anche in termini di prevenzione secondaria e riduzione del potenziale distruttivo. Evidenziando che, quando si parla di tutela della collettività, è importante distinguere tra SICUREZZA e CONTROLLO poiché il solo controllo non garantisce sicurezza;
- **curare l'aspetto culturale e formativo del personale.**

PROPOSTE

- 1) Potenziare il TRATTAMENTO intramurario (risorse umane sia istituzionali che esterne, adeguamento spazi interni alle strutture detentive);
- 2) potenziare le risorse per il trattamento extramurario e ridurre la distanza tra carcere e territorio facilitando l'accesso delle persone detenute a percorsi di orientamento-reinserimento al lavoro.
- 3) applicare la RIFORMA DELLA MEDICINA PENITENZIARIA che garantisca il diritto alla salute dei detenuti;

4) facilitare la partecipazione degli Enti Locali e della comunità esterna (cooperative pubbliche e private, volontariato, imprese locali etc.) sia alle attività trattamentali nei diversi circuiti penitenziari sia all'offerta occupazionale in fase di reinserimento.

5) Per quanto riguarda la PSICOLOGIA PENITENZIARIA:

Organizzare un Servizio Psicologico⁷ negli istituti, che riconosca e garantisca il diritto alla psicoterapia per coloro che la richiedono e possono trarre vantaggio.⁸

Dopo l'attuazione della legge 56/1989, che regolamenta l'esercizio della professione di psicologo e della psicoterapia, non è più possibile procrastinare il riconoscimento formale anche in ambito penitenziario dell'attività psicoterapeutica, sia come legittimo riconoscimento per i professionisti che da anni la svolgono, sia per una altrettanto legittima tutela della salute psichica dei detenuti. La possibilità di applicare tale strumento, per coloro che sono abilitati a svolgerla, è funzionale sia alla riduzione del disagio psichico di soggetti individuati a rischio ma anche, su un piano più generale, coerentemente con la legislazione penitenziaria, per *“promuovere un processo di modificazione degli atteggiamenti che sono di ostacolo ad una costruttiva partecipazione sociale”*.

Il trattamento psicologico, (di sostegno o psicoterapeutico) potrebbe accompagnare e coadiuvare il trattamento penitenziario, da cui si differenzia nei metodi e nei contenuti. Esso dovrebbe essere, come rilevato dalla nota 149773/5-3-A-2, rivolto a controllare e intervenire sul disagio delle persone detenute... "potenzialmente rivolto a tutte le persone detenute...", essere organizzato in servizio con presa in carico..."

Il contributo che la psicologia può dare in carcere, alla luce degli studi sugli effetti patologici della detenzione e sui Disturbi di Personalità, può esprimersi su due livelli:

- **CLINICO**, inteso come Diagnosi Psicologica (individuazione soggetti “a rischio”) e Trattamento Psicologico (intervento sulla crisi emozionale, sostegno, psicoterapia) per promuovere la crescita della persona e contenere il disagio psichico;
- **VALUTAZIONE e REVISIONE della PERICOLOSITA' SOCIALE** ai fini dei benefici e/o della revoca dei regimi detentivi che, avendo carattere “peritale”, va distinta e separata dal lavoro clinico.

Va inoltre considerata la funzione della psicologia nell'**ATTIVITA' DI FORMAZIONE DEL PERSONALE e DI PREVENZIONE DEL BURN_OUT**, terzo aspetto di un Servizio di Psicologia Penitenziaria funzionale agli obiettivi che questa istituzione si pone.

⁷ Come previsto dalla circolare del Ministero della Giustizia 149773/5-3-A-2 del 17 aprile 1998: “Proposta di riorganizzazione degli interventi psicologico e psichiatrico”, realizzata solo in parte e limitatamente al Servizio di Psichiatria.

F. L'ospedale Psichiatrico Giudiziario: rinforzare per superare

L'Istituzione Ospedale Psichiatrico Giudiziario nasce come struttura Penitenziaria che deve assicurare il controllo nei confronti dei soggetti folli-rei, garantendo pertanto la sicurezza sociale, e la cura della persona che, seppur autore di un reato, non può risponderne delle conseguenze, in termini punitivi, ma ha comunque diritto ad un equo trattamento di cura e di recupero sociale.

L'art. 27 della Costituzione, come per tutti gli Istituti di pena, stabilisce il principio in base al quale "le pene devono tendere alla rieducazione ed al recupero del condannato" e ciò vale ancor più allorché il condannato sia una persona con un disturbo psichiatrico che ha determinato il gesto reato.

