

# **LAVORO DI COMUNITA' E BENESSERE**

**Anno Accademico 2021/2022**

**UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI TRIESTE**

Dipartimento di Studi Umanistici

SF05 - SERVIZIO SOCIALE, POLITICHE SOCIALI, PROGRAMMAZIONE E  
GESTIONE DEI SERVIZI

**Docente: Felicitas Kresimon**

# Percorso

1. Il percorso di deistituzionalizzazione e il pensiero di Franco Basaglia (5/12.10)
2. Cooperazione Sociale Trieste, Italia, livello internazionale (26.10/2.11)
3. Peer to Peer (9.11)
4. Chiusura degli OPG (9.11)
5. Lavoro di Comunità - Progetto Habitat/Microaree (16.11)
6. Presentazioni/approfondimenti (7.12)

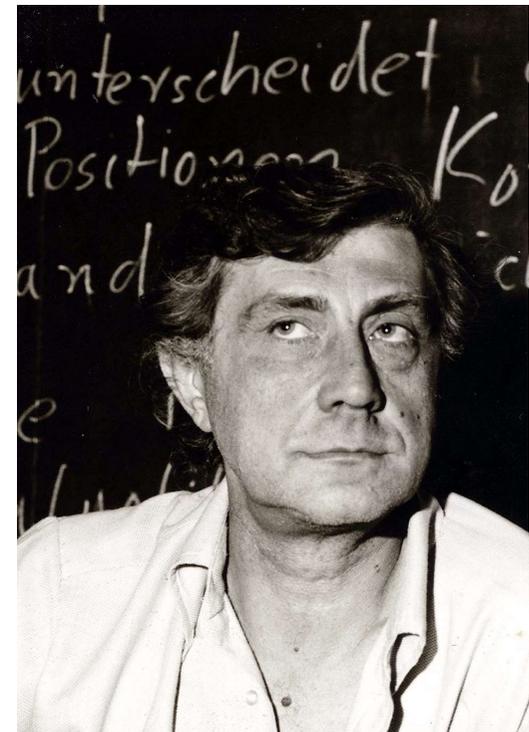
# Deistituzionalizzazione della cura e dei servizi nell'eredità di Basaglia

“The process for the reform of public psychiatric assistance which has taken place in Italy over the last 30 years has resulted in the transition from an asylum psychiatry based on exclusion and internment to a community mental health work-style based on inclusion and the restoration and construction of rights for persons affected with mental disorders.”

*Dr. Giovanna Del Giudice, Mental Health Department, Trieste 1998*

Photo: Franco Basaglia 1979

By MLucan - Own work, CC BY-SA 3.0, <https://commons.wikimedia.org/w/index.php?curid=31486632>



# Rivoluzione del '68

Guerra del Vietnam (1955 – 1975) dal 1965 con bombardamento da parte degli Stati Uniti d'America

Rivoluzione culturale Cinese: campagna politica tra il 1966 e il 1976, di Mao Zedong per il rafforzamento della sua posizione e autorità e l'eliminazione dei suoi avversari politici

Che Guevara, dal 1956 al 1959, un leader centrale (Comandante) dell'armata dei ribelli della rivoluzione Cubana

Primavera di Praga del 1968 con il tentativo, poi soppresso, del partito comunista di realizzare un programma di liberalizzazione e democratizzazione, sotto Alexander Dubček

Movimento femminista rafforzato dall'inizio degli anni 60, con una delle esponenti, Martha Nussbaum



Immagine:

<https://resistenzeinternazionali.it/wp-content/uploads/2018/05/68.jpg>

# Critica del Sistema Capitalista e delle “Istituzioni totali”

Negli anni '50 e '60 nascono prima negli Stati Uniti e poi in Europa movimenti di critica (anche da parte degli studenti) riferito ad un **sistema economico capitalista**, orientato soprattutto al mercato e al profitto di pochi.

## Critica:

Persone considerate “**non produttive**” vengono escluse ed espulse in “**istituzioni totali**”, perché non riescono a stare in un sistema che richiede standard e ritmi di lavoro orientati al solo profitto.

Spesso sono interi gruppi di persone che, causa la propria **debolezza (sociale, economica....)**, si trovano ad essere espulsi dal mercato.

# Definizione di “Istituzione Totale”

Strutture istituzionali, che diventano **organizzazioni del controllo della società**.

Tra essi:

**Manicomi, prigionie, campi di concentramento, campi di “accoglienza” di rifugiati.**

L'esclusione di interi gruppi di persone, spesso viene giustificata con il concetto della pericolosità.

L'istituzione rischia di diventare un **“Istituzione totale”** con una **funzione doppia e contraddittoria:**

**guarigione - controllo**

# Azione T4

**I campi di concentramento dei Nazisti – nascevano dagli istituti psichiatrici**

Nel 1939, a Berlino, veniva avviato il cosiddetto **T4-Programm** (prendendo il nome dell'indirizzo dove era stato pensato, Tiergartenstraße n. 4).

**La malattia mentale e la disabilità** venivano classificati come vita indegna. Attraverso il «programma T4» era stata pianificata e realizzata l'uccisione mirata di migliaia di persone con malattie psichiche o disabilità varie.



