

CONSENSUS CONFERENCE DELLA SOCIETA' ITALIANA DI PSICHIATRIA SULLA PSICHIATRIA PENITENZIARIA (Perugia, 12.13/03/2008). INDICAZIONI APPROVATE

Premessa

Il D. Lgs. 230 viene a recepire istanze di equità, universalismo e continuità tra il trattamento psichiatrico intra-carcerario e quello esterno - avvertite ormai da tempo tra gli operatori sanitari, tanto del carcere che delle ASL o AO - e ad adeguare la situazione italiana a modelli già da anni sperimentati all'estero. Esperienze di servizi psichiatrici intracarcerari in più o meno stretta continuità con i servizi psichiatrici esterni sono infatti già attive da molti anni in vari paesi - europei e non - come la Francia, la Gran Bretagna o il Canada.

Statements

1. Bisogna definire in modo chiaro - e successivamente integrare - il ruolo diagnostico e quello della valutazione distinguendo tra attività di cura, o sanitarie, e attività di trattamento criminologico (le prime con obiettivo il miglioramento della salute, le seconde con obiettivo di evitare la recidiva criminale; le prime che hanno come committente il paziente, le seconde che hanno committente la società). Il trattamento criminologico, esplicitamente previsto dall'ordinamento penitenziario, pertiene alla sfera della sicurezza ed alla rieducazione del reo, non dell'assistenza sanitaria.

2. Analogo problema riguarda il rapporto - e la successiva integrazione - tra attività clinica, che dovrà essere garantita dal SSN, e attività peritale in area sanitaria, che rappresenta una funzione ausiliaria della Magistratura e dovrà, pertanto, continuare a svolgersi con le stesse modalità con le quali è attualmente prevista anche l'attività peritale extrasanitaria. Tale distinzione è importante, perché l'attività clinica ha per obiettivo la salute e per committente la persona; quella peritale ha per obiettivo la giustizia e per committente un Magistrato; la persona, nel momento in cui viene visitata, ha diritto di sapere chi è il committente della visita e quali sono i suoi obiettivi.

3. Sotto il profilo tecnico, l'incontro con il mondo carcerario pone al DSM problemi specifici. Due sono i più evidenti. La popolazione "a doppia diagnosi", tra disturbi da uso di sostanze e malattie mentali, risulta essere una quota tanto dell'utenza seguita dal DSM che dal SERT sul territorio; all'interno del carcere essa - e, conseguentemente, le necessità di integrazione degli assetti organizzativi, delle tecniche di intervento, dei trattamenti, dei progetti e delle risorse che la accompagnano - aumenta considerevolmente mentre il livello di integrazione diagnostico-terapeutica su tale popolazione risulta troppo spesso limitato. Quanto detto per la cosiddetta "doppia diagnosi" vale anche per la patologia psichiatrica dei soggetti migranti che, all'interno del carcere, viene incontrata con frequenza incomparabilmente maggiore rispetto a tutti gli altri luoghi di intervento del DSM.

4. L'ingresso in carcere del DSM non può prescindere dall'incontro, oltre che col detenuto, anche con l'istituzione, il che giustifica il parallelo - proposto da alcuni autori che si sono occupati di questi temi - con la psichiatria di consultazione. In particolare, l'incontro con gli agenti di Polizia Penitenziaria, sui quali ricade nel concreto il maggior peso dell'interfaccia tra l'istituzione e il detenuto, deve essere oggetto di attenzione ed investimento in termini di confronto e di scambio di conoscenze ed informazioni sulle rispettive culture e i rispettivi saperi. Si rende necessaria, pertanto, la disponibilità di programmi formativi interdisciplinari ad hoc, rivolti ad una specifica integrazione delle reciproche competenze.

5. Il DSM potrà valersi, sotto il profilo della metodologia organizzativa nell'ambito carcerario, del modello dipartimentale come quello dimostratosi più utile a perseguire l'obiettivo della continuità terapeutica tra situazioni di presa in carico caratterizzate da diversi gradi di intensità e condizioni logistiche.

6. E' importante che l'équipe psichiatrica operante in carcere appartenga strutturalmente al DSM e si articoli funzionalmente con le altre équipes sanitarie operanti nello stesso istituto. A questo proposito si sottolinea l'importanza che viene attribuita, ad esempio nel modello organizzativo francese, al fatto che il personale psichiatrico operante in carcere abbia una forte appartenenza organizzativa, etica e tecnico-culturale al suo DSM come garanzia di qualità etico-tecnica degli interventi e della possibilità di turn-over del personale. Tale appartenenza è anche garanzia di continuità terapeutica, tanto nel caso di carcerazione di persone già seguite dal DSM, che di necessità di segnalazione e presa in carico esterna al momento dell'uscita dal carcere di persone prese in carico all'interno e bisognose di proseguire le cure fuori.

