

Conclusioni del Convegno

“Diritto alla salute della persona detenuta; superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari; ruolo delle Regioni”

Montelupo Fiorentino (Firenze), 26 settembre 2006

Un percorso per il superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari

Per iniziativa del Comune di Montelupo Fiorentino, della Regione Toscana, della Provincia di Firenze e del Forum nazionale per il diritto alla salute in carcere, è stato promosso il convegno nazionale sugli ospedali psichiatrici giudiziari, da realizzare in Montelupo Fiorentino il 26/9/2006. Si è formato un gruppo di lavoro, che si è incontrato in più occasioni presso la sede della Provincia di Firenze. Il lavoro del gruppo ha espresso il seguente documento

Premessa

In relazione alla legislazione nazionale sul passaggio della sanità penitenziaria al Servizio sanitario nazionale contenuta nell'art. 5 della legge delega 30/11/1998 e nel decreto delegato 22/6/1999, n. 230, la Regione Toscana ha emanato la L. 4/12/2005, n. 64. Questo nuovo quadro normativo è l'occasione per definire un percorso di superamento e trasformazione degli OPG quali sono attualmente, pur nella permanenza della disciplina legislativa nazionale vigente.

Tale percorso impone una riflessione, che si cerca in seguito di articolare nei punti essenziali e che prescinde da una pur possibile nuova normativa in materia di misure di sicurezza. Per queste materie, si considera operativa la legislazione vigente: solo al termine di questa riflessione, si indicheranno i punti in cui una nuova legislazione potrebbe risolvere una serie di problemi, con i quali dobbiamo attualmente misurarci.

Il discorso di questo documento si sviluppa a due livelli.

Il primo è quello che coglie le tendenze della legislazione vigente e della giurisprudenza costituzionale per la riduzione del numero delle persone sottoposte alle misure per infermi di mente. In sostanza, si vuole cogliere che non vi è una tendenza alla espansione di tale numero, ma piuttosto alla sua riduzione. Si tratta di una circostanza incoraggiante perché tanto più contenuta è l'area di tali misure di sicurezza tanto più agevole ne può essere la gestione.

Il secondo è quello che coglie e sviluppa il percorso di trasformazione organizzativa che la legge regionale toscana innesca con il passaggio della assistenza sanitaria penitenziaria e, quindi, anche di quella psichiatrica al servizio sanitario pubblico.

I processi normativi e amministrativi di riduzione dell'area dei sottoposti alle misure di sicurezza detentive dell'Ospedale psichiatrico giudiziario - OPG - e della casa di cura e custodia - CCC.

I processi normativi.

1. Tutti i progetti avanzati in materia prevedono la soppressione della misura di sicurezza della casa di cura e custodia nei confronti dei seminfermi di mente. Tale soppressione ha comunque bisogno di un intervento legislativo, da cui questo documento prescinde. Per cui la presente riflessione deve tenere conto anche dei sottoposti a tale misura.

2. È comunque fondamentale che ci si muova, nel percorso di superamento degli OPG e delle CCC attuali, verso una riduzione del numero dei ricoverati in tali strutture, che, così come attualmente organizzate, mantengono dimensioni e caratteristiche lontane da luoghi di cura, quali dovrebbero essere.

È chiaro, e qui viene sostenuto, che un superamento di tali strutture a leggi ferme può realizzarsi solo attraverso una progressiva sostituzione delle strutture attuali con strutture diverse e differenziate, che, pur con la stessa denominazione, realizzino situazioni di cura reale. Perché ciò avvenga, le strutture verso cui ci si deve muovere devono essere di dimensioni fortemente ridotte rispetto a quelle attuali, nonché articolate in strutture differenziate, capaci di dare situazioni diverse a situazioni diverse. Il che sarà indubbiamente conseguenza del processo di territorializzazione ovvero di distribuzione sul territorio, verso il quale occorre indirizzarsi, come si chiarirà in seguito: tale indirizzo porterà all'aumento del numero delle strutture e, quindi, alla diminuzione del numero degli internati per ciascuna delle stesse.

Ma vale rilevare qui che, come già sinteticamente rilevato all'inizio, vi sono stati percorsi normativi, sia attraverso modifiche legislative, sia attraverso interventi della Corte Costituzionale, che hanno portato ad una progressiva riduzione dei sottoposti alle misure di sicurezza in questione.

3. È noto, intanto, che sono venuti meno gli automatismi previsti nel testo originario del codice penale, per effetto dei quali al proscioglimento per vizio totale di mente e alla condanna con pena diminuita per vizio parziale di mente, dovevano conseguire ex lege le misure di sicurezza dell'OPG e della CCC. Con la nuova disciplina normativa il giudice che proscioglie per vizio totale o condanna a pena diminuita per vizio parziale, applica le misure di sicurezza solo se ravvisa la presenza di una pericolosità sociale (abrogazione art. 204 C.p., ai sensi dell'art. 231 della L. 10/10/1986). E se dispone l'applicazione, la misura di sicurezza è eseguita solo se il magistrato di sorveglianza (ai sensi art. 679 C.p.p.), al momento in cui la misura deve essere eseguita accerta la permanenza della stessa pericolosità sociale.