Dal 1939 al 1945 Eutanasia dei bambini

Dal 1940 al 1945 Eutanasia di adulti

→ Complessivamente sono stati uccisi attorno a 200.000 persone con disabilità e malattie psichiatriche

# Caratteristiche di Istituzioni totali

- **Concentrazione** di persone con vulnerabilità in istituzioni che hanno la primaria funzione di mantenere se stessi
- **Mancanza** di ogni forma di **democrazia** e partecipazione
- **Negazione dei Diritti Umani** e del diritto di autodeterminazione...
- ...con il risultato della **sottomissione ed esclusione** delle persone dai loro contesti sociali.

Photo «Morire di classe» (1969):  
<https://www.2001agsoc.it/materiale/sconfinamenti/Sconfinamenti.N14.pdf>



# Conseguenze individuali dell'istituzione totale

- La persona viene **cancellata come soggetto e portatrice di ruoli sociali**, normalmente vissuti nelle **diverse aree della vita** (socialità, famiglia, lavoro, tempo libero...)
- Viene ridotta ad un **unico ruolo di “malata”** e qualunque sua espressione viene **strumentalizzata in funzione alla diagnosi**
- **Perdita della rete sociale e appartenenza**
- **Perdita delle risorse materiali, emozionali e sociali**
- **Pericolo**: la persona si ammala di **“Perdita d'identità”**



Foto di [Gerd Altmann](#) da [Pixabay](#)

# Rivendicazioni dei critici

- Le **malattie** e le loro **cause** devono essere analizzate, anche in base alla loro **dimensione sociale**.
- **Non** sono le **persone “diverse”** (malate) che devono **adattarsi** alla società, ma è la **società** che deve adeguarsi e sviluppare il proprio potenziale di inclusione.
- Le persone “diverse” devono poter **accedere e partecipare alle risorse e opportunità della società**.
- **Liberazione da uno stato di “Oggetto”**.
- L' **“Istituzione totale”** deve trasformarsi in **“Impresa Sociale”**.



# Pensiero e pratica di Franco Basaglia

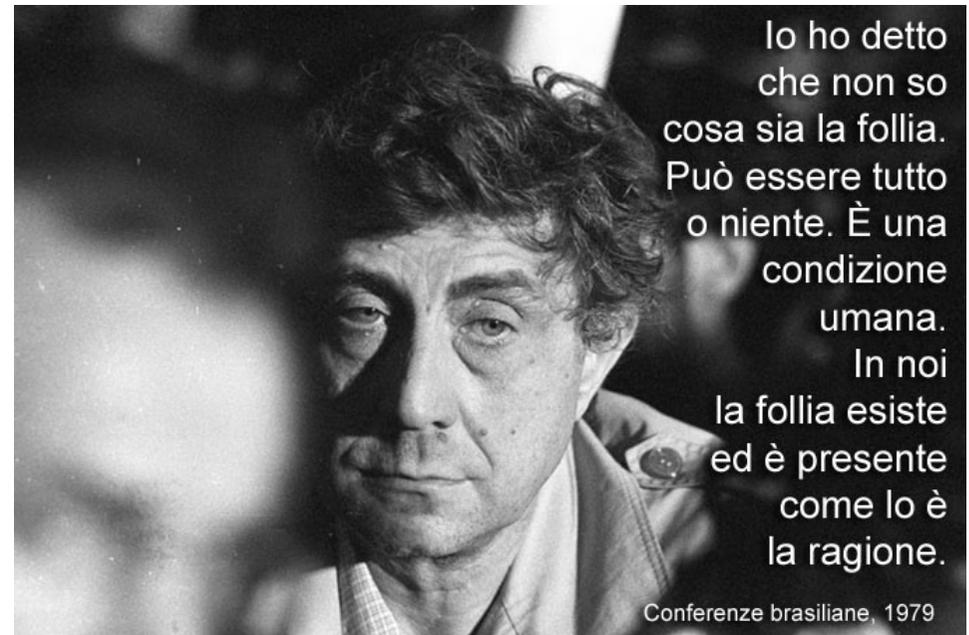
## Conferenze brasiliane

### Franco Basaglia

(Venezia, 11 marzo 1924 – 29 agosto 1980).

È stato uno psichiatra, neurologo, e docente italiano, innovatore nel campo della salute mentale, riformatore della disciplina psichiatrica in Italia, fondatore di Psichiatria Democratica e ispiratore della Legge 180/1978 (che ne prende il nome) e che introdusse la revisione ordinamentale degli ospedali psichiatrici in Italia promuovendo trasformazioni nel trattamento sul territorio dei pazienti con problemi psichiatrici.

*Wikipedia*



Io ho detto  
che non so  
cosa sia la follia.  
Può essere tutto  
o niente. È una  
condizione  
umana.  
In noi  
la follia esiste  
ed è presente  
come lo è  
la ragione.

