



SOCIETÀ ITALIANA DI PSICHIATRIA

Affiliated to World Psychiatric Association

REPORT DELLE SEZIONI REGIONALI SUL PROCESSO DI SUPERAMENTO O.P.G.

Lo schema per il monitoraggio del processo di superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG) è stato inviato ai soci psichiatri presidenti delle 17 sezioni regionali della SIP rappresentative delle 20 regioni e delle due Province Autonome, presenti sul territorio nazionale, come da schema allegato:

Sezione Regionale	COGNOME	NOME
ABRUZZO E MOLISE	Sconci	Vittorio
CALABRIA	Carchedi	Francesco
CAMPANIA	Catapano	Francesco
EMILIA ROMAGNA	Piraccini	Giovanni
FRIULI VENEZIA GIULIA	Balestrieri	Matteo
LAZIO	Girardi	Paolo
LIGURIA	Ghio	Lucio
LOMBARDIA	Clerici	Massimo
MARCHE	Nassini	Stefano
PIEMONTE E VALLE D'AOSTA	Villari	Vincenzo
PUGLIA E BASILICATA	Todarello	Orlando
SARDEGNA	Lorettu	Liliana
SICILIA	Francomano	Antonio
TOSCANA	Cardamone	Giuseppe
TRENTINO ALTO ADIGE	Conca	Andreas
UMBRIA	Piselli	Massimiliano
VENETO	Angelozzi	Andrea

Hanno risposto direttamente o attraverso soci da loro delegati 16 su 17 sezioni regionali. Unica sezione risultata mancante è quella dell'Abruzzo-Molise, forse per ragioni di comunicazione.

Le Sezione Friuli Venezia Giulia e quella del Lazio non hanno compilato lo schema proposto ma hanno mandato una mail con delle brevi risposte libere poiché non sono a conoscenza dei dati richiesti né hanno avuto modo di conoscerli presso l'assessorato della loro regione. Da una prima analisi complessiva delle risposte pervenute possiamo affermare che il coinvolgimento della Società Scientifica di Psichiatria nel processo di superamento degli OPG è stato quasi assente a livello regionale. La stessa mancanza viene rilevata nel coinvolgimento della SIP nazionale da parte del Ministero della Salute o della conferenza delle regioni, a livello nazionale. **E' un vero peccato che non vi sia attenzione da parte dei decisori e legislatori riguardo all'apporto che una società scientifica può fornire in percorsi tecnici che riguardano la salute dei cittadini.**



SOCIETÀ ITALIANA DI PSICHIATRIA

Affiliated to World Psychiatric Association

1) Stato di attuazione del progetto "dimissioni degli internati in OPG"

Il processo di superamento prevede che ad ogni OPG sia stato attribuito un macrobacino di utenza composto da alcune regioni e, pertanto, a partire dal 2009, la maggior parte degli internati di ciascuna regione dovrebbe trovarsi nello stesso OPG; questo per favorire la presa in carico da parte dei servizi di salute mentale della regione che devono attivarsi nel conoscere i pazienti per predisporre i progetti di dimissione.

Da questo punto di vista i macrobacini sono stati ben definiti e tutte le sezioni sono state in grado di riferire quale sia l'OPG di riferimento. La maggior parte degli internati risulta nell'OPG di riferimento anche se non la totalità.

Particolarmente puntuale in tal senso è stata la risposta della sezione Campana, unica regione ad avere sul proprio territorio 2 OPG (Aversa e Napoli) che ha fornito una tabella dalla quale si evince come in questi ultimi due anni il Dipartimento di Amministrazione Penitenziaria (DAP) si sia impegnato nel far afferire le persone del macrobacino all'OPG di riferimento. Si è passati quindi dal 70 al 90 per cento degli internati presenti nell'OPG del macrobacino di riferimento, come richiesto dal progetto di superamento.

OPG	05.2010	bacino	12.2012	bacino
Aversa	295	69.5%	163	91.4%
Napoli	98	80.6%	114	88.3%
totale	393	70.1%	277	88.1%

Per completezza si ricorda che recentemente è stato sequestrato l'OPG di Barcellona Pozzo di Gotto (Sicilia) che aveva come macrobacino di riferimento alcune regioni del sud per l'utenza maschile e alcune regioni del centro e del sud per quella femminile.

