

Tra realtà psichiatrica e carceraria

CHIUDERE TUTTI I MANICOMI CRIMINALI

CAMPAGNA PER LA CHIUSURA DEGLI OPG

(gli Ospedali Psichiatrici Giudiziari)

LIBERIAMOCI DEI MANICOMI

LIBERIAMOCI DELLA PSICHIATRIA

a cura di

RETE ANTIPSICHIATRICA

CENNI STORICI

Il Manicomio Criminale (MC) come principale istituzione per l'esecuzione delle misure di sicurezza è stato introdotto nel 1876 e regolamentato nel 1930 con il Codice Rocco.

Nel 1891, con il Regio Decreto 1 febbraio 1891, n. 260 “*Regolamento generale degli stabilimenti carcerari e dei riformatori governativi*”, il Manicomio Criminale viene ridenominato Manicomio Giudiziario (MG), pur rimanendo sostanzialmente invariato.¹

Nel 1975, con la Legge n. 354 “*Norme sull'ordinamento penitenziario e sulla esecuzione delle misure privative e limitative della libertà*” (legge Gozzini), il Manicomio Giudiziario (MG), viene ridenominato Ospedale Psichiatrico Giudiziario (OPG), pur rimanendo sostanzialmente invariato come principale istituzione per l'esecuzione delle misure di sicurezza.

Le riforme carcerarie del '75-'86 e quelle psichiatriche del '65-'78 hanno prodotto solo un cambiamento di definizione.

In tutti questi anni, mentre l'OPG è rimasto cristallizzato nella sua forma fascista, con la legge 180/1978 gli Ospedali Psichiatrici vengono lentamente smantellati e sostituiti da una serie di istituzioni (ospedali, case famiglia, comunità, ecc.) ed il ricovero coatto viene regolamentato e ridefinito come Trattamento Sanitario Obbligatorio in reparto psichiatrico.

Allo stesso modo le carceri vengono formalmente coinvolte in un processo di apertura, che paradossalmente conduce ad un allargamento della popolazione carceraria tramite un più ampio e capillare sistema di controllo esterno al carcere. Con la legge Gozzini le carceri si aprono alla società e si instaurano una serie di misure alternative all'internamento.

L'individualizzazione della pena, voluta dalla Gozzini, ha fatto sviluppare nell'ambito carcerario ipotesi sul soggetto criminale sempre più somiglianti alle pratiche psichiatriche sui “malati di mente”; infatti i percorsi rieducativi si confondono con quelli terapeutici e gli psicofarmaci si diffondono massicciamente anche in carcere².

Negli anni '70-'80 una rivoluzione culturale antisegregazionista si afferma sul piano legislativo, ma nella realtà rimangono inalterati il pregiudizio di pericolosità sociale del malato mentale e lo stigma del recluso.

Se nel tempo l'attenzione politica e legislativa si è spostata dalla malattia al malato, dalla pericolosità al disagio, e dalla punizione alla rieducazione, nella società i corpi degli psichiatrizzati e dei carcerati sono rimasti comunque esclusi e imprigionati.

Una nuova tecnologia del controllo sociale si diffonde: l'industria farmacologica sforna prodotti capaci, in alcuni casi, di sostituire le camicie di forza, i letti di contenzione e le sbarre.

Qual è e qual è stato il fondamento di tutte queste istituzioni deputate all'esecuzione delle misure di sicurezza?

E' ed è sempre stato l'internamento di una persona giudicata socialmente pericolosa, cioè di una persona che potrebbe reiterare la stessa condotta in futuro.

¹ La ridenominazione è un elemento centrale nella storia della psichiatria: da quella del Manicomio Criminale (MC-MG-OPG-REMS) a quella dell'Elettroshock (oggi definito Terapia ElettroConvulsiva –TEC-). Lo scopo è evidentemente quello di “cambiare nome” per “cambiare significato” e nascondere così gli orrori legati a certe pratiche e a certe strutture. (M. Foucault, L'ordine del discorso, 1971; J.Lacan, Seminario XVII, 2001).

² Dal 1930 nel Manicomio Criminale sono stati internati i *folli rei* e i *rei folli*.

I *folli rei* sono coloro che hanno compiuto un reato in stato di incapacità di intendere e di volere per infermità mentale, sono stati prosciolti ma internati perché ritenuti socialmente pericolosi.