Conferenze brasiliane, 1979

# Rapporto medico - paziente

«Il problema è che il medico crede di avere nelle sue mani **una cosa (diagnosi), e invece ha una persona**. La perversione della psichiatria è che ha il compito di **far diventare oggetto il soggetto**. La persona che viene internata, protesta per il suo internamento. Ma la prima cosa che viene fatta è un'iniezione se non viene legata con la camicia di forza.»

Basaglia critica, che il medico e la medicina propongono un **rapporto di oppressione e violenza e non vedono il malato come una persona**. È invece, un essere sociale, un individuo un soggetto.

Il meccanismo del potere è di conseguenza il problema fondamentale nel rapporto tra medico e paziente (ma anche tra uomo e donna, genitore e figlio/a ecc.).

Il medico deve accettare la contestazione del malato e quindi la sua soggettività. Altrimenti rimane nel rapporto di potere.

Photo «Morire di classe» (1969):  
<https://www.2001agsoc.it/materiale/sconfinamenti/Sconfinamenti.N14.pdf>



**Il rapporto di potere è intrinseco all'istituzione**, all'interno della quale vengono **definiti i ruoli** e viene **legittimato il tipo di relazioni tra essi**. Voler distruggere l'ospedale significa, mettere in discussione i ruoli e restituire ai pazienti il proprio potere.

Significa dimostrare, che il **problema della follia è legato alla condizione umana** e che la malattia è una contraddizione che si verifica in un contesto sociale, nella relazione tra noi e il corpo sociale.

Basaglia vede quindi la malattia come un prodotto sociale, che **si manifesta in interazione tra tutti i livelli di cui l'essere umano è composto**: biologico, sociale, psicologico....



## La dimensione sociale

Sia il carcere che il manicomio avrebbero il mandato di riabilitare la persona. In realtà, i manicomi e carceri **servono a confinare le devianze dei poveri, a emarginare chi è già escluso dalla società, chi non era produttivo** in una società basata sulla produttività, e quindi erano inutili per una organizzazione sociale come questa.

Nel momento in cui si da risposte alla **povertà dell'internato**, questo cambia totalmente posizione. **Non più solo malato ma persona con la quale entrare in relazione, con bisogni di un rapporto umano, di risposte reali per il suo essere, denaro, famiglia, una persona con tutte le sue necessità.**



# Prime esperienze di deistituzionalizzazione in Europa

Anni sessanta, esperienze in:

- **Inghilterra** – *comunità terapeutica*
- **Francia** – *psicoterapia istituzionale e psichiatria di settore*

Ma, costruendo nuove ideologie scientifiche che hanno prodotto nuove forme di controllo sociale, senza eliminare il manicomio e la violenza verso le persone malate.

«Se abbiamo la possibilità di internare la persona, lo facciamo. Per questo c'è la necessità di creare servizi comunitari di tipo nuovo.»



«Pare che le istituzioni non servono per tutelare il cittadino ma a difendere e conservare lo stato.

Noi ci siamo chiesti come potevamo superare questi meccanismi di criminalizzazione del bisogno attraverso la creazione di un nuovo tipo di organizzazione.»

## Inghilterra:

- vinto la guerra, ma perso le colonie aveva bisogno di rinnovare l'organizzazione della società. Nel 1959 il governo laburista promuove la riforma sanitaria e crea il servizio sanitario nazionale di cui la psichiatria fa parte. Infatti, **il manicomio avrebbe dovuto funzionare con tutte le caratteristiche dell'ospedale generale, così come il generale doveva assolvere le funzioni dell'ospedale psichiatrico, scoprendo che si può gestire la situazione senza il ricorso alla violenza.** Con questa logica nasce la **prima apertura del manicomio con il concetto della comunità terapeutica** in cui anche il malato più grave comincia ad esser parte attiva della comunità. Nascono quindi le **prime forme di deistituzionalizzazione** e emergere degli aspetti sociali della psichiatria.
- Un processo di breve durata che evidenzia che la Comunità terapeutica è solo un riciclaggio della vecchia gestione manicomiale. Quando la società non ha più bisogno della persona, la rimanda nel manicomio che ha solo una gestione un po' più morbida.

## Francia:

- Battaglia reale per l'apertura del manicomio a Saint - Alban. Da lì nasce il movimento della **"psicoterapia istituzionale"** che diede origine alla psicoterapia istituzionale lacaniana.
- Inoltre fu creata la **"psichiatria di settore", una organizzazione in cui l'équipe psichiatrica cura le persone sul territorio,** trasportando però fuori la logica del manicomio

# Italia

## Gorizia:

- utilizzo della comunità terapeutica che permetteva alla persona di esprimersi in assemblee quotidiane con libertà in una nuova relazione medico-paziente, ma rimaneva ugualmente uno strumento di controllo sociale. **In qualunque modo il manicomio fosse amministrato sarebbe rimasto un luogo di controllo e non di cura. Il solo modo quindi: eliminazione del manicomio. Non era possibile trovare una nuova scienza con i codici vecchi.**
- Diventa evidente la necessità del lavoro con la popolazione e con le idee sulla malattia mentale; come anche il collegamento con le organizzazioni politiche che vogliono l'emancipazione del popolo.
- Rispondere non solo alla schizofrenia della persona ma alla persona con i suoi bisogni di affetto, denaro, lavoro.... La sua dimensione sociale e politica.



