

DOCUMENTO DELLA SOCIETÀ ITALIANA DI PSICHIATRIA

SUPERAMENTO OPG

“Dalle misure di sicurezza alla sicurezza delle cure”

ovvero

Percorsi di cura per i pazienti sottoposti a misure di sicurezza

La premessa del percorso di superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG) e delle loro sezioni di Casa di Cura e Custodia (CCC) è che dopo il 1978 (L180/1978 e L833/1978) il modello di riferimento della psichiatria pubblica in Italia è divenuto quello della psichiatria di comunità. Con questo termine si intende l'organizzazione coordinata dell'insieme dei servizi ambulatoriali, semiresidenziali, residenziali e ospedalieri che compongono il Dipartimento di Salute Mentale (DSM) per la prevenzione e il trattamento delle malattie mentali di una comunità (popolazione) definita all'interno di un determinato ambito territoriale (settore).

Con i Progetti Obiettivi sulla Tutela della Salute Mentale 94/96 e 98/00 (DPR 7.04.1994 e DPR 10.11.1999) sono state definite le strutture del DSM e le funzioni che dette strutture devono svolgere su tutto il territorio nazionale. Da questa organizzazione sono stati esclusi i malati di mente autori di reato che hanno continuato ad avere come risposta sanitaria l'OPG e le sue sezioni di CCC.

Il recente passaggio della medicina penitenziaria alle Aziende Sanitarie Regionali (DL 230 del 1999) e la sentenza n 253 della suprema corte del luglio 2003 che ha superato l'automatismo tra pericolosità sociale per malattia mentale e applicazione della misura di sicurezza in OPG, sono stati i presupposti operativi delle successive azioni definite nel DPCM del 1 aprile 2008 per il superamento degli OPG e delle CCC e della L9/2012, del DL n 24 del 25.03.2013 che stabiliscono, al momento, il termine del funzionamento degli OPG al 01.04.2014.

Dal momento che non ci saranno più gli OPG, le misure di sicurezza per le persone malate di mente e autori di reato, benché stabilite da un giudice, verranno eseguite in strutture sanitarie ove **non vi è la funzione di custodia degli agenti della Polizia Penitenziaria**, peraltro come già avviene da molti anni nell'Azienda Ospedaliera Carlo Poma di Castiglione delle Stiviere (MN).

Uno dei punti rilevanti dell'attribuzione alla sanità della funzione di esecuzione delle misure di sicurezza è **che rimangano dei percorsi di cura**, cioè che non siano caratterizzate in maniera prevalente dall'aspetto detentivo a scapito di quello terapeutico.

Per meglio sottolineare tale concetto si potrebbe sostenere che per le persone considerate pericolose socialmente per infermità mentale si passa **“dalla misura di sicurezza alla sicurezza della cura”** con percorsi vincolati che mantengono la possibilità di rendere l'aspetto della custodia via via meno rilevante per l'aumento della collaborazione e della consapevolezza di malattia del paziente. La misura di sicurezza dovrebbe essere intesa come un percorso di cura vincolato che può iniziare in carcere, proseguire nelle Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza (REMS), nelle strutture territoriali della Salute Mentale fino al domicilio, in rapporto alla salute del soggetto e alla sua collaborazione. Per poter realizzare tali percorsi è utile istituire a livello regionale un **tavolo di coordinamento** che comprenda gli organi competenti per la sanità (DSM e Medicina Penitenziaria delle Aziende Sanitarie), i Servizi Sociali, il Tribunale Ordinario, quello di Sorveglianza e il Dipartimento di Amministrazione Penitenziaria (DAP). Attraverso il lavoro del Coordinamento regionale per il monitoraggio e la realizzazione dei percorsi di cura/misure di sicurezza, si deve riuscire a governare il processo evitando di inserire impropriamente nei circuiti sanitari persone con pericolosità sociale non derivante da malattia mentale e viceversa evitando di lasciare in condizioni di detenzione persone con malattia mentale. A questo proposito **l'incremento dell'assistenza psichiatrica negli istituti di detenzione** e soprattutto il suo coordinamento con la rete dei servizi delle ASL permette di intercettare precocemente la malattia mentale e supportare il Magistrato competente ad assumere le decisioni più opportune per la salute del paziente, nel rispetto delle norme. Fin dalla fase di cognizione della pena i Magistrati sono generalmente propensi ad attribuire,

quando è possibile, i pazienti ad agenzie sanitarie esterne ai luoghi di detenzione. Nella fase di esecuzione della pena o della misura di sicurezza la competenza giuridica transita dalla Magistratura ordinaria a quella di Sorveglianza.