Vi è dunque un primo filtro alla applicazione delle misure di sicurezza, che ne opera una effettiva riduzione. Riguarda, dunque, perché si applichi la misura di sicurezza, la necessità di accertare in concreto la esistenza della pericolosità sociale nell'autore di reato prosciolto per incapacità di intendere o di volere.

Inoltre, rispetto al sistema iniziale del Codice penale, per cui le misure di sicurezza applicate avevano una durata minima di effettiva sottoposizione al ricovero, la sentenza costituzionale 110/1975, ha stabilito la possibilità di revoca anticipata rispetto al periodo di durata minima stabilito dalla legge.

Il che significa che sono venute meno le due presunzioni legali stabilite dal codice penale: quella di esistenza e quella di durata della pericolosità sociale.

4. Sempre nella linea di riduzione dell'area dei sottoposti alle misure di sicurezza in questione, va ricordata la sentenza costituzionale n. 253/2003, che ha dichiarato la illegittimità costituzionale dell'art. 222 C.p. “nella parte in cui non consente al giudice ... di adottare, in luogo del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario, una diversa misura di sicurezza prevista dalla legge, idonea ad assicurare adeguate cure dell'infermo di mente e a far fronte alla sua pericolosità sociale”. Tale misura, come la stessa sentenza spiega, può essere rappresentata dalla libertà vigilata, accompagnata dalla prescrizione di un rapporto stabile e continuativo con il servizio psichiatrico territoriale.

Si deve aggiungere che tale indicazione costituzionale, dettata per l'OPG, non può non valere, per le stesse ragioni, anche per la CCC..

Tale giurisprudenza costituzionale fa venire meno la connessione necessaria fra accertamento della pericolosità sociale e misura di sicurezza detentiva, con l'effetto di produrre, come detto, la ulteriore riduzione numerica dell'area dei sottoposti alle misure di sicurezza indicate.

Questa possibilità deve essere particolarmente valorizzata e non sembra ci possa essere dubbio che la stessa può essere fatta valere sia dal giudice che applica la misura all'atto della sentenza di proscioglimento, sia dal magistrato di sorveglianza, che decide sulla concreta esecuzione della misura, al momento in cui alla stessa si deve dare corso (art. 679 C.p.p.).

Sulla stessa linea si muove anche un'altra sentenza costituzionale, n. 367/2004, che afferma la stessa possibilità di scelta, fra internamento e affidamento esterno ai servizi, per la misura di sicurezza provvisoria di cui all'art. 206 C.P., misura che, allo stato, viene eseguita sempre in OPG o in CCC.

In base a quanto si è detto ora, quindi, al filtro "totale", per così dire, della non applicazione delle misure, si aggiunge anche un filtro "parziale", che riduce, comunque, gli internamenti in OPG o in CCC, sostituendo agli stessi la misura di sicurezza "aperta" della libertà vigilata, vincolata ad un rapporto continuativo di assistenza con il servizio psichiatrico territoriale.

I processi amministrativi.

5. Sempre nella stessa direzione, della riduzione delle persone ricoverate, si muove anche lo spostamento dall'OPG e dalle CCC di situazioni diverse dalla sottoposizione a misure di sicurezza. Il senso di questo intervento è il seguente: gli istituti denominati OPG e CCC devono restare riservati alle persone sottoposte in via definitiva a tali misure. Si tratta di valutare la percorribilità di soluzioni alternative, rispetto al ricovero negli istituti OPG o CCC, per altri gruppi di persone con posizioni giuridiche diverse, per buona parte delle quali occorre la intensificazione della custodia per la posizione giuridica che presentano, non definitiva o comunque particolarmente gravosa, anche se definitiva. Al rafforzamento della sicurezza per questi gruppi di persone consegue una limitazione delle possibilità di cura per tutti i presenti, cioè anche per coloro che non hanno bisogno di quel rafforzamento.

6. Quali sono i gruppi di persone che hanno posizioni giuridiche diverse da quelle dei sottoposti a misure di sicurezza definitive e che sono egualmente ricoverate negli istituti OPG o CCC? Sono di tre tipi:

- A- Soggetti in osservazione psichiatrica, con condanne definitive o con processi in corso: in questo secondo caso, l'invio in OPG può essere disposto anche per l'espletamento di perizia psichiatrica;
- B- Misure di sicurezza applicate, ai sensi art. 206 C.p., in via provvisoria, nei confronti di chi ha un processo in corso, già accennata poco sopra;
- C- Ricoveri ex art. 148 C.p. o 212 C.p. nei confronti di chi si trova in esecuzione di pena o di misura di sicurezza detentiva (contro soggetti imputabili), cui sia sopravvenuta una infermità mentale.

