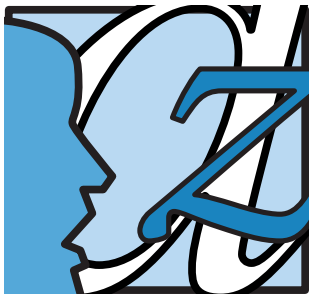
Il Sole 24 ORE Sanità

22-28 novembre 2011



CARCERI E SALUTE/ Solo la Toscana ha centrato l'obiettivo di far uscire il 68% dei "dimettibili"

Opg, Regioni in ordine sparso

Senza risorse finanziarie e culturali lo svuotamento è una chimera

DI GIANFRANCO RIVELLINI *

Il 27 settembre il Senato della Repubblica ha approvato la risoluzione n. 6, relativa agli ospedali psichiatrici giudiziari. Rappresenta il documento politico, sulla scorta dei risultati del lavoro svolto dalla cosiddetta "commissione Marino". Precede di qualche settimana l'accordo della Conferenza unificata, dal titolo «Integrazione agli indirizzi di carattere prioritario di cui all'allegato C del Dpcm 1° aprile 2008». Negli stessi giorni è stata stipulata l'intesa ministero Salute-ministero Giustizia, per la dimissione, entro marzo 2012, di 221 internati, ritenuti non più socialmente pericolosi. Si tratta di nomi e cognomi. Sono stati forniti nel mese di ottobre, anche grazie al pressing informale del gruppo di lavoro del senatore Marino. Sono le direzioni sanitarie dei sei Opg italiani ad avere fornito i nomi.

Lodevole l'intento, come lodevole fu la decisione della Conferenza unificata del 26 novembre 2009, quando fu prevista la dimissione di circa 300 soggetti al 31 dicembre 2010. Le Regioni in larga parte hanno lavorato. Il risultato è stato solo parzialmente raggiunto. Lo certifica il documento «Relazione sui dati forniti da Regioni e Province autonome, ministero della Salute e ministero della Giustizia, relativamente alle rispettive azioni, in attuazione dell'accordo in Conferenza Unificata, del 26 novembre 2009» del settembre 2011. Questo report ha monitorato l'intervento interistituzionale, gennaio 2010-maggio 2011, su 543 «soggetti dimettibili». Risultato: sono stati dimessi 217 soggetti, pari al 39,9% (tabella n. 1). Alcune Regioni, tra cui la Lombardia e l'Emilia Romagna, hanno dimesso oltre il 90% dei "dimettibili". Ha fatto bene la Toscana con il 68%. Tutte le altre Regioni sono al di sotto del 50%.

Non è dato capire, a questo punto, cosa non ha funzionato. L'analisi è necessaria, altrimenti i 221 soggetti "dimettibili", richiesti dai ministri Palma e Fazio si ridurranno a meno della metà. A parere dello scrivente, che contribuisce da anni al dibattito sul superamento degli Opg, sono mancati sia il coordinamento di bacino, con la regia delle Regioni capofila, sia gli investimenti di natura economica e di natura tecnico-scientifica. In particolare sono mancate le risorse statali e regionali, da investire in percorsi territoriali, esclusivamente dedicati alla cura e riabilitazione di malati mentali che hanno commesso reati. Qualcosa si è mosso. La Regione Lombardia, tramite l'azienda ospedaliera di Mantova, ha inaugurato, alla presenza del presidente Formigoni, una struttura dedicata (38 posti letto) per le licenze finali esperimento e la libertà vigilata. La Campania (Dsm Salerno) ha avviato le procedure pubbliche per una comunità dedicata alle donne in esecuzione penale esterna. La Regione Emilia Romagna ha seguito la strada dell'integrazione pubblico-privato per la struttura di Sadurano in Romagna. La Toscana, oltre alla pionieristica struttura "Le Querce", sembra avviata a replicare l'esperienza in altre Asl del suo territorio. Va ricordato il Veneto, che nella casa circondariale di Verona, ha allestito (delibera fine 2010) alcuni posti dedicati all'osservazione psichiatrica, con ciò anticipando la recente decisione della Conferenza unificata di predisporre in ciascuna Regione italiana almeno un centro psichiatrico dedicato alla gestione dei soggetti che tuttora sono in Opg, pari al 10% circa, senza essere destinatari di Misura di sicurezza (Mds). Dunque, a guardare la mappa delle esperienze regionali avviate, si capisce anche perché solo poche Regioni abbiano centrato l'obiettivo di dimettere in percentuale significativa i cosiddetti "dimettibili".

