

1° Aprile 2015. Chiude, non chiude, chiude, non chiude: quanti petali mancano alla chiusura degli OPG?

Mario Iannucci¹
Gemma Brandi²

Ornella Favero, Direttore di “Ristretti Orizzonti”, ci ha pregati di esprimere una sintetica opinione sul “superamento dell’OPG”. Lo faremo a partire da due cose recentemente accadute su “Ristretti”. La prima circostanza. Nella “lettera” di uno di noi, pubblicata pochi giorni or sono da questa testata³, sicuramente a causa del ‘correttore automatico’ il termine usato in un passaggio, che era quello di *seclusione*, è stato sostituito con quello di *reclusione*. La seconda circostanza. L’On. Luigi Manconi, sociologo e senatore, ha recentemente pubblicato, su l’Internazionale e su Ristretti, un articolo nel quale ci spiega che “il carcere va abolito”. Luigi Manconi sviluppa le sue considerazioni a partire dal dato, assolutamente incontestabile, che la mortalità per suicidio della popolazione detenuta è decisamente superiore a quella della popolazione generale.

Queste due circostanze si legano inestricabilmente tra di loro per via di un *fatto* ineludibile, ampiamente documentato da tutte le indagini scientifiche compiute nelle carceri di tutto il mondo, un fatto di cui Luigi Manconi non parla: la “prevalenza”⁴, nelle carceri, dei disturbi psichici maggiori, specie di quelli psicotici, è incomparabilmente superiore a quella riscontrabile nella popolazione generale. Tale prevalenza cresce a dismisura se fra i disturbi mentali vengono inclusi gli “abusi abituali e le dipendenze da sostanze”, specie quelle stupefacenti (come si fa in tutto il mondo scientifico, a partire dalla ICD, International Classification of Diseases). Le carceri albergano quindi, usualmente, persone che presentano rilevanti disturbi psichici e che, in maniera inconsapevole, tendono a *secludersi nei penitenziari*, nei luoghi di pena e di penitenza.

Queste circostanze - la seclusione, la fortissima prevalenza delle malattie mentali reclusi e l’abolizione del carcere - hanno un evidente rapporto con il *superamento degli OPG*. Cerchiamo di capire perché. Le varie disposizioni di legge e le varie indicazioni ministeriali sul *superamento degli OPG*, emanate dal 2011 ad oggi, vanno tutte in una direzione inequivocabile: ridurre gli ingressi negli OPG/CCC. Nel contempo le suddette disposizioni hanno stabilito che gli OPG/CCC non si debbano più chiamare così, ma che debbano avere il nome di REMS-D (Residenze per l’Esecuzione delle Misure di Sicurezza – Detentive), che dette Residenze siano limitate nel numero dei posti letto (non dovrebbero superare i 20 posti), che al loro interno vi debba essere personale sanitario e non di polizia, che la sorveglianza di polizia debba essere

¹ Psichiatra psicoanalista, Specialista In Psichiatria della CC di Sollicciano e del SSM di Firenze, mario.iannucci@asf.toscana.it

² Psichiatra psicoanalista, Direttore Salute Mentale Adulti Firenze 1-4 e Istituti di Pena, reofolle@virgilio.it

³ <http://www.ristretti.org/Le-Notizie-di-Ristretti/lettere-la-villa-ambrogiana-e-le-trasformazioni-dellopg>

Il passo era questo: “Un tempo la società civile [...] destinava alla reclusione, all’internamento e alla seclusione i luoghi più belli [...]”.

⁴ La prevalenza è un concetto statistico e rappresenta l’insieme di tutti i casi esistenti in un determinato momento e in una determinata popolazione