## Esperienza Trieste

avviata nel 1971, diventa un proseguito dell'esperienza a **Gorizia**.

- “...Importante entrare direttamente nel tessuto sociale per creare i presupposti di un consenso finalizzato, non tanto a una maggiore tolleranza, quanto a **una presa di responsabilità, a una presa in carico da parte della comunità di problemi che le appartengono...**”
- **Inizio di discussione sulle dimissioni del paziente, anche con le persone della comunità** che si rendeva conto che le necessita del paziente non erano diverse dalle sue, un inizio di identificazione e solidarietà.
- Ciò era necessario anche, per **superare la convinzione che il matto fosse pericoloso**, riportandolo in strada e nella vita sociale.

*“Una comunità ha una storia e ogni storia della comunità è l'insieme di tante storie, espressione di varie soggettività che devono essere rispettate.*

*Se noi non teniamo presenti questi principi, non possiamo pensare alla trasformazione politica di una comunità, perché la trasformazione politica non sarà altro che il contrario della situazione precedente: cambierà il padrone ma la situazione resterà la stessa.”*

I medici cominciarono a vedere davanti a loro più una **situazione di crisi (soggettiva) che di malattia** (oggetto-diagnosi). Arrivavano quindi a creare una situazione tendenzialmente terapeutica, una relazione di libertà.

La lotta all'interno dell'équipe diventava una **lotta per l'emancipazione** e non per la distruzione della persona.



# Come?

- Abolizione di qualsiasi misura coercitiva
- Ricostruzione della storia/della biografia delle persone
- Restituzione dell'autonomia materiale ed economica
- Creazione di una rete sociale per consentire la partecipazione attiva allo scambio di relazioni sociali e servizi di supporto



trnava-university-8Xwe18VECXk-unsplash

# Sviluppo interno delle strutture democratiche

- Riunioni con tutto il personale
- Incontri settimanali tra personale e pazienti
- Feste, eventi e iniziative culturali
- Aprire le porte agli estranei: famiglie, artisti ... ..



# Costruzione di strutture alternative all'esterno

- Conversione dei reparti in **gruppi appartamenti** in cui inizialmente vivevano le persone. Queste ora, venivano chiamate «**ospiti**»
- Alcune delle **équipe multidisciplinari ora lavoravano direttamente sul territorio** e vi accompagnavano le persone dimesse
- **Nessuna nuova accoglienza** nell'ospedale psichiatrico
- Sviluppo degli primi **Centri di Salute Mentale (CSM)** per ridurre l'uso dell'ospedale: facile accesso, camere ampie e multifunzionali con servizi confortevoli e 4-5 posti letto
- 1976 **Formalizzazione attraverso la politica**

**Nel 1973, Marco Cavallo,** accompagnato da 600 «matti», esce la prima volta dal manicomio di Trieste, per arrivare fino in Piazza Unità. Con nella pancia i sogni degli internati, doveva il suo nome a un vero cavallo, salvato dal macello l'anno prima dai pazienti dell'ospedale psichiatrico.

Nello stesso anno, Trieste viene designata "zona pilota" per l'Italia nella ricerca dell'OMS sui servizi di salute mentale.

**Nel gennaio 1977 viene annunciata la chiusura del manicomio "San Giovanni" di Trieste entro l'anno.**

25.03.1973



## La legge 180/1978

Il 13 maggio 1978 il parlamento italiano approva la legge 180 «Legge Basaglia»

- La legge determina la chiusura di tutti gli ospedali psichiatrici in Italia e parallelamente l'obbligo di creare un sistema decentralizzato, ancorato nel territorio e nella comunità.
- Modifica le regole per il TSO (Trattamento Sanitario Obbligatorio) che ora può essere prescritto soltanto in casi eccezionali per una sola settimana e deve essere firmato dal sindaco. Un atto simbolico che sottolinea la necessità di assunzione del problema da parte della comunità.
- **Nel 1980, il manicomio di Trieste viene ufficialmente chiuso.**



<https://www.operatoresociosanitario.net/leggi-e-norme/legge-18078-13-maggio-1978-n-180-accertamenti-e-tso>

## **1978, anno di riforme**

- 13 maggio 1978, approvazione della legge 180 di riforma psichiatrica
- 22 maggio 1978, approvazione della legge 194 per l'interruzione della gravidanza e istituzione dei consultori
- 23 dicembre 1978, approvazione della legge 833 che ha istituito il Servizio Sanitario nazionale su base universalistica

**«La riforma non è una macchina che una volta messa in moto va avanti da sé, è un processo che deve essere continuamente alimentato»**

# Obiettivi principali della deistituzionalizzazione e del sistema decentralizzato

- **Integrazione ed inclusione** delle persone, prima escluse dal contesto sociale
- Restituzione dei diritti umani e civili
- Restituzione della possibilità di essere soggetto e **riconoscimento dell'individualità e della diversità delle persone**
- Il contesto sociale, il **territorio**, deve sviluppare la propria capacità integrativa



a href='httpsit.freepik.comphotossociale'Sociale foto creata da freepik - it.freepik.coma

# Organizzazione del sistema decentralizzato

Istituzione del **Dipartimento di Salute Mentale** nel 1981, con formale delibera del suo regolamento a dicembre 1995.