7. Per le esigenze di tutela della riservatezza della cartella clinica, della documentazione sanitaria e di tutti i dati sensibili, nonché le norme attinenti il TSO, anche in ambito penitenziario vale l'attuale legislazione vigente per tutti i cittadini.

8. L'autorizzazione dei mezzi di contenzione fisica per motivi sanitari è regolamentata dalle procedure previste dai DSM in ambito extramurario.

9. La presenza di standard adeguati per l'assistenza psichiatrica all'interno degli istituti penitenziari potrebbe consentire la gestione all'interno degli istituti stessi della maggior parte delle condizioni di malattia mentale oggi alla base dell'invio del detenuto in osservazione all'OPG.

10. (1) Esigenze di carattere tecnico, quali il diffuso consenso sull'inefficienza del precedente modello manicomiale in psichiatria e l'altrettanto diffuso consenso sull'importanza del pieno inserimento nella comunità reale delle strutture psichiatriche; (2) esigenze di carattere organizzativo, corrispondenti alla necessità di evitare ogni discontinuità tra i servizi psichiatrici destinati al paziente autore di reato e la rete dipartimentale complessiva; (3) oltre ad esigenze di coerenza del modello assistenziale per i pazienti autori di reato con quello offerto alla generalità della popolazione, depongono concordemente per il ridimensionamento, finalizzato al pieno superamento, degli OPG. Queste istituzioni potranno essere sostituite con strutture tali da ottemperare ai requisiti di buona qualità assistenziale, sotto la responsabilità del Servizio Sanitario Regionale, e livelli compatibili di sicurezza, sotto la responsabilità del Ministero della Giustizia.

11. E' necessario investire in formazione universitaria, dipartimentale e penitenziaria perché sia possibile disporre di strumenti tecnici specifici per gli interventi di salute mentale in carcere e per la gestione - in ogni articolazione organizzativa del DSM - del paziente autore di reato. La necessità di affrontare condizioni di sofferenza che si collocano spesso ai limiti della patologia - quali, ad esempio, i delitti gravi privi di movente o distonici rispetto alla storia dell'autore, alcuni disturbi della personalità, i reati di carattere sessuale - impone una maggiore formazione proprio a questo riguardo.

12. E' necessario definire standard di accessibilità e di intervento ai quali riferirsi e assicurare livelli di accesso a indagini diagnostiche, risorse di personale e quant'altro

necessario, dal punto di vista terapeutico-riabilitativo, analoghi a quelli garantiti alla popolazione generale.

13. E' necessario disporre di spazi idonei, per dimensioni e caratteristiche, all'assistenza psichiatrica in carcere, che prevedano anche aree detentive dedicate. La definizione di queste aree deve essere realizzata tenendo presenti le necessità di garantire livelli di sorveglianza proporzionati ai bisogni dei diversi pazienti e la possibilità di realizzare interventi psicoterapici, psicoeducativi e di riabilitazione disponendo di risorse logistiche e personale sanitario, proporzionate ai problemi cui queste aree sono destinate a far fronte.

14. L'ingresso del DSM in carcere deve essere accompagnato da un lavoro di rete volto al coinvolgimento del SerT, degli Enti Locali, della Magistratura, delle Forze dell'Ordine, dell'UEPE e del Terzo settore per la realizzazione di progetti integrati sia dentro che fuori l'istituto.

Conclusioni

In definitiva, il gruppo di lavoro SIP ritiene che, fermi restando alcuni nodi giuridici allo stato irrisolti (abolizione o modifica del concetto di infermità mentale, superamento o revisione del concetto di pericolosità sociale, graduazione delle misure di sicurezza, superamento/ammodernamento dell'OPG) sui quali la SIP - con il parere congiunto espresso insieme alla SIC ed alla SIMLA e fornito alla Commissione per la Riforma del Codice Penale nella precedente Legislatura - ha espresso una sua motivata ed articolata posizione (2005), sia oggi già possibile e doveroso attivare un'azione efficace a livello di Conferenza Stato Regioni, di concerto con il Ministero della Salute, al fine di mettere il circuito psichiatrico del SSN in grado di intervenire, più efficacemente e in un'ottica di psichiatria di comunità, nei campi della prevenzione, cura e riabilitazione per il paziente psichiatrico autore di reato.