



VERSO IL DEFINITIVO SUPERAMENTO DEGLI OSPEDALI PSICHIATRICI GIUDIZIARI

Ilaria Lega¹, Debora del Re¹, Fiorino Mirabella¹, Teresa Di Fiandra² e il Gruppo OPG-ISS*

¹Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma

²Direzione Generale Prevenzione Sanitaria, Ministero della Salute, Roma

SUMMARY (*Towards Italian forensic psychiatric hospitals closure*) - Main changes were started in the Italian forensic mental health service in 2008. A research project aimed at collecting reliable and accurate data on the national population of the forensic psychiatric hospitals (FPHs) was launched in 2012. The project is coordinated by the Italian National Institute of Health and funded by the Ministry of Health. Preliminary data raises concern about the patients' physical health. As FPHs closure is approaching, the assessment of individual clinical characteristics and needs is a necessary step for planning the aftercare of the current inpatients.

Key words: forensic psychiatry; mentally disordered offenders; psychiatric diagnosis

ilaria.lega@iss.it

Il contesto storico e normativo

Il DL 52/2014 e la recente Legge 81/2014 hanno fissato al 31 marzo 2015 la data di chiusura degli ospedali psichiatrici giudiziari (OPG). Queste strutture, sei in tutta Italia, sono localizzate in cinque regioni (Lombardia, Emilia-Romagna, Toscana, Campania e Sicilia) e oggi ospitano circa 900 pazienti. Hanno rappresentato per decenni il luogo in cui trovavano collocazione i pazienti psichiatrici, autori di reato, destinatari di una misura di sicurezza detentiva, ossia coloro che, avendo commesso un reato, sono giudicati incapaci di intendere e di volere al momento del fatto e socialmente pericolosi al momento del giudizio.

La Legge 180/1978, stabilendo la chiusura dei vecchi ospedali psichiatrici e la creazione dei servizi psichiatrici territoriali, non prese in considerazione gli OPG, che rimasero sotto la responsabilità del Ministero della Giustizia,

trovandosi così distaccati dal circuito della psichiatria territoriale. Il sistema psichiatrico-forense italiano si è pertanto identificato con i sei OPG, la cui organizzazione, pur differenziata nelle varie realtà sociali e regionali nelle quali tali istituti sono situati, si è confrontata con la comune difficoltà di essere un servizio di natura e priorità sanitaria in una cornice carceraria.

Dopo decenni d'immobilismo, con l'emanazione del DPCM 1° aprile 2008, è stato avviato un importante processo di riforma, che ha portato al trasferimento delle competenze relative alla cura delle persone presenti, nelle carceri in generale e negli OPG in particolare, al Servizio Sanitario Nazionale, e al coinvolgimento dei Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) nella valutazione clinica dei pazienti ricoverati, nell'ottica di un superamento dell'OPG. La Legge 9/2012 è intervenuta fissando una data di chiusura degli OPG, prevedendo l'istituzione a livello regio-

nale di piccole strutture residenziali a carattere sanitario per l'esecuzione delle misure di sicurezza detentive (REMS) e ribadendo la responsabilità delle amministrazioni regionali, tramite le aziende sanitarie e i DSM di competenza territoriale, nella gestione di questi pazienti. Gli elementi principali del contesto legislativo delineatosi tra il 2013 e il 2014 sono: 1) il ricovero dei pazienti, oggi in OPG e in futuro nelle REMS, viene disposto dal giudice quando ogni misura terapeutica territoriale alternativa al ricovero non sia idonea ad assicurare cure adeguate e a far fronte alla pericolosità sociale del paziente; 2) le regioni, già impegnate nella realizzazione delle REMS, possono attuare - senza maggiori oneri - un potenziamento dei servizi psichiatrici territoriali per far fronte alla presa in carico di questi pazienti e devono predisporre percorsi terapeutico-riabilitativi individuali per i pazienti in OPG; 3) il Ministero della Salute ha un ruolo di programmazione ►

(*) Gruppo Progetto Ospedali Psichiatrici Giudiziari - Istituto Superiore di Sanità:

Responsabile scientifico: I. Lega^a

Comitato scientifico: T. Di Fiandra^b, G. Ditta^c; A. Fioritti^d, A. Gigantesco^a, L. Magliano^e, A. Picardi^a

Coordinatori locali: V. Calevrol^f, A. Cirao^g, R. Liardo^h, M. Penninoⁱ, G. Rivellini^l, F. Scarpa^m

Ricercatori: R. Bardelliⁿ, M.R. Capone^m, A. Carotenuto^h, L. Castelletti^l, E. Centrone^f, P. Cuzzola^g, M.G. Fantone^f, M.G. Fontanesi^f, M. Forghieri^f, T. Frigione^g, G.M. Gleijeses^h, V. Iodice^h, M.A. Lettieri^m, I. Macri^m, F. Magurno^h, S. Matteucci^m, S. Oppedisano^h, A. Orlandi^m, A. Piffer^f, C. Perrottaⁱ, E. Trovato^g

