

Riforma sanità penitenziaria: lo scoglio degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari

Da “Il Sole 24 ore Sanità” – Anno XI – n. 15; pagg. 10 - 11

Dopo il via libera dato dalle regioni, il 1 aprile, a meno di due settimane dal voto, il governo uscente ha varato l'atto per rendere effettive le disposizioni contenute nella legge finanziaria 2008. I contenuti del provvedimento sono ambiziosi. La riforma porta a compimento le linee generali del decreto legislativo n. 230 del 1999, con le doverose integrazioni necessarie dopo la modifica del Titolo V della carta costituzionale. Al riguardo sono gli allegati di dettaglio che potrebbero in futuro trovare serie difficoltà nello spiegamento dei loro contenuti programmatori, difficoltà legate all'autonomia delle regioni in materia di organizzazione dei servizi sanitari da erogare all'interno del circuito penale. Merita un approfondimento l'allegato C, “**Linee di indirizzo per gli interventi negli ospedali psichiatrici giudiziari (OPG) e nelle case di cura e custodia**”. A parere di chi scrive il documento presenta criticità tali da porre in dubbio una applicazione uniforme sul territorio nazionale, entro i termini di tempo previsti. Intanto gli istituti OPG non sono dislocati in modo uniforme, in particolare le donne sono tutte concentrate in Lombardia, nell'istituto di Castiglione delle Stiviere (Mn). Inoltre più del 50% degli internati sono residenti in sole 4 regioni (**tabella 1**): **Lombardia (194), Campania (140), Lazio (124), Sicilia (138)**. Questa distribuzione implica un forte rallentamento dei tempi preventivati nell'allegato, almeno per la realizzazione della cosiddetta “prima fase”. Non si dimentichi inoltre che almeno il **10%** della popolazione ricoverata in questi istituti rientra nello stato giuridico del detenuto con sopraggiunta infermità mentale (art. 148 c.p.). Per questi si rende necessario il trasferimento nei centri clinici, apposite sezioni ancora in larga misura da approntare nelle carceri delle regioni di residenza. Non si dimentichi ancora che il codice penale resta invariato e, a meno di successivi atti di modifica legislativa del parlamento, il magistrato di sorveglianza non può che applicare la legge, come il giudice della cognizione può tuttora, in base all'art. 112 del DPR 230 / 2000, disporre periodo di osservazione in OPG. Resta inoltre poco realistico immaginare lo sfoltoimento in 12 mesi dei ricoverati al termine della misura di sicurezza, perché la finanziaria 2008 non ha riservato risorse aggiuntive alle regioni per sviluppare la rete dei servizi integrati con la residenzialità psichiatrica alternativa all'OPG. In particolare le misure alternative, quali la libertà vigilata e la licenza esperimento, non sono a carico del fondo sanitario del Ministero della Giustizia, dunque non rientrano nella partita di giro operata dall'attuale DPCM. Il problema esiste, specialmente gettando l'occhio sulla **tabella 2**. I numeri (soggetti in OPG ed in Libertà vigilata nelle residenze protette) dicono che il fenomeno è aumentato significativamente in 7 anni e che il territorio già assorbe circa il 60% dei soggetti in esecuzione penale esterna. Non è però solo un problema di risorse aggiuntive da reperire, è anche un problema di strumenti culturali ed organizzativi idonei a fronteggiare le sfide della territorialità. Quando si parla degli O.P.G. , ma anche dei malati in libertà vigilata, si deve focalizzare l'attenzione sul paziente psichiatrico autore di reato. Precisamente sulla tipologia di reati e sulla tipicità del disturbo mentale in rapporto al reato. Sono pazienti gravi (almeno il 60-65% diagnosi in asse I, da cui l'irresponsabilità di fronte alla legge penale). Sono socialmente pericolosi (pericolosità in senso giuridico, accertata e decretata in sentenza da un giudice). Concetto su cui porre la doverosa attenzione, perché diversamente il “*paziente difficile*” che non delinque, non è pericoloso fino a prova contraria, cioè fino a che non commette un reato. Assimilare il paziente pericoloso per sentenza al “*paziente difficile*” dei servizi, significa operare approssimazioni non in linea con la letteratura internazionale, che ha evidenziato tutta la complessità nella gestione dei percorsi specifici per il recupero del malato reo, dentro la cornice di garanzie per la collettività (non a caso è il giudice di sorveglianza che emette un'ordinanza di cessazione della pericolosità). Dunque la logistica degli istituti OPG, la distribuzione regionale anomala degli internati, la sottostima delle risorse necessarie, la sottovalutazione della tipologia e dei percorsi specifici del malato autore di reato, l'invarianza delle norme penali utilizzate dalla magistratura per innescare e sovrintendere il

