

DALL'OSPEDALE PSICHIATRICO GIUDIZIARIO ALLE RESIDENZE TERRITORIALI DEI SERVIZI DI SALUTE MENTALE: LE ESPERIENZE DEL DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE DI CALTAGIRONE.

Dott.ssa Maria Domenica *, Dott.Gaetano Interlandi**

Riassunto: Gli autori affrontano la questione degli O.P.G. alla luce delle nuove disposizioni legislative e del trasferimento delle competenze dal D.A.P. al Sistema Sanitario Nazionale. Evidenziano l'incongruità della persistenza degli O.P.G. ed illustrano una metodologia di lavoro all'interno dei D.S.M. che, se applicata, di fatto riduce sempre più gli spazi e il bisogno degli O.P.G., con l'utilizzazione delle risorse territoriali e residenziali dei D.S.M. previste dal Progetto Obiettivo di Salute Mentale. Viene fatta una valutazione dell'esperienza di dieci anni di lavoro, finalizzata al reinserimento dei detenuti dell'OPG o delle Carceri, con la presa in carico da parte del Dipartimento di Salute Mentale di Caltagirone – Palagonia.

Parole Chiave: Superamento OPG, Carcere, DSM, legislazione penitenziaria, sanitaria e sociale, reinserimento, residenzialità.

PREMESSA

La Legge n.180 del Maggio 1978 rappresenta un cambiamento epocale non solo nel mondo della Sanità, ma soprattutto nel mondo della cultura e della politica. Sono trascorsi esattamente 30 anni dalla emanazione di quella Legge e i cambiamenti da essa innescati hanno modificato radicalmente non solo il sistema assistenziale di cura delle malattie mentali, ma tutti i settori della società civile coinvolti nel problema della Salute Mentale e cioè:

- 1) le Istituzioni deputate alla cura e alla riabilitazione delle malattie mentali, con il recepimento della legge di riforma psichiatrica n.180/78, parte integrante della Legge n.833/78 istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale. Sono state introdotte modifiche radicali nel settore dell'assistenza psichiatrica a favore delle principali esigenze di prevenzione, cura e riabilitazione. In tale contesto, anche il ricovero ospedaliero è sempre inteso (pur nella sua obbligatorietà) come un momento nell'ambito dei trattamenti sanitari adeguati, così come prevede il D.P.R. Progetto-Obiettivo istitutivo del Dipartimento di Salute Mentale e successivi; (1)
- 2) le Istituzioni degli Enti Locali per le competenze socio-assistenziali (L.R. 22/86 - L.328/2000, ecc.) dell'utenza psichiatrica, realizzazione di Case Famiglia, di Borse lavoro, ecc. (2);
- 3) le Istituzioni che regolano le norme nel mondo del lavoro, L. n.68/99, finalizzate all'inserimento e all'integrazione lavorativa delle persone disabili nel mondo del lavoro attraverso servizi di sostegno, collocamento mirato e assunzioni obbligatorie e legge n. 381/91 istitutiva delle cooperative sociali anche di tipo B; (3)
- 4) il Terzo Settore con rafforzamento della cultura della solidarietà, del volontariato, dell'associazionismo, finalizzata all'integrazione nel tessuto sociale del diversabile;
- 5) In campo giuridico i cambiamenti hanno riguardato il provvedimento del 22 Dicembre 2003, approvato dal Senato, che introduce in Italia il nuovo istituto di protezione civilistica dei malati psichici (l'amministratore di sostegno), finalizzato a ridurre il ricorso all'interdizione; inoltre, due sentenze della Corte Costituzionale la n.253/03 e n.367/04 hanno dichiarato incostituzionale quella parte della normativa che prevede il ricovero obbligatorio in OPG e non prevede le misure alternative; (4)

* Sociologa Specialista in Organizzazione e Relazioni Sociali.

**Primario M.D.S.M. Caltagirone - Palagonia

- 6) il passaggio della competenza della medicina penitenziaria al Sistema Sanitario Nazionale previsto dalla Legge 230/99 e reso gradualmente esecutivo dal DPCM del 01.04.2008. (5)

Contestualmente all'emanazione della Legge 180/78 si pose il problema della contraddittorietà della persistenza degli O.P.G. la cui normativa contrastava in modo evidente con la nuova legge. Da allora ci sono state in Italia numerose dispute, molti convegni per evidenziare il contrasto tra i principi emanati dalla Legge e le norme che a tutt'oggi regolano gli O.P.G. Queste dispute hanno rimesso in questione alcuni concetti che si pensava fossero acquisiti in maniera stabile, quali il concetto di pericolosità sociale e il concetto di imputabilità della persona malata di mente giudicata incapace di intendere e volere con il proporre l'abolizione per la mancanza di un fondamento scientifico. Si osserva che, nella pratica quotidiana degli operatori della giustizia, viene data sempre più rilevanza e attenzione alla nozione di pena flessibile, utilizzando gli strumenti già previsti dalla normativa con pene alternative alla detenzione in carcere e in O.P.G.