I *rei folli*, invece, sono coloro che hanno compiuto un reato, sono stati condannati ad una pena detentiva e, successivamente, in carcere sono stati riconosciuti socialmente pericolosi per infermità mentale.

Nella proposta di superamento degli OPG, le REMS accoglierebbero i folli rei condannati alla misura di sicurezza; mentre i rei folli rimarranno all'interno delle carceri, trasformate in novelli OPG.

L'OPG viene quindi abolito, ma solo per creare all'interno del carcere strutture adeguate alla cura dei disturbi mentali, reparti psichiatrici interni all'istituto penitenziario, così da aumentare il ruolo della psichiatria in carcere senza modificare la situazione attuale.

In altre parole, si priva della libertà un individuo per quello che si suppone sia e non per quello che effettivamente fa.

Tale principio è un fondamento delle società autoritarie: non a caso è stato il fascismo a introdurre le misure di sicurezza, tra le quali rientra anche il confino.

LA SITUAZIONE OGGI

E' del 30 maggio 2014 la Legge n°81 che converte il decreto legge del 31 marzo 2014 n°52 recante disposizioni in materia di superamento degli Opg (Ospedali Psichiatrici Giudiziari).

Il decreto n° 52/2014 prevede la proroga dal 1° aprile 2014 al 31 marzo 2015 il termine per la chiusura degli OPG e la conseguente entrata in funzione delle REMS (Residenze per l'Esecuzione Misure Sicurezza).

Attualmente in Italia gli OPG presenti sono sei e si trovano ad Aversa, Napoli, Barcellona Pozzo di Gotto, Montelupo Fiorentino, Reggio Emilia, Castiglione delle Stiviere.

Ad oggi, in questi veri e propri manicomi criminali, ci sono rinchiusi circa 850 persone.

I dati nel trimestre 1 giugno/1 settembre 2014 segnalano: n. 84 ingressi contro n. 67 persone dimesse; quindi continuano nuovi ingressi, nonostante si debbano privilegiare le misure alternative al ricovero in OPG.

Come si finisce in un OPG? In Italia, in caso di reato, se vi sia sospetto di malattia mentale, il giudice ordina una perizia psichiatrica; se questa si conclude con un giudizio di incapacità di intendere e di volere dell'imputato, lo si proscioglie senza giudizio e se riconosciuto pericoloso socialmente, lo si avvia a un Ospedale Psichiatrico Giudiziario (articolo 88 c.p.) o in una struttura residenziale psichiatrica per periodi di tempo definiti o meno, in relazione alla pericolosità sociale.

Entrando nello specifico, il Decreto prevede l'eliminazione del cosiddetto *ergastolo bianco*, che consiste nell'indeterminatezza della durata dell'internamento.

Nelle future REMS la durata della misura di sicurezza non potrà essere superiore a quella della pena carceraria corrispondente al medesimo reato compiuto: ci preoccupiamo, pertanto, del fatto che le persone che hanno già scontato in OPG tale pena non finiscano nelle REMS, ma vengano liberati subito e senza condizioni.

Tuttavia la legge prevede, al momento della dimissione dagli OPG, percorsi e programmi terapeutico-riabilitativi individuali, predisposti dalle regioni attraverso i dipartimenti e i servizi di salute mentale delle proprie ASL.

Alla fine di tale percorso, qualora venga riscontrata una persistente pericolosità sociale, è comunque prevista la continuazione delle esecuzione della misura di sicurezza nelle REMS.

Tradotto significa l'inizio di un processo di reinserimento sociale infinito, promesso ma mai raggiunto, legato indissolubilmente a pratiche e sentieri coercitivi, obbligatori, contenitivi³.

Come ben ricorda Giorgio Antonucci, il manicomio non è una struttura, bensì un criterio; la continua ridenominazione di tali strutture sopra riportata, infatti, non può nascondere la medesima contraddizione di fondo: l'isolamento del soggetto dalla realtà sociale per la sua incapacità di adattamento nei confronti di un mondo su cui nessuno muove mai alcuna questione e che nessuno mette mai in discussione.

L'intervento diventa così a priori manipolativo.

