



PROGRAMMA CCM 2011

PROGETTO OPG-ISS VALUTAZIONE DEI PAZIENTI RICOVERATI NEGLI OSPEDALI PSICHIATRICI GIUDIZIARI (OPG) FINALIZZATA A PROPOSTE DI MODIFICHE DEGLI ASSETTI ORGANIZZATIVI E DI PROCESSO

Ente partner: Istituto Superiore di Sanità (ISS)

Responsabile scientifico dell'ISS: dott.ssa Ilaria Lega

Responsabile scientifico del Ministero della Salute: dott.ssa Teresa Di Fiandra

Inizio progetto: 13 marzo 2012
Fine progetto: 26 febbraio 2015

Razionale

Il Progetto OPG-ISS si è svolto in collaborazione con i 5 OPG nazionali e il Dipartimento di Salute mentale (DSM) di Messina (che ha una parziale competenza sui pazienti dell'OPG di Barcellona Pozzo di Gotto).

Il principale obiettivo è stato rendere disponibili informazioni affidabili su caratteristiche cliniche e psicosociali e bisogni della popolazione ricoverata negli OPG mediante strumenti standardizzati per la valutazione di natura e gravità dei disturbi mentali somministrati da operatori sanitari appositamente formati. Lo studio ha avuto un disegno trasversale con una componente longitudinale che ha consentito di effettuare alcune valutazioni di follow-up. Nella fase preparatoria sono stati individuati e messi a punto gli strumenti di valutazione in collaborazione con un comitato scientifico di esperti (tabella 1), all'ISS è stato predisposto un archivio web-based per la trasmissione dei dati dalle Unità operative coinvolte (tabella 2), è stata effettuata la formazione degli operatori all'uso degli strumenti (tabella 3).

La valutazione dei pazienti al baseline ha previsto:

- compilazione della scheda di raccolta dati (dati sociodemografici, anamnesi psichiatrica, rete sociale, dati giudiziari),
- valutazione di disabilità fisica e necessità di assistenza (PHI),
- valutazione cognitiva (MMSE, Matrici Progressive di Raven),
- diagnosi psichiatrica (SCID-I RV; SIDP-IV),
- valutazione di gravità sintomatologica e funzionamento (BPRS 24-item; VGF),
- valutazione dei bisogni (CANFOR-RV).

COMITATO SCIENTIFICO

Guido Ditta, Agenas
Angelo Fioritti, AUSL Bologna
Antonella Gigantesco, ISS
Lorenza Magliano, Seconda Università di Napoli
Angelo Picardi, ISS
Ilaria Lega, ISS
Teresa di Fiandra, Ministero della Salute

Tabella 1. Composizione del comitato scientifico del Progetto OPG-ISS.

UNITÀ OPERATIVE

OPG di Castiglione delle Stiviere (MN)
Referente scientifico: dott. Gianfranco Rivellini

OPG di Reggio Emilia
Referente scientifico: dott.ssa Valeria Calevro

OPG di Montelupo Fiorentino (FI)
Referente scientifico: dott. Franco Scarpa

OPG di Aversa (CE)
Referente scientifico: dott. Raffaello Liardo

OPG di Napoli Secondigliano
Referente scientifico: dott. Michele Pennino

Dipartimento di Salute mentale di Messina, in contiguità territoriale con l'OPG di Barcellona Pozzo di Gotto (ME)
Referente scientifico: dott. Antonino Ciraolo

Tabella 2. Unità operative coinvolte nel Progetto OPG-ISS e rispettivi referenti scientifici.

FORMAZIONE DEGLI OPERATORI SANITARI

Corso ECM all'ISS

17-18 settembre 2012

18 operatori, tra psichiatri e psicologi, formati all'uso di SCID, VGF, BPRS.

Corso a Castiglione delle Stiviere

3 dicembre 2012

37 operatori formati all'uso della CANFOR.

Corso a Napoli Secondigliano

18 febbraio 2013

15 operatori formati all'uso della CANFOR.

Corso a Reggio Emilia

16 aprile 2013

9 operatori, tra psichiatri e psicologi, formati all'uso di SCID e VGF.

Corso ad Aversa

25 luglio 2013

14 operatori, tra psichiatri e psicologi, formati all'uso di SCID e VGF.

Tabella 3. Formazione degli operatori sanitari opg all'uso degli strumenti. Complessivamente 93 operatori sanitari delle UO sono stati formati all'uso di almeno uno strumento di valutazione del progetto.

RISULTATI RAGGIUNTI

Alla data di avvio delle valutazioni (1 giugno 2013) nei sei OPG italiani erano presenti 1015 pazienti, 835 dei quali ricoverati nei 5 OPG coinvolti nel progetto come UO. Hanno partecipato allo studio 473 pazienti. Non si sono evidenziate differenze significative tra partecipanti e non partecipanti relativamente a età e sesso, mentre gli internati prosciolti per infermità mentale (art. 89 e segg. c.p.) sottoposti al ricovero in OPG in quanto socialmente pericolosi (art. 222 c.p.) sono risultati significativamente più rappresentati dei pazienti con altre categorie giuridiche fra i partecipanti che fra i non partecipanti. I risultati sono pertanto da riferirsi prevalentemente a quei pazienti psichiatrici autori di reato il cui disturbo mentale è antecedente e correlato al reato, per i quali è stata accertata la pericolosità sociale, che necessitano quindi di una presa in carico distinta dal carcere e dai servizi psichiatrici territoriali non forensi. Nonostante il limite della partecipazione inferiore all'atteso particolarmente in alcune UO, il progetto si qualifica come la più ampia testimonianza disponibile su questa popolazione negli ultimi dieci anni nel panorama nazionale.

Caratteristiche socio demografiche e salute fisica

Il campione è costituito per circa il 90% da uomini. L'età media è pari a 42,5 anni. Il 73% circa dei pazienti partecipanti non è sposato e non ha figli e il 50% viveva con la famiglia d'origine prima del ricovero in OPG. Le donne più spesso degli uomini riescono a formare una famiglia e oltre il 50% delle pazienti ha figli. Emerge una condizione di svantaggio sociale: basso livello di istruzione unito a condizioni lavorative ed economiche precarie. Oltre il 30% dei pazienti ha una malattia fisica grave, il 24% circa è obeso e l'80% è fumatore. Il 7,6% ha una disabilità da moderata a grave dovuta a patologie del sistema nervoso centrale. Rispetto ai pazienti affetti da disturbi mentali gravi in cura presso i Centri di Salute mentale la popolazione dei ricoverati in OPG presenta condizioni di maggiore marginalità e una più elevata comorbidità con malattie fisiche (Lega I, Del Re D, Mirabella F, Di Fiandra T e il Gruppo OPG-ISS, 2014).

Diagnosi psichiatrica e percorso di cura

Oltre il 50% dei partecipanti ha una diagnosi di schizofrenia o altro disturbo psicotico. I disturbi di personalità rappresentano circa il 20% delle diagnosi, in aumento rispetto a quanto osservato in precedenti indagini. La somministrazione dell'intervista SCID-I, oltre a confermare la scarsa accuratezza e riproducibilità delle diagnosi utilizzate nella pratica clinica abituale, ha consentito di evidenziare in questi pazienti una elevata comorbidità fra disturbi mentali di asse I, in particolare fra abuso o dipendenza da sostanze e disturbi psicotici. Relativamente all'intensità della sintomatologia psicopatologica e al funzionamento per gruppi diagnostici, i pazienti schizofrenici presentano più intensa sintomatologia alla BPRS e funzionamento più compromesso alla VGF.

L'eventualità che il reato commesso sia la prima manifestazione di un disturbo psichiatrico è poco frequente: la durata media di malattia dei ricoverati è superiore ai 18 anni, ben il 75% dei pazienti aveva effettuato precedenti trattamenti per un disturbo mentale nel passato e oltre il 60% aveva avuto contatti con il DSM, spesso contatti problematici (il 30% del campione ha effettuato almeno un ricovero in regime di TSO).

Riabilitazione e rete sociale

Suscita preoccupazione il dato relativo all'intensità dei trattamenti riabilitativi disponibili nel contesto dell'OPG (pur con differenze significative fra le diverse strutture): il 17% dei pazienti non ha effettuato neppure un'ora di riabilitazione nell'ultimo mese e solo il 15% circa è stato coinvolto in un'attività riabilitativa per almeno 8 ore settimanali.

La maggior parte dei pazienti è in contatto con i propri familiari, ma più del 45% dei ricoverati non ha ricevuto neppure una visita nell'ultimo mese.

Dati giudiziari e durata del ricovero

Più di un terzo dei partecipanti ha commesso reati gravi contro la persona. La durata media del ricovero in OPG è risultata pari a 2,9 anni. È stata esplorata la relazione tra alcune variabili e la durata di internamento al momento della valutazione. Le variabili più strettamente associate a una più lunga permanenza in OPG sono state quelle giudiziarie, e in particolare il reato di omicidio e tentato omicidio e una maggior durata della misura di sicurezza stabilita in giudizio. Un'associazione si è evidenziata anche per la durata di malattia. Si è osservata una correlazione tra il punteggio alla sottoscala sintomi positivi (della schizofrenia) alla BPRS e durata di internamento: a punteggi indicativi di sintomatologia positiva più intensa si associa un internamento più lungo. Il sesso femminile, il reato di omicidio o tentato omicidio, la diagnosi di schizofrenia e la durata di malattia precedente al ricovero in OPG sono le variabili associate a una durata di internamento superiore ai 5 anni, che interessa l'11,7% dei partecipanti. Su questo gruppo di pazienti sono in corso ulteriori analisi, anche con riferimento ad analoghi approfondimenti recentemente avviati nei paesi europei dotati dei servizi psichiatrico forensi maggiormente consolidati, che si confrontano con il problema dei ricoveri protratti in questo contesto.

Sarà effettuata a breve l'analisi dei dati relativi all'intervista CANFOR sul soddisfacimento dei bisogni dei pazienti in ambito psichiatrico forense e relativi alle valutazioni di follow-up effettuate in due UO.

La metodologia utilizzata per la valutazione diagnostica utilizzata nell'ambito del progetto è stata oggetto di un [rapporto ISTISAN](#).

Il gruppo di lavoro del progetto, costituito dal comitato scientifico e dai referenti scientifici delle UO, che ha potuto consolidarsi nel corso di tre anni di collaborazione e collegarsi con il gruppo di esperti europei attualmente impegnato nella COST Action "[Long-term forensic psychiatric care](#)", potrà rappresentare una risorsa preziosa per ulteriori approfondimenti di ricerca e iniziative formative in questo settore.