- 4 Centri di Salute Mentale (CSM) in 4 aree territoriali (distretti) e 1 CSM sperimentale
- Servizio abilitazione e residenze
- Servizio di diagnosi e cura presso l'ospedale Maggiore
- Clinica psichiatrica Universitaria
- Collaborazione con la rete territoriale e le Cooperative Sociali su temi di socialità, casa e lavoro



# Dipartimento Salute Mentale

## Art. 1 del regolamento

- Il Dipartimento per la tutela della salute mentale è la struttura operativa dell'Azienda per i servizi sanitari finalizzata alla **prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione nel campo della psichiatria e all'organizzazione degli interventi rivolti alla tutela della salute mentale dei cittadini;**
- è compito del Dipartimento operare per **rimuovere qualsiasi forma di discriminazione, stigmatizzazione, esclusione** nei confronti delle persone portatrici di disagio e disturbo mentale, e **partecipare a promuoverne attivamente i pieni e completi diritti di cittadinanza;**
- il Dipartimento garantisce che i servizi e i presidi per la salute mentale operanti nell'Azienda sanitaria costituiscano un complesso organizzativo unico e coerente, avendo attenzione di **evitare qualsiasi frammentarietà e carenza di azioni, assicurando lo stretto coordinamento** tra i servizi stessi e gli altri servizi dell'Azienda sanitaria, con particolare riguardo ai servizi distrettuali e al raccordo con la comunità e le sue istituzioni.

# **CENTRI DI SALUTE MENTALE (CSM)**

- Ospitalità notturna
- Day hospital
- Attività ambulatoriali
- Attività domiciliari
- Terapia individuale e di gruppo
- Supporto / attivazione psicosociale di reti
- Riabilitazione psicosociale

- Accompagnamento in percorsi abitativi, incluso gruppi appartamenti – abitare assistito
- Sostegno nei percorsi di formazione professionale
- Inserimento lavorativo in collaborazione con le Cooperative
- Socialità, aggregazione e tempo libero

# Principi e valori dei servizi deistituzionalizzati

- sono orientati ai **bisogni** e **desideri** dei loro utenti
- hanno un'organizzazione orizzontale e democratica, sono aperti e partecipativi
- **sono flessibili** nei loro interventi ed azioni
- sono disponibili alla **continua trasformazione (deistituzionalizzazione continua)**
- Collaborano con **soggetti privati e del non profit** al fine di garantire uno sviluppo democratico e diversificato di un modello di salute mentale

- **riconoscono la persona e non solo la sua malattia**
- trattano con **rispetto** il cittadino con i suoi diritti
- promuovono **reti sociali e ruoli diversificati**
- rinforzano **l'autostima e consapevolezza delle persone**
- si prendono cura dei **bisogni pratici** e concreti dei loro utenti
- collaborano ad una **modifica della percezione del territorio** rispetto al tema dell'inclusione

# Budget di Salute

- Progetto Terapeutico Riabilitativo Personalizzato (PTRP) con Budget Individuale di Salute (BIS)
- A partire dal Piano Sanitario e Sociosanitario 2006-2008 il Progetto assistenziale Personalizzato è stato individuato come “lo **strumento fondamentale per affermare la centralità della persona e dei suoi bisogni e per garantire la continuità della cura**”
- Il progetto personalizzato, viene introdotto come un “contratto”, tra sistema pubblico e cittadino, rinnovabile e aggiornabile che **definisce**: interventi da attivare, durata, regia e corresponsabilità, modalità e tempi per il monitoraggio, risorse messe a disposizione dai servizi pubblici, dalla persona stessa e dal suo contesto di vita e risorse della collettività solidale.

## **Metodologia per la redazione del PTRP con BIS**

- la condivisione nell'èquipe di riferimento del progetto di intervento, degli obiettivi e delle azioni e delle risorse complessive da mettere in campo;
- la co-progettazione degli interventi tra i servizi sanitari, sociosanitari e sociali pubblici e del privato sociale coinvolti con la persona e la famiglia ove presente;
- la promozione del lavoro di rete in un'ottica di community care;
- la individuazione delle risorse messe in campo sui soggetti coinvolti negli interventi.

## Progetti PTRP con BIS servizi abilitazione e residenze – cooperazione sociale

I progetti vengono sviluppati attorno alle **tre assi**: Casa, Lavoro e Socialità

Le attività possono essere: **individuali o di gruppo**

E di diverse **intensità**:

- Alta ed altissima intensità
- Medio - alta
- Media
- Medio - bassa
- Bassa

**Casa:** cura della persona e dell'ambiente, nonché lo sviluppo di possibilità e capacità nell'abitare contrastando l'istituzionalizzazione delle persone. Gli interventi si concretizzano nella creazione di "opportunità di abitare" orientati alla domiciliarità, anche in piccoli nuclei di convivenza assistita con supporti variabili;

**Lavoro:** supporto allo sviluppo delle capacità finalizzato al raggiungimento di integrazione e inclusione sociale e di una sempre maggiore indipendenza dal circuito assistenziale attivando le diverse misure di sostegno specifico;

**Socialità:** supporto al mantenimento/sviluppo di abilità e competenze relazionali e sociali e per costruire/mantenere relazioni e legami con reti amicali, familiari e sociali, nel mondo vitale delle persone e nel contesto territoriale.