percorso penale, questi fattori pongono seriamente in forse la realizzazione della cosiddetta “prima e seconda” fase dell’allegato C. Qualche considerazione infine sulla cosiddetta “terza fase”, quella della attuazione piena della regionalizzazione degli OPG e dei percorsi integrati OPG- territorio, da realizzare a cura dei Dipartimenti di Salute Mentale. In primo luogo si ritiene che sia necessario istituire un Ufficio di Coordinamento nelle regioni sede attuale di OPG. La responsabilità non può che essere posta in capo al direttore degli istituti medesimi, per operare il funzionale raccordo tra i DSM regionali da un lato, l’istituto OPG ed il Provveditorato regionale dell’Amministrazione penale dall’altro. Tale Ufficio di Coordinamento va successivamente esteso anche nelle regioni che, sempre secondo le linee guida, si doteranno di propri istituti OPG, secondo il modello della custodia esterna operata dalla polizia penitenziaria. Infine, per realizzare un processo di riforma ispirato al modello territoriale della cura e riabilitazione del cosiddetto “disturbo mentale di confine” (paziente difficile a rischio di reato, paziente che delinque, detenuto psichiatrico in carcere, internato OPG e CCC, percorsi delle misure alternative – legge Simeone -, libertà vigilata ecc.), non può che essere adottato il modello zonale dell’“Area vasta”. Questa va costruita come struttura sovra ordinata, inter dipartimentale, dotate di autonomia tecnica, organizzativa e gestionale, in grado di programmare e gestire in modo coordinato la multi disciplinarietà complessa propria della psichiatria territoriale, unita a quella della gestione delle dipendenze patologiche ed a quella della psichiatria forense.

Gianfranco Rivellini

Psichiatra e Criminologo Clinico – OPG Castiglione delle Stiviere

Tabella 1 – situazione al 30 marzo 2007 – elaborazione da dati CED DAP – Posizioni giuridiche c.p. (222, 206, 219, 148) – art. 112 DPR 230 / 2000 -

REGIONE RESIDENZA	N. ITALIANI	% ITALIANI	N. STRANIERI	% STRANIERI	% ITALIANI e STRANIERI
Piemonte	55	4,8	6	5,9	4,9
Valle d'Aosta	4	0,3	0	0,0	0,3
Liguria	46	4,0	1	1,0	3,8
Lombardia	194	16,7	26	22,4	17,7
Trentino-Alto Adige	26	2,3	0	0,0	2,1
Veneto	57	5,0	10	9,9	5,4
Friuli - Venezia Giulia	14	1,2	0	0,0	1,1
Emilia - Romagna	46	4,0	20	19,8	5,3
Marche	18	1,6	1	1,0	1,5
Toscana	64	5,6	9	8,9	5,7
Umbria	8	0,7	0	0,0	0,6
Lazio	124	10,9	17	16,8	11,3
Campania	140	12,3	4	4,0	11,6
Abruzzo	31	2,7	0	0,0	2,5
Molise	5	0,4	0	0,0	0,4
Puglia	59	5,2	1	1,0	4,8
Basilicata	7	0,6	0	0,0	0,6
Calabria	51	4,5	1	1,0	4,2
Sicilia	138	12,1	5	5,0	11,5
Sardegna	55	4,8	0	0,0	4,4
Totale residenti regioni	1142		101		
Regione residenza non certa	23		15		
ITALIA	1165	90,9	116	9,1	100,0

Tabella 2 – elaborazione dati tratti da: www.giustizia.it/statistiche/statistiche_dap/dap_indice.htm

ANNI	SOGGETTI IN MDS DELL' OPG e CCC	LIBERTA' VIGILATA PER CONVER. MISURE SICUREZZA DET.	LIBERTA' VIGILATA PER LIC. ESPERIMENTO INTERNATI	TOTALE	% SOGGETTI IN MDS DELL' OPG e CCC	% ESECUZIONE PENALE ESTERNA
-------------	--	--	---	---------------	--	--

Anno 01	1008	584	502	2094	48,14	51,86
Anno 02	1137	646	504	2287	49,72	50,28
Anno 03	1096	649	472	2217	49,44	50,56
Anno 04	1032	650	533	2215	46,59	53,41
Anno 05	1147	702	541	2390	47,99	52,01
Anno 06	1115	857	637	2609	42,74	57,26
Anno 07- 1° semestre	1131	1.175	441	2889	39,15	60,85