Il convegno finale, svoltosi alla vigilia del definitivo superamento, è stato l'occasione anche per raccogliere le considerazioni di operatori sanitari e figure istituzionali coinvolti nella presa in carico di questi pazienti.

Pubblicazioni

Ilaria Lega, Debora del Re, Fiorino Mirabella, Teresa Di Fiandra e il Gruppo OPG-ISS.

[Verso il definitivo superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari](#). Inserto del Bollettino Epidemiologico Nazionale (PDF: 70 Kb)

Materiali

[Scheda di raccolta dati sul paziente](#) (PDF: 215 Kb)

Convegno

Caratteristiche cliniche dei pazienti ricoverati negli ospedali psichiatrici giudiziari: i risultati del Progetto OPG-ISS

Roma, 18 febbraio 2015

[Programma](#) (PDF: 340 Kb)

[Sintesi interventi](#) (PDF: 970 Kb)



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, se 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, A. Cirao^g, R. Liardo^h, M. Penninoⁱ, G. Rivellini^j, F. Scarpa^m

Ricercatori: R. Bardelli^l, 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. Glejjeses^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 avviata 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 socio-demografiche 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.



SCHEDA DI RACCOLTA DATI SUL PAZIENTE

Nelle domande a scelta multipla selezionare una sola risposta, salvo dove diversamente indicato.

1. Informazioni generali

1.1 Denominazione dell'OPG: _____

1.2 Informazioni sul rilevatore dei dati contenuti nella scheda

1.2A Nome: _____ Cognome: _____

1.2B Qualifica professionale: _____

1.3 Fonte dei dati riportati in questa scheda

(possibile scelta multipla)

1 - paziente

2 - psichiatra referente per il paziente presso l'OPG

3 - cartella clinica

4 - amministrazione penitenziaria dell'OPG

5 - altro, specificare _____

1.4 Data di rilevazione dei dati riportati in questa scheda: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
(giorno, mese, anno)

1.5 Data dell'attuale ingresso del paziente nell'attuale OPG: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
(giorno, mese, anno)

1.6 Paziente trasferito da altro OPG:

1 - no

2 - sì

1.7 Tipologia di reparto nel quale il paziente è attualmente ricoverato presso l'OPG:

1 - a gestione sanitaria

2 - a gestione penitenziaria

1.8 Specificare nome o numero o piano del reparto nel quale il paziente è attualmente ricoverato presso l'OPG:

1.9 Specificare la modalità secondo la quale il paziente è attualmente alloggiato presso l'OPG:

1 - stanza aperta nelle 24 ore, con libera circolazione nel reparto di appartenenza

2 - cella aperta di giorno e chiusa la notte, con libera circolazione nel reparto di appartenenza quando è aperta

3 - cella chiusa, che viene aperta solo in determinate occasioni (visite, colloqui...)

4 - altro, specificare _____

1.10 Specificare quanti pazienti ospita la stanza o cella nella quale il paziente è attualmente alloggiato: |_|_|
(incluso il paziente)

2. Dati socio demografici del paziente

Per i pazienti provenienti da altro OPG o dal carcere, fare riferimento al periodo precedente all'internamento o alla detenzione.

2.1 Nome: _____ Cognome: _____

2.2 Sesso:

1 - maschio

2 - femmina

2.16 Condizioni economiche:

- 1 - medio alte (casa di proprietà, frequenti vacanze...)
- 2 - standard più modesto, ma senza particolare difficoltà
- 3 - qualche problema (limitazione delle spese quotidiane, non può permettersi vacanze...)
- 4 - gravi problemi (non può pagare l'affitto, debiti...)

3. Anamnesi medica

3.1 Il paziente è affetto da una malattia fisica importante:

(se sì, possibile scelta multipla)

- | | |
|---------------------------------|--|
| 1 - no | 7 - cardiopatia con grave impatto funzionale |
| 2 - tumore maligno | 8 - morbo di Parkinson |
| 3 - positività per HIV | 9 - pregresso accidente cerebrovascolare |
| 4 - infezione HCV | 10 - artropatia dolorosa o deformante |
| 5 - diabete insulino dipendente | 11 - altro, specificare _____ |
| 6 - epilessia | |

3.2 Il paziente assume una terapia farmacologica per una malattia fisica:

- 1 - no
- 2 - sì

Se sì:

3.2A Indicare quale:

- | | |
|-----------------------------|---------------|
| 1 - principio attivo: _____ | mg/die: _____ |
| 2 - principio attivo: _____ | mg/die: _____ |
| 3 - principio attivo: _____ | mg/die: _____ |
| 4 - principio attivo: _____ | mg/die: _____ |

3.3 Altezza in cm: |_|_|_|_|

3.4 Peso in kg: |_|_|_|_|

3.5 Il paziente è fumatore:

- 1 - no
- 2 - sì

Se sì:

3.5A Numero medio di sigarette fumate al giorno: |_|_|

3.6 Il paziente in passato abusava di alcol e/o sostanze psicotrope :

- 1 - no
- 2 - sì

4. Anamnesi psichiatrica

4.1 Diagnosi psichiatrica principale (come indicata nella cartella clinica):

- | | |
|----------------------------------|--|
| 1 - Schizofrenia | 5 - Disturbo della personalità |
| 2 - Altri disturbi psicotici | 6 - Abuso o dipendenza da alcol |
| 3 - Disturbo depressivo maggiore | 7 - Abuso o dipendenza da altre sostanze |
| 4 - Disturbo bipolare | 8 - altro, specificare _____ |

4.2 Età all'esordio del disturbo psichiatrico principale: |_|_|

4.3 Trattamenti specifici per un disturbo psichiatrico prima dell'ingresso in OPG:

- 1 - no
- 2 - sì
- 3 - non noto

Se sì:

4.3A Indicare da quale servizio o professionista il paziente è stato trattato per tale disturbo:

(possibile scelta multipla)

1 - DSM

2 - SerT

3 - servizi per la salute mentale dell'età evolutiva

4 - psichiatra privato

5 - psicologo privato

6 - medico di medicina generale

7 - altro, specificare _____

4.3B Indicare il tipo di trattamento specialistico ricevuto dal paziente prima dell'ingresso in OPG:

(possibile scelta multipla)

1 - trattamento psicofarmacologico

2 - psicoterapia

3 - altro, specificare _____

4.4 Ricovero per un disturbo psichiatrico prima dell'ingresso in OPG:

1 - no

2 - sì

3 - non noto

Se sì:

4.4A numero di ricoveri in SPDC:

|_|_|

4.4B numero di TSO:

|_|_|

4.4C numero di ricoveri in strutture residenziali psichiatriche:

|_|_|

4.4D numero di ricoveri in strutture residenziali per la cura

e la riabilitazione della dipendenza da sostanze:

|_|_|

4.4E durata complessiva di tali ricoveri (in mesi):

|_|_|

4.5 Il paziente assume attualmente una terapia psicofarmacologica:

1 - no

2 - sì

Se sì:

4.5A Indicare quale:

(possibile scelta multipla. Per conversione di gocce o ml in mg, consultare Istruzioni per la compilazione, pag.4)

amisulpride mg/die:

valproato mg/die:

sertralina mg/die:

aloperidolo mg/die :

amitriptilina mg/die:

trimipramina mg/die:

clorpromazina mg/die:

bupropione mg/die:

trazodone mg/die

clotiapina mg/die:

citalopram mg/die:

venlafaxina mg/die:

clozapina mg/die:

clomipramina mg/die:

alprazolam mg/die:

flufenazina mg/die:

desipramina mg/die:

bromazepam mg/die

perfenazina mg/die:

desipramina mg/die:

clonazepam mg/die:

promazina mg/die:

dotiepina mg/die:

diazepam mg/die:

zuclopentixolo mg/die:

duloxetina mg/die:

flurazepam mg/die:

aripiprazolo mg/die:

escitalopram mg/die:

lorazepam mg/die:

olanzapina mg/die:

fluoxetina mg/die:

lormetazepam mg/die:

quetiapina mg/die:

fluvoxamina mg/die:

metadone mg/die:

risperidone mg/die:

imipramina mg/die:

altro, specificare

carbamazepina mg/die:

mirtazapina mg/die:

principio attivo _____

carbonato di litio mg/die:

nortriptilina mg/die:

mg/die:

gabapentin mg/die:

paroxetina mg/die:

lamotrigina mg/die:

reboxetina mg/die:

oxcarbamazepina mg/die:

- 4.5B Specificare la modalità di somministrazione della terapia psicofarmacologica:
(possibile scelta multipla)
 1 - per os
 2 - depot
 3 - per via endovenosa

- 4.6 Il paziente è attualmente trattato con una psicoterapia:
 1 - no
 2 - sì

5. Informazioni giuridiche di rilievo sanitario

- 5.1 Categoria giuridica:
 1 - art. 222 c.p. *internato prosciolto per infermità di mente sottoposto a internamento in OPG perché socialmente pericoloso*
 2 - art. 212 c.p. *internato con infermità mentale sopravvenuta per il quale sia stato ordinato l'internamento in OPG o CCC*
 3 - art. 206 c.p. *internato provvisorio imputato, sottoposto a misura di sicurezza provvisoria in OPG, in considerazione della presunta pericolosità sociale e in attesa di giudizio definitivo*
 4 - art. 219 c.p. *internato con vizio parziale di mente dichiarato socialmente pericoloso e assegnato alla CCC previo accertamento della pericolosità sociale*
 5 - art. 111 DPR 230/2000 *detenuto minorato psichico*
 6 - art. 148 c.p. *detenuto condannato con infermità di mente sopravvenuta durante l'esecuzione della pena*
 7 - art. 112 DPR 230/2000 *detenuto, condannato o imputato, o internato per cui sia stato disposto l'accertamento dell'infermità psichica (osservazione psichiatrica)*
 8 - art. 231 o 232 c.p. *trasgressione di obblighi imposti*
- 5.2 Scadenza della misura di sicurezza: |_|_|_|_|_|_|_|_|
(giorno, mese, anno)
- 5.3 Decorrenza della misura di sicurezza:
(provvisoria o definitiva) |_|_|_|_|_|_|_|_|
(giorno, mese, anno)
- 5.4 Numero di proroghe della misura di sicurezza:
(se nessuna proroga specificare 0) |_|_|_|
- 5.5 Scadenza dell'ultima proroga: |_|_|_|_|_|_|_|_|
(giorno, mese, anno)
- 5.6 Reato per il quale il paziente è attualmente in OPG:
(possibile scelta multipla)
 1 - omicidio
 2 - lesioni personali
 3 - maltrattamenti in famiglia
 4 - violenza sessuale
 5 - rapina
 6 - furto
 7 - detenzione/traffico di stupefacenti
 8 - altro, specificare _____
- 5.7 Numero di licenze fruite durante la permanenza nell'attuale OPG, negli ultimi 6 mesi: |_|_|_|
(se nessuna specificare 0)
- 5.8 Pregressa licenza finale di esperimento nel corso dell'attuale internamento in OPG:
 1 - no
 2 - sì
- 5.9 Numero di internamenti precedenti all'attuale, nella storia giudiziaria: |_|_|
(se nessuno specificare 0)
- 5.10 Tempo complessivamente trascorso dal paziente in OPG in mesi: |_|_|_|
(eventuali ricoveri precedenti + ricovero in atto)