Nella cultura in generale e a livello di normativa, si sta assistendo, oggi, ad una maturazione circa la necessità del superamento degli O.P.G. e del loro dissolvimento attraverso l'utilizzazione delle strutture del D.S.M.

Riguardo alla problematica relativa all'Istituto della pericolosità sociale e al sistema delle misure di sicurezza, sta diventando sempre più pressante l'esigenza di rivederlo e adeguarlo alle nuove acquisizioni delle scienze psichiatriche e criminologiche, così come viene percepito nelle parti più avanzate della società. (Abolizione dell'Istituto della non imputabilità e della pericolosità sociale).

La Legge n. 230 del 1999 prevede il "Riordino della Medicina Penitenziaria" che garantisce all'art. 1 il diritto universale alla salute dei detenuti e all'art. 2 ripropone i principi della Legge 833/78 e della 299/99 che richiamano alla unitarietà, globalità e continuità terapeutica. La Legge 230 è rimasta inapplicata sino alla modifica del Titolo V della Costituzione Italiana che assegna alla legislazione statale: "... la determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni civili e sociali da garantire in tutto il territorio nazionale..." e stabilisce che "...spetta alle Regioni la potestà legislativa in riferimento ad ogni materia non espressamente riservata alla legislazione dello Stato..."

Ne consegue che, non essendo la medicina penitenziaria tra le materie di competenza dello Stato, spetta alle Regioni intervenire, superando le attuali divisioni e frammentazioni.

La Finanziaria 2008 all'art. 2 comma 283 ribadisce la necessità di "...dare completa attuazione al riordino della medicina penitenziaria di cui al D. L. n. 230/99 negli Istituti Penali Minorili, nei Centri di prima accoglienza, nelle Comunità e negli Ospedali Psichiatrici Giudiziari con DPCM da adottare entro tre mesi dall'entrata in vigore della presente Legge che prevede:

- a) il trasferimento al S.S.N. di tutte le funzioni svolte dal D.A.P.;
- b) il trasferimento al S.S.N. dei rapporti di lavoro in essere relativi all'esercizio di funzioni sanitarie nell'ambito del D.A.P.;
- c) il trasferimento al F.S.N. delle risorse finanziarie".

Le Linee di indirizzo per gli interventi negli O.P.G. e nelle case di cura e custodia prevedono che l'ambito territoriale sia "la sede privilegiata per affrontare i problemi della salute, della cura, della riabilitazione delle persone con disturbo mentale. La territorialità costituisce il fondamento che motiva il decentramento degli O.P.G. e rende possibile la differenziazione nella esecuzione della misura di sicurezza che, come, del resto, hanno sanzionato le sentenze della Corte Costituzionale, non legano l'applicazione della misura di sicurezza in modo univoco ed esclusivo all'OPG".

Lo stesso DPCM prevede che spetta ai DSM del territorio di competenza dell'OPG l'obbligo di realizzare un programma operativo in collaborazione con l'equipe dell'Istituto Penitenziario finalizzato a:

- a) "...dimettere gli internati che hanno concluso una misura di sicurezza... che devono prevedere forme di inclusione sociale, coinvolgendo gli Enti Locali di provenienza, le ASL e i Servizi Sociali e sanitari..."

b) riportare nelle carceri di provenienza i ricoverati in OPG per disturbi psichici sopravvenuti durante l'esecuzione della pena...

c) assicurare che i periziandi e gli osservandi siano assegnati nelle carceri ordinarie...in sedi appropriate..."

Le linee di indirizzo prevedono anche un "cronogramma" per il graduale superamento degli OPG nell'arco dei due anni.