Assistenti di ricerca: I. Cascavilla^a, D. Del Re^a, A. Di Cesareⁿ

(a) Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma; (b) Direzione Generale Prevenzione Sanitaria, Ministero della Salute, Roma; (c) Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali, Roma; (d) DSM, AUSL Bologna; (e) Dipartimento di Psicologia, Seconda Università degli Studi di Napoli, Caserta; (f) DSM, ASL Reggio Emilia, Ospedale Psichiatrico Giudiziario Reggio Emilia; (g) DSM, ASP di Messina; (h) DSM, ASL Caserta 2, Ospedale Psichiatrico Giudiziario Aversa; (i) DSM, ASL Napoli 1, Ospedale Psichiatrico Giudiziario Secondigliano; (l) Azienda Ospedaliera Carlo Poma, Ospedale Psichiatrico Giudiziario Castiglione delle Stiviere, Mantova; (m) DSM, UOC "Salute in Carcere", ASL 11 Empoli, Ospedale Psichiatrico Giudiziario Montelupo Fiorentino; (n) Policlinico Universitario Agostino Gemelli, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma.

e monitoraggio del processo di superamento, in collaborazione con il Ministero della Giustizia e in raccordo con il Comitato Paritetico Interistituzionale istituito presso la Conferenza Stato-Regioni.

Su questi punti è in corso un ampio dibattito incentrato sulla tempistica della realizzazione del programma e sul peso da dare alle REMS o alle soluzioni territoriali alternative al ricovero. La conoscenza delle caratteristiche cliniche e dei bisogni di salute di chi attualmente è in OPG rappresenta un punto di partenza essenziale per predisporre percorsi di cura appropriati alle necessità di questi pazienti, così a lungo dimenticati.

Epidemiologia dei pazienti psichiatrici autori di reato in Italia

In Italia non vengono realizzati rapporti periodici sugli OPG e gli studi condotti sui pazienti psichiatrici autori di reato sono poco numerosi (1).

Il numero dei pazienti in OPG è passato da 1.282 ricoverati al 12 marzo 2001 a 988 al 1° giugno 2013; le donne in OPG erano il 6,8% nel 2001 (n. 87) e il 7,9% nel 2013 (n. 78) (2,3).

Le informazioni disponibili sulle caratteristiche di questi pazienti derivano dallo studio MoDiOPG e dal rapporto "Anatomia degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari", condotti oltre 10 anni fa (4,2). Seppure con metodologie molto diverse, entrambi i lavori hanno evidenziato che i pazienti in OPG erano in gran parte affetti da disturbi psichiatrici gravi (schizofrenia e altri disturbi psicotici dal 61,2% al 70,1%) e avevano commesso nella maggior parte dei casi reati gravi contro la persona (nel 54% dei casi omicidio o tentato omicidio). La durata media di permanenza in OPG era pari a circa 3 anni; relativamente al percorso di cura, i servizi psichiatrici pubblici nella maggior parte dei casi conoscevano i pazienti entrati in OPG, avendo avuto precedenti contatti problematici con questi utenti (ricoveri obbligatori nel 69% del campione), mentre al momento della dimissione dall'OPG la collocazione più frequente era una struttura residenziale psichiatrica (4).

Il progetto Ospedali Psichiatrici Giudiziari-Istituto Superiore di Sanità

Nel 2013, nell'ambito del progetto dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) "Valutazione dei pazienti ricoverati negli ospedali psichiatrici giudiziari finalizzata a proposte di modifica di assetti orga-

nizzativi e di processo", è stata avviato l'assessment dei 988 pazienti ricoverati nei sei OPG nazionali al 1° giugno 2013.

Il progetto, finanziato dal Ministero della Salute nell'ambito del programma del Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie 2011, ha richiesto una lunga fase preparatoria durante la quale: 1) è stato costituito un comitato scientifico di esperti per definire la modalità delle valutazioni; 2) è stata effettuata una ricognizione degli strumenti già in uso a livello regionale per i pazienti psichiatrici autori di reato, volta a mettere a frutto competenze e informazioni già disponibili; 3) 93 operatori sanitari degli OPG sono stati formati all'uso degli strumenti di valutazione del progetto; 4) è stato realizzato un sistema di raccolta dati via web per la trasmissione dei dati dagli OPG al centro di coordinamento dell'ISS.

L'obiettivo principale è quello di rendere disponibili informazioni affidabili sulle caratteristiche cliniche e psicosociali e sui bisogni della popolazione ricoverata negli OPG, utilizzando strumenti standardizzati per la valutazione periodica della natura e gravità dei disturbi mentali in atto e del loro decorso. I cinque OPG di Castiglione delle Stiviere, Reggio Emilia, Montelupo Fiorentino, Aversa e Napoli e il DSM della ASP di Messina per i pazienti di competenza ricoverati presso l'OPG di Barcellona Pozzo di Gotto partecipano al progetto in qualità di unità operative. La valutazione dei pazienti prevede: 1) diagnosi psichiatrica di asse I secondo il DSM-IV TR tramite SCID-I RV; 2) diagnosi di disturbo di personalità tramite SIDP-IV; 3) valutazione di gravità psicopatologica e clinica e del funzionamento psicosociale tramite BPRS e VGF; 4) valutazione cognitiva tramite MMSE e matrici di Raven; 5) valutazione della disabilità fisica mediante *physical health index*; 6) valutazione dei bisogni tramite CANFOR-R. Alla valutazione di follow up a 12 mesi è prevista una seconda somministrazione di BPRS, VGF e CANFOR. Una scheda per la raccolta dei dati sociodemografici, relativi ad anamnesi psichiatrica e medica, rete familiare e sociale, percorsi di cura e interventi riabilitativi effettuati completano la valutazione iniziale e quella di follow up.

