



Ospedali psichiatrici giudiziari nel guado del passaggio di competenze alle Regioni

# Opg alla sfida del federalismo

Misure di sicurezza, gestione difficile - In agguato il rischio di risposte diverse

Non deve sfuggire agli operatori della salute mentale negli ospedali psichiatrici giudiziari che il cambiamento degli scenari istituzionali di riferimento induce prassi operative, valutazioni, scelte organizzative molto diverse rispetto agli inizi degli anni 2000. Basti ricordare che i direttori degli istituti erano allora dipendenti dell'amministrazione della Giustizia, mentre oggi sono dirigenti apicali delle Asl, incardinati dentro una logica aziendale, fortemente orientata al controllo e alla gestione dei processi organizzativi e di spesa, comunque legati a doppio filo alle scelte regionali di politica sanitaria.

Ma si sottolinea che la gestione delle misure di sicurezza risponde a leggi nazionali, che non possono docilmente essere declinate sulle diversità regionali. Dunque livelli organizzativi diversi, disponibilità finanziarie diverse, possono tradursi in risposte diverse sotto il profilo della tutela della salute mentale, benché trattasi di soggetti in esecuzione penale (detentiva e/o non detentiva), tutti comunque titolari di due diritti costituzio-

## La riforma va attuata: alt alle scorciatoie «poco onorevoli»

A distanza di oltre dieci anni dal decreto legislativo 230/99 (la riforma della Sanità penitenziaria), che aveva solo lambito la questione degli ospedali psichiatrici giudiziari (Opg), la tutela della salute mentale negli istituti penali vive una nuova stagione di cambiamenti, almeno sotto il profilo della cornice generale delle norme di riferimento, profondamente mutate.

In primo luogo la modifica del Titolo V della Costituzione, poi la Finanziaria 2008 (legge

244/2007) e il Dpcm 1° aprile 2008, che ha consegnato definitivamente alle Regioni la partita delle tutele della salute mentale negli Opg. Negli anni 2008-2009 le due delibere Cipe per la ripartizione delle risorse, 157,8 milioni di euro per l'anno 2008, 162,8 milioni di euro per l'anno 2009 e i relativi atti della Conferenza Stato-Regioni, tra i quali quello del 26 novembre 2009.

Anche la Corte costituzionale ha introdotto novazioni tecnico-giuridiche, non irrilevanti per

chiunque si trovi a gestire risorse e programmare percorsi di promozione e tutela della salute mentale dentro la cornice delle misure di sicurezza. Il riferimento è alle sentenze 253/2003 e 367/2004, che hanno di fatto creato un doppio binario per la gestione della pericolosità sociale, lungo il quale il paziente autore di reato può incrociare nelle due direzioni sia i percorsi territoriali (libertà vigilata) sia i percorsi detentivi (Opg e Casa di cura e custodia).

In un Paese dove ogni giorno si parla della necessità delle riforme, è questo invece un settore dove le riforme sono state prodotte. Si tratta ora di verificare se le riforme saranno portate a regime, in quale modo si intende procedere, secondo quali idee condivise e con quali responsabilità finanziarie, perché altrimenti vi è il rischio concreto di imboccare scorciatoie poco onorevoli, che finiranno per tradire lo spirito del processo riformatore.

Tab. 1 - Confronto 2004/2008 per posizione giuridica (31/12/2004-31/10/2008)

Opg	Internati				Detenuti				Tot. 2008 su 2004
	Mds	Msp	Ccc	Sub tot.	Art. 148	Minorati psichici	Osservazione psichiatrica	Sub totale	
Castiglione	8,5%	62,1%	385,7%	35,9%	-81,8%	-100,0%	-100,0%	-88,2%	23,5%
Reggio E.	10,0%	151,6%	100,0%	43,5%	-60,0%	-50,0%	-12,5%	-45,7%	29,6%
Montelupo	84,1%	-100,0%	178,8%	53,1%	-41,7%	0,0%	50,0%	-28,6%	44,1%
Napoli	-13,7%	-10,5%	-19,4%	-14,2%	-50,0%	-33,3%	-100,0%	-45,5%	-20,9%
Aversa	-4,8%	9,2%	178,8%	29,6%	-50,0%	0,0%	0,0%	-50,0%	25,8%
Barcellona	48,3%	73,1%	131,6%	70,5%	-30,0%	47,1%	450,0%	28,2%	60,7%
Totale	14,6%	24,9%	143,4%	36,0%	-45,9%	-6,8%	50,0%	-22,7%	27,2%

Mds: misure di sicurezza (Art. 222 Cp); Msp: misure di sicurezza provvisorie (Art. 206 Cp); Ccc: casa di cura e custodia (Art. 219 Cp)

nalmente rilevanti, enunciati dagli articoli 27, comma 3, e 32 della carta costituzionale.