Secondo l'accordo della conferenza unificata delle regioni, del 2009, i macrobacini erano stati così costituiti:

- 1) **Castiglione delle Stiviere**: utenza femminile da molte regioni del nord e centro e utenza maschile da Lombardia; Valle d'Aosta e Piemonte;
- 2) **Reggio Emilia**: utenza maschile da Emilia-Romagna; Province Autonome di Trento e Bolzano; Friuli-Venezia Giulia; Veneto e Marche.
- 3) **Montelupo Fiorentino**: utenza maschile da Toscana; Umbria; Liguria; Sardegna.
- 4) Campania (**Napoli e Aversa**) utenza maschile da: Campania; Abruzzo; Molise; Lazio.
- 5) **Barcellona Pozzo di Gotto** utenza maschile da: Sicilia; Calabria; Basilicata; Puglia.
utenza femminile da regioni del Sud e del Centro, anche se dalla scheda della sezione siciliana non risultano più presenti internate donne.

Pertanto l'OPG di Castiglione delle Stiviere (MN) rimane l'unico ad avere una sezione femminile e ricordo come sia già stato realizzato privo della presenza di Agenti di Custodia e gestito dall'Azienda Ospedaliera Carlo Poma di Mantova



SOCIETÀ ITALIANA DI PSICHIATRIA

Affiliated to World Psychiatric Association

La distribuzione delle risorse finanziarie previste dalla L9/2012 è stata effettuata dalla conferenza delle regioni sulla base della popolazione residente e sul numero di internati attribuiti alla regione, presenti al 31.12.2011, negli OPG nazionali come da schema allegato:

REGIONI	RE_CS - MF	AV-NA-BP	TOTALE	stranieri e sfd	TOTALE PER RIPARTO
VAL D'AOSTA	3	0	3		3
PIEMONTE	89	6	95		95
LOMBARDIA	289	14	303		303
VENETO	75	2	77		77
TRENTINO A.A.	15	1	16		16
FRIULI V.G.	13	0	13		13
LIGURIA	55	2	57		57
EMILIA-ROMAGNA	57	5	62	19	81
TOSCANA	61	1	62	2	64
UMBRIA	10	2	12		12
MARCHE	14	3	17		17
LAZIO	22	125	147		147
ABRUZZO	2	28	30		30
MOLISE	3	4	7		7
CAMPANIA	10	161	171	1	172
CALABRIA	1	62	63		63
PUGLIA	3	90	93		93
BASILICATA	1	6	7		7
SARDEGNA	47	5	52		52
SICILIA	14	183	197	4	201
totale	784	700	1484	260	1510

Legenda: RE= Reggio Emilia, CS= Castiglione delle Stiviere, AV= Aversa, Na= Napoli, BP= Barcellona Pozzo di Gotto. Questo numero sarà aggiornato prossimamente a livello della conferenza delle regioni, vista la recente chiusura di Barcellona Pozzo di Gotto e i percorsi di dimissioni attuati nel corso del 2012. **E' verosimile che il numero attuale di internati sia inferiore alle 1000 persone, ancora degenti negli OPG, probabilmente circa 800.** Il numero deve essere continuamente aggiornato poiché sino al 31 marzo 2013 non sono cessati gli invii da parte dell'Autorità Giudiziaria negli OPG.

Secondo quanto riferito dai soci delle sezioni regionali vi sono alcune difficoltà nel recuperare i pazienti ancora presenti:

- una parte dei pazienti non presenta prevalenti necessità assistenziali psichiatriche e una piccola quota non ha una residenza certa, per cui l'attribuzione a una ASL è discutibile. Inoltre, vi è una quota di persone presenti in OPG non prosciolte, non giudicate socialmente pericolose e non in misura di sicurezza. Per queste persone non è appropriato parlare di



SOCIETÀ ITALIANA DI PSICHIATRIA

Affiliated to World Psychiatric Association

- dimissione o dimissibilità;
- b) vi sono dei cogenti limiti economici dei DSM delle ASL nel farsi carico rapidamente di tutti i pazienti a loro attribuiti e non sono stati previsti dei fondi dedicati alle dimissioni;
 - c) una parte di pazienti ha già tentato in passato dei percorsi di inserimento territoriali che sono falliti per la reiterazione dei reati. Alcuni di questi pazienti vengono considerati clinicamente “indimissibili”, non per la presenza di una patologia psichiatrica grave ma per il loro comportamento antisociale;

2) Stato di attuazione del progetto potenziamento della Salute Mentale negli Istituti di Pena

Il processo di superamento degli OPG prevede il potenziamento dell'intervento dei Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) negli istituti di Pena, oltre alla realizzazione di una sezione speciale di osservazione psichiatrica in almeno una casa circondariale per ciascuna regione. La Regione Sicilia non ha recepito il DPCM 01.04.2008 che prevede il passaggio della Medicina Penitenziaria al Sistema Sanitario Regionale e pertanto non ha ancora impegnato le risorse umane delle ASL in questa attività.