Procedura per il percorso di cura nella fase di cognizione della pena

Nella fase di giudizio l'eventuale misura di sicurezza applicata è sostenuta da un giudizio di pericolosità sociale connesso ad una iniziale "presunzione" di diminuzione della capacità di intendere e volere. La misura di sicurezza è di tipo "provvisorio" in quanto la sua applicazione, e la corrispettiva revoca, è subordinata alla successiva fase di accertamento della effettiva pericolosità sociale. In tale fase il compito di valutazione della pericolosità sociale è ordinariamente attribuito al **Consulente Tecnico d'Ufficio**. Cionondimeno, negli ultimi anni si è verificato con sempre maggiore frequenza la possibilità di revoca della misura stessa con revoca della misura e trasformazione della stessa in misura non detentiva di "libertà vigilata". Fondamentale in tale fase è la messa in atto di misure di trattamento terapeutico che affrontino le condizioni di urgenza clinica e la successiva individuazione di percorsi alternativi alla misura detentiva, nella garanzia delle condizioni di sicurezza che eventualmente il Magistrato ritiene necessarie per la tutela della sicurezza sociale.

Ordinariamente in tale fase la valutazione della pericolosità sociale è affidata al Consulente Tecnico dell'Ufficio, individuato dal Giudice competente, ma di notevole importanza è la formulazione di programmi di presa in carico da parte dei Servizi del territorio e la messa a disposizione di strutture di accoglienza che possano dare la garanzia di adesione al trattamento ed al programma residenziale, o domiciliare, proposto. A questo proposito sarebbe corretto che il Consulente Tecnico d'Ufficio si limitasse ad indicare al Giudice quali possono essere i provvedimenti atti a contenere la pericolosità sociale del periziando, specificandoli e individuandoli solo attraverso le indicazioni e l'approvazione dei servizi dell'ASL che devono poi sostenerne la realizzazione e l'onere economico. **Protocolli di intesa tra il Tribunale, la Procura e l'ASL di ciascun territorio facilitano la realizzazione dei percorsi nel rispetto delle reciproche possibilità e organizzazioni.**

Il percorso di cura nella fase di esecuzione delle misure di sicurezza

Le misure di sicurezza definitive ricadono nelle competenze del Magistrato di Sorveglianza dove ha sede attualmente l'OPG. Per tali misure (Casa di Cura e Custodia, se non associata a detenzione da scontare, ed Ospedale Psichiatrico Giudiziario) si possono descrivere una serie di percorsi che si sintetizzano brevemente nelle seguenti fasi:

1. Accertamento dell'eseguità della misura di sicurezza (art. 679 del CPP): successivamente alla sentenza che applica la misura di sicurezza detentiva il Magistrato di Sorveglianza deve rendere eseguibile la misura ed in tale fase può essere proposto un progetto di presa in carico e di accoglienza nella rete dei Servizi;
2. Esecuzione della misura di sicurezza: nel corso della misura stessa può essere definito in anticipo alla scadenza fissata eventualmente in sentenza (2,5,10 anni) un programma di presa in carico e di accoglienza. La revoca della misura può essere anche sostituita da una trasformazione in libertà vigilata. E' necessario concordare con il Magistrato e la Direzione dell'Istituto e con l'Ufficio Esecuzione Penale Esterna (UEPE), o tramite accordo con il Provveditorato Regionale dell'Amministrazione Penitenziaria, le modalità di flusso documentale e la competenza, laddove presente, della struttura penitenziaria;
3. Licenza Finale Esperimento: concessa dal Magistrato negli ultimi 6 mesi della misura di sicurezza, è attualmente la forma di dimissione più seguita. Si realizza con prescrizioni che il Magistrato applica al programma di adesione al trattamento di cura ed alla soluzione residenziale o domiciliare individuata dal Servizio. Analogamente è necessario concordare con il Magistrato e la Direzione dell'Istituto e con l'UEPE, o tramite accordo con il Provveditorato Regionale dell'Amministrazione Penitenziaria (PRAP), le modalità di flusso documentale e la competenza, laddove presente, della struttura penitenziaria.