In questo caso il principio di cura e recupero sociale nasce dal riconoscimento delle garanzie dovute a chi si trova in condizioni di svantaggio, di sofferenza psico-fisica, di separazione, di stigmatizzazione e, di conseguenza, maggiormente esposto al rischio di esclusione sociale permanente.

La contestuale istanza di controllo sociale nasce invece dalla necessità di gestire la presunta pericolosità sociale dei soggetti incapaci di intendere e volere autori di reato, non garantita dalle ordinarie strutture assistenziali del territorio né dallo specifico ambiente del carcere.

L'Ospedale Psichiatrico Giudiziario attualmente mantiene queste due funzioni, determinate dalla normativa penale e dall'Ordinamento Penitenziario, sostenute dalla scelta di individuare un ambiente detentivo differenziato rispetto al circuito penitenziario ordinario.

Tale soluzione peraltro non esime dalla necessità di assicurare, anche all'interno di una struttura penale come l'OPG, il principio della **alternativa meno restrittiva possibile** ("the least restrictive alternative") assicurando il rispetto comunque delle raccomandazioni del Consiglio d'Europa (n. 1235 dell'aprile 1994) e riaffermata dalla WHO nel 1996 (WHO/MNH/MND/96.9): **"Ognuno dovrebbe giovare delle migliori misure possibili per promuovere il proprio benessere mentale e prevenire disturbi psichici"**.

L'esperienza degli ultimi anni e delle Legislature precedenti, ha finora prodotto due specifici "orientamenti" rispetto alla possibilità di modificare l'attuale normativa in materia di imputabilità e di misure di trattamento necessarie.

Sia le ipotesi di modifica della normativa penale, tese a restituire ad ogni persona che commetta reato, anche se in stato di infermità mentale, il diritto all'espiazione "condannandolo" a scontare una pena detentiva, sia quelle di modifica delle modalità di esecuzione della misura di sicurezza, come proposto in passato attraverso la creazione di strutture regionali "più sanitarie" rispetto agli attuali OPG, non hanno avuto un reale percorso di esame e di approvazione parlamentare per la mancanza di accordo e di condivisione, sia da parte delle componenti politiche che delle parti "scientifiche" e sociali.

In ogni caso, sia che resti una forma di internamento in strutture per eseguire misure di sicurezza, sia che debba il Carcere occuparsi di tali persone, appare indispensabile agire con una metodologia di intervento che garantisca a tali persone, che comunque hanno avuto un problema psichico che ha influenzato il comportamento in occasione del reato, il diritto alla cura ed alla tutela delle condizioni più idonee in cui essa deve essere applicata, favorendo la riabilitazione ed il reinserimento sociale.

Quelle che appare indispensabile è un'opera di sistematizzazione e di affermazione di reali "processi di cura" per le persone che commettono reati in stato di infermità mentale e non tanto, o non solo, quello di definizione delle strutture.

L'Ospedale Psichiatrico Giudiziario deve pertanto realizzare, seppure in una fase caratterizzata da una applicazione di una misura restrittiva detentiva, sia essa provvisoria o definitiva, ed anche per quelli cui sia applicato il ricovero ex art. 148 del CP od altro, progetti individuali di cura e di riabilitazione e tutti quegli interventi che consentano al paziente psichiatrico di recuperare le

capacità disperse, sviluppare le sue potenzialità, acquisire comportamenti socialmente condivisi, che gli consentano di muoversi ed integrarsi in modo adeguato ed efficace nella comunità di appartenenza, in stretta integrazione con il territorio.

L'attuazione di percorsi di cura e di riabilitazione fin dalla fase precoce di internamento, quando l'applicazione della misura di sicurezza è inevitabile ed essa non può essere sostituita da altro provvedimento penale od amministrativo perché prevale l'interesse della collettività (vedi sentenze della Corte Costituzionale n. 253/03 e n. 367/04), può contribuire non solo a rendere più breve la permanenza in OPG, soprattutto se connessa ad un efficace intervento di cura, basato sull'uso di trattamenti psicofarmacologici adeguati e su interventi psicoterapeutici mirati all'elaborazione dell'evento reato ed al rafforzamento degli strumenti di consapevolezza e di controllo della propria autonomia, ma anche a stimolare e rendere attive le capacità di reinserimento nel contesto sociale.