I Decreti Ministeriali del 20 e del 21 Aprile 2000, emanati in attuazione del Decreto n. 230 avevano individuato le Regioni in cui, in via sperimentale, doveva avvenire tale trasferimento di competenze e cioè: Toscana, Lazio e Puglia, cui poi si sono aggiunte Emilia Romagna, Molise e Campania. La sperimentazione però non si è conclusa nei tempi previsti e cioè al 22 Novembre 2000 e fu prorogata al 30 giugno 2002 col Decreto n. 433. Tale passaggio solo ora è in fase di attuazione grazie al finanziamento previsto dalla finanziaria 2007. Sino ad ora era avvenuto solo il passaggio delle competenze sanitarie del trattamento dei Tossicodipendenti Detenuti ai Sert delle ASL, mentre il passaggio delle competenze sanitarie dei detenuti al SSN dovrebbe avvenire gradualmente nel triennio tra il 2008-2010. Al momento in cui scriviamo il passaggio di tutte le competenze sanitarie dal D.A.P. al Sistema Sanitario sta già realizzandosi in tutte le Regioni italiane tranne in quelle a Statuto speciale, per le quali è previsto che avvenga entro il mese di marzo 2009.

ESPERIENZA DEL D.S.M. DI CALTAGIRONE – PALAGONIA

L'esperienza fatta negli ultimi tredici anni presso il D.S.M. di Caltagirone è significativa perché dimostra che è possibile fare a meno degli O.P.G. in quanto il Dipartimento di Salute Mentale, con tutte le risorse territoriali e residenziali che possiede, è in grado di gestire e attuare progetti di cura e riabilitazione per le persone malate di mente che hanno commesso reati e sono sottoposti alla restrizione della libertà.

Presso il DSM dei Distretti Sanitari di Caltagirone – Palagonia, sono stati assistiti **dal 1995 al Dicembre del 2007 n. 93 utenti** che per vari motivi erano **sottoposti all'internamento in OPG o a reclusione o a misure di sicurezza.**

Ciò si è realizzato per una scelta del nostro DSM che ha ritenuto non adeguati gli OPG alle esigenze assistenziali degli ammalati mentali.

Gli OPG, infatti, sono "vittime" di una doppia ambiguità. Da una parte luoghi di pena e reclusione, dall'altra luoghi di cura e riabilitazione. Le strutture asilari, quali gli Ospedali Psichiatrici e gli Ospedali Psichiatrici Giudiziari, non sono luoghi terapeutici ma luoghi produttori di malattia e cronicità e ciò è stato sancito oltre che da ricerche scientifiche, anche da una diffusa e condivisa opinione culturale e dalle leggi dello Stato italiano. Paradossalmente la legge di riforma psichiatrica, comunemente nota come legge 180 o legge Basaglia, ha innescato il processo di definitiva chiusura degli Ospedali Psichiatrici, ma ha lasciato intatti gli OPG che "sopravvivono" a qualunque normativa di legge e ai dettami di una buona assistenza di Salute Mentale.

Dei 93 utenti già su menzionati, **il 74% provenivano dall'OPG ed il 26% , invece, erano sottoposti a misure di sicurezza.**

In merito agli utenti provenienti dall'OPG la maggior parte (**55,5%**) **ha trovato accoglienza nelle varie Comunità Alloggio** (strutture residenziali socio-assistenziali di competenza dei Comuni) del calatino, **il 27,5% è stato ospitato presso le Comunità Terapeutiche Assistite** (strutture residenziali sanitarie) del nostro territorio di cui una CTA pubblica gestita dal nostro DSM e due CTA private convenzionate.

Il 9% è rientrato a tutti gli effetti nel nostro territorio (in famiglia o soluzioni simili), **il 4%** è oggi ospite in Casa di riposo, e solo il restante **4%** è ancora temporaneamente in OPG in quanto è in atto un progetto di dimissione e di inserimento nel territorio.

Va segnalato, comunque, che più dei due terzi degli utenti provenienti dall'OPG, **il 73%**, ricoverati nelle strutture socio-assistenziali "Comunità Alloggio", non è residente nella nostra Provincia ed

avrebbe dovuto essere preso in carico dai DSM di competenza territoriale; questo gruppo diventa più consistente se vi aggiungiamo l'utenza che è ospite delle strutture residenziali sanitarie "Comunità Terapeutiche Assistite". Rileviamo, pertanto, che gli utenti psichiatrici residenti in altre Province provenienti dall'OPG salgono al 92,4% a fronte del 7,6% relativo agli utenti di nostra competenza territoriale.

La netta prevalenza di ammalati provenienti da fuori ASL è, purtroppo, la riprova della politica perseguita da parecchi DSM, i quali evitano di farsi carico del problema rappresentato da questa particolare fascia di utenza che, pertanto, rischia di protrarre a tempo indeterminato la propria permanenza presso gli OPG.