È ovvio che bisogna rivedere quanto sopra in funzione della nuova situazione che si viene a realizzare con il superamento degli OPG e l'attribuzione delle funzioni di esecuzione delle misure di sicurezza alla sanità ed in particolare alle strutture sanitarie REMS. Si deve trovare un accordo tra gli organi giuridici competenti e quelli sanitari per garantire la valenza terapeutica delle strutture REMS utilizzandole come periodo transitorio di un percorso di cura/misura di sicurezza che evolve con il miglioramento clinico delle condizioni del paziente e con la sua maggiore consapevolezza e collaborazione. Il processo di superamento degli OPG prevede anche che la funzione di osservazione ai sensi dell'art. 112 venga realizzata in **sezioni psichiatriche realizzate in collaborazione con le ASL in almeno un istituto di pena di ciascuna regione.**

Il percorso di superamento degli OPG implica investimenti sull'assistenza psichiatrica nei luoghi di detenzione poiché oltre alle **sezioni di osservazione psichiatrica** è necessario che si formalizzi la collaborazione tra il personale sanitario delle ASL, il personale del DAP e quello per il supporto trattamentale dei detenuti.

I DSM nel cui territorio insistono degli istituti di pena devono individuare il personale necessario all'erogazione di **un'assistenza psichiatrica ambulatoriale** integrandosi con la medicina penitenziaria dell'ASL ed in particolare con il Ser.T, gli psicologi, gli educatori e gli assistenti sociali che operano all'interno del luogo di detenzione, oltre a dialogare con il DAP che decide gli eventuali invii alle sezioni di osservazione psichiatrica regionali. All'interno dei luoghi di pena vi sono i vari circuiti di sicurezza e gli eventuali spostamenti da un istituto all'altro o da una sezione all'altra non possono prescindere dalle decisioni e dalle esigenze del DAP. Si dovrebbero realizzare delle **mini equipe complete delle varie figure professionali che dialogano con il DAP** e possono, attraverso di esso, coordinarsi con la **sezione di osservazione psichiatrica** regionale e con la **sezione per i minorati psichici.**

La sezione di osservazione psichiatrica [Art.112, comma 1, D.P.R. 230/2000] regionale istituita ai sensi del DPCM del 2008 in almeno un istituto di pena di ciascuna regione, ha una capienza variabile in rapporto alla numerosità della popolazione regionale ma dovrebbe essere costituita da un nucleo minimo di 10 PL, disposti in celle singole videosorvegliate, con un forte incremento dell'assistenza sanitaria specialistica. Tale sezione viene denominata, all'interno del carcere, "reparto sanitario psichiatrico" e prevede l'impiego del personale del DSM di riferimento dell'ASL in cui insiste l'istituto di pena; il direttore della Struttura Complessa (SC) Psichiatrica dell'ASL di riferimento ha la responsabilità clinica della sezione mentre la direzione sanitaria resta a carico del direttore sanitario del carcere come per le rimanenti attività sanitarie garantite dalla Medicina Penitenziaria dell'ASL. L'assistenza sanitaria specialistica per un nucleo di 10 PL prevede: 20 ore settimanali di Dirigente Medico Psichiatra del DSM; 12 ore giornaliere di Collaboratore Professionale Sanitario Infermiere e 12 ore di Educatore Professionale o Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica contemporaneamente presenti, tutti i giorni della settimana; 5 ore diurne di Dirigente Psicologo nei 6 giorni feriali (trenta ore alla settimana). L'equipe sanitaria multiprofessionale è garantita dalla SC del DSM dell'ASL di competenza territoriale anche per eventuali altre esigenze della sezione. Ulteriori ore di dirigente medico specialista della SC sono necessarie per l'attività di consulenza specialistica nelle rimanenti sezioni ordinarie dell'istituto di pena, in aggiunta a quelle da destinare alla "sezione di osservazione psichiatrica" o "reparto sanitario specialistico", come viene denominata dal DAP.

La sezione per minorati psichici [Art.65, L296/1993] sostituirà le omonime sezioni presenti all'interno degli OPG e deve rimanere separata dalla sezione di osservazione psichiatrica ex art 112. Anche in questo caso per un nucleo di 10 posti letto deve essere garantita la presenza contemporanea dell'infermiere e dell'educatore per 12 ore al giorno tutti i giorni; incrementata l'assistenza medica di base, garantita la presenza di un dirigente medico psichiatra 8 ore alla settimana e di un dirigente psicologo per 24 ore settimanali. Tali parametri potrebbero essere rivisti in base alle esperienze esistenti e in rapporto all'incremento numerico. Da valutare l'opportunità di una sezione con alcune celle singole e celle da due o tre persone con la possibilità di usufruire delle regole di detenzione attenuata al fine di facilitare la partecipazione ad interventi terapeutici riabilitativi individuali e di gruppo.