‘esterna’ e che l’intervento della polizia all’interno debba avvenire solo su richiesta del personale sanitario. Le stesse disposizioni (di legge e ministeriali) stabiliscono che l’applicazione delle misure di sicurezza detentive (quelle che sono necessarie per l’ingresso nelle REMS-D) debba avere luogo solo come *extrema ratio*, quando non è possibile adottare alcuna altra misura terapeutica/trattamentale per il malato di mente autore di reato. Non solo: la legge 81/2014 stabilisce, inoltre, che per valutare la pericolosità sociale (la cui presenza è *condicio sine qua non* per l’applicazione della misura di sicurezza) non si debbano tenere in considerazione “le condizioni di vita individuale, familiare e sociale del reo”. La stessa legge ha stabilito poi che le misure di sicurezza detentive non possano essere prorogate per un periodo che superi il massimo della pena prevista per il/i reato/i commesso/i dalla persona “inferma o seminferma di mente”. Le norme suddette prescrivono, inoltre, che negli OPG/CCC (e quindi nelle REMS-D) non debbano più essere inviati i soggetti affetti da grave patologia psichica “sopravvenuta durante la condanna” (di cui all’art. 148 cp), i “minorati psichici” (di cui all’art. 111 DPR 230/2000; si tratta, ad esempio, dei soggetti che, condannati come “seminfermi di mente”, stanno scontando la pena ordinaria) e, infine, i soggetti in “osservazione psichiatrica” (ex art 112 DPR 230/2000). Tutti questi soggetti dovrebbero (poiché già sono stati “dimessi” dagli OPG/CCC) trovare posto in appositi “Reparti Psichiatrici” delle carceri, reparti previsti dalle suddette disposizioni, ma ancora lontane dall’essere organizzate.

Quello che è chiaro, al di là di ogni atteggiamento ipocrita o menzognero, è che il 1° Aprile 2015 gli OPG non potranno essere “chiusi”. Alcuni OPG/CCC si sono già trasformati in REMS-D (come Castiglione delle Stiviere), alcune REMS-D fuori dagli OPG sono state individuate, alcune REMS (non detentive) già funzionano da tempo, ma nel complesso, due giorni prima della fatidica *dead line* per la chiusura degli OPG annunciata quattro anni or sono (quattro anni!), possiamo dire con certezza che gli OPG, il 1° Aprile 2015, non chiuderanno. In questa fase assisteremo senz’altro a una certa confusione e a un comprensibile spaesamento dei giudici e degli operatori del settore, che saranno “costretti” tra le vecchie norme dei codici ancora in vigore (sia quello penale che quello di procedura) e le disposizioni del *superamento degli OPG*. Ma è inutile piangere sul latte che è (e che sarà) versato. Vediamo invece cosa andrebbe immediatamente fatto in tutte le Regioni (alcune delle quali sono avvantaggiate rispetto ad altre):

a) Le REMS-D regionali, (con una capienza limitata e una organizzazione sanitaria che risponda ai criteri ritenuti convenienti dai competenti organismi sanitari della Regione di appartenenza) andrebbero subito individuate (le Regioni avrebbero dovuto individuarle da tempo) e andrebbero rese operative nel tempo massimo di sei mesi (gli stanziamenti economici sono previsti in abbondanza). Anche la “attività perimetrale di sicurezza e di vigilanza esterna” andrà organizzata come riterranno più opportuno i vari attori interessati (Salute, Giustizia e Interni), che dovranno deciderlo, se non lo hanno già fatto, entro il 1° maggio 2015.

b) I vari DSM (Dipartimenti di Salute Mentale) dovrebbero assicurare un intervento precocissimo sui pazienti autori di reato, sia che si tratti di persone già precedentemente in cura presso i CSM (Centri di Salute Mentale), sia che si tratti di “sconosciuti”. L’intervento precoce dovrebbe anche riguardare l’assessment psichiatrico forense, per le parti relative alla imputabilità, alla capacità processuale e alla pericolosità sociale.

Solo con un intervento pronto e competente dei DSM si può pensare di utilizzare in maniera conveniente strumenti utili alla cura (e all'esercizio di un diritto mite) come ad esempio le sentenze 253/2003 e 367/2004 della Consulta, che consentono di applicare misure di sicurezza non detentive al posto di quelle detentive.

c) I vari DSM dovrebbero potenziare e raffinare il loro intervento all'interno degli istituti ordinari di pena, realizzando un vero intervento multi professionale di salute mentale che consenta di prendere davvero in cura le numerosissime persone che, nelle carceri, soffrono di gravi disturbi psichici. Almeno in una grande Casa Circondariale di ogni Regione andrebbe organizzato un "Centro Residenziale di Salute Mentale" (meglio chiamarlo così che "Reparto Psichiatrico") che abbia diverse funzioni: osservazione psichiatrica, trattamento dei detenuti ivi ricoverati ex artt. 148 cp (che andrebbero aggiornati), terapia dei detenuti 'minorati psichici' che ne avessero bisogno, terapia delle fasi di maggiore scompenso dei molti detenuti con seri problemi mentali.