Un grande problema, forse sottovalutato all'atto della scrittura del Dpcm del 2008, è il continuo aumento dei ricoverati in misura di sicurezza. La tabella 1 chiarisce il fenomeno negli anni. Nonostante la diminuzione dei soggetti detenuti (sani al momento del reato), cresce del 27 per cento il totale dei ricoverati, con sovraffollamento intol-

## IL NODO RISORSE

### Non regge il riparto secondo la spesa storica

Il 26 novembre scorso è stato previsto un piano di lavoro che prevede la dimissione di almeno 300 persone entro la fine del 2010. Sono inoltre stati decisi i nuovi bacini regionali. Il Cipe ha formalizzato la distribuzione delle risorse alle Regioni su cui insistono gli Opg, seguendo in larga prevalenza il criterio della spesa storica. Il risultato è illustrato nella tabella 3.

È evidente la distorsione del riparto economico complessivo tra i diversi istituti, a dispetto delle presenze. Si rileva ancora la diversità della quota capitaria giornaliera per la funzione sanitaria. Il criterio di riparto delle risorse sulla spesa storica giustifica l'apparente sperequazione a favore dell'istituto lombardo.

Va chiarito, senza equivoci e senza dietrologie regionalistiche, che Castiglione gestisce sia la funzione sanitaria sia la funzione penale. La retta giornaliera di 172 euro è per altro in linea con quella rimborsata dalla maggioranza delle Regioni italiane alle strutture accreditate per la cura e riabilitazione dei pazienti psichiatrici. Inoltre, il valore è storico, in quanto deriva da una convenzione con il ministero della Giustizia, che decorreva dal 1939, decaduta con il Dpcm del 2008. Quindi nulla di nuovo e nulla di più, caso mai è un valore giornaliero che si erode proporzionalmente all'incremento numerico dei pazienti, che non accenna la tregua. Caso mai è insostenibile la quota giornaliera ripartita agli altri istituti, sia per la sua esiguità in assoluto sia per le distorsioni relative a diverse Regioni. Infatti, posto che negli altri Opg il ministero della Giustizia gestisce la funzione custodiale, non si comprende come ulteriormente giustificare rette così diverse per gestire funzioni sanitarie uguali.

Semplicemente è il risultato del criterio di ripartizione della spesa storica, derivata dal capitolo di bilancio sanitario del ministero della Giustizia. Nella prospettiva del federalismo fiscale il criterio della spesa storica dovrà essere sostituito almeno dal criterio capitario per residenza regionale, allo scopo di garantire in modo uniforme le risorse, lasciando alla competenza regionale le soluzioni più idonee, per coniugare salute mentale e dovere di controllo sociale.

Questa svolta è possibile a due condizioni: che Castiglione faccia da benchmarking e che i costi

Tab. 4 - La stima dei costi a regime nell'ipotesi di 300 dimessi entro il 2010

Regione	In Opg al 31/10/2008 (esclusi Sfd)	Dimissioni previste al 31/12/2010	In Opg al 31/12/2010 (stima)	Costo regionale (€) dell'intervento di dimissione a regime (anno)
Abruzzo	37	9	28	534.257,80
Basilicata	7	2	5	101.075,80
Calabria	42	10	32	606.454,80
Campania	170	39	131	2.454.698,00
Emilia R.	61	14	47	880.803,40
Friuli V.G.	9	2	7	129.954,60
Lazio	140	32	108	2.021.516,00
Liguria	56	13	43	808.606,40
Lombardia	241	55	186	3.479.895,40
Marche	24	6	18	346.545,60
Molise	6	1	5	86.636,40
Piemonte	75	17	58	1.082.955,00
Puglia	56	13	43	808.606,40
Sardegna	49	11	38	707.530,60
Sicilia	161	37	124	2.324.743,40
Toscana	69	16	53	996.318,60
Trentino A.A.	15	3	12	216.591,00
Umbria	11	3	8	158.833,40
Valle d'Aosta	2	0	2	28.878,80
Veneto	72	17	55	1.039.636,80
<b>Totale</b>	<b>1.303</b>	<b>300</b>	<b>1.003</b>	<b>18.814.538,20</b>