# Peer to Peer

Con l'approccio **Peer to Peer** si vuole sviluppare possibilità concrete affinché gli “utenti” vengano **riconosciuti come esperti** capaci di trasmettere informazioni e conoscenza, al fine di sviluppare una posizione e un ruolo di autonomia e potere.

- Diritto alla dignità e al rispetto
- Potere della scelta
- Avere il controllo della propria vita
- Accesso a risorse ed informazioni
- Concentrazione sulla **persona come risorsa** e non solo sul problema

# Competenze specifiche dei Peer worker

Le ferite, spesso, sorgono nelle relazioni e possono essere "curate" solo lì o sostituite da nuove immagini di relazioni.

Il rinforzo positivo in questo senso non avviene mai solo nella singola persona, ma anche nell'area delle esperienze sociali.

**I peer to peer worker forniscono la propria esperienza, consapevolezza e competenza e mostrano che ci sono vie d'uscita dalla crisi.**



priscilla-du-preez-XkKCui44iM0-unsplash

## La punta dell'iceberg ...

- I PEER aiutano anche i professionisti a vedere cosa c'è sotto il livello dell'acqua, **non solo i sintomi**. La parte più consistente di una persona è nascosta sotto il livello dell'acqua e non è visibile nel contesto istituzionale.
- La parte subacquea trasporta tutto ciò che è visibile sopra il livello dell'acqua

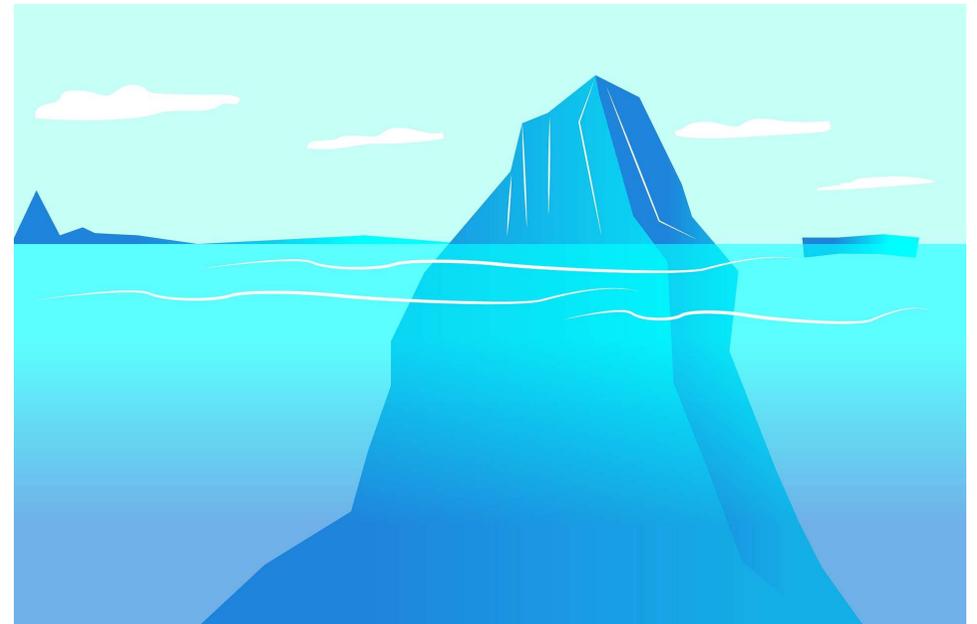


Foto di [Mote Oo Education](#) da [Pixabay](#)

# ...e cosa c'è sotto

Aiutando a rendere visibile ciò che si trova sotto la superficie, i peer worker aiutano:

- a ritrovare l'identità perduta e il senso delle cose
- a rafforzare la capacità di far fronte al dolore
- a rendere l'esperienza consapevole
- promuovere un senso di connessione con gli altri
- a riconquistare il linguaggio e la propria narrazione, lontano da un linguaggio tecnico