5.11 Numero di precedenti detenzioni: |_|
(se nessuna specificare 0)

5.12 Tempo complessivamente trascorso dal paziente in carcere in mesi: |_|_|

6. Rete familiare e sociale

6.1 Familiari viventi (famiglia di origine o acquisita):
(se si, possibile scelta multipla)
 1 - nessuno 5 - coniuge/convivente
 2 - madre 6 - figlio/figlia
 3 - padre 7 - altro, specificare _____
 4 - fratello/sorella

6.2 Specificare con quale familiare il paziente è in contatto:
(possibile scelta multipla)
 1 - nessuno 5 - coniuge/convivente
 2 - madre 6 - figlio/figlia
 3 - padre 7 - altro, specificare _____
 4 - fratello/sorella

6.3 A parte i familiari, indicare con quali figure il paziente è in contatto:
(possibile scelta multipla)
 1 - nessuno 4 - comunità religiose
 2 - amici 5 - comunità etniche
 3 - volontari 6 - altro, specificare _____

6.4 Numero di colloqui del paziente con familiari e/o altre figure presso l'OPG nel mese precedente alla rilevazione: |_|_|
(se nessuno specificare 0)

6.5 Numero di telefonate fatte dal paziente a familiari e/o altre figure nel mese precedente alla rilevazione: |_|_|
(se nessuna specificare 0)

7. Contatti con i servizi psichiatrici dell'area di residenza

7.1 Disponibilità di un progetto terapeutico scritto e condiviso dall'OPG e dai servizi psichiatrici territoriali dell'area di residenza:
 1 - no
 2 - sì

7.2 Numero di colloqui del paziente con operatori dei servizi psichiatrici territoriali dell'area di residenza tenutisi presso l'OPG nei 6 mesi precedenti alla rilevazione: |_|_|
(se nessuno specificare 0)

7.3 Data dell'ultimo colloquio tenutosi presso l'OPG tra il paziente e gli operatori dei servizi psichiatrici territoriali dell'area di residenza:
 |_|_||_|_|_|_|_|
(giorno, mese, anno)

7.4 Numero di telefonate ricevute per il paziente da clinici dei servizi psichiatrici territoriali dell'area di residenza nel mese precedente alla rilevazione: |_|_|

8. Riabilitazione

8.1 È stato messo a punto, per il paziente, un piano riabilitativo individualizzato in forma scritta:

- 1 - no
- 2 - sì

Se sì

8.1A Nel piano riabilitativo sono specificati gli obiettivi misurabili, generali e specifici, dell'intervento:

- 1 - no
- 2 - sì

8.2 Il paziente è sottoposto a una verifica periodica, con date prefissate, del raggiungimento degli obiettivi dell'intervento riabilitativo:

- 1 - no
- 2 - sì

Se sì

8.2A Numero di verifiche effettuate negli ultimi 6 mesi documentate in forma scritta: |_|_|

8.2B La verifica si è avvalsa anche della somministrazione di strumenti standardizzati (BPRS, HoNOS, VGF, VADO...):

- 1 - no
- 2 - sì

8.3 Il paziente, nell'ultimo mese, ha preso parte con continuità a:

(se sì, possibile scelta multipla)

- 1 - nessun intervento o attività
- 2 - interventi di promozione dell'autonomia nella cura di sé e dello spazio di vita (cura dell'igiene personale, gestione sala pranzo, pulizia degli ambienti...)
- 3 - interventi per il miglioramento dell'autonomia nelle abilità strumentali (uso del telefono, gestione del denaro...)
- 4 - interventi basati su tecniche specifiche di tipo cognitivo comportamentale (*modeling, role playing ...*)
- 5 - interventi per il miglioramento della capacità di gestione dei disturbi psichiatrici (riconoscimento precoce dei sintomi, compliance farmacologica...)
- 6 - interventi di tipo pratico o manuale (cucina, pittura, ceramica, giardinaggio...)
- 7 - attività di socializzazione e animazione (cineforum, karaoke, lettura di gruppo e discussione, feste...)
- 8 - attività di tipo motorio (ginnastica, calcio, pallavolo...)
- 9 - interventi di arte terapia o altre tecniche espressive (musicoterapia, teatroterapia, danzaterapia...)
- 10 - altro, specificare _____

8.4 Il paziente, nell'ultimo mese, ha preso parte con continuità ad attività di formazione scolastica o professionale

- 1 - no
- 2 - sì

8.5 Ore di riabilitazione alle quali il paziente ha preso parte nell'ultimo mese: |_|_|_|

Roma, 19 marzo 2015

La sintesi che segue raccoglie le esperienze e le riflessioni ulteriori rispetto a quella del progetto OPG-ISS dei relatori che hanno partecipato ai lavori del convegno: "Caratteristiche cliniche dei pazienti ricoverati negli ospedali psichiatrici giudiziari: i risultati del progetto OPG-ISS" organizzato dal Reparto Salute Mentale, CNESPS, Istituto Superiore di Sanità in collaborazione con il Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie, Ministero della Salute, tenutosi il 18 febbraio 2015 presso l'ISS.

Le sintesi sono state riviste e approvate dai relatori.

I risultati del progetto OPG-ISS saranno resi disponibili in forma più estesa nella relazione scientifica finale, che sarà presentata al Ministero della Salute a fine marzo, come previsto dall'accordo di collaborazione.

Dott. Franco Scarpa – Direttore UOC “Salute in carcere” USL 11 Toscana

L'ESPERIENZA ITALIANA NELL'AMBITO DELLA COST ACTION IS1302 “Towards an EU research framework on Forensic psychiatric care”

Negli ultimi vent'anni il numero dei posti letto psichiatrico forensi è aumentato molto rapidamente in diversi Paesi europei, così come la durata dei trattamenti. Contestualmente si è evidenziato con chiarezza che in questo ambito di cura esistono due tipi principali di decorso: quello dei pazienti che possiamo definire *responders*, che se trattati adeguatamente riescono a reintegrarsi nella società abbastanza rapidamente, e quello di pazienti che necessitano invece di un trattamento protratto, i così detti pazienti *longstay*, il 10% del totale, che restano nel circuito dei servizi psichiatrico forensi molto a lungo, talora per tutta la vita.

L'azione COST, avviata nel 2014, coinvolge 19 Paesi europei e vede la partecipazione dei ricercatori e dei clinici più esperti e accreditati del settore a livello internazionale. L'obiettivo principale è quello di favorire lo scambio, aumentare e approfondire la conoscenza sulle pratiche cliniche *evidence based* nell'ambito psichiatrico-forense e sull'efficacia e la costo efficacia dei servizi psichiatrico forensi *long-term* in Europa. Le attività del progetto sono suddivise in tre filoni principali. Il primo riguarda le caratteristiche dei pazienti, e in particolar modo l'individuazione delle caratteristiche psicopatologiche, relative alla storia clinica, al reato indice, al rischio di comportamento violento..., che determinano il decorso *long-stay*.

La seconda area di lavoro si concentra invece sui fattori esterni che potrebbero contribuire a ridurre il fenomeno del *long-stay*: da un lato il contesto giuridico e il contesto organizzativo dei servizi psichiatrico-forensi, che come sappiamo variano ampiamente nei diversi Paesi, ma anche una revisione capillare delle pratiche cliniche rivelatesi più efficaci nel favorire il recupero dei pazienti e quindi il loro rientro sul territorio. Il terzo filone riguarda invece i bisogni dei pazienti e la valutazione soggettiva qualità della vita nelle strutture psichiatrico-forensi.

L'Italia ha un rappresentante in ciascuno dei tre gruppi di lavoro della COST Action. L'auspicio è che il patrimonio di conoscenze e competenze derivate da questo network internazionale possa tradursi nel nostro Paese in iniziative formative e di diffusione di buone pratiche, in grado di contribuire positivamente all'importante processo di riforma che il nostro Paese si appresta a realizzare.

Dott.ssa Mary Davoren, Queen Mary University, London

“Strumenti strutturati di valutazione professionale per l’indicazione al ricovero e per la valutazione del completamento del trattamento e del recupero del paziente nei servizi forensi di salute mentale: l’esperienza del Toolkit DUNDRUM”

Nel 1998 l’ospedale psichiatrico di Dundrum, Irlanda, fu criticato dal Comitato europeo per la Prevenzione della Tortura e delle pene o trattamenti inumani o degradanti. Nel 2000 fu avviato un programma di modernizzazione e riforma, che nel 2006 ha incluso anche una riforma legislativa. I servizi psichiatrico - forensi irlandesi hanno investito sul personale, formando psichiatri forensi e personale infermieristico specializzato in questo settore, con formazione ad hoc sulla gestione dell’aggressività e della violenza.

La sicurezza terapeutica è la risultante di tre componenti: 1) la sicurezza fisica - che ha a che fare con le caratteristiche fisiche e ambientali delle strutture psichiatrico forensi (telecamere, sistemi di allarme, blocchi a porte e finestre...) - 2) la sicurezza procedurale - che attiene alle procedure per fronteggiare gli incidenti violenti e gli stati di agitazione acuta, alle procedure relative al controllo degli accessi alla struttura, delle comunicazioni e degli effetti personali dei pazienti... - 3) la sicurezza relazionale.

La sicurezza relazionale è la più importante, anche perché è la più strettamente legata alla qualità delle cure. I servizi rivolti ai pazienti con disturbi mentali autori di reato devono avere standard elevati sia per quanto riguarda la qualità che per la numerosità del personale. Per esempio, nell’unità di alta sicurezza e *assessment* dell’ospedale di Dundrum, dove si trovano i pazienti più acuti o appena ricoverati nella struttura il rapporto operatore: paziente è pari a 2.

