

Una vergogna tutta italiana: chiudere l'Opg - "luogo indegno di un paese appena civile" - e aprire il suo succedaneo in carcere

io sto con il carcere, purché'...

Gemma Brandi

Psichiatra psicoanalista

Su *Ristretti Orizzonti* del 13 Gennaio 2017 è comparsa la denuncia della CISL FNS relativa alla dichiarata impossibilità, per gli operatori penitenziari, di gestire la Articolazione di Salute Mentale [ASM] del carcere di Belluno senza che operatori e ospiti incorrano in situazioni di patente pericolo. Vi si accusava il Sistema Sanitario di insufficiente risposta. Nella stessa pagina si leggeva la difesa dell'organo della salute che liquidava come ottimo il proprio intervento, quanto meno sovrapponibile a quello prestato in analoghe strutture esterne. E' evidente che questo tipo di parametrizzazione costituisce un primo *vulnus* del giudizio di ciò che avviene in termini di cura. Una ASM non è un SPDC, vale a dire un reparto di ricovero psichiatrico ospedaliero, dove il personale è numericamente elevato e presente in maniera diuturna, né è il caso che lo diventi, considerato che l'urgenza psichiatrica deve, per legge e per i noti motivi di tutela della salute, essere affrontata in detti reparti, specie se in regime di TSO; non è neppure una struttura riabilitativa psichiatrica a bassa intensità, viste le caratteristiche degli ospiti che accoglie e considerato che la reclusione comporta di per sé una aggravante e non una attenuante della sofferenza psichica di una persona, mentre ne complica il percorso riabilitativo: non si capirebbe altrimenti perché avere promosso una Legge come la 180, che fece uscire i matti dal manicomio poiché luogo di "reclusione sanitaria". Nel caso in cui il personale della ASM fosse parametrato sull'organico delle strutture residenziali terapeutiche ad alta

intensità, ad oggi molto mancherebbe, in termini di offerta di salute necessaria, per sostenere l'adeguatezza di quanto offerto nel carcere di Belluno. Rammentiamo, per dovere di completezza, la Legge 103/23 Aprile 2017, la quale dispone che, in caso di inadeguatezza di fatto, dei reparti penitenziari in cui siano ristrette persone in applicazione dei citati artt. 112 e 148, ai loro bisogni terapeutico-riabilitativi, nel rispetto dell'art. 32 della Costituzione, le stesse debbano essere prioritariamente assegnate a una REMS, che già ospita soggetti in misura di sicurezza provvisoria e definitiva.

La Leggi 9/2012 e 81/2014 hanno sanzionato, non importa come, la chiusura degli istituti di internamento giudiziario in Italia, facendo leva sulla contraddizione di una cura erogata all'interno del sistema penale, visti i risultati delle pratiche secolari nel settore. Le chiamo "Leggi Alcina". Alcina è l'orrida e vecchia maga, creata dalla penna di Ludovico Ariosto, che si presenta come una fascinosa e giovane fanciulla. Ebbene, tali norme, spuntate lontano dalle esperienze terapeutiche presenti in carcere, fortemente ideologiche, sono decantate per ogni dove come esempi fulgidi di civiltà, nello sforzo di trasformarle in edificanti esercizi del diritto, mentre mostrano la corda alla prova dei fatti e dell'etica, rivelando la inapplicabilità che deriva da una radice poco realistica e la crudeltà con cui alla zitta hanno trasferito in carcere all'incirca un terzo degli ospiti degli OPG da chiudere, operazione "indegna di un Paese appena civile", osiamo affermare parafrasando la espressione con cui il Presidente della Repubblica aveva descritto gli ex-OPG. Nondimeno, giacché in carcere le persone malate si sarebbero dovute accomodare, occorreva fin da subito occuparsi di organizzarvi una risposta, cosa che da bravo grillo parlante ho ripetutamente e invano provato a suggerire. Invece si è andati avanti rinviando o, nella migliore