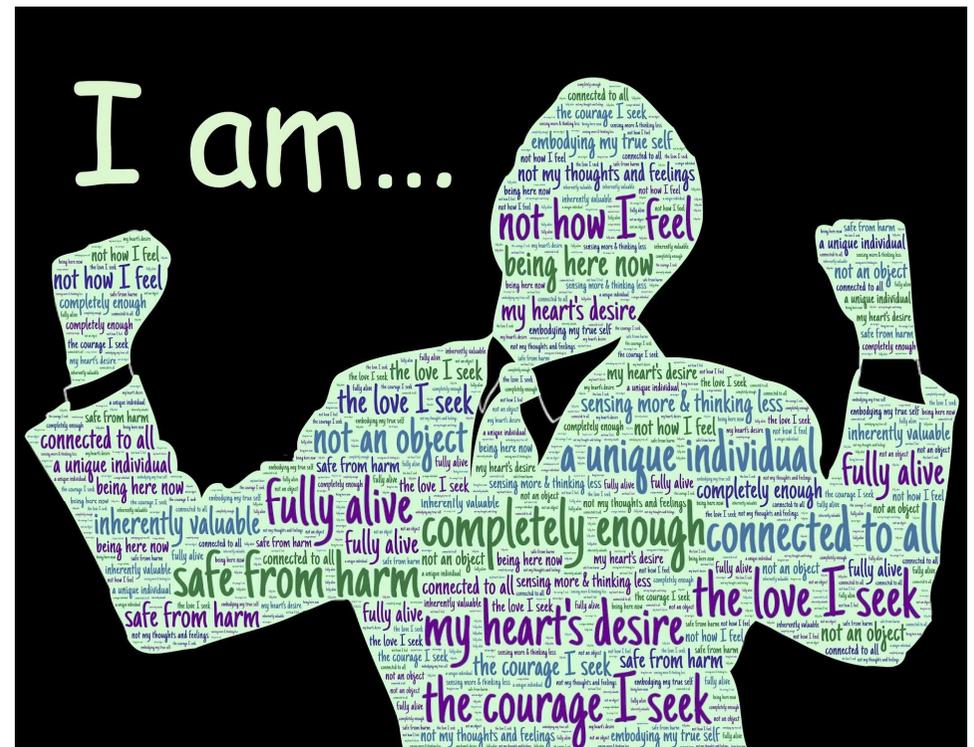


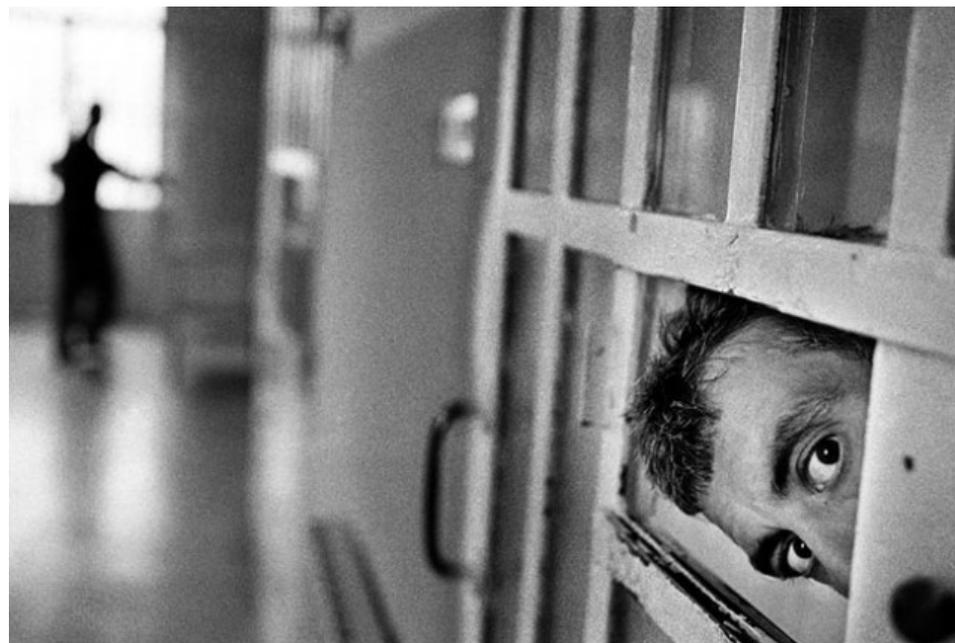
Foto di [John Hain](#) da [Pixabay](#)

# Chiusura dei Ospedali Psichiatri Giudiziari (OPG)

Il 31 marzo 2015 si è conclusa la chiusura degli Ospedali Psichiatrici Giudiziario.

Fino a quel momento, c'erano 6 OPG in tutta Italia: Montelupo Fiorentino, Aversa (Caserta), Napoli, Reggio Emilia, Barcellona Pozzo di Gotto (Messina), Castiglione delle Stiviere (Mantova).

Nel 2010 vi sono state ospitate 1.600 persone, 100 delle quali donne.



[https://www.redattoresociale.it/media/opg\\_uomo\\_che\\_guarda\\_da\\_le\\_sbarre](https://www.redattoresociale.it/media/opg_uomo_che_guarda_da_le_sbarre)

# Base giuridica per la chiusura degli OPG

«**Decreto Prodi**» del **2008**: la competenza e responsabilità viene trasferita alla sanità. Gli OPG dovranno essere chiusi entro tre anni e si dovranno creare strutture alternative.

**Nuova legge 2012**: tutte le regioni devono creare strutture e la responsabilità è esclusivamente del servizio sanitario. Le misure di sicurezza vengono prese solo all'esterno delle strutture.