L’ospedale di Dundrum è stato riorganizzato in reparti secondo il gradiente di sicurezza (elevata, media, bassa) e secondo un percorso di recupero progressivo che il paziente svolge all’interno dell’ospedale. Il numero di operatori per paziente è massimo nei reparti a sicurezza elevata (*high secure*), mentre si abbassa nei reparti con sicurezza media o bassa (*medium and low secure*) e nelle strutture riabilitative.

Il sistema irlandese prevede che in carcere siano individuati i pazienti con disturbi mentali; questi pazienti, valutati da clinici esperti, sono inviati all’ospedale psichiatrico-forense di Dundrum in caso di reati gravi o ai servizi psichiatrici territoriali in caso di reati minori. Esistono inoltre delle residenze riabilitative per i pazienti dimessi con alcune restrizioni (*conditional discharges*).

L’organizzazione dell’ospedale di Dundrum prevede: 1) riunioni settimanali sui nuovi ingressi; 2) riunioni mensili del comitato del rischio, per la revisione di tutti gli incidenti gravi; 3) riunioni mensili del comitato che si occupa del riesame degli episodi di contenzione e isolamento; 4) riunioni mensili del comitato per le dimissioni, che esamina tutte le richieste di dimissione (la decisione è presa da clinici dell’ospedale non coinvolti direttamente nella gestione del caso); 5) conferenze semestrali sui casi del team multidisciplinare per concordare il piano terapeutico riabilitativo individuale, 6) riunioni semestrali obbligatorie del “Mental Health Review Board” presiedute da un giudice.

Nell'ospedale di Dundrum è stato messo a punto un set di strumenti per la valutazione dei pazienti psichiatrici autori di reato che ha il principale obiettivo di aiutare il clinico a prendere decisioni in modo trasparente e riproducibile su questi pazienti così complessi. Questo insieme di 4 strumenti è stato denominato *DUNDRUM Toolkit*.

Per quanto riguarda la valutazione dei pazienti nell'attività di routine questa viene effettuata sia prima del ricovero, per *decidere dell'appropriatezza e dell'urgenza del ricovero* in ambito psichiatrico forense (*DUNDRUM 1 e DUNDRUM 2*), che durante il ricovero per *valutare il completamento del programma terapeutico riabilitativo e l'opportunità della dimissione* (*DUNDRUM 3 e DUNDRUM 4*, ogni 6 mesi e prima della dimissione). In particolare, il DUNDRUM 3 e 4 sono di supporto nello strutturare il giudizio professionale relativamente a quali pazienti possono essere spostati in ambienti terapeutici a dotazione di sicurezza ridotta, e quali possono rientrare nella comunità. La HCR-20 viene utilizzata per la valutazione del rischio di violenza.

Nell'ambito dell'azione COST è stato avviato un lavoro preliminare alla realizzazione della versione italiana del set di strumenti DUNDRUM Toolkit.

“Nuovi scenari dell’assistenza psichiatrica ai pazienti autori di reato”

L’applicazione delle nuove norme in tema di trattamento dei pazienti autori di reato apre problemi e criticità nell’organizzazione dei Dipartimenti di Salute Mentale (DSM), soprattutto in alcune aree di intervento:

1. costruzione di rapporti continuativi di supporto e collaborazione con la Magistratura, la cui realizzazione può avvenire a livelli diversi del percorso giudiziario e con strumenti diversificati;
2. organizzazione del DSM che consenta di avere un punto di riferimento stabile con compito di regia di tutti i percorsi di cura e di supporto agli operatori a vario titolo coinvolti, nonché di rapporto con i soggetti coinvolti nell’iter clinico-giudiziario a secondo delle specifiche connotazioni personali e/o professionali (avvocati, famigliari,...);
3. attivazione di programmi psicoeducazionali per i famigliari/vittime ed orientati ai processi di recovery e di inclusione sociale dei pazienti, che tengano in considerazione la complessità dei problemi e la possibilità che i familiari vivano ruoli diversificati;
4. processi formativi continuativi rivolti agli operatori sanitari che mettano in relazione la dimensione clinica con quella giuridica;
5. percorsi di cura ai vari livelli (ambulatoriale, territoriale, ospedaliero, semiresidenziale e residenziale), con sistemi di monitoraggio attraverso pacchetti di indicatori e con il coinvolgimento di tutta l’èquipe, in una dimensione multidisciplinare e multi professionale;
6. attivazione di sistemi di supervisione e audit clinico sui casi complessi.

Oggi la Psichiatria di Comunità, anche per la complessa questione del superamento degli OPG, si trova ad affrontare nuove criticità, che necessitano radicali cambiamenti dell’organizzazione e delle pratiche, come si sono consolidate in questi anni.

La sua introduzione inizia in Italia alla fine degli anni '60 con il superamento dei manicomi e l'introduzione della possibilità di ricovero volontario e l'apertura dei Centri di Igiene Mentale (CIM) attraverso la Legge 431/68 a cui seguono il dibattito tecnico-scientifico e sociale che precede la Legge 180, la Riforma Sanitaria del 1978 culminata nella Legge 180, i vari progetti di modifica, i Progetti Obiettivo del 1994 e del 1999, il Piano Sanitario Nazionale del 1998, la Prima Conferenza Nazionale per la Salute Mentale del 2000, fino alla ripresa delle proposte di modifica della 180 – mai andate a termine – agli ultimi atti programmatici in tema di Salute Mentale: Piano Nazionale di Azioni in Salute Mentale 2013-15, Atti d’Intesa della CU sulla residenzialità psichiatrica per adulti e minori, Percorsi di cura nei Disturbi Psichiatrici Maggiori (Disturbi dello spettro psicotico, Disturbi dello spettro dell’umore, Disturbi gravi di personalità) nuova declinazione dei Livelli Essenziali di Assistenza.

Oggi, le difficoltà che la Psichiatria di Comunità affronta sono intrinsecamente connesse alla difficile fase di coesione sociale e di rapporti tra cittadini e istituzioni (sanitarie e non), alla difficoltà degli psichiatri di intercettare problemi e bisogni emergenti e di dare nuove risposte agli utenti.

Al centro di questi cambiamenti rimane il DSM, nodo cruciale della Psichiatria di Comunità, che ha la funzione di occuparsi di prevenzione, cura e riabilitazione delle malattie mentali della popolazione attraverso interventi definiti dalle politiche sanitarie nazionali e adattati alle strategie locali. Il DSM accoglie i bisogni, trova risposte e dà voce a un'utenza che si struttura in base ad angoli di osservazione, priorità, speranze, emozioni e fallimenti di persone, gruppi, istituzioni, tecniche e campi sociali (Ferrannini, 2001), e che di volta in volta si concretizza a seconda dei territori in anziani fragili, pazienti autori di reato, adolescenti con comportamenti devianti, pazienti con disturbi da abuso e con "doppia diagnosi", disturbi dell'umore, comportamenti autolesivi ed altro ancora. E lo sforzo richiesto oggi ai DSM per migliorare le risposte a un'utenza che cambia a seconda dei contesti, è di passare da un'organizzazione fondata principalmente sulla "buona volontà" dei gruppi e sulla frammentarietà dei processi decisionali, a un'organizzazione del lavoro "per obiettivi e verifiche" che, senza escludere le componenti di flessibilità ed eccezioni, possa evitare sprechi di risorse e consentire una maggiore visibilità delle pratiche comunitarie.

Ripensare ai DSM come strumenti essenziali della Psichiatria di Comunità significa rileggere prassi lavorative, culturali e dei modelli organizzativi, rapporto con l'utenza e le istituzioni di "confine" come medicina di base, carcere, OPG o reparti ospedalieri, favorire un radicamento sempre più integrato "nei" territori e non "sui" territori. E per far questo è utile riflettere sui punti forti e i nodi critici della loro attuale fase, cercando di individuare le priorità cliniche e di policy da affrontare sul piano nazionale e locale.

Occorre quindi partire dai problemi aperti della Psichiatria di Comunità, che riguardano alcuni dei temi su cui è più acceso il dibattito sanitario, culturale, politico e filosofico in Italia, tra cui: i trattamenti in difetto di consenso, le nuove forme di cronicità, il difficile rapporto tra salute mentale e sicurezza, la crisi delle équipes. Questo rimanda al ruolo dei servizi e alla loro funzione di supporto attraverso interventi di rete, sviluppo di opportunità e possibilità di scelta, prese in carico appropriate e personalizzate, capacità di ascolto, flessibilità degli interventi, accessibilità (Ferrannini, 2009).

Il ruolo della psichiatria nelle politiche di sicurezza è sempre più centrale, perché la questione sicurezza è divenuta - a torto o a ragione - ineludibile e coinvolge i servizi, che proprio sul rapporto con essa hanno sviluppato la loro evoluzione. L'intreccio tra malattia mentale e pericolosità si ripropone continuamente perché la pericolosità rimanda al binomio pericolo/follia e la società chiede di essere protetta dalla violenza incomprensibile, imprevedibile, insensata che è possibile aspettarsi dal malato di mente (Ferrannini & Peloso, 2007).

In questa fase è diventato centrale, anche in riferimento ai mutamenti sociali prodotti dalla crisi ed al processo di superamento degli OPG, lavorare sull'interfaccia con la Giustizia: il carcere o l'OPG. Il tentativo di riorganizzazione dell'assistenza psichiatrica, orientata a un approccio di sanità

pubblica, non poteva più oltre non prendere in considerazione la presa in carico dell'alto tasso di patologia psichiatrica presente nella popolazione carceraria e il migliaio di pazienti psichiatrici internati negli Ospedali Psichiatrici Giudiziari, affrontati dal DPCM 1/4/2008 e dalle conseguenti linee di indirizzo.

Al di là della piena condivisibilità di questi passaggi normativi, che rappresentano atti dovuti e vengono a sanare anni di incomprensibile ritardo, non possiamo però nascondere il fatto che, in questa fase in cui i DSM sono chiamati a impegnarsi in una radicale trasformazione del proprio stile operativo (in particolare sulle questioni finora richiamate), essi pongono nuovi problemi (e in certi casi ripropongono problemi secolari e per qualche decennio elusi) in un momento di particolare debolezza e difficoltà.