delle ipotesi, realizzando risposte poco pensate. Le ASM, stando alla norma, dovevano essere presenti in almeno un carcere per Regione, e vi sarebbero stati ospitati reclusi in applicazione dell'art. 148 del codice penale (sopravvenuta malattia nel condannato) o degli artt. 111 (minorazione psichica) e 112 (osservazione psichiatrica) del DPR 230/2000. Tutti costoro, in precedenza, erano ospiti degli OPG, a parte alcune osservazioni effettuate in carcere. Si trattava di una popolazione già in quei luoghi molto difficile da trattare, in quanto composta da portatori o di una sofferenza mentale acuta, e per questo avviati a una osservazione psichiatrica, o di patologie psichiatriche misconosciute in fase di giudizio (dove la dicitura "sopravvenuta malattia" in cittadini condannati come sani di mente), o di forme cliniche che esulano dalle più classiche diagnosi psichiatriche, ma mettono in campo difetti di critica e giudizio, incontinenza emotiva, impulsività, problemi tra i più ostici da prendere in carico, come ogni bravo psichiatra sa, ma troppo spesso non dice, preferendo sostenere che non sia quello il suo campo di azione (una domanda sorge spontanea: e di chi sarà tale campo di azione? Tratteremo il tema in un'altra circostanza). Si sarebbe dovuto aprire un confronto serio, ascoltando gli esperti del settore, sulle soluzioni da dare, che non possono essere né occasionali, né decise dalla sola Autorità Penitenziaria, né tali da non incidere profondamente sulla dimensione carceraria in cui vanno ad insistere. Si sarebbe dovuto redigere un piano programmatico dei posti necessari, a partire dal numero degli ospiti presenti negli OPG e nelle CCC italiani in applicazione degli articoli 111, 112, 148 almeno nel decennio che aveva preceduto il varo delle norme "liberatorie". Niente di tutto questo è accaduto, in un rinvio che oso definire miope -chi scrive lo ha fatto autonomamente per la Toscana, mostrando che servivano il triplo dei posti decisi alla cieca. E inoltre, di

quanti posti massimo e minimo dovrebbe disporre ogni singola ASM -al riguardo e per inciso, una struttura di quattro posti costituisce un autentico spreco, richiedendo lo stesso personale, per garantire la necessaria continuità e assiduità assistenziali di una di dodici posti? Quali le caratteristiche strutturali del luogo? Quali la composizione e la formazione del personale sanitario? Quali il reclutamento e la formazione del personale penitenziario cui assegnare il compito? Quando e come coinvolgere l'istituzione sanitaria nella progettazione? Non mi risulta che ci sia stato un pensiero su tali spinosi temi, che ha cominciato di recente ad affrontare un Tavolo Interregionale cui sono pervenute alcune mie idee.

Certo è che il compito di allestire una accoglienza così difficile, contraddittoria e innovativa, con modalità interistituzionali, richiede realismo, immaginazione, convinzione, conoscenza e competenza ai massimi livelli, per trattare l'argomento in maniera affidabile per tutti.

Personalmente sto con il carcere che segnala la propria impotenza al riguardo, perché è segno di concreto riconoscimento del problema, inevitabile anticamera della sua soluzione; per lo stesso motivo, sto con il carcere nel momento in cui una Agente denuncia al Direttore Generale del DAP, a proposito di Sollicciano: "Siamo diventati una grande REMS". Sto con il carcere, purché non pensi di fare tutto a proprio modo da una parte e di tirarsene fuori dall'altra. In altre parole, purché condivida con gli organi della salute la scelta dei luoghi e il loro adeguamento alla nuova funzione, le modalità di reclutamento e di formazione del personale di Polizia Penitenziaria da dedicare alla sorveglianza di queste aree, e riconosca i suoi compiti di sicurezza, che non potranno mai venire

meno solo per il fatto che un recluso sia anche malato di mente e/o a rischio di autolesionismo o suicidio.

Mi sono permessa di lasciare che la mia esperienza e la mia cultura nel campo prendessero la parola, avendo sulle spalle, oltre alla enorme mole di eventi, docenze e produzione scientifica sul tema, a partire dalla fondazione e dalla direzione della rivista di settore *Il reo e il folle*, dieci anni di OPG come Consulente Psichiatra, diciotto anni di carcere con la stessa funzione e altri dieci, dopo il DPCM 2008, come Responsabile Territoriale, anche per le carceri, della Salute Mentale, trentatre anni di presenza nella Salute Mentale del Territorio, di cui più di tredici come Responsabile di Struttura, due anni e mezzo di Direzione della Salute in carcere in cinque Istituti di pena. E come tale, fin dal 2015, avevo predisposto un progetto che prevedeva -per la prima ASM toscana, non ancora realizzata- la presenza diurna di OSS e infermiere, diurna di educatore professionale, una consistente risposta psichiatrica, psicologica e sociale, nella consapevolezza che in un simile reparto vada affrontato il compito di riabilitare gli ospiti, ai fini della loro riammissione sostenibile al regime libero, e di prevenire le emergenze -cosa resa possibile da un monitoraggio sanitario continuativo- che renderebbero altrimenti il luogo ingestibile. Certo è che avevo ideato con il Dottor Mario Iannucci, nel lontano 2000, la prima struttura residenziale psichiatrica italiana per detenuti e internati malati di mente, la SRP Le Querce, gestita dal Collega fino all'altroieri e servita da modello per la evoluzione dell'internamento giudiziario nel Paese. Quindi, se era e resta importante per me la chiusura del luogo da cui ero disperatamente scappata nel 1991, sul modo in cui questo dovesse avvenire avevo idee tanto lontano da come poi accaduto, quanto lo erano

le mie idee di cura degli internati a Montelupo Fiorentino da ciò che mio malgrado vi accadeva.