Il termine per la chiusura degli OPG viene nuovamente prorogato dalla **Legge 81 del 2014** e viene fissato al 31 marzo 2015

# Critica delle OPG

- Sono **carceri** soggette alla magistratura e al sistema giudiziario
- Non sono in grado di fornire **cure** mediche e terapeutiche adeguate e percorsi di riabilitazione
- **Personale** impiegato puramente giuridico
- I **spazi** sono del tutto inadeguati
- Non sono fissati **limiti** massimi e sono quindi spesso sovraffollati
- Basso **costo**, le risorse investite sono insufficienti

# Misure alternative

- I giudici sono tenuti a determinare se sono possibili **misure alternative**. È preferibile il trattamento in comunità, ospedale o istituto penale.
- Le **REMS** (Residences for the Execution of Security Measures) sono predisposti per un massimo di 20 clienti. Sono previsti finanziamenti e risorse per avviare programmi terapeutici.
- Il periodo di **detenzione** dovrebbe essere il più breve possibile e comunque non superiore alla pena detentiva massima assegnata al reato in questione. I **servizi di sicurezza** sono attivati solo all'esterno della struttura.

# REMS

- I REMS sono visti come **centri di riabilitazione** basati sul principio dell'assistenza sanitaria, con un approccio esclusivamente terapeutico
- Il **personale** impegnato nei REM dovrebbe provenire dal settore sanitario e sociale. Ha una funzione di monitoraggio (ma non di controllo penale) e il compito di attuare misure sanitarie e riabilitative
- Coinvolgimento dei **servizi psichiatrici territoriali**
- Incremento delle misure nelle carceri - **prevenzione**
- **Coinvolgimento** dei cittadini e del territorio

## I NUMERI

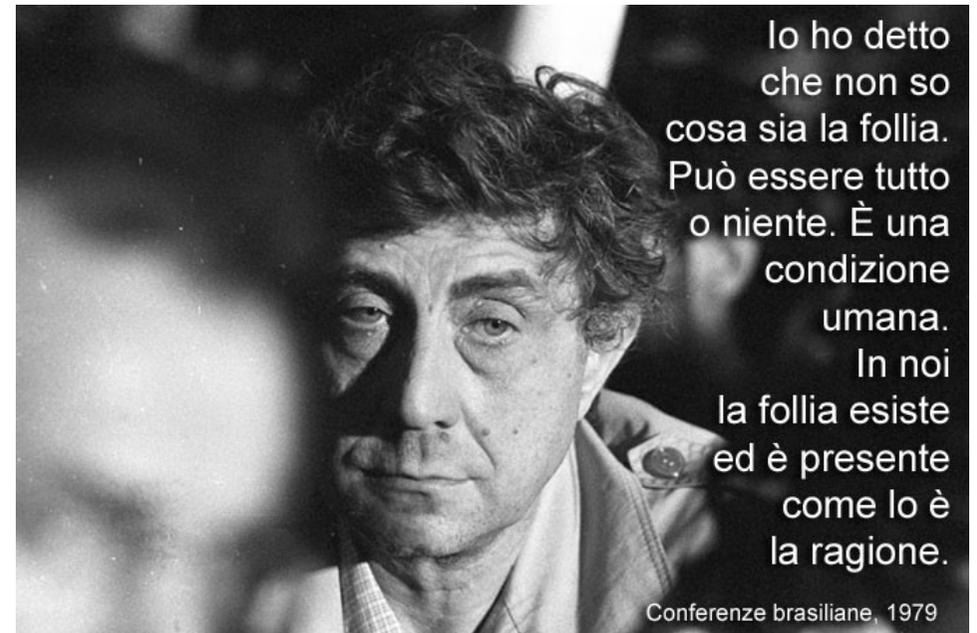


## **Passaggio successivo: la questione della colpevolezza e pericolosità**

- Secondo il diritto penale italiano, una persona che non è stata dichiarata incapace di intendere e volere non poteva essere condannata alla reclusione. In caso di valutazione dei pericoli, veniva quindi collocata in un OPG.
- Il concetto di pericolo sociale è sopravvissuto: l'articolo 203 del codice penale italiano del 1931.
- Le sentenze della Corte Costituzionale dell'8 luglio 1982 n ° 139 e del 15 luglio 1983 n ° 249, hanno eliminato la connessione che collegava una mancanza di responsabilità penale con il pericolo sociale.
- Dal 2003, ai giudici è stata concessa discrezionalità e ora possono anche proporre una struttura non forense per la detenzione. Medici e personale giudiziario devono collaborare su questo aspetto.
- **Obiettivo oggi: abolire l'articolo sull'incapacità, tutti dovrebbero avere diritto a un processo!**

**Abbiamo dimostrato, che il folle è pericoloso come qualsiasi altra persona che agisce nella società. Questo è "l'ottimismo della volontà" (Gramsci), o "ottimismo della pratica" (Basaglia) tramite una pratica che modifica la realtà, rifiuta i codici scientifici consolidati et è anche una scelta morale.**

Il cambiamento parte da ciascuno di noi e dalla nostra capacità di cambiare la nostra pratica.



Io ho detto  
che non so  
cosa sia la follia.  
Può essere tutto  
o niente. È una  
condizione  
umana.  
In noi  
la follia esiste  
ed è presente  
come lo è  
la ragione.

Conferenze brasiliane, 1979