D'altra parte l'attuale normativa, e la giurisprudenza nel tempo emanata, ha gradualmente reso possibile una estrema flessibilità nelle modalità di esecuzione della misura di sicurezza nei confronti dei soggetti infermi di mente, rendendo attuabili sia interventi alternativi alla restrizione (trasformazione in libertà vigilata in qualsiasi momento il livello di pericolosità possa consentire un trattamento esterno nei Servizi psichiatrici territoriali) sia interventi di "esternalizzazione" di cospicui periodi di tempo della misura stessa (semilibertà, licenze orarie, concessione della licenza finale esperimento anche prima degli ultimi sei mesi della misura).

Basandosi sui migliori strumenti e possibilità emerse, sulla rinnovata efficacia di trattamenti farmacologici più rispettosi della qualità di vita delle persone, sulla creazione di una rete di rapporti e di collaborazioni con Associazioni, strutture pubbliche ed Enti locali, soprattutto a livello locale, è possibile migliorare le potenzialità dell'intervento degli OPG e soprattutto arricchire le opportunità a favore dei pazienti, sia all'interno dell'Istituto che all'esterno, sviluppando programmi individuali sempre più vari ed adeguati alle esigenze ed ai bisogni dei singoli pazienti.

In sintesi, l'intervento dell'Istituzione OPG, nell'attuale "stasi" delle proposte di modifica legislativa, può essere più efficace ed adeguato ai bisogni dei pazienti attraverso una serie specifica di obiettivi:

- a) **migliorare la qualità di vita dei pazienti all'interno della struttura modificandone, o attenuandone, gli aspetti più rigidi e duri dovuti alla regolamentazione che è comunque condizionata dalle norme e dall'organizzazione penitenziaria ("stare meglio in OPG");**
- b) **migliorare la qualità di vita e la qualità stessa della misura di sicurezza attraverso un processo di de-istituzionalizzazione della stessa che porti i pazienti a trascorrere periodi della stessa all'esterno sul territorio ("stare meno in OPG");**
- c) **creare opportunità ai pazienti perché possano realizzare meglio le proprie aspirazioni e mettere/rimettere in gioco le competenze per realizzare percorsi di riabilitazione psicosociale utili a ricostituire quelle condizioni per il rientro nel proprio territorio alla dimissione ("fare più per se stessi");**
- d) **consentire, con la messa in atto di percorsi di riabilitazione individuali, ed una condivisione con i servizi territoriali, la dimissione dei pazienti non appena si creano le condizioni di miglioramento e di stabilità che rendono inadeguata la misura di sicurezza detentiva ("minor durata, nel complesso, della misura di sicurezza");**
- e) **consentire dimissioni più sicure e durature evitando sia eventuali recidive di reato sia i fallimenti dei progetti che, in alcuni casi, determinano il rientro dei pazienti in OPG anche in assenza di veri e propri comportamenti antiggiuridici ("meno recidive o rientri in OPG").**

Riflessioni specifiche, per consentire la realizzazione degli obiettivi di cui sopra, riguardano la possibilità di dotare l'OPG di maggiori e più aggiornati strumenti di intervento per attuare un'opera di cura e di riabilitazione nei confronti dei pazienti affidati e di consentire un più rapido rientro al proprio territorio.

L'esperienza di strutture esterne, a carattere semiresidenziale, come il Centro Esterno "La Casa del Drago" di Montelupo Fiorentino, o di iniziative di uscite esterne di maggior durata plurigiornaliera, con carattere residenziale, fanno ritenere possibile la realizzazione di un progetto per la costituzione di una vera e propria "Casa" esterna, struttura a carattere residenziale dove i pazienti possano trascorre più giorni in autonomia e con il controllo periodico da parte degli operatori stessi.

Non si intende in tal modo realizzare strutture che siano "riproposizione" dell'OPG ma avere a disposizione un luogo esterno dove, per soggetti che hanno bisogno di spazi di autonomia, da soli o con i familiari, possa essere previsto un breve periodo di permanenza con assistenza e sostegno da parte di operatori dell'OPG, per la parte terapeutica, e di volontari o altri operatori del privato sociale per la logistica e l'eventuale supporto nella Casa.

Un percorso che si arricchisca di questa ulteriore opportunità consentirebbe di realizzare sempre più i 5 punti elencati in precedenza e mettere in atto dimissioni dall'OPG più sicure, sollecite e con maggior tasso di riabilitazione.