Proprio sul concetto di "dimissibilità" è necessaria qualche considerazione. Gli psichiatri che da anni sono operativi nel settore, pochi davvero, sanno che il processo di dimissione dall'Opg è concretamente percorribile a condizione che siano soddisfatti quelli che gli esperti definiscono come indicatori interni e indicatori esterni di pericolosità sociale. Non basta il compenso clinico mantenuto in Opg, non basta una struttura alternativa all'Opg medesimo. Ovvero è necessario che il compenso clinico e comportamentale sia mantenuto in contesto di cura esterno, sulla base di un percorso in prova, da monitorare per non meno di 6-12 mesi. Per questo motivo la percentuale di soggetti a cui viene revocata "tout court" la Mds è trascurabile. Per questo motivo servono strutture esterne dedicate, in grado di gestire questi pazienti, con la necessaria competenza per impedire che ogni trasgressione degli obblighi imposti dal giudice in ambiente esterno si traduca automaticamente in un reingresso in Opg (articoli 231 e 232 Cp). Tanto più vero se si considerano i dati, dai quali si evince che, nonostante il numero totale di soggetti sia in decremento nel 2011 rispetto al 2008, ciò non di meno circa il 30% dei soggetti in Opg è in Mds provvisoria. Dunque fornire liste di nomi, definiti come "soggetti dimissibili" rappresenta un esercizio culturalmente fragile, per quanto fortemente voluto da quello che oggi sembra essere un vasto "think tank", coagulato intorno al lavoro ineccepibile della commissione Marino.

Si vuole evidenziare che se è vero che gli Opg "carcerari" sono

Così nelle diverse Regioni

Regioni	N. totale soggetti valutati (intero periodo)	Dimissioni		N. ricoverati al 26 luglio 2011
		N. soggetti dimessi	% sul totale soggetti valutati	
Lombardia	48	45	93,75	224
Veneto	77	10	12,99	57
Friuli V.G.	16	6	37,50	7
Liguria	43	10	23,26	39
Emilia R.	20	18	90,00	62
Toscana	57	39	68,42	50
Umbria	15	7	46,67	7
Marche	25	7	28,00	12
Abruzzo	49	14	28,57	27
Campania	162	65	40,12	181
Calabria	56	3	5,36	40
Totale	543	217	39,96	

Fonte: Relazione sui dati forniti da Regioni e Pa, ministero della Salute e ministero della Giustizia, relativamente alle rispettive azioni, in attuazione dell'accordo in Conferenza unificata, del 26 novembre 2009

Luca Nocera, fotografia dalla mostra "Ex Opg"

da superare, presto e definitivamente, è necessario tuttavia ragionare realisticamente sugli scenari alternativi. Perché è innegabile che i "folli rei" devono godere dei diritti costituzionalmente rilevanti, quale quello del diritto alle cure, ma ugualmente la società gode del diritto diffuso di pretendere una verifica dell'esito delle cure medesime. La garanzia non sta solo nel luogo di cura più appropriato, nella migliore organizzazione sanitaria possibile, ottimo fine a cui tendere, quanto piuttosto nella verifica, di cui resta garante il giudice, che la cura, il percorso, gli esiti hanno funzionato, al punto che il medesimo cittadino può recuperare la libertà piena e incondizionata dal vincolo giudiziario. La domanda di salute e sicurezza sociale si sposta dunque sulle risorse economiche e culturali da investire, per contemperare il bilanciamento di due interessi costituzionalmente rilevanti.

