

Road-maps per superare gli Opg. Labirinti, disorientamenti e contraddizioni.

di Mario Iannucci (Psichiatra, responsabile presidio salute mentale adulti del carcere di Sollicciano)

Ristretti Orizzonti, 26 marzo 2014

Alcune notizie hanno destato la mia attenzione in questi ultimi giorni. Notizie colte qua e là, apparentemente alla rinfusa. Le prime riguardano Gustavo Zagrebelsky, giurista che stimo e che apprezzo. Gustavo è fratello minore di Vladimiro, anche lui giurista famoso, il quale, non ricordo dove, ha di recente ribadito l'opinione, più volte espressa negli ultimi mesi, di concedere l'indulto per limitare la 'tortura' delle carceri italiane¹. Chissà cosa pensa in proposito il fratello Gustavo, che scrive spesso le sue opinioni su un quotidiano che peraltro apprezzo non poco, *Il Fatto*, dove accanto a lui una penna autorevole, Travaglio, tutti i giorni si scaglia contro indulto e amnistia, osannando la "certezza della pena". Lo ha fatto l'ultima volta in televisione il 20/03/2014 a *Servizio Pubblico*, parlando dell'incomparabile differenza fra il duro-certo sistema giudiziario/penitenziario tedesco e l'incerto-lassista sistema italiano. Gustavo Zagrebelsky è uno dei vessilliferi del *diritto mite*. Il prossimo 27 marzo parteciperà, presso l'abolendo Senato della Repubblica, a una sorta di convegno, organizzato dalla Commissione Igiene e Sanità, sul "Superamento degli OPG". Insieme a lui, fra gli altri, ci saranno: Ignazio Marino, sindaco di Roma, chirurgo del fegato e sostenitore della battaglia per la chiusura degli OPG; Giuseppe Dell'Acqua, già direttore del DSM di Trieste e promotore del *Comitato stop OPG*; Claudio Mencacci, presidente della Società Italiana di Psichiatria (SIP). Purtroppo non potrò essere presente a quel convegno, poiché il giorno dopo ci sarà a Trieste un Convegno per i dieci anni della *Amministrazione di Sostegno*, uno di quei presidi legislativi che a mio parere rientrano a pieno titolo nel *diritto mite*. Mi piacerebbe però sentire cosa ha da dire Zagrebelsky sull'argomento. Egli, infatti, non solo è stato uno degli estensori del *Progetto Grosso* di riforma del Codice Penale, in particolare della parte che riguarda l'imputabilità e le misure di sicurezza, ma era anche membro autorevole della Consulta nel 2003, al momento in cui venne emessa la sentenza 253, una di quelle che consentono di adottare misure non detentive per il folle autore di reato. Come fui contento in quel momento! Noi allora, a Firenze, avevamo precorso i tempi, adottando *extra legem* (ma a quei tempi c'era Alessandro Margara nella magistratura fiorentina), o meglio *ante legem*, le soluzioni non detentive che ritenevamo idonee. Gustavo Zagrebelsky, nel *Progetto Grosso*, non prevedeva -come invece fa il *Comitato Stop OPG*- l'abolizione del cosiddetto *doppio binario* per il folle autore di reato. Il codice penale vigente (*Codice Rocco* con tutte le successive modifiche) prevede il *doppio binario*, che in verità è un triplo binario: chi commette un reato è pienamente imputabile (e quindi punibile) perché *sano di mente*, oppure non è né imputabile né punibile perché *totalmente infermo di mente*, ovvero è parzialmente

imputabile e punibile (pena ridotta) perché *seminfermo di mente*. La giustizia, in questi ultimi due casi, deve anche decidere quale sia il grado della *pericolosità sociale* del reo-folle, per indicare se e quale misura di sicurezza applicare. Gustavo Zagrebelsky, nel *Progetto Grosso*, non propose l'abolizione del doppio binario, ma semplicemente la sua semplificazione rispetto al codice vigente, rendendolo meramente e davvero "doppio": o non sei imputabile/punibile per *vizio totale di mente* o, invece, sei imputabile/punibile perché 'capace di intendere e di volere' (mi scuserà Gustavo Zagrebelsky se anch'io semplifico brutalmente, ma sono persona semplice e tutti i fronzoli mi danno ormai un grande prurito). Con la cosiddetta *Proposta di legge delle regioni Toscana ed Emilia-Romagna*, il gruppo riunitosi a Firenze attorno ad Alessandro Margara propose negli stessi anni qualcosa di analogo, con integrazioni assolutamente necessarie e significative, di alcune delle quali parleremo dopo.