Contestualmente, è necessario che si strutturi un nuovo rapporto tra la psichiatria e la Magistratura, che ricolleggi la dimensione clinica a quella forense, troppo separate in questi ultimi anni. Questo insieme di fattori ha fatto sì che il sistema giudiziario, di fatto, utilizzasse per un discreto numero di anni l'ambito della psichiatria, e in particolare le strutture residenziali psichiatriche, per rispondere a esigenze di custodia "soft" e di allontanamento, il cui rapporto con obiettivi di cura era in alcuni casi poco palpabile, di soggetti che il sentimento di umanità impediva di collocare in carcere o in OPG, e per i quali non esistevano altri luoghi o strumenti cui affidarli (Ghio, Peloso & Ferrannini, 2012).

Appare così, a questo punto, inevitabilmente delimitata un'area di comune responsabilità, tra Magistratura e Dipartimenti, all'interno della quale uno sforzo di trovare una risposta comune ad alcune questioni sembra ineludibile.

A questo proposito vogliamo citare una iniziativa anticipatoria assunta dalla Regione Liguria, attraverso la definizione di "Linee di indirizzo per la sperimentazione dell'Unità funzionale di psichiatria forense nell'ambito dei Dipartimenti di Salute Mentale e Dipendenze (DSMD) delle Aziende sanitarie locali della Liguria." (DGR n. 1158/2014), finalizzate all'istituzione in ciascun DSMD di un'Unità/Funzione di Psichiatria Forense (UFPF), ossia di un servizio con le competenze necessarie che costituisca l'interfaccia tra i due sistemi. L'UFPF avrebbe, all'interno dei DSMD, una funzione di supporto ai CSM che hanno in carico autori di reato (carcere e territorio).

L'obiettivo delle UFPF (Unità Funzionali di Psichiatria Forense) è quello di favorire un'interazione strutturata tra il Servizio sanitario ed il Sistema giudiziario, superando lo scollamento (e spesso la conflittualità di visioni del problema e delle sue possibili soluzioni tra ottica valutativa forense e ottica clinica)

La funzione di supporto comporta la collaborazione con l'Autorità Giudiziaria, con specifico riferimento a:

- supporto ai servizi psichiatrici territoriali competenti nella presa in carico delle persone provenienti negli OPG o nella definizione del progetto terapeutico-riabilitativo finalizzato alle dimissioni delle persone presenti in OPG;

- supporto ai servizi psichiatrici territoriali competenti nella definizione e presentazione di progetti terapeutico-riabilitativi territoriali alternativi alle misure cautelari o alle misure di sicurezza detentiva al Magistrato, o alla Direzione dell'Istituto penitenziario nel caso di detenuti;
- supporto ai servizi psichiatrici competenti per la tutela della salute mentale negli Istituti penitenziari (DGR 364/2012);
- collegamento alla rete regionale di supporto alla Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza (REMS), quando (ma oggi aggiungiamo anche se) sarà attivata. Si tratta pertanto di una "struttura - ponte" con tempi di permanenza limitati a tale funzione, in vista del rientro sul territorio di provenienza, attraverso: a) interazione in fase di valutazione dell'autore di reato al momento del primo contatto con l'Autorità Giudiziaria, nel caso in cui si prospetti l'ingresso in REMS; b) valutazione in fase di percorso di trattamento per eventuali aggiustamenti al Piano di Trattamento Individuale (PTI) o Piano Terapeutico Riabilitativo Personalizzato (PTRP), in collaborazione con l'UFPF e i responsabili del caso in ambito territoriale; c) valutazione nel caso in cui si passi da una fase di trattamento ad alta intensità ad una a più bassa intensità o ad un trattamento ambulatoriale – territoriale, in collaborazione con l'UFPF e i responsabili del caso in ambito territoriale; d) valutazione congiunta (UFPF, Direzione REMS, responsabili in ambito territoriale) nel caso in cui la Magistratura di Sorveglianza richieda un parere sulla persistenza o meno della pericolosità sociale e/o della misura di sicurezza per i pazienti presenti in REMS).

Nell'ambito di attività dell'UFPF si prevedono prestazioni di tipo consulenziale nei confronti della Magistratura. Tale attività rientra nella "ratio" complessiva dell'Accordo di collaborazione, che consiste nel favorire percorsi "virtuosi" nell'ambito del servizio pubblico e consente un'interlocuzione con la Magistratura nella fase di avvio dei percorsi penali di persone con problemi psichiatrici che già sono conosciute o che potranno in seguito essere in carico al DSMD.

In questo senso le prestazioni saranno circoscritte alle persone afferenti al SSR ligure.

Ciascun DSMD quantifica le risorse che può mettere a disposizione della Magistratura per tale attività e con quali modalità, ferma restando la facoltà di ciascun Magistrato di avvalersene o meno.

In termini generali l'attività consulenziale di cui si avvalgono tutti gli Uffici Giudiziari, attraverso una fase di sperimentazione della durata di 1 anno (al termine della quale si rivaluterà la tipologia ed i contenuti dell'accordo) riguarda:

1. Tribunale ordinario penale: a) accertamento e valutazione clinica dell'arrestato; b) individuazione in tempi brevi dell'intervento terapeutico più idoneo atto a contemperare le esigenze di tutela sociale connessa al rischio di recidiva con le esigenze di trattamento e cura del malato psichiatrico che delinque; c) eventuale valutazione per l'inserimento, temporaneo o meno, in una struttura residenziale psichiatrica;
2. Tribunale di Sorveglianza: a) accertamento di eventuale patologia psichiatrica in capo al condannato, ove non già accertata in fase di cognizione; b) valutazione sulla compatibilità di tale

patologia con la condizione detentiva e sulle possibilità di alternative di cura a detta condizione (detenzione domiciliare, inserimento in strutture terapeutiche, affidamento sul territorio ai Centri di salute mentale); c) valutazione e accertamento della pericolosità, nel caso di applicazione di misura di sicurezza, con individuazione della misura e dell'intervento più idoneo;

3. Tribunale civile per la valutazione sulla nomina dell'Amministratore di Sostegno e sui compiti da attribuirgli;

4. Procura della Repubblica: a) valutazione psichiatrico forense con indicazione, in caso di necessità di applicazione di una misura cautelare a persona con problemi psichiatrici, dell'intervento più idoneo e eventualmente alternativo alla misura di custodia cautelare in carcere; b) valutazione e accertamento della pericolosità sociale, in caso si ritenga necessario applicare una misura di sicurezza e quale sia l'intervento più idoneo, come sopra specificato; c) valutazione e accertamenti sulla vittima di reato (accertamenti in tema di circonvenzione e attendibilità del testimone).

Si tratta di una sperimentazione, come dicevamo, ma apre lo scenario a nuove possibili interazioni tra la dimensione valutativa forense e quella clinica, assolutamente indispensabili – dopo la chiusura degli OPG – per definire e soprattutto gestire percorsi di cura, riabilitazione e – quando possibile – reinserimento sociale di pazienti particolarmente difficili e complessi.

Bibliografia

Ferrannini, L. (2001). Il paziente grave ed il Dipartimento di Salute Mentale. Paper presented at meeting Prima Conferenza Nazionale per la Salute Mentale, Roma, Ministero della Sanità.

Ferrannini, L. (2009). Individuals social changes and psychiatric services: continuity and innovation. *Annali Istituto Superiore di Sanità*, 45(1), 22-26.

Ferrannini, L. & Peloso P.F. (2007). Questioni attuali nel rapporto tra Dipartimento di Salute Mentale e circuito penitenziario: complessità dei problemi e ipotesi di intervento. *Rassegna italiana di criminologia*, 1,1: 160-179 e 35-36.

Ghio, L., Peloso, P.F. & Ferrannini, L. (2012). La crisi economica: rischio e opportunità per il Dipartimento di Salute Mentale. *Sistema Salute. La Rivista Italiana di educazione sanitaria e promozione della salute*. Vol. 56(2) 177-191.

Dott. Angelo Fioritti – *Direttore DSM-DP AUSL di Bologna*

“ANCHE QUANDO E’ PIU’ DIFFICILE” - IL DSM e la presa in carico dei pazienti autori di reato

Il programma della Regione Emilia Romagna per il definitivo superamento dell’OPG ha mirato a: 1) creare e supportare attivamente una rete in grado di accogliere le persone con misura di sicurezza; 2) strutturare un rapporto con la Magistratura ordinaria e di sorveglianza per condividere protocolli e prassi operative; 3) programmare e supportare interventi sui detenuti con patologie psichiatriche; 4) condividere questi obiettivi con le altre Regioni. Nell’ambito di questa strategia regionale la struttura REMS da sola non serve, e tuttavia la struttura REMS ha un ruolo nella rete.

Per quanto riguarda il trattamento di detenuti con patologia psichiatrica dal 2012 è stato aperto un Reparto di osservazione psichiatrica presso il Carcere di Piacenza per l’invio di detenuti delle carceri della Regione che necessitano di approfondimento diagnostico. È stato inoltre fornito supporto per la creazione di equipe psichiatriche presso ogni Istituto penitenziario.

Si è provveduto a fornire una formazione *ad hoc* al personale dei DSM già dal 2010 e in questo momento è in atto un’esperienza di formazione diretta agli operatori dell’Ufficio di Esecuzione Penale Esterna.

Ottemperando alle richieste del Ministero della Salute per la presentazione dei programmi, la Regione Emilia Romagna ha avviato nei tempi previsti la costruzione di una struttura REMS a Reggio Emilia, con apertura prevista per la fine del 2016; per affrontare il programma di dimissione degli attuali internati in OPG al 31 marzo 2015 sono state predisposte due REMS provvisorie, una presso l’AUSL di Parma e l’altra presso l’AUSL di Bologna.

Nel DSM-DP della AUSL Bologna dal 2011 è stato avviato un progetto finalizzato alla cura e all’assistenza dei cittadini con disturbi mentali autori di reato in tutte le fasi del loro percorso giudiziario. Esso prevede sei azioni: 1) la creazione di un’équipe psichiatrica operante all’interno della Casa Circondariale di Dozza in grado di garantire una presa in carico dei casi più complessi e la continuità di cura carcere-territorio per i detenuti in uscita dal carcere; 2) l’individuazione di 5 posti letto presso la residenza a trattamento intensivo “Arcipelago” per i ricoveri di detenuti in fase di scompenso psichico e per far fronte ai bisogni di ricovero di pazienti sottoposti a vari tipi di misura giudiziaria, inclusi pazienti dimessi dall’OPG che devono essere avviati ad un progetto territoriale; 3) la partecipazione alla rete di coordinamento tra i professionisti dei DSM-DP e i medici dell’OPG di Reggio Emilia, consolidando i percorsi per il passaggio di presa in carico da parte dei CSM territorialmente competenti; 4) un collegamento con la Magistratura di Cognizione e di Sorveglianza, il Dipartimento della Amministrazione Penitenziaria, le Forze di Polizia, la Prefettura; 5) l’investimento sulla formazione per l’acquisizione di strumenti necessari per trattare pazienti giudiziari ricoverati presso questa struttura e nelle interfacce con gli organi giudiziari competenti; 6) il “Budget di salute” come strumento per attuare appieno le potenzialità individuali, attraverso la costruzione di un progetto terapeutico individualizzato.