A- Per la prima situazione la Amministrazione penitenziaria ha già disposto, istituendo sezioni per la osservazione psichiatrica in almeno un carcere per regione, rete, questa, già in corso di realizzazione. Anche se non esplicitamente previsto, ciò dovrebbe valere anche per l'invio di persone detenute ai fini dell'espletamento di perizia psichiatrica. Per la precisione, tale rete è prevista per gli uomini, mentre, per le donne, è indicata un'unica sede nazionale presso la Sezione femminile della Casa Circondariale di Firenze, ove è operativa una sezione di CCC.

B- Per la seconda situazione, di applicazione della misura di sicurezza provvisoria, si tenga già conto della possibilità che tale misura sia applicata senza internamento, secondo la sentenza costituzionale n. 367/2004 citata. Si può aggiungere che il mancato ricorso al ricovero negli istituti OPG o CCC può essere realizzato anche attraverso la custodia cautelare in luogo di cura di cui all'art. 286 C.p.p., luogo di cura diverso dall'OPG o dalla CCC.. Se tali soluzioni non fossero possibili, potrebbe essere sempre utilizzata la sezione per osservazione psichiatrica presso il carcere indicata sopra.

C- Quanto alla terza situazione, di applicazione degli artt. 148 o 212 C.P., non è impossibile operare come per la prima: comunque l'A.G. dovrebbe essere consapevole, eventualmente anche a seguito di chiarimenti dei responsabili degli istituti OPG e CCC, della possibilità che il ricovero possa essere attuato in reparti carcerari analoghi a quelli istituiti per la osservazione psichiatrica.

Vanno precisate due circostanze. La prima è che nei reparti in parola, anche se presso gli istituti carcerari, dovrebbe pur sempre operare il servizio sanitario pubblico, che ne avrebbe la gestione. La seconda è che interlocutore necessario di tutto il percorso, che stiamo descrivendo, deve essere ovviamente anche la Amministrazione penitenziaria, che ne dovrebbe - si confida - favorire lo sviluppo.

Tiriamo le conclusioni su questa prima parte: nonostante il grande aumento delle presenze di detenuti nelle carceri (temperato per vero negli ultimi giorni dalla concessione dell'indulto, che dovrebbe avere solo effetti marginali sulle presenze negli istituti in questione e soltanto per le CCC), l'area dei sottoposti alle misure di sicurezza detentive dell'OPG e della CCC è rimasta limitata e dovrebbe, se mai, avere subito una certa riduzione in conseguenza degli interventi normativi e giurisprudenziali-costituzionali che si sono descritti. Ma ulteriori riduzioni possono essere ricollegate ad interventi che riservino gli istituti OPG e CCC ai soli sottoposti alle omologhe misure di sicurezza definitive e che passino al sistema degli istituti carcerari - sia pure in apposite sezioni gestite dal servizio sanitario pubblico - le situazioni fino ad oggi gestite dagli OPG e dalle CCC, ma non proprie delle stesse.

La territorializzazione: indicazione di fondo e implicazioni.

Con le precisazioni fatte sopra, si è chiarito che la dimensione dell'area di cui ci interessiamo è abbastanza limitata e può essere ulteriormente ridotta attraverso interventi amministrativi. Definito questo punto, si tratta di affrontare ora il tema specifico indicato all'inizio del documento. La legge regionale toscana attribuisce l'assistenza sanitaria all'interno degli istituti penitenziari e, quindi, anche quella negli OPG e nelle CCC al servizio sanitario nazionale. Questo passaggio di competenze deve essere colto come l'occasione che consente la realizzazione di strutture che superino quelle esistenti, inevitabilmente legate alle origini carcerarie degli istituti in questione, e che siano coerenti con una gestione articolata dei singoli servizi territoriali, che rappresenta la caratteristica di fondo del servizio sanitario nazionale.

Curare e recuperare si può se si garantiscono nuove condizioni di curabilità, se la rete dei servizi sanitari e sociali del contesto sociale è impegnata dall'inizio alla fine, con la continuità terapeutica e con l'insieme delle relazioni sociali, in un progetto personalizzato di trattamento che prenda in considerazione e valorizzi le risorse personali e le disponibilità del contesto familiare e sociale.

Si deve sottolineare che, se noi ragioniamo in base alla legge regionale toscana, dobbiamo però supporre che tale ragionamento sia valido in tutte le regioni: e ciò per la buona ragione che la legge toscana corrisponde alle prescrizioni delle leggi nazionali ricordate all'inizio.