Ma torniamo alle notizie della stampa recente. Su *il venerdì di Repubblica* del 21/03/2014 Anders Breivik, l'autore di 77 omicidi a Oslo e Utoya in Norvegia e di 200 ferimenti, viene presentato come "l'estremista di destra". In effetti Breivik, anche se ha scritto un "trattato" di 1500 pagine deliranti (in psichiatria si chiamano inequivocabilmente in questo modo) per giustificare i suoi gesti folli, è stato condannato come sano di mente (con la complicità di un *angelo della medicina* che ha ripiegato le sue *ali fruscianti* di fronte all'*angelo della giustizia* nell'aula del tribunale). Solo che la civile Norvegia, che ha abolito l'ergastolo e che prevede in 20 anni il massimo della pena anche per i reati più gravi, per lo "speciale" Breivik ha anche comminato una "misura di sicurezza finale", con la detenzione che potrà essere prorogata di cinque anni in cinque anni fino alla cessazione della pericolosità sociale. Qui in Italia abbiamo avuto appena un po' di pudore in più, riconoscendo almeno una *seminfermità di mente* al ganese Adam Kabobo, che ha picconato a morte tre persone a caso, la scorsa estate a Milano, "per motivi razziali" (chiaramente deliranti come quelli di Breivik). In carcere però, dove lo hanno mandato, Adam Kabobo non lo si può davvero trattare (e tantomeno curare contro la sua volontà, visto che è stato giudicato "quasi sano"): allora, inevitabilmente, se ne è chiesto il trasferimento in OPG. O dobbiamo dire in una REMSD, in una Residenza per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza Detentive?

Andiamo ancora alle notizie di stampa. Vediamo quelle che riguardano Claudio Mencacci, Presidente della Società Italiana di Psichiatria. Una agenzia dell'Adnkronos di qualche giorno fa ci ha informati che la SIP ha presentato, in una recente conferenza stampa alla Camera, la *road-map* per il superamento degli OPG. Sono gradevolmente sorpreso dall'interesse della SIP per la questione, che è stata scotomizzata da quella Società per decenni (lo posso dire con certezza, visto che, come psichiatra, lavoro in carcere da trentacinque anni e che per un decennio ho lavorato anche