La parte normativa attuale potrebbe, anche in tempi brevi, giovare di interventi che accentuino il processo di attenuazione delle caratteristiche di carcerizzazione delle strutture:

1) Un regolamento che si svincoli dalle rigidità previste da quello di applicazione dell'Ordinamento Penitenziario. Il recente DPR 230/00, seppur di grande valore innovativo e di ampio respiro rispetto a quello precedente del 1976, risente ancora di vincoli e di limitazioni derivanti dalla Legge 354/75. Basti pensare che, ancora oggi, gli OPG sono classificati come Istituti Penitenziari del circuito "a media sicurezza" e non Istituti analoghi a quelli classificati a "Custodia Attenuata" che si giovano di particolare regolamento ed altri distinguo organizzativi e trattamentali. Un provvedimento del genere, cioè un Regolamento specifico, può essere tecnicamente adottato dalla stessa Amministrazione Penitenziaria, senza dover ricorrere a Leggi specifiche.

2) La definizione di tempi certi per le decisioni e le valutazioni da parte del Giudice di Sorveglianza che, in qualche caso, sono subordinate a criteri e tempi che non sempre sono adattate a quelle dei percorsi terapeutici. Non si intende con questo limitare o subordinare le decisioni del Magistrato ma solo definire procedure più chiare e condivise per consentire di progettare e programmare i tempi e le modalità della dimissione. In tal senso la fase della Licenza Finale esperimento, o della trasformazione della misura di sicurezza detentiva in misura non detentiva della libertà vigilata potrebbe essere uno strumento affidato più ad una valutazione amministrativa, anche in concerto con la rete degli Uffici di Esecuzione Penale Esterna, che strettamente giurisdizionalizzata, come appare attualmente configurata.

3) Analogamente si pone la questione della definizione dell'esercizio decisionale rispetto ai tempi della misura di sicurezza. Tale riacquisizione del potere di decidere in merito all'organizzazione ed alla gestione della misura di sicurezza si potrebbe tradurre, sul piano interno all'Istituto e durante la esecuzione della stessa, con la possibilità da parte del personale o dell'equipe psicosociale di decidere le collocazioni ed i percorsi durante la esecuzione della misura, nell'Istituzione stessa ed in quelli esterni nei centri diurni o nella struttura residenziale. Sul piano esterno può essere ipotizzata una gestione della misura stessa, in quanto in molti casi, una volta valutata la scarsa presenza di elementi di pericolosità che sono derivati da ipotesi di reato, sarebbe necessario sempre più potenziare le ipotesi di percorsi terapeutici affidati ai servizi psichiatrici.

4) Un maggior investimento nel lavoro dell'equipe multidisciplinare dove sono previste più professionalità, psichiatriche, riabilitative, psicologi etc. che possono avere una visione più ampia ed integrata rispetto delle esigenze del paziente e dei percorsi da attuare in considerazione della complessità del territorio e delle singole situazioni, in stretto collegamento con i Dipartimenti di Salute Mentale del Servizio Sanitario Nazionale

5) L'introduzione di percorsi di trattamento psicoterapeutico nella cornice dell'OPG potrebbe inoltre diminuire il tasso di farmacologizzazione e potenziare l'intervento nei confronti di particolari categorie di pazienti

Nella trascorsa legislatura un provvedimento che non ha trovato piena applicazione aveva comunque disegnato, seppur escludendo inizialmente gli OPG, un percorso di ri-appropriazione

da parte del Servizio Sanitario Pubblico, dell'onere e della titolarità del trattamento di ogni persona, anche in stato di detenzione.

Si fa riferimento al D. Lgs. 230/99 che disegnava un percorso di transito della cosiddetta Sanità Penitenziaria al Sistema Pubblico, norma attualmente applicata solo per il trattamento dei detenuti tossicodipendenti e per la prevenzione.

Per la questione OPG tale norma appare "cruciale", e strategicamente essenziale, per poter saldare il "gap" esistente tra l'organizzazione del sistema di cura negli OPG e quello esterno dei Dipartimenti di Salute Mentale in quanto, l'attribuzione ai DSM della responsabilità della cura e riabilitazione dei pazienti che hanno commesso reato, determinerebbe di fatto un impegno concreto e diretto dei titolari della cura ed una crescita delle opportunità offerte ai pazienti.