Per tutta la durata del progetto, anche i pazienti ricoverati in OPG dopo la data di avvio dello studio effettuano la medesima valutazione.

Attualmente è in corso il controllo di qualità dei dati già trasmessi all'ISS, relativi a 500 pazienti. Un'analisi preliminare

ha riguardato i dati sociodemografici e sulla salute fisica dei primi 179 pazienti di sesso maschile valutati. Un campione di 189 pazienti maschi affetti da disturbi mentali gravi afferenti a una rete di 22 Centri di Salute Mentale (CSM) è stato utilizzato come gruppo di controllo (5). I pazienti degli OPG hanno un'età media più elevata e una scolarità più bassa. Solo l'8,4% dei pazienti in OPG è sposato, rispetto al 24,2% dei pazienti del gruppo di controllo ($p < 0,001$). Il 19% dei pazienti in OPG aveva un'occupazione stabile prima del ricovero rispetto al 30% dei controlli ($p < 0,001$). Il 55% dei pazienti in OPG giudica problematiche le proprie condizioni economiche, a fronte del 44% dei pazienti dei CSM ($p < 0,05$). Le caratteristiche sociodemografiche dei pazienti dell'OPG sono quelle di una popolazione molto svantaggiata. Inoltre, quasi il 35% dei pazienti in OPG ha una grave malattia fisica, rispetto al 16% dei pazienti dei CSM ($p < 0,001$). Fra i pazienti in OPG i fumatori sfiorano l'82% e il 53% del campione fuma almeno 20 sigarette al giorno (48,4% fumatori fra i pazienti dei CSM; $p < 0,001$). Se si considera che oltre il 27% del gruppo in OPG ha un BMI > 30 indicativo di obesità, i dati preliminari relativi alle condizioni di salute fisica e al profilo di rischio cardiovascolare dei pazienti in OPG suscitano preoccupazione.

Conclusioni

La trasformazione dell'assistenza psichiatrico-forense in corso in Italia ha come principio ispiratore la volontà di assicurare ai pazienti psichiatrici autori di reato le stesse opportunità di cura garantite agli altri membri della comunità. Si tratta di un percorso complesso e oneroso, sia per le regioni che per le aziende sanitarie che per i servizi psichiatrici territoriali. Il progetto dell'ISS si propone di contribuire al processo in corso fornendo informazioni affidabili sulle caratteristiche di questa popolazione. I dati preliminari suggeriscono alcuni bisogni dei quali tener conto nella presa in carico dei pazienti attualmente ricoverati in OPG: condizioni di forte svantaggio socioeconomico e presenza di disturbi fisici. Si tratta di risultati preliminari, che devono essere verificati nell'intero campione dello studio. Le informazioni su diagnosi psichiatrica, gravità dei disturbi psicopatologici e profilo cognitivo, che saranno disponibili per la maggior parte del campione già al termine del prossimo

bimestre, potranno auspicabilmente essere d'aiuto alla attuale fase di pianificazione di interventi terapeutico-riabilitativi alternativi, rappresentando una solida base di partenza anche per la valutazione degli esiti degli interventi attuati. ■

Dichiarazione sul conflitto di interessi

Gli autori dichiarano che non esiste alcun potenziale conflitto di interesse o alcuna relazione di natura finanziaria o personale con persone o con organizzazioni, che possano influenzare in modo inappropriato lo svolgimento e i risultati di questo lavoro.

Riferimenti bibliografici

1. Peloso PF, D'Alema M, Fioritti A. Mental health care in prisons and the issue of forensic hospitals in Italy. *J Nerv Ment Dis* 2014;202(6):473-8.
2. Andreoli V. Anatomia degli ospedali psichiatrici giudiziari italiani. Roma: Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria, Ufficio studi, ricerche, legislazione e rapporti internazionali; 2002 (www.rassegnapenitenziaria.it).
3. Lega I, Del Re D, Picardi A, et al. *Messa a punto di una metodologia standardizzata e riproducibile per la valutazione diagnostica dei pazienti psichiatrici autori di reato*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2014 (Rapporti ISTISAN, in press).
4. Fioritti A, Ferriani E, Rucci P, et al. I fattori predittivi della durata di degenza in ospedale psichiatrico giudiziario: un'analisi di sopravvivenza. *Epidemiol Psichiatr Soc* 2001;10(2):125-33.
5. Gigantesco A, Lega I, Picardi A, et al. The Italian SEME surveillance system of severe mental disorders presenting to community mental health services. *Clin Pract Epidemiol Ment Health* 2012;8:7-11.