in OPG). Nessuno degli organismi scientifici e organizzativi della psichiatria ha partecipato, in maniera ufficiale, alla elaborazione delle leggi (legge 9/2012 e 'limitrofè), che stanno portando al cosiddetto "superamento degli OPG". Ora, però, qualcuno si è svegliato e, di fronte alla palese impraticabilità del progetto di superamento delineato dalle suddette leggi, ci viene proposta una nuova *road-map*. Sono contento che si usi un termine straniero per indicare percorsi alternativi: ho infatti l'impressione che la materia, per coloro che propongono tale *road-map*, sia davvero straniera, forastica, estranea. Duole constatare che a scrivere leggi (leggi!) dello Stato siano persone che non hanno alcuna competenza nel campo, né psichiatrica e nemmeno legale. E le *road-maps* che dovrebbero condurci fuori dalle paludi dove ci hanno cacciato tanta incompetenza, rischiano di farci finire in un labirinto, se non in un vicolo cieco. Analizziamo i sette punti della *road map* della SIP, che rischiano di dare scacco matto alla psichiatria, invece che all'OPG. Pensiamo, infatti, che la psichiatria moderna nasce nelle carceri alla fine del diciottesimo secolo, nasce con i casi come quelli di Pierre Rivière, che aveva sterminato la sua famiglia in preda a gravi turbe psichiche. I sette punti dunque, a partire dall'ultimo, quello che riguarda la riforma del codice penale. È dai tempi della proposta del senatore comunista Vinci Grossi, del 1983, che sento dire che il codice penale, in fatto di imputabilità del reo-folle e di misure di sicurezza, va radicalmente cambiato. Vinci Grossi allora -come hanno fatto Corleone poi e come fa il Comitato Stop OPG adesso- proponeva l'abolizione del *doppio binario*. In sintesi: il reo-folle va giudicato come ogni altra persona, gli va comminata una pena, va mandato in carcere se necessario e lì, o dovunque il magistrato ritenga opportuno mandarlo perché non nuoccia alla società, va magari curato. È curioso: sono proprio coloro che fino ad oggi hanno sostenuto che era impossibile curare il reo-folle in OPG, per l'antinomia strutturale del luogo fra cura e pena, sono proprio questi che propongono di curare il reo-folle in carcere. La *road-map* della SIP non propone comunque l'abolizione del doppio binario ma solo della figura della *seminfermità mentale*. Propone inoltre la contemporanea sostituzione del concetto di *pericolosità sociale* con quello di *bisogno di trattamento*. Ho una indubbia stima per Roberto Catanesi, basandosi sulle riflessioni del quale tale sostituzione viene proposta. Debbo dire, però, che non condivido quelle riflessioni di Catanesi, il quale sostiene che "la vera premessa per il superamento dell'OPG (e delle CCC) non è chiudere (o trasformare) le strutture, è l'abolizione delle misure di sicurezza psichiatriche, è la cancellazione della sociale pericolosità psichiatrica". Non voglio negare un valore alla riflessione, tutt'altro che peregrina, di Roberto Catanesi. Voglio solo dire che non è cambiando le parole che cambieremo automaticamente la realtà delle cose. Se noi pensiamo che una persona abbia compiuto un reato, magari molto grave, mentre era in preda a un profondo disagio psichico e che abbia *bisogno di un trattamento*, sarà indispensabile precisare se la società civile debba occuparsi o no della sua cura e in quali situazioni (luoghi, mezzi, persone)

debba farlo. È quanto mai evidente che, qualora il giudice ritenga che una persona che ha commesso un reato sia da ritenersi socialmente pericolosa, se ricorrono le condizioni (pericolo di reiterazione del reato, pericolo di fuga, pericolo di inquinamento delle prove) ne ordinerà la custodia cautelare in carcere. Gli psichiatri effettuano Trattamenti Sanitari Obbligatori (TSO), coartando la libertà della persona, quando ritengono che la condizione patologica di quella persona, che non intende curarsi non essendo consapevole del suo stato patologico, sia di pregiudizio alla persona stessa e/o alla società civile. Quando, cioè, la persona malata è anche in una situazione di pericolo (magari solo sanitario). Gli psichiatri non curano contro la loro volontà un rufobico o una persona che ha degli attacchi di panico. Curano contro la loro volontà un delirante di persecuzione che minaccia l'incolumità degli altri, un grave maniacale che 'allegrementè ne combina di tutti i colori, una persona profondamente depressa a rischio di suicidio. Gli psichiatri, qualora si trovino a curare simili persone sofferenti, assumono nei confronti di tali persone una 'posizione di garanzia', come ci rammentano i giudici con crescente frequenza: se gli psichiatri non dimostreranno di avere curato in maniera adeguata, secondo scienza e coscienza, i loro malati, dovranno rendere conto di ciò che è accaduto in seguito alla loro colpa professionale (occorre in genere, a vero dire, che si tratti di una colpa non lieve). Possono addirittura rispondere di concorso colposo in dei reati dolosi, anche pesantissimi. Peppe Dell'Acqua e molti altri 'triestini', se passerà l'abolizione del *doppio binario*, avranno anche vinta la battaglia contro l'incriminazione e la condanna degli psichiatri per *malpractice* nel caso di mancato trattamento di un paziente che, delirando e rifiutando strenuamente le cure, commetta quindi un reato in preda a quel delirio. Se infatti quel paziente, al momento del reato, era "capace di intendere e di volere", lo era anche al momento in cui rifiutava le cure. Cure che lo psichiatra non avrebbe avuto alcun diritto a somministrargli in regime di TSO, essendo anche il rifiuto delle cure espresso in "piena capacità di intendere e di volere". C'è da non capirci più niente.