Le sezioni regionali che hanno dichiarato di essere a conoscenza della presenza o della imminente apertura di una sezione di osservazione in un Istituto di Pena sono 12/16:

Calabria, Campania, Emilia Romagna, Lombardia, Marche, Piemonte, Puglia, Sicilia, Toscana, Trentino Alto Adige, Umbria, Veneto,.

Sono stati avviati processi di attivazione dell'assistenza psichiatrica in molte delle strutture carcerarie delle regioni in collaborazione con i DSM di riferimento, tali azioni non sono state sufficientemente potenziate in vista del processo di superamento degli OPG. Vi sono sistemi di coordinamento degli interventi che si sovrappongono come quello del Dipartimento di Amministrazione Penitenziaria (DAP) o del Tribunale, sull'ubicazione del detenuto con le sue esigenze di custodia e quello delle ASL, basato sulla residenza e sui bisogni sanitari. Occorre maggiore integrazione attraverso i tavoli regionali della Medicina Penitenziaria e tra le differenti agenzie che operano sulle persone con disturbi psichici o abuso di sostanze negli istituti di pena. Localmente vengono prodotti documenti sullo stato di realizzazione delle attività e le criticità rilevate come ad esempio il rischio suicidiario in carcere.

La Campania ha previsto un articolato potenziamento della Salute Mentale negli Istituti di Pena di concerto con sezioni che svolgono la funzione di osservazione psichiatrica in 6 istituti di pena.



SOCIETÀ ITALIANA DI PSICHIATRIA

Affiliated to World Psychiatric Association

3) Stato di realizzazione delle strutture residenziali alternative all'OPG

Il processo di superamento degli OPG prevede la realizzazione in ogni regione di una o più strutture residenziali alternative all'invio in OPG, i cui requisiti strutturali e organizzativi sono stati stabiliti dal Decreto del Ministero della Salute di concerto con quello della Giustizia del 1 ottobre 2012.

Su quest'ultima azione hanno risposto positivamente 12/16 delle Sezioni regionali: **Calabria, Campania, Emilia Romagna, Liguria, Lombardia, Marche, Piemonte, Puglia, Sardegna, Sicilia, Toscana e Veneto** però con differenti livelli di progettazione. Quasi tutte le regioni hanno effettuato una stima della necessità di posti residenziali un po' inferiore rispetto alla presenza attuale dei loro internati e sono nella fase di individuazione dell'area., a parte Lombardia ed Emilia Romagna che sembrano già in una fase di progettazione più avanzata.

Nessuna regione sarà pronta alla scadenza "ope legis" del 31 marzo 2013 ad accogliere in dette strutture i pazienti che non dovranno più essere inviati in OPG. Il ritardo è dovuto principalmente alle seguenti motivazioni:

- a) il Decreto Ministeriale sui requisiti strutturali è stato pubblicato con sette mesi di ritardo su quanto previsto nella L 9.2012;
- b) Il Decreto sulla ripartizione dei fondi per la costruzione o ristrutturazioni delle strutture alternative è stato pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale il 07.02.2013;
- c) Il meccanismo di finanziamento previsto per la distribuzione dei fondi è quello dell'ex art. 20 che è molto complesso e lungo. E' probabile che i fondi saranno nella disponibilità delle regioni tra almeno sei mesi e queste dovranno indire gli appalti: i lavori veri e propri inizieranno nel 2014 (ipotesi favorevole). Se le nuove strutture saranno pronte per il 2015 sarà perché tutto il percorso non ha subito gli intralci che solitamente avvengono in queste procedure di edilizia sanitaria: il progetto non viene subito approvato dalla commissione ministeriale, l'appalto non viene correttamente eseguito, vi è il ricorso di ditte che non hanno vinto l'appalto, perizie che aumentano i preventivi, incorrono fallimenti della ditta aggiudicatrice di tutta o parte delle opere, ecc.

Gli psichiatri interpellati nel questionario si sono dimostrati preoccupati di non poter più mantenere i progetti territoriali per i pazienti autori di reato, la cui pericolosità sociale non richieda l'inserimento nelle strutture alternative all'OPG. Questo perché esiste il rischio che una volta disponibili le strutture alternative all'OPG vi sia una ridotta attitudine da parte dei Magistrati, dei Periti e dei servizi territoriali stessi a realizzare progetti esterni alle strutture che comportano un minimo di rischio di recidiva. **Occorre instaurare una prassi operativa di comunicazione tra Magistrati, periti e operatori dei servizi delle ASL che devono essere coinvolti nelle decisioni di cura dei pazienti già nella fase progettuale.**



SOCIETÀ ITALIANA DI PSICHIATRIA

Affiliated to World Psychiatric Association

Conclusioni

Dall'indagine effettuata presso le Sezioni Regionali della Società Italiana di Psichiatria emerge che il Processo di Superamento degli OPG si sta realizzando senza il contributo tecnico della SIP a cui appartengono la maggioranza degli psichiatri italiani, tra cui molti direttori di Dipartimento o di Struttura Complessa delle ASL.