Sarà utile disporre, per le nostre considerazioni, della distribuzione numerica per regione degli attuali ricoverati negli OPG e nelle CCC.

1. La indicazione di fondo del percorso da realizzare è, quindi, quella della territorializzazione. La gestione delle misure di sicurezza, cioè, deve indirizzarsi verso la distribuzione delle persone sottoposte presso i territori di provenienza e di competenza. Il principio deriva:

- dalla normativa penitenziaria (art. 42 O.P.);
- ma soprattutto dalla normativa sanitaria, che individua negli organi sanitari del luogo di competenza territoriale quelli per la presa in carico delle persone.
- Questo punto porta ad affrontare due questioni diverse:
- la prima è quella della articolazione delle modalità di intervento;

- la seconda, di notevole importanza, è che, definita la strategia di intervento, si stabilisca anche la tattica concreta da porre in essere.

2. Dunque, l'articolazione territoriale. È chiaro che il servizio sanitario pubblico dei singoli territori, perché si realizzi la territorializzazione del servizio, deve offrire:

- un efficiente servizio di presa in carico territoriale, che dovrebbe coordinarsi con quello che opera all'interno degli OPG e degli istituti penitenziari, prima, e delle strutture di accoglienza sottoindicate, poi, realizzando pertanto una continuità terapeutica;
- una o più strutture di accoglienza di dimensioni limitate in grado di seguire la evoluzione delle situazioni dei ricoverati in OPG o CCC. Tali strutture devono essere disponibili per tali ricoverati, anche in periodi di licenza, comprese le licenze finali di esperimento e disponibili anche per altre persone provenienti dagli istituti penitenziari, dove - non lo si dimentichi - la gestione della salute e della cura deve essere conferita, definitivamente, al servizio sanitario nazionale. Particolarmente a tali strutture potrebbero fare riferimento quei prosciolti cui è stata applicata la misura di sicurezza non detentiva: sia per un periodo iniziale, sia in momenti di difficoltà della assistenza ordinaria a domicilio;
- una struttura di dimensioni limitate per la esecuzione delle misure di sicurezza psichiatriche, che sia in grado di corrispondere alla denominazione di OPG e di CCC.. In linea di massima sarà sufficiente una struttura per regione; se il numero degli utenti è elevato (come accade in alcune delle regioni più grandi), occorrerà più di una struttura.

Sembra inevitabile chiarire che, mentre la struttura sub C) dovrebbe essere struttura penitenziaria e richiederebbe la presenza anche di personale penitenziario, con i problemi conseguenti, il tipo di struttura sub B) sarebbe esclusivamente sanitario, di esclusiva gestione sanitaria e non avrebbe che personale sanitario e sociale: la sua flessibilità dovrebbe consentire di guidare ed assistere il passaggio dalla struttura per la esecuzione delle misure di sicurezza alla assistenza del solo servizio psichiatrico territoriale esterno. Tale assistenza sul territorio di residenza sarebbe la conclusione e lo sviluppo di quella presa in carico da attuare sin dal momento del ricovero in OPG o in CCC, di cui si è parlato sub A). Il percorso di territorializzazione potrebbe, ovviamente, vedere inizialmente come più praticabile, anziché l'affido in libertà al servizio competente, l'attuazione dell'accoglienza nel secondo tipo di struttura suindicato per favorire la transizione alla assistenza in libertà sul territorio.

3. Come compiere il percorso della territorializzazione delle risposte secondo la articolazione sopra indicata? Si può pensare a vari momenti:

- il primo è la condivisione della diversificazione degli interventi con altre regioni, il numero maggiore possibile;
- il secondo è la presa in carico da parte dei vari servizi territoriali di competenza relativamente agli internati negli OPG esistenti;
- il terzo è la disponibilità che questa presa in carico si esprima in soluzioni di accoglienza, in un servizio o in una struttura, che rendano possibile la conclusione dell'internamento: ricordiamo che, per l'OPG di Montelupo Fiorentino, accanto ai prosciolti assegnati e presenti nell'istituto, un numero molto elevato di prosciolti non è presente e si trova in licenza finale di esperimento, in parte maggioritaria presso comunità, generalmente private. Sarebbero utili in questa fase le strutture di accoglienza del servizio pubblico, di gestione esclusivamente sanitaria, indicate al n. 2, sub B).
- e, infine, la creazione di vere e proprie sezioni di OPG per i soli residenti delle singole regioni interessate.