Ma torniamo alla *road-map* della SIP. Dopo avere mantenuto la *totale infermità di mente* e avere cambiato la *pericolosità sociale* in *bisogno di trattamento*, la SIP ci spiega come chiudere progressivamente gli OPG. Dice, intanto, di chiuderne uno alla volta, ogni sei mesi/un anno, a cominciare da quello di Reggio Emilia (forse perché è situato all'interno di un complesso penitenziario, accanto alla Casa Circondariale?). È il punto 5 della *road-map*. Non si capisce la ratio di questa strategia. La gestione delle persone attualmente internate negli OPG va restituita (come peraltro si sta facendo) ai Servizi di Salute Mentale dei territori di competenza. Cosa significa allora che si chiuderà un OPG alla volta: gli internati "residui" dell'OPG che chiude verranno trasferiti in uno che rimarrà aperto nei mesi/anni successivi? Lo Stato Italiano, attraverso una legge (la 9/2012, legge molto imperfetta, concepita con ogni evidenza da incompetenti) e le successive modifiche,

precisazioni e rinvii, ha tuttavia stanziato, in accordo con la Conferenza Stato-Regioni, delle somme non trascurabili per approntare le future strutture per l'internamento giudiziario (REMSD) e per le dimissioni ragionate degli internati dagli OPG. Non si capisce, allora, perché non prescrivere dei tempi precisi (due/tre anni, non superabili) affinché tali REMSD siano costruite/restaurate/adattate, secondo gli intendimenti di ciascuna Regione (non abbiamo mai uniformato nel territorio Italiano i sistemi di salute mentale e, ora, vorremmo uniformare i programmi di trattamento dei *prosciolti per totale infermità di mente e bisognosi di trattamento*? Il punto 5 della *road-map* della SIP è dunque altamente confusivo.

Al punto 1 la *road-map* propone di “utilizzare le commissioni regionali sul superamento degli OPG (istituite dal 2008) per ‘monitorare i percorsi di cura dei pazienti autori di reato’. Tali Commissioni dovrebbero essere costituite da “rappresentati [dei] Dipartimenti di Salute Mentale, [della] Medicina Penitenziaria delle ASL, [del] Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria (DAP), [della] Procura Generale e [del] Tribunale di Sorveglianza, nonché degli organismi di garanzia dei detenuti e [della] società scientifica. In questo modo [sarebbe] possibile realizzare le linee guida nel rispetto delle reciproche competenze e individuare soluzioni specifiche alle criticità che deriveranno dall'avvio dei nuovi percorsi di cura a tutela delle persone coinvolte”. Occorre intanto dire non si capisce perché escludere da queste Commissioni i rappresentanti dei Tribunali Ordinari, quelli che compiono le indagini, promulgano le sentenze, stabiliscono il destino del folle reo ordinando o meno una CTU psichiatrica, disponendo un internamento provvisorio in OPG/CCC ex art. 206 cp, affidandolo d'imperio ai Servizi di Salute Mentale ex artt. 73 e 286 cpp. Una esclusione che non ha dunque alcun senso. Ma c'è da chiedersi soprattutto: lo sanno, i Colleghi della SIP, da chi sono composte le suddette Commissioni e quali competenze hanno i loro membri per trattare gli argomenti di cui trattano? I membri di quelle Commissioni sono forse gli stessi che hanno contribuito a partorire leggi che sono inapplicabili e che, dunque, non vengono applicate.

Tutti gli altri punti della *road-map* hanno a che fare con l'adozione, assolutamente condivisibile, di quelle buone pratiche che rischiano di rimanere solo delle intenzioni, lodevolissime ma impraticabili, se non variano le norme di legge (del codice penale: art. 206 e 148 ad esempio; dell'Ordinamento Penitenziario e del suo Reg. di Esecuzione: minorazione psichica, osservazione psichiatrica in OPG) che regolano la possibilità di ricorrere all'internamento giudiziario. Anche la costituzione di veri “reparti sanitari” nelle carceri ordinarie, che siano parte integrante delle attività dei DSM (reparti dove effettuare trattamenti di salute mentale e non solo “osservazioni psichiatriche” a norma dell'art. 112 del DPR 230/2000), è un progetto che vorrei davvero vedere realizzato (era parte del “nostro” Progetto di Legge delle Regioni), ma che mi pare al momento,

anche in situazioni avvantaggiate come la Toscana e Sollicciano, tutt'altro che realizzabile in tempi brevi.