Il costo è calcolato secondo una retta giornaliera di 172,01, in linea con la tariffa di Castiglione e con il sistema di accreditamento della Regione Lombardia

custodiali, penali siano riconosciuti e spostati sull'organizzazione sanitaria nelle Regioni che vorranno proporre soluzioni alternative agli Opg, oggi gestiti dal ministero della Giustizia. Al riguardo la tabella 3 pone elementi di riflessione, proprio in questa direzione. Castiglione non solo rappresenta una sua unicità di modello già operativo e collaudato, ma apre l'interrogativo se mai sia equo, economico e corretto, sotto il profilo costituzionale, investire giornalmente 124 euro per funzioni diverse dalla cura e riabilitazione del malato autore di reato, oggi gravanti sul bilancio dell'ammini-

strazione penitenziaria. La vera svolta riformatrice è decidere, per via parlamentare, che le MdS sono strumenti giudiziari da realizzarsi secondo paradigmi e contenuti squisitamente ed esclusivamente sanitari, per coniugare la tutela dei diritti di cui agli articoli 27, comma 3, e 32 della carta costituzionale su tutto il territorio nazionale.

Nulla di nuovo sotto il sole. La stessa Corte costituzionale nella sentenza 253 del 2003 invitava il potere legislativo a «una riorganizzazione delle strutture e di un potenziamento delle risorse», superando «un'inerzia in questo campo, carat-

terizzato da scelte assai risalenti nel tempo e mai riviste alla luce dei principi costituzionali e delle acquisizioni scientifiche». Lo stesso allegato C del Dpcm 2008, prevede che «soluzioni possibili, compatibilmente con le risorse finanziarie, vanno dalle strutture Opg che richiedono la vigilanza esterna a strutture di accoglienza e all'affido ai servizi psichiatrici e sociali territoriali». Rispetto al citato allegato C e all'accordo 26 novembre resta insoluto il nodo di come giungere alla cosiddetta 3° fase. La soluzione intermedia della nuova definizione dei bacini regionali, collegata alla dimissione di 300 soggetti ripropone due problemi: la super concentrazione di troppi soggetti in alcuni istituti e la reale praticabilità della dimissione di una quota pari a oltre il 20% di internati.

La dimissione infatti è un processo complesso, che segue regole precise, secondo istituti e procedure di cui è responsabile la magistratura. Detta dimissione per la maggiore parte dei casi può avvenire in regime protetto e in prova. Resta dunque assolutamente imprevedibile la percentuale di successi. Senza contare l'invece prevedibile risalto mediatico, nel caso di reiterazione di grave reato.

Resta inoltre la previsione del costo, sulla quale Castiglione può rappresentare il termine di confronto, assumendo la sua retta giornaliera, quale standard di riferimento di costo medio per la restituzione al territorio degli internati. La tabella 4 opera la stima dei costi a regime, distribuendo su tutte le Regioni in modo proporzionale i 300 dimessi. Il costo dell'intervento regionale di recupero sul territorio dei propri pazienti si aggira intorno ai 20 milioni di euro.

Molto lavoro resta da fare per garantire tutela della salute mentale e sicurezza sociale. I dati e le riflessioni sviluppate vanno nella direzione della necessità di operare un nuovo coinvolgimento del Parlamento su due questioni: la scarsità delle risorse finora messe in campo, la decisione di superare la gestione delle misure di sicurezza attraverso istituti a prevalente matrice custodiale, che potrebbero invece essere riconvertiti per i detenuti. Infine le Regioni, che possono trovare maggiore coesione sui livelli organizzativi per gestire le misure di sicurezza, investendo nella direzione di nuovi e condivisi percorsi di integrazione tra psichiatria clinica e psichiatria forense.