d) I DSM dovrebbero articolare in modo assai più stretto e funzionale la loro collaborazione con i Ser.T. e con le altre agenzie che si occupano della salute dei detenuti, tenendo conto che *maggior salute significa maggiore sicurezza*. A questo proposito va ripensato ad esempio in maniera radicale la funzione e l'inquadramento dei molti psicologi "penitenziari", i quali rimanendo dipendenti funzionalmente dal ministero della Giustizia e non occupandosi di clinica e di terapia, continueranno ad esercitare all'interno delle carceri una funzione troppo modesta rispetto alle potenzialità della loro professione. I DSM dovranno ricercare una integrazione e una collaborazione diversa con tutti gli altri operatori penitenziari, specie con quelli di Polizia, i quali stanno quotidianamente a contatto con soggetti che presentano spesso una rilevante sofferenza psichica: la formazione del personale di Pol. Pen., con un adeguamento a compiti trattamentali che sono anche, sempre più, di "terapia", andrebbe radicalmente ripensata e adeguata agli standard culturali del personale, che è senza dubbio cresciuto negli ultimi anni.

e) La collaborazione con gli organismi giudiziari di tutto il DSM (e non solo delle sue articolazioni penitenziarie) sarà assolutamente necessaria e dovrà quindi essere indefessamente ricercata. Su questa collaborazione interistituzionale, costruita con tenacia a partire da una reciproca e fertile contaminazione, potranno crescere soluzioni ragionevoli e non pericolose per il *mentally ill offender*. La forensizzazione* dei Servizi di Salute Mentale, con un ritorno alla competenza che fu quella delle origini della Psichiatria più di due secoli or sono, potrà portare enormi benefici alla Salute Mentale e alla Giustizia. La preparazione universitaria degli operatori, a riguardo, andrà radicalmente ripensata.

f) Una competente offerta trattamentale (anche residenziale) per il paziente autore di reato dovrà essere implementata e diffusa sul territorio. In questo modo si potranno decongestionare gli OPG e le carceri, senza peraltro creare, fuori dai luoghi di detenzione, problemi di sicurezza.

In Toscana abbiamo da molti anni imboccato la strada della utilizzazione pronta ed elastica degli strumenti legislativi e normativi che sono già a disposizione. La Regione pare abbia disegnato un piano di intervento attraverso il quale, con una REMS-D di venti posti letto, con cinque Residenze Intermedie dedicate, due per ogni Area Vasta, per complessivi quarantotto posti letto e, soprattutto, con l'adozione di tempestivi programmi terapeutico/trattamentali dei DSM per i pazienti autori di reato, si potrebbe giungere a

un graduale “superamento degli OPG”. Il nostro auspicio è che si giunga, soprattutto, a una assistenza di salute mentale all’interno dei penitenziari, una assistenza che sia vera, partecipata, efficace e condivisa. La collaborazione con gli organi della Giustizia e dei penitenziari, anche qui in Toscana, andrebbe comunque ulteriormente sviluppata.

Se si imboccherà con decisione la strada di una *decostruzione perseverante dell’OPG*, il suo *superamento* sarà automatico e inevitabile. Forse, in un domani non lontano, potremmo persino lavorare, secondo l’auspicio di Luigi Manconi, al *superamento del carcere*. Basta non cadere nella ipocrisia e nella contraddizione in cui è caduto il norvegese Nils Christie (sociologo come Manconi), il quale va da sempre dicendo che il carcere va abolito: va abolito per tutti ma non per Anders Brevik, il quale nel 2011, a Oslo e Utoya, con motivazioni deliranti, uccise 77 persone e ne ferì molte altre. E Brevik è ora rinchiuso in un carcere del suo civile Paese.

* “forensizzazione” dei servizi territoriali, nel senso di una diffusa conoscenza al loro interno degli strumenti giuridici che sono di aiuto alle persone delle quali si prendono cura