Che dire dunque della *road-map*, del *superamento degli OPG* e del problema del numero enorme di persone con gravissimi disturbi psichici che popolano le carceri ordinarie? A me sembra di dover dire soprattutto una cosa. Quando Franco Basaglia decostruì l'Ospedale Psichiatrico, lo fece dall'interno, con grande coraggio, con grande determinazione ma anche con grandissima competenza. La decostruzione dell'OPG invece, finora, è stata fatta dall'esterno, senza grande determinazione e con pochissima competenza. Noi stiamo investendo le carceri ordinarie, queste disastrose e inadempienti carceri italiane, di un problema relevantissimo di assistenza di salute mentale e, occorre considerarlo, andremo a investirle sempre di più con le azioni proposte dalla *road-map*. Ma queste carceri attuali, il cui trattamento, come ci dice la CEDU, è al limite della tortura, possono davvero sopportare il peso di questa assistenza? Io ne dubito, anche se lavorando in carcere per trentacinque anni mi sono sforzato di costruire, dentro e attorno al carcere, capisaldi di assistenza dignitosa, competente, umana, fraterna. Forse, però, queste caratteristiche dell'assistenza non hanno più un grande valore.

Dalla mia esperienza, tuttavia, piccole tappe di una decostruzione perseverante dell'OPG posso disegnarle, come le ho disegnate molte volte in passato e come le ho praticate dal 2001 ad oggi, portando fuori dalle strutture detentive quasi cento folli-rei detenuti/internati e facendoli transitare, quasi tutti con ottimi risultati, attraverso la residenza 'Le Quercè di Firenze. Le tappe della mia *road-map* sono le seguenti:

- 1) Istituire una Commissione governativa, composta da giuristi competenti e da esperti nel settore per la salute mentale, che mettano a punto entro breve tempo le indispensabili modifiche (per quanto riguarda l'imputabilità del reo-folle, l'effettuazione delle Perizie Psichiatriche e le misure di sicurezza) dei Codici Penale, di Procedura Penale, dell'Ordinamento Penitenziario e del suo Reg. di Esecuzione. Le modifiche è indispensabile che siano ragionevoli, sensate, semplici e perfettamente embricate con le altre norme correlate dei Codici e dell'Ordinamento.

A proposito delle modifiche da apportare, vorrei dare piccoli suggerimenti. Nel 1996-97 partecipai alla stesura dell'articolato che va sotto il nome di Progetto di Legge delle Regioni. Quel gruppo, capitanato da Alessandro Margara, propose l'abolizione della figura della seminfermità di mente, per semplificare le cose e secondo il principio che *non datur tertium, sive medium, inter duo contradictoria*. Devo dire che oggi invece, alla luce della ulteriore esperienza accumulata in questi anni, io moltiplicherei, se potessi, le figure intermedie fra il completo "sano di mente" e "l'infermo totale". Altro che il *tertium* della *seminfermità di*

mente proporrei! Non potendo però prevedere, per paura di fare confusione, un *quartium* o un *quintium*, almeno il *tertium* lo terrei. Una pluralità di soluzioni, detentive e terapeutiche, consente trattamenti più agili, intercambiabili, rapidamente reversibili.

Occorre poi che le perizie psichiatriche vengano indefettibilmente affidate, attraverso un sistema a rotazione casuale, a consulenti tecnici del Sistema Sanitario Nazionale. I DSM avranno l'obbligo di garantire un pool di consulenti istituzionali pubblici che, interfacciandosi con i Servizi che avevano o avranno in cura i pazienti psichiatrici autori di reato, reperiscano per costoro le soluzioni trattamentali più adeguate (che tengano conto delle esigenze di salute e di sicurezza, che sono assolutamente congiunte tra loro).

Mi sono chiesto spesso, da non-giurista, perché il Codice Rocco abbia resistito tanto nel suo impianto fondamentale. Credo che questo sia accaduto perché quel Codice aveva dietro una grande riflessione, di persone senza dubbio competenti, che hanno costruito un corpo di norme (e di dottrina) organicamente composito, di grande tenuta. Le conoscenze mutano col tempo, i costumi mutano, le “norme morali” mutano e, con esse, è indispensabile che mutino le leggi. Ah, se i nuovi rottamatori avessero, anche solo nel rottamare, la stessa oculatezza che altri ebbero nel costruire!