Nella realtà, pertanto, è lo stesso obbligo a una perenne assistenza psichiatrica territoriale a configurarsi come un vero e proprio *ergastolo bianco*.

Noi crediamo, invece, nel bisogno e nella costituzione di reti sociali autogestite e di spazi sociali autonomi, in grado di garantire un sostegno materiale, una casa senza compromessi di invalidità, nonché un reddito e un lavoro non gestiti dai servizi socio-sanitari, bensì autonomamente dal

³ F.Rahola, *Zone definitivamente temporanee*, 2003.

soggetto.

Una rete in grado di riesumare e coltivare quel legame unico, antispecialistico e non orientato a una cura protocollare che, in nome della scienza, non lascia spazio all'uomo.

Quel legame sciolto dal discorso capitalistico, demiurgo di consumatori in solitario godimento.

IN ALTRE PAROLE...

Chiudere i manicomi criminali senza cambiare la legge che li sostiene vuol dire creare nuove strutture, forse più accoglienti, ma all'interno delle quali finirebbero sempre rinchiusi persone giudicate incapaci d'intendere e volere.

La questione, insomma, non può essere risolta con un tratto di penna, non è sufficiente stabilire che quello che è stato non deve più essere, e pensare che il problema si risolva da sé. È vero che per troppo tempo gli Opg sono stati un territorio dimenticato in cui ogni dignità e diritto sono annullati ma ci sono da più di un secolo e mezzo e la legge che gli regola è del 1904.

Per abolire realmente gli OPG bisogna non riproporre i criteri e i modelli di custodia ma occorre metter mano a una riforma degli articoli del codice penale e di procedura penale che si riferiscono ai concetti di pericolosità sociale del "folle reo, di incapacità e di non imputabilità", che determinano il percorso di invio agli Opg.

Viene ribadito, oltretutto, il collegamento inaccettabile cura-custodia riproponendo uno stigma manicomiale; dall'altro ci si collega a sistemi di sorveglianza e gestione esclusiva da parte degli psichiatri, ricostituendo in queste strutture tutte le caratteristiche dei manicomi. La proliferazione di residenze ad alta sorveglianza, dichiaratamente sanitarie, consegna agli psichiatri la responsabilità della custodia, ricostruendo in concreto il dispositivo cura-custodia, e quindi responsabilità penale del curante-custode.

La questione non è solo la chiusura di questi posti: non si tratta solo di chiudere una scatola, per aprirne tante altre più piccole. Il problema è superare il modello di internamento, è non riproporre gli stessi meccanismi e gli stessi dispositivi manicomiali. Il problema non è se sono grossi o piccoli, il problema è che cosa sono. Il manicomio non è solo una questione di dove lo fai, se c'è l'idea della persona come soggetto pericoloso che va isolato, dovunque lo sistemi sarà sempre un manicomio. Magari più bello, più pulito, ma la logica dominante sarà sempre quella dell'esclusione e non dell'inclusione.

La Legge 81/2014 con la misura di affidamento ai servizi sociali costituisce un passo in avanti nella riduzione delle misure reclusive totalizzanti, ma, mantenendo inalterato il concetto di pericolosità sociale, non cambia l'essenza della modalità di risoluzione della questione.

Nonostante sia previsto un maggiore contatto dell'individuo con la società, l'isolamento rimane all'interno dell'individuo attraverso trattamenti psicofarmacologici debilitanti che conducono a fenomeni di cronicizzazione.

Cambieranno i luoghi di reclusione, in strutture meno fatiscenti e più specializzate, ma allo stesso tempo ci sarà una gestione affidata al privato sociale, andando così incontro a fenomeni di allungamento della degenza per mantenere i finanziamenti, con una presa in carico vitalizia ad opera dei servizi psichiatrici.

Questa legge non soddisfa l'idea di un superamento di un sistema aberrante e coercitivo, infatti permangono misure di contenzione svincenti per l'individuo e trattamenti farmacologici troppo debilitanti e depersonalizzanti per poter essere definiti positivi per la persona.

Uno concreto percorso di superamento delle istituzioni totali passa necessariamente da uno sviluppo di una cultura non segregazionista, largamente diffusa, capace di praticare principi di libertà di solidarietà e di valorizzazione delle differenze umane contrapposti ai metodi repressivi e omologanti della psichiatria.