Per la REMS provvisoria “Casa degli Svizzeri” situata nel territorio di Bologna, atta a servire un bacino sovraziendale e dotata di competenze e requisiti almeno parzialmente coincidenti con quelli delle REMS, è stata prevista la costituzione di un’équipe multi professionale, composta da dirigenti medici, psicologo, infermieri, operatori socio sanitari, educatori professionali, assistente

sociale, personale amministrativo e personale di vigilanza. Per quanto riguarda la **dirigenza medica** è stata costituita una **équipe medica unica** tra le attuali Unità Operative **RTI "Arcipelago e Carcere"** ed **RTP "Casa degli Svizzeri"** **per attività di consulenza**, collegamento e presa in carico presso la **Casa Circondariale di Bologna**, **attività cliniche presso la RTI Arcipelago** e **la REMS**. Tale équipe potrà contare su tre medici attualmente operanti presso la residenza a trattamento intensivo, tre medici a tempo determinato operanti presso il carcere (da stabilizzare con finanziamenti già previsti dalla programmazione regionale), un medico e uno psicologo da integrare. Tale équipe potrà avvalersi di un gruppo professionale di riferimento utilizzando le competenze già esistenti nel DSM-DP di Bologna. **Per quanto riguarda il personale delle professioni sanitarie e di supporto, la dotazione quantitativa di personale assistenziale per 12/14 posti letto (uomini e donne) ad alta intensità presso la REMS "Casa degli Svizzeri", tale da garantire la presenza di 3 operatori per turno di lavoro, in un turno a 5 gg sulle 24 ore per 7 gg**, potrà essere la seguente: 1 Coordinatore Unità Assistenziale, 15 Infermieri, 7 Operatori Socio Sanitari, 3 o 4 Educatori Professionali, 1 Assistente Sociale. **Si ritiene necessaria l'attivazione: 1) di una pronta disponibilità medica per la copertura dei turni notturni, nonché prefestivi e festivi; 2) di una pronta disponibilità infermieristica sulle 24 ore** per l'implementazione di interventi personalizzati agli utenti inseriti nella REMS.

Il personale amministrativo è reso necessario dalla complessità della gestione della documentazione di tipo giuridico/ amministrativo.

È prevista l'attivazione di una **portineria di vigilanza interna sulle 24 ore** per garantire la sicurezza o, in alternativa, sulle 12 ore per sette giorni alla settimana e per le ore notturne la costruzione di **un protocollo per l'attivazione delle Forze dell'Ordine su chiamata del personale della struttura.**

Per la riuscita del progetto si ritiene necessario inoltre procedere alla formazione integrata fra i vari professionisti per la costruzione dei protocolli operativi e delle procedure e completare i lavori di adeguamento strutturale ai requisiti normativi per REMS finalizzati alla tutela della sicurezza di utenti e operatori.

Dott. Stefano Rambelli - *Coordinatore "Casa Zacchera" Sadurano (FC)*

"L'esperienza di Casa Zacchera"

Fra le azioni messe in campo dalla Regione Emilia Romagna per favorire la dimissione dei pazienti dall'OPG di Reggio Emilia rientra la realtà di "Casa Zacchera", struttura residenziale a carattere riabilitativo per l'accoglienza di internati in OPG residenti nella Regione in Licenza Finale di Esperimento. La struttura è specializzata proprio nella gestione della fase propedeutica alle dimissioni dall'OPG. Presso Casa Zacchera dall'ottobre 2007 al gennaio 2015 sono stati ricoverati 64 pazienti e sono state effettuate 44 dimissioni. La durata media di permanenza dei pazienti è stata compresa tra i 18 e i 24 mesi. La diagnosi psichiatrica più rappresentata fra i pazienti ricoverati è quella di schizofrenia o altro disturbo psicotico, il reato più frequente omicidio/tentato omicidio. Nella maggior parte dei casi i pazienti dimessi sono stati collocati in una residenza psichiatrica protetta. La dotazione di personale di "Casa Zacchera" prevede: - la presenza di uno psichiatra per 25 ore settimanali (distribuite ordinariamente su 4 giornate per due professionisti); - psicologi: mediamente 50 ore settimanali (con presenza quotidiana e reperibilità dello psicologo coordinatore e presenza programmata di altri per attività psicoterapica); - infermieri: 86 ore settimanali (con copertura dei due turni diurni); - operatori socio sanitari: 285 ore settimanali (con copertura delle 24 ore giornaliere). La struttura svolge il proprio ruolo grazie a una fitta rete di collaborazione con: - Magistratura di sorveglianza e OPG; - Dipartimento Salute Mentale di competenza (CSM: Equipe territoriale con psichiatra referente, assistente sociale, infermiere); - avvocati e altri soggetti di rilievo giuridico (amministratore di sostegno, curatore, tutore); - carabinieri; - Ufficio Esecuzione Penale Esterna; - familiari e altre figure di riferimento significative; - servizi sanitari e sociali del territorio (AUSL di Forlì, Enti locali...); altre strutture residenziali; - enti di formazione professionale e datori di lavoro. Fra i punti di forza di questa esperienza vanno sottolineati: la *mission* chiara e ben definita, la forte collaborazione fra i vari partner, la fiducia dei pazienti nell'istituzione curante, la solida cornice istituzionale, la specificità dell'équipe della struttura.

Dott. Giuseppe Ducci - *Direttore DSM ASL Roma E*

Dott.ssa Alessandra Mancuso - *Referente OPG UOC SM Distretto XIX e referente IPM Casal del Marmo DSM ASL Roma E*

Il DSM della ASL Roma E alla prova della presa in carico dei pazienti autori di reato

La popolazione residente nella ASL Roma E al 31/12/2014 era pari a 548.849 persone. Si riporta quindi l'esperienza di una grande ASL metropolitana, inserita in una Regione nella quale vige un piano di rientro e che non ha vissuto direttamente l'esperienza dell'OPG.

Gli utenti prevalenti del DSM della ASL Roma E, in continua crescita dal 2009, erano 6.307 nel 2012. A fronte dell'aumento del numero di pazienti in carico, dal 2010 il numero degli utenti ricoverati in strutture residenziali terapeutico riabilitative si è progressivamente ridotto, e il numero di utenti ricoverati in strutture residenziali socio riabilitative è stabile. La percentuale degli utenti revolving door sugli utenti complessivi - uno dei più forti indicatori di esito dell'attività del DSM - è pari al 5%, ampiamente al di sotto della media nazionale.

Lo scenario sociale della ASL è caratterizzato da forte mobilità e aumento drammatico di immigrazione e povertà e da famiglie multiproblematiche e a rischio di deriva sociale.

Si riportano alcuni elementi dello scenario istituzionale: l'apertura delle Case della Salute, il riassetto delle ASL, la formulazione dell'Atto e del Piano strategico aziendale, la ridefinizione dell'area ospedaliera per intensità di cura, la chiusura degli OPG e il rapporto con l'universo carcerario. È necessario fare i conti con il forte logoramento del personale per staticità di ruolo e collocazione, l'invecchiamento e la perdita di operatori, la forte demotivazione e perdita della capacità di rinnovare la propria prassi di cura. Questi elementi concorrono a un progressivo isolamento del DSM e alla rigidità del sistema, con conseguenze sulla qualità delle cure e sull'integrazione con gli altri servizi del territorio.

Nel 2014 il costo relativo a inserimenti residenziali e progetti personalizzati per i pazienti del DSM è stato pari a 2.597.690,91 euro. Dal 2010 al 2014, il costo dei progetti personalizzati e degli inserimenti residenziali dei pazienti provenienti dall'OPG è più che triplicato raggiungendo il 25,4% del totale, mentre il 5,4% è stato destinato ai pazienti inseriti nel territorio sulla base di un provvedimento del magistrato (voce di spesa assente fino al 2011).

L'operatività del DSM per quanto riguarda i pazienti in OPG è la seguente: - segnalazione del caso al DSM da parte del referente della Regione Lazio; - tempestivi contatti con l'equipe curante dell'OPG da parte del DSM di competenza; - visite a cadenza semestrale in OPG; - elaborazione di un piano terapeutico riabilitativo individualizzato; - contatti con l'Autorità Giudiziaria competente; - riunioni periodiche dei referenti di UOC e dei referenti delle equipe curanti.

Una disamina delle caratteristiche cliniche dei pazienti di competenza del DSM ricoverati in OPG dal 1° gennaio 2011 al 1° gennaio 2015 ha evidenziato che la diagnosi psichiatrica più rappresentata è quella di schizofrenia o altro disturbo psicotico, seguita dalla diagnosi di disturbo di personalità e psicosi affettive. Oltre la metà dei pazienti presenta più di un disturbo psichiatrico.

Alcuni elementi su cui riflettere: - la comorbilità caratteristica di questi pazienti richiede un impegno congiunto di più servizi coinvolti nella cura; - la misura di sicurezza si prolunga sul territorio, i servizi territoriali gestiscono pertanto un crescente numero di persone con pericolosità sociale, anche se attenuata; - la dimissione dall'OPG è solo una fase di un processo complesso e

duraturo che vede impegnata l'equipe curante su più fronti, quello di cura, di ricostruzione relazionale e quello sociale abitativo; il passaggio in strutture psichiatriche con gradiente di intensità di cura permette di calibrare il percorso terapeutico riabilitativo individuale in modo flessibile e di monitorare le condizioni cliniche del paziente e i segnali di una possibile crisi; - si rendono necessari formazioni e aggiornamento continui.

Fra le criticità è possibile individuare: - la tendenza, ancora oggi, a un continuo aumento degli ingressi in OPG; - la tendenza a un costante aumento di invii di persone in misura di sicurezza da parte delle Autorità Giudiziarie direttamente sul territorio; - la tendenza all'aumento dei tempi di attesa per inserimento nelle strutture terapeutico riabilitative.