Altra strada non è percorribile, se non quella di raccogliere l'indicazione della risoluzione del Senato, 27 settembre, nella quale si invitano le istituzioni competenti «a stipulare convenzioni con le Regioni sede di Opg, al fine di individuare strutture idonee ove realizzare una gestione interamente sanitaria dei ricoverati, secondo le esperienze rappresentate da Castiglione delle Stiviere e dalle strutture e dalle comunità assistenziali esterne agli Opg». Significa, per le Regioni sede di Opg, riconvertire un piccolo ospedale e/o un residuo manicomiale, e/o un istituto penale in dismissione, per organizzare strutture esclusivamente sanitarie, ove realizzare le Mds detentive, sul modello di Castiglione. Nulla di nuovo nel panorama europeo. Nulla di nuovo, se non dare rapidamente avvio alla cosiddetta fase III dell'allegato C del Dpcm 1° aprile 2008, anche con l'implementazione di comunità specifiche per le Mds esterne, territoriali, almeno nelle Regioni con un carico di internati superiori alle 50 unità, vale a dire Piemonte, Veneto, Lazio e Puglia (tabella a destra).

Anche se non in modo chiaro, il lavoro licenziato a ottobre dalla Conferenza unificata sembra orientato in questa direzione, nella sezione "Coordinamento dei bacini macroregionali di afferenza degli Opg". Tale lavoro di regìa e coordinamento è decisivo, come si evidenzia nella tabella relativa alla distribuzione di internati per bacino. Il raffronto di densità demografica di bacino, numero di internati di bacino e quoziente standardizzato a centomila residenti maggiorenni, evidenzia notevoli disomogeneità, che non hanno finora trovato soluzioni a distanza di quasi 4 anni dalla riforma del 2008. Il bacino lombardo-piemontese (circa 12 milioni di abitanti) esprime al luglio 2011 un quoziente, misura di prevalenza, pari a 2,7, mentre il bacino afferente alla Toscana, con il 40% della densità demografica, esprime un quoziente pari a 2. In sostanza non vi è correlazione tra densità demografica e quoziente di internamento relativo ai 5 bacini, fondamentalmente perché le Regioni sono andate a velocità diverse nel predisporre piani di recupero dei loro cittadini residenti, con ciò anche contribuendo al sovraffollamento dell'Opg lombardo e di quello siciliano. Questi i numeri, queste le riflessioni sui numeri. Un auspicio e un richiamo ai decisori, nazionali e regionali. Meno "think tank" e più scientificità.

* *Psichiatra, Criminologo clinico Centro Studi e ricerche - Sindacato medici italiani*

Il rapporto internati/residenti nei 5 bacini

	Residenti 18-100 anni 2009 (Istat)	Internati Opg 26 luglio 2011	Quoziente internati su 100.000 residenti 2011
Bacino Castiglione			
Lombardia	8.122.423	245	3,0
Piemonte	3.758.685	69	1,8
Valle d'Aosta	106.462	4	3,8
Totale bacino	**11.987.570**	**318**	**2,7**
Bacino Reggio Emilia			
Emilia R.	3.669.816	68	1,9
Friuli V.G.	1.048.914	9	0,9
Trentino A.A.	823.439	10	1,2
Veneto	4.063.041	64	1,6
Totale bacino	**9.605.210**	**151**	**1,6**
Bacino Montelupo			
Liguria	1.393.874	43	3,1
Sardegna	1.415.070	31	2,2
Toscana	3.153.495	55	1,7
Umbria	757.177	8	1,1
Totale bacino	**6.719.616**	**137**	**2,0**
Bacino Aversa-Napoli			
Abruzzo	1.120.418	28	2,5
Campania	4.614.689	185	4,0
Lazio	4.679.760	108	2,3
Molise	269.862	6	2,2
Totale bacino	**10.684.729**	**327**	**3,1**
Bacino Barcellona			
Basilicata	489.690	2	0,4
Calabria	1.646.024	40	2,4
Puglia	3.320.889	51	1,5
Sicilia	4.073.017	159	3,9
Totale bacino	**9.529.620**	**252**	**2,6**

Fonte: elaborazione Gianfranco Rivellini su relazione sui dati forniti da Regioni e Province autonome, ministero della Salute e ministero della Giustizia, relativamente alle rispettive azioni, in attuazione dell'accordo in Conferenza unificata, del 26 novembre 2009