

PROCESSO SUPERAMENTO OPG E CCC

(vedi articolo Mencacci, Zanalda in pubblicazione)

Dall'indagine effettuata nel 2013 presso le Sezioni Regionali della SIP è emerso 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 preoccupazione degli Psichiatri è che decisioni corrette e condivisibili vengano attuate con modalità non sufficientemente ponderate sull'effetto che avranno sulle persone malate di mente e sulle loro famiglie. Ad esempio il progetto delle strutture Residenziali per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza (REMS) alternative all'OPG non potrà essere realizzato prima del 2015, mentre la data di superamento della funzione degli stessi OPG è stabilita "ope legis" il 31.03.2014. Questo non vuole dire che si debba per forza continuare a mantenere attivi tutti gli OPG ma prevedere la **possibilità di**

① **una fase transitoria di chiusura progressiva,** che coinvolga ad esempio l'OPG di Castiglione delle Stiviere (MN). L'OPG mantovano è l'unico completamente sanitario gestito dall'Azienda Ospedaliera Carlo Poma, ove insiste anche l'unica sezione femminile Italiana. Avrebbe le caratteristiche adatte a svolgere un ruolo di transizione a livello nazionale, dalla custodia effettuata dalla polizia penitenziaria alla cura svolta dalle ASL, almeno per quei pazienti non imputabili e con una pericolosità sociale detentiva, che non possono essere curati negli Istituti di Pena ma non sono nemmeno trattabili nelle comunità ordinarie.

② L'altra azione programmatica da privilegiare è quella del **potenziamento dei DSM sia a livello territoriale sia a livello degli Istituti di Pena.** E' urgente realizzare le sezioni di osservazione psichiatrica 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. Si può programmare ivi la permanenza in carcere nella fase di esecuzione della pena dei pazienti con vizio parziale di mente e pericolosità sociale detentiva, che hanno dimostrato di non voler collaborare alle cure proposte dai DSM né in carcere né esternamente. Attraverso il potenziamento dell'intervento psichiatrico dei DSM 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 hanno comportamenti violenti non in relazione alla malattia mentale ed è meglio che vengano custoditi dalla Polizia Penitenziaria. Questo difficile lavoro diagnostico deve essere realizzato in collaborazione con l'Autorità Giudiziaria.

③ **Si dovrebbe concordare un protocollo d'intesa con i Magistrati** che vincoli il perito psichiatra, interpellato sul caso che suggerisce un percorso di pericolosità sociale attenuata, all'approvazione preventiva 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 disporrà il giudice e può evitare una parte dei disagi per l'esecuzione delle

misure di sicurezza non detentive. Per quelle detentive, che dovrebbero divenire via via più rare e brevi, si potrebbero utilizzare temporaneamente le sezioni per minorati psichici, qualora vengano realizzate diffusamente negli istituti di pena delle regioni e province autonome.

Dal punto di vista della programmazione sanitaria, si ritiene poco affidabile il contenuto del D.Lgvo del 25 marzo 2013, che ha posticipato di un anno la data di chiusura degli OPG, senza collegarla alla realizzazione delle REMS e/o alla realizzazione delle sezioni psichiatriche negli istituti di pena e non ha previsto un periodo di transizione, ben sapendo che la realizzazione delle REMS richiede tempi superiori all'anno.

Come Società Scientifica 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 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. Chiediamo infine di essere coinvolti come tecnici della Salute Mentale nella programmazione dei percorsi di cura e nelle scelte strategiche di politica sanitaria che coinvolgono la nostra materia. Il ruolo delle società scientifiche è quello di supportare le innovazioni organizzative e di poter fornire il contributo tecnico a chi deve allocare le risorse.

In ultimo riteniamo di dover sottolineare ancora una volta la necessità della collaborazione con la Magistratura a livello locale per poter escludere la possibilità delle situazioni di sovraffollamento nelle REMS tipiche del regime detentivo che contrasterebbero con la possibilità di attuare una buona pratica sanitaria nell'ambito dei percorsi di cura, in cui il rapporto tra utenti e operatori deve essere considerato vincolante la funzione terapeutica.

Nella tabella sono rappresentate i progetti delle REMS nelle regioni, in rapporto al percorso di approvazione ministeriale per il finanziamento ex art. 20.

	MODULI	STRUTTURE	n. p.l.	M.S.	MEF	Decreto
Piemonte	2	3 da 20 p.l. maschili - 1 da 10 p.l. femminili	70	x		
Liguria	1	10 p.l. alta intensità - 10 p.l. media intensità	20	x	x	
Lombardia + Valle d'Aosta	12	2 da 20 p.l. a Mariano Comense - 2 da 20 p.l. a Leno - 2 da 20 p.l. a Limbiate - 6 da 20 p.l. a Castiglione delle Stiviere	240			
Friuli Venezia Giulia	1	10 p.l. distribuiti in strutture residenziali già esistenti	10	x	x	
Emilia Romagna	2	Oltre alle due nuove strutture esistono Casa Zacchera e Arcipelago già utilizzati per la libertà vigilata	40	x	x	x
Marche	1	1 da 20 p.l. Fossombrone (PU)	20	x	x	x
Lazio	5	4 strutture per 20 p.l. maschili - 1 struttura per 20 p.l. femminili	100	x	x	
Toscana + Umbria	5	2 da 14 p.l. alta intensità 4 da 10 p.l. bassa intensità	68	x	x	
Calabria	2	2 da 20 p.l. Complesso di Girifalco (CZ)	40	x	x	
Puglia	1	1 da 18 p.l. ex PO Ceglie Messapica - 1 da 20 p.l. ex PO Motolla - 1 da 20 p.l. ex PO Torremaggiore	58			
Sardegna	1		20	x	x	x
Sicilia	4	20 p.l. per Corte d'Appello: Palermo, Trapani, Agrigento, Caltanissetta	80			
Abruzzo + Molise	1	1 modulo a Ripa Teatina (CH)	20			
Campania	8	1 da 20 pl maschili S. Nicola Baronia - 1 da 20 pl maschili Arpaiese - 1 da 20 pl femminili Calvi Risolta - 1 da 20 pl maschili Francolise - 1 da 20 pl maschili Napoli - 1 da 20 pl maschili Acerra - 1 da 20 pl machili Cicciano - 1 da 20 pl maschili Capaccio	160	x		
Basilicata	1	1 da 5 p.l. Montemilone (PZ)	5			

Legenda: n p l = numero posti letto; MS = approvazione Ministero della Salute; MEF approvazione Ministero Economia e Finanze; Decreto di attribuzione dei fondi ex art. 20 L9/2912.