3. Il percorso che si è tracciato è visto dalla parte della Sanità pubblica. È indispensabile che il servizio sanitario degli OPG assuma le caratteristiche organizzative di quello pubblico per

agire non solo dall'esterno, ma dall'interno stesso degli OPG e delle CCC esistenti. Il personale sanitario penitenziario operante in tali strutture dovrebbe transitare nei ruoli del servizio sanitario pubblico. In tal senso la stessa legge regionale toscana 64/2005, formulata per tutto il sistema sanitario penitenziario, può rappresentare una concreta opportunità in quanto essa prevede una transizione condivisa con la Amministrazione penitenziaria, partendo dalle strutture esistenti, così come le stesse si presentano e con la organizzazione oggi esistente.

Ciò non esclude comunque la necessità inderogabile che le attuali strutture possano assicurare una sorta di Livelli Essenziali di Assistenza che devono essere propri degli OPG, così da migliorare la qualità di vita dei pazienti e realizzare al meglio le funzioni di cura, pur nel mantenimento della misura restrittiva. In sintesi occorre:

a:- fare stare meglio gli internati per cura e condizioni di vita, nei tempi di esecuzione della misura di sicurezza in OPG (più cura e meno custodia);

b:- operare per ridurre il tempo di permanenza in OPG durante l'esecuzione della misura di sicurezza (parziale de-istituzionalizzazione attraverso l'attivazione di licenza, semilibertà etc.);

c:- operare per realizzare una minore durata complessiva della misura di sicurezza scontata in OPG per giungere il più rapidamente possibile alla revoca della stessa (parziale de-penalizzazione);

d:- più opportunità di riabilitazione sociale, da utilizzare al termine della misura di sicurezza, e di recupero sociale anche ai fini di diminuire le possibili recidive e rientro in OPG per recidiva di reato o di malattia (+ efficacia terapeutica).

Dobbiamo cogliere in queste indicazioni una preparazione all'avvio della omogeneizzazione dei fini fra l'interno della Amministrazione penitenziaria, anche ai livelli di responsabilità centrali, e il Servizio sanitario pubblico, momento indispensabile perché (contrariamente a quanto avvenuto in passato con le sperimentazioni previste dalla legge delegata 230/99) si realizzi una effettiva collaborazione fra le parti.

5. Come si è detto al n. 4, lo sforzo della Regione Toscana deve essere quello di coinvolgere nel percorso indicato altre regioni, anche attraverso la Commissione Stato-Regioni. Particolarmente lo sforzo deve essere operato nei confronti di quelle regioni che siano più interessate e attivabili.

A questo riguardo sono necessarie due notazioni.

La prima è che l'interlocutore necessario è l'Amministrazione penitenziaria, con la quale sarebbe indispensabile confrontarsi per verificare la disponibilità a condividere i percorsi indicati. È possibile che attualmente tale Amministrazione agisca con il gravoso condizionamento della riduzione della spesa sanitaria e, in questo quadro e in via di ipotesi, cerchi di limitare il proprio impegno con il Servizio sanitario pubblico che gestisce l'OPG di Castiglione delle Stiviere, incrementando la utilizzazione degli altri OPG. Si tratta di una ipotesi che oggi si troverebbe a dovere superare alcune difficoltà, relative alla ristrutturazione in corso a Montelupo e a quelle di possibile programmazione in altri istituti.

È ovvia la constatazione, però, che questa ipotesi si muove nella direzione della ulteriore concentrazione delle strutture, esattamente opposta a quella che si è ipotizzata poco sopra. Occorrerebbe, pertanto, l'abbandono di tali progetti, se vi siano, e questo potrebbe essere argomento di discussione nella Commissione Stato-Regioni direttamente con l'Amministrazione penitenziaria.

A questo punto, sembra evidente - ed è la seconda notazione - che la Regione Lombardia, che ha investito, negli ultimi anni, nell'OPG di Castiglione delle Stiviere - gestito dalla ASL locale - e che lo vedrebbe chiudere, ha un significativo interesse allo sviluppo del percorso di territorializzazione di cui abbiamo parlato. Al momento il numero degli uomini presenti a Castiglione è più o meno corrispondente a quello dei prosciolti appartenenti a tale regione. Inoltre Castiglione ha l'unica sezione di OPG d'Italia per donne (affiancata per ora dalla unica sezione di casa cura e custodia femminile nel carcere di Sollicciano-Firenze). Fermo restando che il problema delle internate donne, con un numero intorno alle 50, compresa la casa di cura e custodia, dovrebbe essere di più agevole soluzione di quello degli internati uomini, si può osservare che la Regione Lombardia, per

quanto detto, dovrebbe essere particolarmente motivata al percorso di territorializzazione e quindi coinvolgibile nello stesso.

In altre parole, perché la discussione proceda utilmente, occorre cogliere anche gli interessi delle varie parti. Questo può favorire lo sviluppo del processo trasformativo di territorializzazione, anche se deve essere costantemente subordinato alla effettiva attuazione dello stesso. È chiaro, infatti, che una struttura come quella di Castiglione delle Stiviere ha dimensioni poco consone alle caratteristiche delle strutture territoriali che si sono descritte e che dovrebbero essere di limitate dimensioni. Ma la utilizzazione di quella struttura potrebbe rappresentare una tappa del percorso che deve essere compiuto.