Tale impegno garantirebbe una reale opera di "svuotamento" degli OPG di quelle persone che attendono solo concrete soluzioni di reinserimento, piuttosto che controllo o specifiche terapie. La riduzione del numero di pazienti, che ne deriverebbe, faciliterebbe di per sé, soluzioni più radicali, anche di carattere normativo ed organizzativo.

Appare pertanto essenziale rilanciare sul piano legislativo tale norma, sospesa perché inattuata, chiamando anche ad agire la Regione che, in virtù della modifica del titolo V della Costituzione, sono chiamate sempre più ad agire in maniera propositiva e legislativa per l'organizzazione di forma di assistenza a livello regionale per i propri cittadini, ancorché reclusi come in questo caso, ma anche per gli altri che temporaneamente, per motivi anche penali, sono domiciliati sul proprio territorio.

Un passo del genere è attuabile fin da subito, all'indomani dell'insediamento della prossima legislatura, avviando contestualmente un "tavolo" di discussione ed approfondimento per delineare ulteriori, e più approfondite, politiche di modifica delle norme.

Per far questo occorrono investimenti (risorse economiche ed umane professionalmente capaci e formate) finalizzati a raggiungere tali obiettivi e commisurati alla reale volontà degli OPG e delle strutture (pubbliche o del terzo settore) ad agire in tal senso (bando ai progetti che mirano solo all'istituzionalizzazione specialistica o a nascenti strutture "pseudomanicomiali" anche se "occultate" dalle esigenze di controllo della cultura carceraria).

In tal senso il progetto dell'Amministrazione Penitenziaria di realizzare sezioni o reparti per osservazione psichiatrica in carcere e non in OPG, come l'Ordinamento penitenziario prevede, se ben gestite e pensate in maniera non rigidamente carceraria, potranno evitare l'uso dell'OPG come contenitore per tutte le forme di disagio (vere, simulate, presunte, fittizie, strumentali od altro) che si profilano in carcere e che vengono subito etichettate come le situazioni che appartengono o che devono essere risolte dalla psichiatria.

G. L'handicap

Premessa

Per chi ha vissuto gli ultimi 30 anni della vicenda della disabilità in Italia, ha sperimentato sulla propria pelle il lento emergere del riconoscimento dei diritti delle persone disabili.

Questo ritrovarsi, a nome della Regione Toscana, al termine dell'anno europeo delle persone disabili, si inserisce nel lungo percorso di tale riconoscimento.

La storia andrà scritta, tenendo presente le infinite battaglie e umiliazioni per ottenere ciò che, almeno oggi (non ieri) è ovvio: il riconoscimento della pari dignità e delle pari opportunità. Solo attraverso "le storie" è possibile far emergere lentezze, mancanze, contraddizioni.

Uno schema (solo schema) può essere fornito dalle leggi del Parlamento che lentamente, molto lentamente, sono state emanate, a partire dal 1965.

Leggendo in filigrana quei contenuti si può dedurre come, nel tempo, la condizione di disabilità è stata prima riconosciuta e poi, in parte, accolta.

La situazione odierna

Può essere definita come condizione precaria: alcuni risultati sono stati raggiunti, né possono essere messi in discussione, altri sono a rischio di riconoscimento, altri sono ignorati. Come ogni storia, anche quella della disabilità non è lineare e – scusate la franchezza – niente affatto scontata.

A mio parere, oggi, la condizione di disabilità è costretta a confrontarsi con due grandi temi culturali, politici e sociali insieme:

- la cultura del pensiero post moderno
- la cultura della precarietà

E' stato detto e scritto molto sul pensiero post moderno: la cultura dell'apparire, dell'essere visibili, ricchi, riusciti, perfetti, cinici pone la disabilità in termini di "minoranza vergognosa": essere disabili significa essere la contraddizione del pensiero debole che esalta la perfezione (vera o presunta) di persone che hanno raggiunto i risultati che la società si aspettava.

La cultura della precarietà aggiunge, nella qualità e nella quantità, un ulteriore elemento di svantaggio nel rispetto della condizione disabile. Già "chi sta bene" ha problemi di stabilità; non si può chiedere di essere ancor più precari, in nome di una "generosità" che presuppone abbondanza.

Sono questi i motivi che, a mio parere, hanno fatto riemergere contenuti che sembravano scomparsi nello schema dei diritti: la generosità, il privato sociale, il volontariato: attenzione, l'elemosina.

Ritorna lo schema di chi sta bene (fisicamente, economicamente, socialmente) e chi sta male. Chi sta bene si appropria dei diritti e ne ottiene tutela; chi sta male aspetta che siano i primi a concedere elargizioni.