Le prospettive nel DSM della ASL Roma E prevedono: - la creazione di un percorso residenziale giudiziario a gestione diretta per i pazienti autori di reato non provenienti dall'OPG; - la creazione di un'equipe dedicata per l'interazione con la magistratura e con i periti.

Prof. Massimo Casacchia - *Professore Emerito Università degli Studi dell'Aquila*

Quali potrebbero essere le azioni utili per applicare, più correttamente possibile, la Legge 81/2014?

PREMESSA.

In base alla legge 81/2014 *"Disposizioni urgenti in materia di superamento degli OPG"*, gli Ospedali Psichiatrici Giudiziari devono essere chiusi e sostituiti da Strutture per l'Emissione di Misure di Sicurezza (REMS), che abbiano caratteristiche finalmente curative e riabilitative.

C'è accordo unanime che gli OPG debbano essere superati da Strutture alternative e da nuovi percorsi assistenziali-terapeutici che tengano conto delle diverse tipologie diagnostiche che caratterizzano l'utenza e che, una volta dimessa, verrà presa in carico dalla Asl e dal Dipartimento di Salute Mentale (DSM).

L'attuale fase si può considerare storica in quanto tutte le parti interessate, Ministero della Salute, della Giustizia, ASL, Dipartimenti di Salute Mentale, Magistrati, gli Enti Locali si stanno adoperando ognuno in base alle proprie competenze per porre fine alle esperienze degli OPG e dare dignità e speranza alle persone con disturbi psichiatrici autori di reato.

La legge presenta molti aspetti positivi:

- 1) il ricorso all'OPG, e successivamente alle REMS deve essere considerato come una misura transitoria, eccezionale e adeguatamente motivata
- 2) la permanenza della persona autore di reato in OPG in questa fase residuale, e successivamente nelle REMS, non potrà essere superiore alla durata del massimo della pena edittale prevista per il reato commesso
- 3) l'istituzione di una commissione di coordinamento per il superamento dell'OPG, che ha il compito di monitorare periodicamente l'impegno dei Dipartimenti di Salute Mentale a metter in atto tutte le misure terapeutiche e organizzative per:
 - a) evitare l'ingresso dei nuovi pazienti autori di reato in OPG
 - b) trasferire in altre strutture riabilitative
 - c) dimettere presso il loro domicilio, mantenendo la presa in cura delle persone con una pericolosità diminuita o assente.

Vi è accordo unanime sulla possibilità di ricorrere alle REMS ma solo in casi molto problematici che riguardano specifiche categorie di persone, come per esempio:

- persone con disturbi mentali resistenti alle terapie, in cui si poteva supporre che i sintomi psicotici fossero alla base del comportamento criminale;

- persone con disturbi mentali che assumevano sostanze e con tratti di impulsività incontrollata;
- persone che avevano commesso atti criminali di particolare crudeltà; persone che presentavano note di personalità antisociale e di psicopatia in cui il ravvedimento sembrava problematico col rischio di reiterare reati come incendi, danneggiamenti, ecc.
- Inoltre, alcune scuole di pensiero ritengono che comunque tali Strutture per l'Emissione di Sicurezza (REMS) non garantirebbero reali percorsi assistenziali-riabilitativi. Pertanto, per evitare tale rischio, è necessario che sia presente personale qualificato, aggiornato sulle questioni medico-legali, competente in riabilitazione e con alta formazione specifica.

Pertanto è stato proposto, per ribadire il carattere riabilitativo di tali Strutture che venissero chiamate: "*Residenze terapeutico riabilitative con garanzia di sicurezza*".

Uno dei problemi che ritenuti più preoccupanti è il ritardo nella costruzione delle strutture denominate Residenze per l'esecuzione di misure di sicurezza.

Si assiste ad un notevole impegno delle Regioni per identificare strutture alternative chiamate pre-REMS o REMS provvisorie.

Tale decisione è stata presa in modo unanime anche perché in alcune regioni si era già provveduto a riconvertire Strutture riabilitative già presenti in Strutture di accoglienza e di internamento di persone provenienti dagli OPG.

Quali potrebbero essere le azioni utili per applicare, più correttamente possibile, la legge 81?

a) Azione informative verso la popolazione.

È necessario che i Dipartimenti di Salute Mentale promuovano un'azione informativa sui media nazionali rivolte alla popolazione del tutto ignara delle innovazioni legislative che sanciscono la chiusura degli OPG e preparare le famiglie e l'ambiente sociale di provenienza del malato mentale autore di reato ad accoglierlo con la massima serenità possibile, superando paure e atteggiamenti discriminatori.

Si è comunque dimostrato che la popolazione mantiene un forte tasso di diffidenza quando l'informazione è troppo rassicurante e buonista. Infatti la popolazione vuole essere rassicurata non tanto a parole, ma con la dimostrazione che i Servizi di Salute Mentale sono presenti e garantiscono un'assistenza ancora maggiore e specializzata rivolta alle persone non solo con disturbo mentale, ma anche autori di reato.

Si è consapevoli che non basta affermare che le persone autori di reato non sono pericolose per tranquillizzare le persone che sono a più stretto contatto con loro. La vera sfida è quella, attraverso un monitoraggio continuo da parte dei Dipartimenti, di prevenire e ridurre progressivamente i casi di aggressione e di violenza che sappiamo diminuiscono tanto più quanto più le persone aderiscono al progetto terapeutico, e quanto più sono seguite con visite domiciliari frequenti.

b) Azioni formative per gli operatori.

La legge 81 prevede dei fondi specifici per la formazione degli operatori ma soprattutto per quelli che dovranno occuparsi in prima persona, nei vari setting terapeutici, delle persone con disturbo mentale autori di reato.

I percorsi formativi dovranno prevedere un aggiornamento basato anche sulla conoscenza della letteratura internazionale. Infatti, recenti lavori scientifici hanno dimostrato che il rapporto tra sintomi psicotici e violenza è complesso. Si è dimostrato infatti che la violenza non deriva tanto dalla strutturazione psicotica, quanto da un mediatore intermedio che è la rabbia.

Sarà infatti importante che gli operatori credano autenticamente che anche le persone autori di reato possano stare meglio sul piano mentale e che quindi collaborino al raggiungimento dei progetti di vita dei loro pazienti facendo in modo ad esempio che possano trovare lavoro, obiettivo di successo che potrebbe facilitare l'abbattimento dello stigma, nell'ambito del concetto di recovery.

c) Protocolli d'intesa.

Molteplici esperienze italiane finalizzate alla reale inclusione sociale delle persone hanno evidenziato l'importanza di promuovere dei protocolli di intesa, come quelli già attivi a Genova, Como, Regione Emilia Romagna o nel Veneto, in cui Magistratura, Prefetto, Comune, famiglie, strumenti necessari per una vera rete decisionale condivisa per identificare il più giusto percorso terapeutico da proporre.

Nell'ambito di questi protocolli svolge una grande importanza il coinvolgimento dei servizi socio-sanitari che devono garantire alle persone obiettivi concreti, come la casa, il lavoro, borse lavoro e sussidi quando necessario.

A questo proposito l'Istituto Superiore di Sanità sin dal 2012 ha coordinato il progetto "Valutazione dei pazienti ricoverati negli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG) finalizzata a proposte di modifiche degli assetti organizzativi e di processo". Attraverso tale ricerca è stato possibile raccogliere informazioni affidabili, sulla diagnosi psichiatrica, sul funzionamento personale e sociale e sui bisogni dei pazienti psichiatrici autori di reato, indispensabili per predisporre interventi terapeutico-riabilitativi appropriati e individualizzati.

d) Richiesta urgente di ottenere i fondi stanziati

Si è preso atto che la legge 81 e le precedenti hanno allocato cospicui finanziamenti per la costruzione delle REMS, per potenziare le ASL, i Dipartimenti di salute mentale e per favorire la formazione.

L'attuale scarsità di fondi e risorse induce un profondo stato di preoccupazione soprattutto nei Dipartimenti di Salute Mentale che stanno vivendo una situazione di carenza di personale e di strutture, per cui difficilmente potrebbero garantire una buona assistenza a persone che esigono

un alto carico assistenziale, un monitoraggio molto serrato per garantire cure adeguate e prevenire il rischio di nuovi reati.

e) Rapporti con la Magistratura

Importante sarà creare una reale collaborazione con la Magistratura che di fatto decide il destino delle persone con disturbi mentali autori di reato sulla base di quanto suggerito dal perito.

Partendo da alcune esperienze molto positive in cui la collaborazione Dipartimento-Magistratura è ben avviata, viene fortemente auspicato che il Ministero pubblici o elabori un regolamento che disciplini i rapporti tra operatori del Dipartimento, i Magistrati, i periti, in modo tale da rendere più chiare le responsabilità, scindendo l'aspetto di presa in cura da quello di maggior pertinenza della magistratura che attualmente sembrano ricadere tutte sulle spalle del sanitario in quanto la legge attuale non esclude la sussistenza di un generale potere/dovere di sorveglianza, accanto a quello più sanitario e curativo.

Quale atteggiamento assumere nei riguardi della proposta di prorogare il termine previsto dalla Legge per la chiusura definitiva degli OPG

L'avvicinarsi della scadenza del 31 marzo è prossima e a tutti i livelli, politico, scientifico, sociale, ci si interroga se, in considerazione dell'assenza o del ritardo nella realizzazione delle Strutture alternative o di percorsi alternativi certi, fosse opportuno perorare una ulteriore proroga per evitare gravi difficoltà per gli utenti, per gli operatori, per i Magistrati, che per primi hanno evidenziato alcune lacune nella legge 81.

Una ulteriore proroga avrebbe la conseguenza di mantenere lo stato attuale contro il quale si è messo in movimento la legge 81.

Un atteggiamento equilibrato e costruttivo potrebbe essere quello di non forzare la proroga ma, fermo restando il rispetto dei termini di legge, chiedere una flessibilità applicativa della legge a livello regionale, in base alle situazioni oggettive che sono diverse da regione a regione.

Pertanto una gradualità dell'applicazione della legge non dovrebbe essere considerata una proroga ma un atteggiamento realistico di flessibilità attuativa.

Invece, si dovrebbe mettere in atto ogni sforzo, utilizzando anche le azioni sopra descritte, per evitare con forza che i nuovi autori di reato siano internati negli OPG.