I problemi posti da tali pazienti sono più che altro di ordine burocratico, legati alle misure di sicurezza cui sono stati sottoposti e non già a particolarità di trattamento terapeutico-riabilitativo.

E' confortante un dato, il fatto che per nostra iniziativa negli ultimi anni, almeno per gli utenti del nostro territorio, la misura degli arresti domiciliari presso la Comunità Terapeutica o le Comunità Alloggio o il proprio domicilio, abbia soppiantato quasi del tutto la pratica dell'internamento in OPG. Per molti dei nostri assistiti lo spettro dell'OPG sembra definitivamente esorcizzato.

In tutti questi anni nessuno dei pazienti da noi presi in carico ha commesso atti criminosi di qualunque tipo, né violenza. Alcuni di essi permangono presso le strutture residenziali sanitarie e socio-sanitarie del nostro DSM, mentre alcuni sono rientrati in famiglia o hanno ricostruito la propria esistenza in luoghi diversi e in modo soddisfacente.

Degli utenti sottoposti a misura di sicurezza l'85% ha continuato a farsi seguire dal nostro DSM anche dopo la cessazione delle predette misure.

Ci auguriamo che la nostra esperienza possa stimolare altri DSM a sperimentare questo nuovo percorso e verificare la positività di tali interventi.

L'alternativa agli OPG, così come è avvenuto per gli Ospedali Psichiatrici, è data da DSM ben organizzati e con risorse adeguate, in grado di effettuare la presa in carico terapeutico-riabilitativa delle persone con malattia mentale che hanno commesso reati.

Un'altra esperienza effettuata dal nostro D.S.M. è stata quella della consulenza psichiatrica presso la Casa Circondariale di Caltagirone. La figura dello psichiatra del DSM, infatti, all'interno delle carceri è importante perché riesce a filtrare il ricovero dei detenuti con patologia psichiatrica negli OPG e a proporre le misure alternative alla detenzione in carcere quali ricovero nelle strutture residenziali del DSM o al domicilio del detenuto. La cura e il recupero del detenuto viene effettuato con l'elaborazione di un progetto personalizzato di riabilitazione e con la collaborazione dell'Ufficio del Magistrato del Tribunale di Sorveglianza che autorizza il detenuto, con restrizione della libertà, a partecipare alle attività terapeutico-riabilitative con le relative prescrizioni.

Sintetizzando possiamo affermare che nella nostra operatività si sono dimostrati come punti critici e strategici, ai fini del superamento dell'O.P.G., i seguenti interventi metodologici:

1) **Filtro ai ricoveri in O.P.G.** attraverso:

- Interventi presso il Tribunale consistenti nel sensibilizzare e informare i Magistrati delle risorse residenziali di cui dispone il Servizio di Salute Mentale e che possono essere utilizzati come alternative alla reclusione all'O.P.G.

2) **Filtro presso le Carceri**, attraverso:

- Rapporti con lo psichiatra, consulente del Carcere al fine di portarlo a conoscenza delle risorse residenziali di cui dispone il Servizio di Salute Mentale e che possono essere usate come alternative sia al Carcere che all'O.P.G.

3) **Facilitare le dimissioni dall'O.P.G.:**

- attraverso rapporti con il personale sanitario degli O.P.G. e il Magistrato del Tribunale di Sorveglianza con l'informarli delle risorse residenziali di cui dispone il Dipartimento di Salute Mentale e che possono essere utilizzate efficacemente, come dimostra la nostra esperienza.

Bibliografia:

- 1) Legge n.833/78. Istituzione del Servizio Sanitario nazionale.
D.P.R. Progetto Obiettivo di Tutela della Salute Mentale 1998/2000 pubblicato nella G.U.
22 novembre 1999, n.274.
- 2) L.R. n.22/86 Riordino dei servizi e delle attività socio-assistenziali in Sicilia.
L. 328/00 Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi
sociali.
- 3) L.68/99 Lavoro Disabili.
L. 381/91 Disciplina delle Cooperative Sociali.
- 4) Legge n.6/2004. Disposizioni in materia di funzioni del giudice tutelare e
dell'amministratore di sostegno.
- 5) D.L. n.230/99 del 22.06.1999 " Riordino della medicina penitenziaria".
- 6) Cesare Bondioli, 2008, "Salute in carcere e in OPG: Attualità e Prospettive" in Fogli
d'Informazione. Terza Serie 5 – 6.

Publicato in "Fogli di Informazione" N° 11-12, Gennaio-Giugno 2010, Firenze