La nostra preoccupazione è che decisioni corrette e condivisibili vengano attuate con modalità inadeguate o non sufficientemente ponderate, sull'effetto che avranno sulle persone. Ricordo per inciso che la chiusura degli Ospedali Psichiatrici, del 1978, ha preceduto di molti anni il documento nazionale sulla istituzione dei servizi territoriali denominato "Progetto Obiettivo Tutela della Salute Mentale 1994/96", determinando gravi disagi per le famiglie e per i pazienti.

Per determinare dei cambiamenti significativi possono essere necessari provvedimenti come una sentenza o una legge, però è opportuno coinvolgere nella programmazione il livello tecnico scientifico per la realizzabilità di percorsi sanitari credibili. La preoccupazione attuale è di avere in progetto una serie di **strutture alternative all'OPG che non possono essere pronte prima del 2015**, mentre la data di superamento della funzione degli stessi è stabilita "ope legis" il 31.03.2013. Questo non vuole dire che si debba per forza continuare a mantenere attivi tutti gli OPG ma prevedere una **fase transitoria**, distinguendo quello di Castiglione delle Stiviere (MN) dagli altri. L'OPG mantovano è l'unico completamente sanitario gestito **dall'Azienda Ospedaliera Carlo Poma**, ove insiste anche l'unica sezione femminile Italiana rimasta.

Un altro aspetto che deve essere potenziato adeguatamente è quello delle sezioni di osservazione psichiatrica, già presenti o in via di istituzione, in almeno un istituto di pena per ciascuna regione. Queste sezioni possono svolgere un utile ruolo di cura nella fase della cognizione della pena del malato di mente autore di reato, prima del suo inserimento nelle strutture territoriali. Prevedere, inoltre, la permanenza in carcere anche nella fase di esecuzione della pena di quei pazienti solo parzialmente infermi di mente e pericolosi socialmente per disturbo della personalità antisociale, che non collaborano alle cure proposte dai servizi né in carcere né esternamente. **Noi psichiatri vogliamo assumerci il compito della cura delle persone ma non vogliamo che ci venga delegata la custodia di persone per il loro comportamento antisociale, non determinato o solo parzialmente determinato da un'infermità.**

Attraverso il potenziamento dell'intervento psichiatrico dei DSM delle ASL negli istituti di pena si potrà attivare precocemente il percorso diagnostico e terapeutico dei soggetti, differenziando coloro che sono malati e necessitano di cure, da coloro che sono prevalentemente "delinquenti" ed è meglio che vengano custoditi dalla Polizia Penitenziaria. Questo difficile lavoro diagnostico deve



SOCIETÀ ITALIANA DI PSICHIATRIA

Affiliated to World Psychiatric Association

essere realizzato in collaborazione con l'Autorità Giudiziaria che non deve poter decidere senza il nostro coinvolgimento sui progetti che noi dovremo attuare. **Il servizio dell'ASL che viene ritenuto idoneo a sostenere l'onere clinico ed economico del progetto di cura deve poter esprimere la propria opinione e la propria disponibilità a realizzarlo in alternativa alla detenzione.** Si potrebbe concordare un protocollo d'intesa con i Magistrati che vincoli il perito psichiatra interpellato all'approvazione del progetto di cura da parte dell'ASL di provenienza dell'assistito, nell'articolazione specifica della competenza coinvolta: Ser.T, Distretto o DSM. Questo sarebbe una garanzia della realizzabilità di quanto proposto al giudice e potrebbe evitare una parte dei disagi che deriveranno da una troppo brusca realizzazione del percorso di superamento degli OPG.

Siamo assolutamente favorevoli alla chiusura degli OPG purché accompagnata da un adeguato investimento scientifico ed economico sui percorsi di cura alternativi, che non devono essere limitati alla creazione delle strutture previste dalla normativa e non ancora realizzabili, ma principalmente all'incremento dell'investimento sui DSM delle ASL, affinché possano attrezzarsi a realizzare dei percorsi di cura adeguati dentro e fuori agli Istituti di Pena.

Dr Enrico Zanalda
Segretario Società Italiana di Psichiatria

Dr Claudio Mencacci
Presidente Società Italiana di Psichiatria (se approva)

(Prof Emilio Sacchetti
Presidente eletto Società Italiana di Psichiatria) se approva