- 2) La ripartizione per macro aree degli internati degli OPG è già stata fatta. Ora bisogna che cominci la “regionalizzazione” dei detenuti ordinari che presentano gravi turbe psichiche e in particolare di quelli che, già sottoposti a osservazione psichiatrica, sono stati trovati affetti da un rilevante disagio psichico. Solo così i DSM potranno davvero avviare la loro presa in cura.
- 3) Poiché già ci sono gli stanziamenti per la “costruzione fisica” delle nuove RESD, occorre dare dei tempi certi perché questa costruzione venga avviata e ultimata. A me pare che un lasso di tempo ragionevole siano due anni. Dopo quella data tutti gli internati negli OPG verranno in ogni caso trasferiti nelle Regioni di appartenenza.
- 4) L'implementazione dell'assistenza di salute mentale nelle carceri ordinarie è assolutamente indispensabile da subito. Occorrono stanziamenti economici ad hoc e occorre vigilare affinché questi denari siano effettivamente spesi per le carceri.
- 5) È inoltre indispensabile organizzare nelle carceri ordinarie -almeno in un Istituto per Regione- dei Reparti Psichiatrici di Cura, dove ospitare non solo gli Osservandi, ma anche i gravi pazienti con “sopravvenuta infermità” (ex art. 148 cp), gli internati provvisori (ex art. 206 cp) e i “minorati psichici”. Occorre, soprattutto, che questi Reparti Psichiatrici abbiano una interfaccia permanente con le REMSD, gli SPDC, le altre strutture residenziali psichiatriche del territorio e i Centri di Salute Mentale, così da reperire, di concorso con gli

Operatori trattamentali penitenziari e con l’Autorità Giudiziaria competente, le soluzioni terapeutiche più adatte, per quel paziente detenuto/internato e in quella situazione.

Sono sempre più convinto che non bisogna avere paura delle parole se si vogliono trovare soluzioni efficaci ai problemi. Se si decide che non ci piacciono più parole come “assoluzione per vizio totale di mente”, “internamento giudiziario”, “incapacità dell’infermo di mente”, si aboliscano pure queste parole, che anche a me piacciono pochissimo. Ma si trovino anche, insieme a parole nuove, soluzioni efficaci. Per l’incapacità di agire nel diritto civile, ad esempio, enormi passi in avanti si sono fatti con l’Amministrazione di Sostegno. Se ne potrebbero fare ulteriori abolendo l’inabilitazione e l’interdizione, ma almeno lo strumento Amministrazione di Sostegno ce l’abbiamo e, senza questo strumento, il soggetto debole sarebbe molto indifeso. I “manicomi” e le “situazioni detentive” per i malati di mente sono molto più diffusi di quanto si immagini. Qualche anno addietro una preziosa puntata di *Report*, la trasmissione di Milena Gabbanelli, illustrava perfettamente come i “manicomi” fossero facilmente rinvenibili anche nelle “libere” strutture residenziali destinate ai pazienti psichiatrici nelle civilissime città del nord Italia. “Manicomi” quasi peggiori degli OPG, maggiormente traumatici perché maggiormente imprevisi. Consiglio a tutti di guardare quella bella trasmissione, intitolata *Porte girevoli*². Ci può senz’altro aiutare a reperire soluzioni ragionevoli e fraterne per i problemi di una irragionevolezza spesso carica di ostilità.

Note

¹ Si veda, per esempio, *I limiti di un indulto necessario*, Vladimiro Zagrebelsky - La Stampa, 10 ottobre 2013 , <http://www.partitodemocratico.it/doc/261214/i-limiti-di-un-indulto-necessario.htm>

² *Porte girevoli*, puntata di *Report* RAI, a cura di Milena Gabbanelli. In onda domenica 03/05/2009. <http://www.report.rai.it/dl/Report/puntata/ContentItem-5ccd9476-8252-40bc-b872-4422f5cdb02b.html>