Le nuove strutture territorializzate per la esecuzione delle misure di sicurezza per infermi di mente.

Torniamo ai profili organizzativi del sistema territorializzato. Per quello che riguarda la presa in carico del servizio territoriale competente nel luogo di residenza degli interessati - v. al n. 2 precedente, sub A) - non c'è nulla da aggiungere a quello che già esiste. Si tratterà soltanto, e non è poco, di rendere operativo quel sistema.

Anche per le strutture di accoglienza - indicate al n. 2, sub B) - non ci sono particolari notazioni da fare: anche se rare, già esistono: si tratta di accrescerle, avendo presente che le stesse devono essere sottratte ad ogni dinamica manicomiale.

È sul terzo tipo di strutture - v. n. 2, sub C) - che ci si deve necessariamente soffermare. A tal fine però dobbiamo tornare alla premessa di questo documento: il discorso che qui si conduce si muove nel quadro della legge regionale toscana n. 64/2005, attuazione delle leggi nazionali ricordate che stabiliscono il passaggio del Servizio sanitario penitenziario al Servizio sanitario nazionale. Si tratta di un discorso che si è avviato e non può essere eluso. Le considerazioni che seguono devono essere riportate a quel quadro, nel quale, all'interno delle strutture denominate OPG e CCC deve essere attuato un servizio sanitario e quel servizio sanitario deve fare capo alla organizzazione sanitaria territoriale.

1. Si deve essere consapevoli che, con la legislazione attuale, il superamento degli OPG può arrivare fino alla diversificazione e alla profonda modifica delle loro strutture, nonché alla gestione delle medesime da parte del Servizio sanitario pubblico, ma non può cambiare la natura giuridica della struttura. La questione pone problemi diversi:

- Il primo è quello della titolarità della struttura: resta struttura penitenziaria?
- Il secondo è quello della responsabilità e/o titolarità della gestione dell'istituto: una direzione penitenziaria o una direzione sanitaria?
- Il terzo è il definirsi del rapporto fra le funzioni della cura e della custodia nella concreta gestione dell'istituto.

2. Si dice subito che la struttura non può non restare penitenziaria: ovviamente ci si riferisce qui alla struttura che mantiene la denominazione di OPG o CCC. È la struttura penitenziaria prevista dalla legge e, nella nostra ipotesi di lavoro, si prevede che la legge non sia modificata.

Certo, bisogna accennare a una soluzione possibile (in qualche misura riferibile anche all'art. 113 del Regolamento di esecuzione dell'Ordinamento penitenziario), ma probabilmente poco praticabile. È quella che, da subito, l'Amministrazione penitenziaria segua la via attuata con Castiglione delle Stiviere, la via cioè delle convenzioni con le regioni di competenza. Perché poco praticabile? Non sul piano teorico, perché la convenzione con la ASL competente a Castiglione dimostra il contrario, anche se una analisi della praticabilità giuridica passò attraverso ragioni pratiche, come la saturazione delle strutture penitenziarie esistenti e la conseguente necessità di ricorrere a una struttura fuori sistema: si tenga presente che a Castiglione sono stati presenti anche più del doppio degli internati attuali.

La scarsa praticabilità di questa soluzione è ricavabile da due condizioni. La prima è che, come si è detto, la Amministrazione penitenziaria mira a liberarsi dalla convenzione attuale. La seconda è che, proprio nella prospettiva del passaggio per legge della sanità penitenziaria al servizio sanitario pubblico, ci pare che non si potrebbe giustificare un sistema di convenzioni.

Non si può, pertanto, prescindere, a leggi ferme, dal sistema degli OPG e, quindi, di istituti, di cui può essere modificata distribuzione e organizzazione, ma non la natura giuridica. Gli stessi restano, pertanto, una struttura penitenziaria della quale è titolare la amministrazione penitenziaria.

4. La direzione e, quindi, la responsabilità della gestione degli attuali OPG è affidata al personale del ruolo tecnico-sanitario degli istituti di prevenzione e pena (art. 111 del Regolamento di esecuzione dell'Ordinamento penitenziario). Ora, per effetto del passaggio della sanità penitenziaria al servizio sanitario pubblico, questo personale, che è sanitario e che è inserito in una struttura di denominazione e carattere sanitario - OPG o CCC. - può mantenere la responsabilità della gestione di una struttura che si è detto essere penitenziaria? La risposta è difficile, ma deve essere quella che assicura la emancipazione degli istituti dalla pesante impostazione carceraria tradizionale e che garantisce una nuova funzione sanitaria e riabilitativa.