La prima risposta

"Il nemico" da combattere è la cultura dell'efficienza a vantaggio della cultura dell'essere.

Ogni creatura, dal momento del concepimento a quello della sua morte, è espressione di una dignità che non può essere posta in trattativa.

Le radici di questo principio possono essere diverse: umane, religiose, civili. Abbiamo la fortuna di avere un'unica risposta alle condizioni degli esseri viventi: la loro dignità assoluta, incedibile, non patteggiabile. Piante, animali, persone. Il rispetto del creato, in tutte le sue manifestazioni, è un principio assoluto. Guai a cedere, anche minimamente, su questa dignità.

La dignità si esprime nel rispetto dell'essere umano, nelle condizioni di vita vivibile, nelle opportunità. Tale dignità va commisurata con le condizioni generali della vita del paese.

La seconda risposta

Con uno slogan forte direi: è la fine delle categorie dei disabili. Non esistono persone cieche, sorde, paraplegiche: esistono persone che hanno diritto (e il dovere) a vivere con dignità la loro vita. Vivono uno status con delle limitazioni, come d'altra parte ogni essere vivente. Attenzione: non sono "migliori" le limitazioni fisiche, rispetto a quelle psichiche; quelle infantili rispetto a quelle adulte o senili, quelle del nord Italia e del centro o del sud. La risposta sociale è chiamata al superamento delle limitazioni che impediscono alle persone di essere se stesse. Abbreviando: senza privilegi e senza emarginazioni.

Questo principio vale per tutti e per sempre. Ne consegue che la battaglia dei diritti è una battaglia comune. Di tutti, per tutti.

E' il cambio di una prospettiva che, se, nel riconoscimento della propria dignità, ha distinto in categoria le persone svantaggiate, non ha più senso che continuino ad esistere in una cultura che distrugge, comunque, il debole.

Gli esempi sono molti: il diritto alla casa è un diritto di chiunque. Che sia dotata di un ascensore è un dettaglio (indispensabile, ma pur sempre dettaglio) di un diritto che ogni individuo ha ad avere un'abitazione dignitosa.

L'orizzonte della solidarietà si allarga a dismisura: un quartiere vivibile, un luogo accessibile, un lavoro dignitoso è l'obiettivo di tutti e non solo del disabile.

La terza risposta

In questa scala di diritti di cittadinanza intervengono le situazioni singole che non hanno uguali risposte. Esempio classico: il lavoro. E chi non è in condizione di lavorare?

Stranamente, ma non troppo, seguire lo schema dell'efficienza, significa, in qualche modo definire la propria sconfitta. (Le parole superabile, diversabile non mi convincono). Non solo: significa inseguire lo schema del più forte, a svantaggio del più debole. In altre parole porre le basi per la guerra dei poveri.

Non esiste la disabilità; esistono le disabilità. A ognuno deve essere garantito il superamento della propria disabilità, a seconda delle condizioni di vita di ciascuno, perché possa vivere la vita con dignità e felicità. Se non è possibile garantire felicità, è doveroso porre le condizioni perché questa felicità sia raggiunta.

La conclusione

Quanto detto non ha voluto essere l'esercizio di uno schema perfetto di cittadinanza.

E' frutto dell'esperienza di persone e famiglie che hanno vissuto storie diverse, dovute alla disabilità. Tutte le storie vanno rispettate, anche quelle che, secondo i criteri di efficienza, non avrebbero alcuna possibilità di riuscita.

Ma una seconda e più forte preoccupazione mi ha accompagnato in queste ultimi anni: il ritorno subdolo, ma reale, dell'abbandono dello schema del rispetto, per passare alla mai tramontata filosofia della donazione.

Donare significa determinare (da chi ha) contenuti, quantità e modi del dono. Di fronte alle persone, prima di ogni dono, esiste il rispetto: per chiunque, dovunque, sempre. In nome della democrazia, della civiltà e – se mi permettete – della cristianità.

Tutto ciò vale per la società civile e per le istituzioni; per il governo centrale, per le regioni, province, comuni.

Sogno una legislazione che garantisca l'abitazione, il lavoro, l'istruzione, la salute, l'integrazione, il minimo vitale per tutti i cittadini della nostra repubblica. Solo all'interno di questa garanzia, a mio parere, è possibile modulare interventi diversi per condizioni particolari.