Infatti attualmente la media degli internati resta stazionaria nonostante tutti gli sforzi di dimettere i dimettibili, in quanto nel frattempo ne entra una quota rilevante.

D'altra parte va anche ricordato che la legge 180 è stata applicata soprattutto cercando di evitare che nuovi pazienti entrassero in manicomio, pur con tutte le difficoltà che ognuno di noi ricorda, ma la dimissione dei pazienti o il trasferimento in altre strutture è stata molto più lenta e graduale.

Sig.ra Gemma Del Carlo, Presidente del Coordinamento Toscano delle Associazioni per la Salute Mentale

Il Coordinamento Toscano delle Associazioni per la Salute Mentale si è costituito nel 1993 e attualmente ha l'adesione di 47 associazioni di familiari e di utenti presenti in tutte le province della Toscana, che a livello nazionale aderiscono a varie sigle (AISME, DI.A.PSI.GRA ...). Le Associazioni hanno al loro interno familiari di persone internate in OPG.

Il Coordinamento ha lo scopo principale di tutelare i diritti delle persone con disturbi mentali e delle loro famiglie, facendosi portavoce con la Regione Toscana, con cui ha da sempre un dialogo costante in un rapporto di stima reciproca; è impegnato nella lotta allo stigma e nell'integrazione sociale, abitativa e lavorativa di queste persone; organizza convegni e manifestazioni per informare e orientare positivamente l'opinione pubblica su queste tematiche.

La Giunta Regione Toscana il 14/05/2012 ha emanato la delibera n. 404 – protocollo di intesa tra Regione Toscana e Coordinamento Toscano delle Associazioni per la Salute Mentale che formalizza la collaborazione che da anni è in atto con la Regione. Il 05 Luglio 2012 è stato firmato il protocollo d'intesa da Edoardo Michele Majno, Direttore generale Diritti di cittadinanza e coesione sociale e da Gemma Del Carlo, presidente del Coordinamento toscano delle associazioni per la salute mentale. Nel protocollo, Regione e Coordinamento concordano sulla necessità di attivare e sviluppare forme di cooperazione e integrazione al fine di assicurare una più ampia azione di promozione e tutela della salute mentale della popolazione della Toscana e per questo si impegnano a concordare azioni congiunte e a collaborare a singole iniziative rispondenti agli indirizzi programmatici condivisi. E' stato inoltre firmato il protocollo di intesa tra Coordinamento e CNR - (Istituto di Scienza e Tecnologie dell'Informazione "A. Faedo" e Istituto di Linguistica Computazionale "Antonio Zampolli") per la creazione di un sito dedicato alla Salute Mentale in aggiornamento continuo.

Ogni anno puntuale dal 2005 organizza insieme alla Regione un convegno dal titolo "Quanto la persona è al centro della sua cura? Programmazione e verifica sui servizi integrati per la salute mentale" che vede il Coordinamento protagonista allo stesso tavolo con la Regione, le Aziende Usl, i Comuni e le Province.

Nei convegni e nella attività quotidiana il Coordinamento ha sempre focalizzato l'attenzione sull'importanza del progetto individuale e personalizzato e della valutazione degli interventi. I familiari del Coordinamento hanno ribadito la necessità che la Regione Toscana metta a disposizione dati nei quali:

- sia specificata la diagnosi;
- sia esplicitato quante persone hanno un progetto personalizzato e quale è il loro percorso di cura;
- sia indicato quante persone sono peggiorate, quante migliorate, quante stazionarie e quante guarite.

Il Coordinamento ha sempre segnalato una criticità che riguarda l'O.P.G. di Montelupo Fiorentino: in tutti i convegni se ne è sollecitata la chiusura, come previsto dalla legge, e sono stati fatti più appelli al Governatore della Regione Toscana Enrico Rossi.

Il 30 gennaio 2013 una delegazione del Coordinamento ha accompagnato la IV Commissione Sanità del Consiglio Regionale della Toscana alla visita ispettiva all'OPG di Montelupo, grazie alla disponibilità del suo Presidente.

L'esperienza è stata molto negativa e abbiamo scritto alla Regione chiedendo nuovamente di chiudere con urgenza l'OPG, organizzando risposte alternative adeguate. Il Coordinamento ha partecipato con i suoi delegati al comitato Stop OPG. La Regione Toscana in applicazione delle disposizioni nazionali ha emanato delibere in cui si prevede il superamento dell'OPG di Montelupo. Dal 2011 al 2014 sono stati finanziati 65 percorsi di dimissione. Contemporaneamente però vi sono stati numerosi nuovi ingressi nell'OPG di Montelupo e quindi il numero degli internati continua a rimanere alto.

La richiesta del Coordinamento è stata sempre quella di procedere alla chiusura dell'OPG di Montelupo ma a patto che i servizi prevedano alternative appropriate. I servizi devono infatti pianificare dei percorsi protetti e personalizzati e di qualità mettendo le persone in sicurezza per se stesse e per gli altri, scegliendo in maniera accurata gli abbinamenti delle persone che andranno a condividere gli spazi della struttura e che solitamente non arrivano dall'OPG.

Quanto successo nella Azienda USL di Pistoia ci dimostra che questo non sempre avviene: invitiamo a riflettere perché non possiamo ignorare la malattia e le caratteristiche proprie delle persone con disturbi mentali che hanno commesso reato.

Dott.ssa Antonia Tarantino – Regione Lazio

Dal marzo 2011 nella Regione Lazio è attivo un Sottogruppo Tecnico Regionale per il Superamento dell'OPG, che opera in raccordo con i 12 Dipartimenti di Salute Mentale delle ASL regionali. Dal gennaio 2012 è stato istituito il Gruppo di Coordinamento di Bacino Macroregionale per il Superamento dell'OPG che coinvolge, oltre al Lazio, anche la Campania, l'Abruzzo e il Molise. Il Coordinamento del Gruppo di Coordinamento di Bacino, ha sede nella regione Campania ovvero nella regione sede OPG (Aversa e Napoli) di riferimento per il Lazio.

Nell'ambito di questo gruppo, come previsto dal DPCM del 2008, le quattro Regioni realizzano forme di collaborazione e di coordinamento e concorrono al miglioramento e alla valutazione dell'efficienza e dell'efficacia degli interventi mirati alla realizzazione del programma di superamento degli OPG.

Inoltre, nel 2012 è stato avviato il progetto per la creazione di una rete che favorisse e monitorasse la presa in carico degli internati del Lazio presso gli O.P.G. insistenti sul territorio nazionale ed è stato definito lo strumento di valutazione per la rilevazione clinica, sociale e giudiziaria utile per realizzare i progetti terapeutici personalizzati per gli internati. I DDSSMM competenti hanno effettuato le valutazioni dei propri pazienti internati in OPG, mediante la scheda di valutazione predisposta e condivisa a livello regionale, recandosi presso le sedi OPG di Italia. Sulla base di tali analisi la Regione ha elaborato programmi, pianificato il fabbisogno delle strutture regionali, predisposto i percorsi formativi e i relativi budget.

IL Sottogruppo Tecnico Regionale si è articolato in ulteriori sottogruppi per l'elaborazione di schemi di protocolli d'intesa, pianificazione del piano di formazione, elaborazione di azioni programmatiche regionali. Ha inoltre realizzato il Centro di Riferimento Regionale per la "Gestione del Flusso degli internati in OPG" della Regione Lazio che riceve sistematicamente il flusso prodotto dal Sistema Informativo per il Monitoraggio del superamento degli OPG della Regione Campania (SMOP).

Sono state inoltre istituite sedi di Articolazioni sanitarie per la tutela intramuraria della salute mentale per concorrere attivamente al superamento degli OPG, a Civitavecchia presso la Casa Circondariale (C.C.) "Nuovo complesso", a Roma (C.C. Nuovo complesso di Rebibbia - Casa Reclusione Roma Rebibbia; C.C. Regina Coeli) e presso la C.C. di Velletri per un totale di 34 posti letto per uomini e 3 per donne.

Nell'ottobre 2013 è stato approvato con decreto del Ministero della Salute il primo programma della Regione Lazio per la realizzazione di strutture sanitarie extra-ospedaliere per il superamento degli OPG (REMS). Le nuove strutture saranno realizzate a Ceccano (ASL FR), Subiaco (ASL RMG) e Rieti (ASL RI). Nelle prime due sedi saranno ricoverati i pazienti uomini, e le strutture sanitarie residenziali di 40 posti letto saranno divise ciascuna in due unità, una per l'*assessment* e la stabilizzazione, l'altra per il mantenimento. La struttura di Rieti, destinata alle pazienti donne, avrà 11 posti letto per entrambi i livelli di cura.

L'équipe professionale delle strutture di *assessment* e stabilizzazione (20 posti letto) prevede la seguente dotazione di personale: 3 medici psichiatri, 2 psicologi, 12 infermieri, 6 operatori socio sanitari, 2 tecnici della riabilitazione, 1 assistente sociale, 1 amministrativo (27 unità di personale). Nelle strutture di mantenimento (20 posti letto) vi saranno invece 2 medici psichiatri, 1 psicologo, 4 tecnici della riabilitazione mentre il numero di operatori degli altri profili professionali sarà il medesimo che nelle strutture di *assessment* (27 unità di personale). La struttura di Rieti avrà complessivamente 24 unità di personale in considerazione del numero di posti letto inferiore (11 posti letto).

La Regione Lazio, ha realizzato due diverse azioni formative/informative rivolte primariamente al personale DSM del Lazio che si occupa della gestione dei pazienti provenienti da OPG. L'obiettivo di queste due prime azioni informative/formative è stato quello di:

- diffondere le informazioni sulla Riforma della Sanità Penitenziaria, relativamente all'impatto sui pazienti con patologia psichiatrica autori di reato, sottoposti a misure di sicurezza.
- incrementare le competenze organizzative e professionali del personale dei servizi sociosanitari delle ASL, primariamente DSM, deputati alla gestione integrata dei pazienti con MdS sottoposti a percorsi giudiziari attraverso la conoscenza della normativa relativa alla Sanità Penitenziaria, dei quadri clinici dei pazienti e dei modelli di trattamento.
- diffondere protocolli diagnostico terapeutici per la gestione clinica dei pazienti con MdS, definiti a livello regionale.

La terza azione formativa più specifica, rivolta alle future équipe di lavoro multi professionali che verranno assunte, ai sensi della vigente normativa, potrà realizzarsi innanzitutto "sul campo" ovvero successivamente al reperimento del personale destinato ad operare nelle REMS.