Tab. 2 - La licenza finale esperimento

Provenienza	Quoziente soggetti in licenza finale esperimento	Quoziente internati in Opg
Abruzzo	0,45	3,30
Basilicata	0,20	1,43
Calabria	0,43	2,55
Campania	0,30	3,68
Emilia R.	0,35	1,66
Friuli V.G.	0,67	0,86
Lazio	0,47	2,99
Liguria	0,57	4,02
Lombardia	0,50	2,97
Marche	0,38	1,82
Molise	0,74	2,22
Piemonte	0,43	2,00
Puglia	0,27	1,69
Sardegna	0,92	3,46
Sicilia	0,59	3,95
Toscana	0,95	2,19
Trentino A.A.	0,61	1,82
Umbria	0,53	1,45
V. d'Aosta	0,00	1,88
Veneto	0,34	1,77
ITALIA	<b>0,49</b>	<b>2,73</b>

La licenza finale esperimento rappresenta la messa alla prova sul territorio prima della valutazione della pericolosità effettuata dal magistrato. Il quoziente è calcolato su 100.000 residenti (dati al 1° gennaio 2009) - <http://demo.istat.it/>

Tab. 3 - La distribuzione delle risorse decisa dal Cipe

Regioni	Istituti	Riparto 2009 funzioni sanitarie (€)	Presenti 31/10/2008	Quota media capitaria giornaliera sanitaria (€)	Quota media cap. giorn. derivata per logistica e cust. penit. (€)
Lombardia	Castiglione S.	13.184.764,00	210	172,01	0,00
Emilia R.	Reggio Emilia	1.934.533,00	293	18,09	153,92
Toscana	Montelupo	3.191.177,00	183	47,78	124,24
Campania	Napoli	1.476.057,00	121	33,42	138,59
	Aversa		268	15,09	156,92
Sicilia	Barcellona	3.306.508,00	270	33,55	138,46
<b>Totale</b>		<b>23.093.039,00</b>	<b>1.345</b>	<b>47,04</b>	<b>124,97</b>

Quota media capitaria giornaliera sanitaria, stimata sulle presenze al 31/10/2008. Quota media capitaria giornaliera derivata per logistica e custodia penitenziaria, stimata secondo il modello di Castiglione delle Stiviere, assumendo la retta giornaliera come valore di riferimento nazionale per gestire l'aggregato di funzioni sanitarie e funzioni penali

lerabile in alcuni istituti. Inoltre nel tempo la quota dei provvisori e quella dei semi-infermi. Il dato produce una ricaduta sotto il profilo della gestione di questi casi.

A esempio il tempo di permanenza in Opg dei provvisori dipende dalla lentezza dei processi, piuttosto che dalle strategie di cura e dimissione degli operatori Opg. Inoltre il sensibile aumento dei semi-infermi è sicuramente correlato a fattori politici

generali, piuttosto che all'organizzazione dei servizi sanitari. Incide di certo il mutamento culturale che permea la magistratura e la collettività in generale, in tema di prevenzione criminale. La scelta dell'invio in Opg, riservata in passato agli psicotici, viene allargata ai gravi disturbi di personalità, doppia diagnosi, pluri recidivi, assimilabili sotto il profilo criminologico ai cosiddetti "delinquenti abituali".

Dunque l'Opg è oggi in trin-

cea alla stregua dei Dipartimenti di salute mentale (Dsm), sempre di più alle prese con questi soggetti, che condensano il gravame di storie cliniche e personali devastanti, per i quali la psichiatria del territorio e gli Opg restano l'unico presidio istituzionale, disponibile a farsene carico. Non sono noti i dati ufficiali disaggregati al marzo 2010, ma è noto il dato di sintesi, secondo cui la popolazione totale nei sei istituti è arrivata a

quota 1.437, mentre al 31 ottobre 2008 era di 1.345, pari al 7% in più a 15 mesi.

Le Regioni, dopo la riforma, si trovano a fronteggiare un fenomeno complesso, quello di gestire la partita dei malati mentali autori di reato, secondo un pendolo che oscilla tra la gestione diretta delle misure di sicurezza detentive e la gestione diretta di quelle non detentive, quali la licenza finale esperimento (Lfe).

La tabella 2 esprime il rapporto, la sinergia tra Opg e Dsm per ciascuna Regione. I quozienti su 100.000 residenti fanno giustizia dei diversi assetti regionali della psichiatria. Data la media nazionale di 2,7 internati, tredici Regioni fanno meglio e 7 peggio. Circa invece la disponibilità a organizzare percorsi alternativi all'Opg, data la media nazionale di 0,47, 11 Regioni fanno peggio e 9 meglio. I due quozienti sono

collegati. Regioni poco "virtuose" hanno basso quoziente a sinistra e alto quoziente a destra. Questo semplice indicatore può essere molto utile per la programmazione e le decisioni prossime in sede di Conferenza unificata.