5. Cerchiamo di seguire l'indicazione conclusiva che precede in merito al rapporto che deve intercorrere tra funzione sanitaria, di cura e riabilitazione, e funzione penitenziaria, particolarmente di custodia.

La funzione sanitaria e riabilitativa è quindi quella propria e specifica della struttura: le altre funzioni, amministrative e di sicurezza, dovranno essere utili e non certo ostative allo svolgimento della prima funzione. Ed allora la struttura in questione dovrà definirsi in funzione di un modello che preveda:

- da un lato, la gestione sanitaria della struttura all'interno, autonoma dalla gestione penitenziaria, tant'è che, come accennato, la direzione della la struttura è del personale medico e deve essere mantenuta allo stesso, anche se il personale direttivo della gestione sanitaria fa riferimento alla organizzazione sanitaria nazionale;
- dall'altro lato, una gestione penitenziaria residuale, che concerna gli aspetti amministrativi di vita dell'istituto (cura delle posizioni giuridiche degli internati, approvvigionamento vitto e arredi, manutenzione dei fabbricati e degli impianti, etc) e gli aspetti di sicurezza all'esterno e all'interno solo quando vi sia una richiesta di intervento da parte dei responsabili della gestione sanitaria.

6. Quest'ultimo modello sembra quello che raccoglie le indicazioni formulate alla fine del precedente n.3: emancipazione dalla attuale impostazione carceraria e garanzia dell'effettivo svolgimento della funzione sanitaria da parte del personale che ne è investito. Mentre tale personale avrà l'autonoma gestione dell'istituto nella parte della cura e della riabilitazione (che riguarderà, quindi, anche gli spazi in cui può essere svolta la riabilitazione), il personale penitenziario (amministrativo e di polizia penitenziaria) svolgerà le funzioni che si sono indicate sopra. Tali funzioni sono strumentali e di assistenza allo svolgimento della funzione sanitaria, resa esplicita dalla denominazione dell'istituto e anche dalle indicazioni legislative attuali, che già identificano in tale funzione sanitaria quella che è propria degli istituti in questione. Se quindi il personale penitenziario avesse, come può essere necessario, un proprio organo dirigente, dovrebbe essere ben esplicitata con apposita regolamentazione, la posizione di servizio di tale direzione rispetto allo svolgimento della gestione sanitaria autonoma degli istituti, funzione propria ed essenziale degli stessi. D'altronde, sia il personale sanitario, sia il personale penitenziario potrebbero ricevere una adeguata formazione professionale in merito alle attività rispettivamente da svolgere nella struttura in questione.

Si tenga conto che, nella prospettiva che ci siamo dati della territorializzazione e, quindi, della distribuzione di strutture di piccole dimensioni nei singoli territori regionali, si semplificherebbero i

rapporti fra componente sanitaria del Servizio pubblico e componente penitenziaria, che non saranno quelle che potrebbero essere immaginate oggi in presenza e nel contesto delle strutture esistenti. È indubbio, in effetti, che ci sarà un periodo nel quale tali ultime strutture resteranno la cornice della transizione alle strutture territorializzate: la condivisione del percorso e dei fini, su cui si è insistito in precedenza, sarà decisiva in questa fase.

Un Progetto obiettivo nazionale

La proposta avanzata in questo Documento ha bisogno di un reale, forte e sistematico coordinamento tra soggetti istituzionali con pari dignità costituzionale, in particolare il Ministero della Giustizia, il Ministero della salute e le Regioni italiane, che sono titolari di competenze diverse, tutte indispensabili e tutte tra loro interdipendenti.

Si tratta di una proposta politica che per attuarsi deve sviluppare il principio costituzionale della *“leale collaborazione”*.

Si propone, pertanto, di predisporre ed attuare, con le necessarie condivisioni, un Progetto obiettivo nazionale che sia concordato, in sede di Commissione Stato-Regioni, tra il Ministero della Giustizia, il Ministero della Salute e le Regioni italiane, previa consultazione con le Organizzazioni sindacali confederali e con le maggiori Associazioni del Volontariato e del Terzo settore.

Il Progetto nazionale dovrebbe stabilire modi e tempi per l’assegnazione dei ristretti negli OPG attuali alle Regioni e, dunque, ai territori di provenienza, le tipologie differenziate delle strutture e dei servizi da attivare in ogni Regione per la cura e la custodia, le competenze, le responsabilità e le forme di collaborazione da attivare tra il sistema penitenziario e il sistema sanitario a livello nazionale, regionale e locale, i provvedimenti per il trasferimento del personale sanitario nei ruoli sanitari delle Regioni interessate, la quantificazione delle risorse finanziarie in conto capitale e in conto gestione di pertinenza sia del sistema penitenziario che del sistema sanitario.

È evidente che per realizzare il Progetto obiettivo con certezza e con continuità è necessario che i due sistemi, sanitario e penitenziario, diano luogo, a tutti i livelli, ad una struttura organizzativa specifica, dotata di competenze e di personale dedicato.

Il potenziamento dei rapporti con i Servizi psichiatrici del territorio, unico strumento in grado di abbreviare i percorsi di internamento, non può essere lasciato alla singola realtà locale, territoriale o regionale, ma deve avere disponibile un canale di collegamento diretto tra i Ministeri della Giustizia e della Salute e il sistema delle Regioni per elaborare politiche e linee guida per la definizione dei rapporti tra gli OPG e le ASL.

È ipotizzabile all’interno del DAP, con la realizzazione di un Piano Esecutivo di Azione - PEA - specifico, un’ autonoma organizzazione che si occupi dell’OPG in maniera continua, in grado di agire con autonomia di risorse e di organizzazione. Tale struttura deve essere affidata alla responsabilità ed operatività di un Dirigente Medico degli OPG, in grado di assicurare continuità, specificità, competenza professionale finalizzata al completamento del percorso di assimilazione delle metodologie di lavoro vigenti in tali strutture a quelle del SSN per favorire la continuità di presa terapeutica ed il superamento degli stessi.

Cosa analoga si pone per il Ministero della salute. Il potenziamento dei Servizi psichiatrici del territorio, il loro collegamento con la rete delle strutture e dei servizi sociali, tutti strumenti necessari per abbreviare i percorsi di internamento e di agire per il recupero sociale dei malati di mente, non può essere lasciato alla singola realtà locale, territoriale o regionale, ma deve trovare nel Ministero della salute una Sezione di lavoro che faccia da riferimento e da cerniera tra il livello centrale e il sistema regionale e che sia in grado di elaborare politiche e protocolli normativi di rapporto tra gli OPG e le ASL, insieme a strumenti e sistemi di controllo.

Il mantenimento della prospettiva della soluzione legislativa: nuovo regime normativo per gli autori di reato infermi di mente.

Il documento ha scelto la linea di una transizione ad un diverso sistema di OPG e CCC tale da superare le strutture attuali senza modificare le leggi relative, ma utilizzando la sola normativa relativa al passaggio della sanità penitenziaria al servizio sanitario nazionale nella linea della legge nazionale n. 230/99 e della legge n. 64/2005 della Regione Toscana. La via scelta ha due vantaggi: la praticabilità immediata, sia pure attraverso un rapporto costruttivo con la Amministrazione penitenziaria, e l'avvio di soluzioni concrete di strutture e di operatività che potranno anche essere utilizzate come concreta indicazione per le soluzioni legislative.

Ciò non significa che debba essere abbandonata la prospettiva di una soluzione legislativa, alla quale è legata la soluzione di molteplici problemi, che restano qui insoluti o che possono anche trovare soluzioni provvisorie, per le quali è consigliabile avere in seguito una copertura legislativa.

Indichiamo sommariamente e non esaustivamente alcuni di tali problemi:

- il contenuto e la struttura della misura di sicurezza attenuata, definitiva o provvisoria, senza ricovero in OPG di cui parlano le sentenze costituzionale n. 253/2003 e n. 367/2004, senza la mediazione della libertà vigilata, che la Corte ha indicato per necessità esemplificativa, non avendo la competenza di provvedere direttamente alla individuazione di una misura apposita;
- una nuova definizione e regolazione della pericolosità sociale o un suo superamento, che possono essere operati solo per legge;
- nuove regole in materia di perizia;
- la soppressione della misura di sicurezza della casa di cura e custodia;
- una diversa regolamentazione della misura di sicurezza in istituto: restano oggi le regole relative alla durata, condizionanti, pur se non assolute;
- la titolarità e la gestione degli istituti sui quali resta oggi la ipoteca della organizzazione penitenziaria;
- il problema di una soluzione legislativa e, quindi, obbligata sulle presenze di ricoverati per ragioni diverse dalla esecuzione di misure di sicurezza: si è prospettata sopra una soluzione amministrativa, che non è però agevole; legata a questi problemi c'è anche una previsione normativa dei reparti psichiatrici interni al carcere, necessari e da gestire, comunque, dal servizio sanitario pubblico;
- nuove regole anche in materia di revisione delle sentenze di assoluzione per difetto di imputabilità.

Si dovrà, quindi, arrivare ad affrontare il problema degli OPG e delle CCC anche in sede di legislazione generale. Ma, in qualche misura, quello che ci fa scegliere la via indicata nelle pagine precedenti è ciò che si potrebbe chiamare una sana impazienza: quella di cambiare davvero e presto gli istituti e di dare una risposta profondamente diversa alle persone che vi si trovano.