pagine a cura di  
**Gianfranco Rivellini**  
Psichiatra, Criminologo clinico  
Azienda ospedaliera  
Carlo Poma - Mantova



## Il grande progetto 2009-2013 della Diabetologia Italiana

"Dalla 'CURA' al 'PRENDERSI CURA' della persona"

È ormai riconosciuto come il diabete rappresenti un problema sanitario di primaria importanza e, rispetto a una decina di anni fa, è cambiata la percezione della malattia da parte delle Istituzioni, del Servizio Sanitario, dell'industria e dell'opinione pubblica: l'aumento della prevalenza e dell'incidenza della malattia e delle complicanze è motivo di allerta e preoccupazione a tutti i livelli. Il messaggio forte emerso negli ultimi anni dall'evidence based medicine nella cura del diabete è stato che il trattamento intensivo e precoce, attuato con immediatezza alla diagnosi, determina una prognosi più favorevole. Non da ultimo, la ricerca scientifica, farmacologica e tecnologica ha messo a punto nuove prospettive di trattamento per la malattia e le sue complicanze. L'Associazione Medici Diabetologi

AMD è la società scientifica a cui fa capo la rete italiana dei servizi di diabetologia: un'organizzazione storicamente radicata nel Servizio Sanitario Nazionale, che riunisce più di 650 strutture dedicate. Alla luce del cambiamento in atto, AMD intende lavorare a una progettualità nuova che riunisca, valorizzi e coordini le diverse competenze presenti nella realtà assistenziale italiana, dall'ospedale al territorio, e faccia compiere un salto di qualità alla diabetologia italiana. Per questo nasce SUBITO! di AMD, il grande progetto della diabetologia italiana, che si pone come obiettivo principale il miglioramento del compenso metabolico alla diagnosi o all'esordio o comunque alla presa in carico il più tempestivamente possibile al fine di ridurre il peso delle complicanze nei successivi 5 anni.

**Emanuela Baio**, Segretario dell'Ufficio di Presidenza del Senato, membro della Commissione parlamentare per l'infanzia e l'adolescenza  
**Maria Teresa Branca**, Presidente OSDI-Operatori Sanitari di Diabetologia Italiani  
**Vera Buondonno**, Presidente Nazionale FAND - Associazione Italiana Diabetici  
**Roberto Cocci**, Presidente Diabete Forum  
**Claudio Cricelli**, Presidente SIMG-Società Italiana Medicina Generale  
**Luigi D'Ambrosio Lettieri\***, Segretario XII Commissione Igiene e Sanità, Senato della Repubblica, Vice Presidente FOFI-Federazione Ordini Farmacisti Italiani  
**Ferruccio Fazio\***, Ministro della salute  
**Sandro Gentile**, Presidente AMD - Associazione Medici Diabetologi  
**Carlo Giorda**, Vice Presidente AMD - Associazione Medici Diabetologi

**Fulvio Moirano\***, Direttore Generale AGENAS  
**Antonio Nicolucci**, Direttore Dipartimento di Farmacologia Clinica ed Epidemiologia, Consorzio Mario Negri Sud  
**Paola Pisanti**, Presidente Commissione Nazionale Diabete  
**Josè Luis Romàn Pumar**, Presidente Merck Sharp & Dohme Italia e Vice Presidente Farindustria  
**Guido Rasi\***, Direttore Generale AIFA  
**Rosaria Scotto di Santolo**, Presidente A.T.D.F.  
**Antonio Tomassini**, Presidente XII Commissione Igiene e Sanità, Senato della Repubblica

**Moderata:**  
**Diego Freri**, Direttore relazioni istituzionali AMD - Associazione Medici Diabetologi.

\* Invitato a partecipare

Con il patrocinio di:

Associazione Parlamentare per la tutela e la promozione del diritto alla prevenzione



**Martedì, 25 maggio 2010, ore 10-13**

Biblioteca del Senato "Giovanni Spadolini"  
Sala degli Atti Parlamentari  
Piazza della Minerva 38, Roma

**L'accesso alle sale del Senato della Repubblica avviene dietro accredito.**

Si prega di effettuare la registrazione presso la segreteria organizzativa:

HealthCom Consulting srl  
Tel 02 36557237  
info@hcc-milano.com

Per l'accesso alle sale del Senato della Repubblica occorre indossare giacca e cravatta.

Questa conferenza è resa possibile grazie al contributo non condizionato di



Media partner

