

L'OPG e le misure di sicurezza alla utenza della provincia di Bolzano. I dati degli anni 2003-2013

Gli OPG statali vengono chiusi e le Regioni e Province Autonome devono assumersi il compito di riorganizzarne in modo alternativo le funzioni.

La Consulta Stato – Regioni ha affrontato il tema OPG dal 2006, ma esso è emerso sui mass media effettivamente solo dopo la indagine della Commissione del Senato presieduta dal sen Ignazio Marino, indagine che ha indotto il Governo ed il Parlamento a prendere il provvedimento della chiusura, senza peraltro modificare l'impianto della normativa sulle misure di sicurezza.

In vista della chiusura degli OPG ogni Regione e PPAA è libera di scegliere come rispondere al problema. Ed in effetti ogni Regione e PA sta andando per conto proprio.

Oggi pomeriggio sentiremo come il Friuli Venezia Giulia e la Toscana hanno in programma di muoversi.

La Provincia di Bolzano dispone oggi di un proprio progetto (delibera 1259 del 2 sett 2013), scritto però con una conoscenza solo approssimativa dei dati quantitativi del fabbisogno, espresso nella precedente delibera 251 del 19/2/2013. Né la Provincia né l'Asl hanno mai condotto indagini sul fenomeno e trovare dati in merito è quasi impossibile. Mi è parso importante cercare di colmare tale lacuna e a questo scopo ho intrapreso l'indagine che vi presento.

Sono stato supportato dai Servizi psichiatrici di Bolzano e tramite esso da Bressanone, Brunico e Merano; dal Tribunale di Sorveglianza e dai Gup del Tribunale, nonché dalle relative cancellerie, che ringrazio per la disponibilità al paziente lavoro.

Presenterò alcuni dati e la metodologia della raccolta e ne commenterò i limiti.

Storicamente le indagini sugli OPG hanno riportato dati che riproducevano l'impostazione amministrativa del Ministero di Giustizia da cui le strutture dipendevano, quindi dati distinti per ognuno dei sei OPG, per tipologia di utenti (presenti, internati, imputati, condannati, entrati dallo stato di libertà, entrati per prima assegnazione, trasferimenti, per posizione giuridica, ecc), ma non per territorio di provenienza. Solo le indagini più recenti hanno adottato una impostazione epidemiologica e non banalmente amministrativa.

Inoltre anche in alcune indagini recenti che intendevano superare questo limite, la provincia di Bolzano veniva inserita assieme a quella di Trento nella regione TAA. Anche queste indagini non sono quindi utilizzabili ai nostri fini.

Solo la ricerca "Anatomia degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari Italiani" curata dal prof. Vittorino Andreoli per il Dipartimento Amministrazione Penitenziaria e pubblicata dal Ministero della Giustizia nel 2002 ha tenuto distinte tra loro le PA di Bolzano e di Trento, ma solo in una tabella. Questa situazione dipende dall'assenza della Provincia dalle iniziative e dalle riunioni sugli OPG. La ricerca Andreoli è di tipo trasversale, cioè riferisce dati raccolti in un dato giorno (12/3/2001). In quel giorno negli OPG italiani erano presenti 8 persone provenienti dalla provincia di Bolzano, 1 a Castiglione, 1 a Montelupo e 6 a Reggio Emilia.

Eguale di tipo trasversale è la quantificazione contenuta nella delibera 251/19.febb.2013:

- **due** persone che necessitano di un livello di sicurezza alto sono assistite presso l'OPG di Reggio Emilia
- **dodici** persone che necessitano di un livello di sicurezza medio si trovano attualmente presso la struttura Villa San Pietro ad Arco
- un numero di **sei fino a sette** persone con un livello di sicurezza basso sono assistite nei singoli comprensori sanitari sul territorio

Mentre però l'indagine Andreoli del 2001 prendeva in considerazione solo le persone presenti in OPG alla data prescelta, l'altra quantificazione considerava sia le persone presenti in OPG, sia le persone in Misura di sicurezza esterna all'OPG alla data prescelta.

Sicuramente è opportuno avere una visione più ampia possibile, nel senso di prendere in considerazione tutte le misure di sicurezza, non solo quelle detentive in OPG, ma anche di avere una visione di più anni. Infatti i delitti commessi da persone mentalmente disturbate sono eventi rari, per cui una indagine solo trasversale può indurre in errore.

Per questo ho preso in esame un decennio (2003-2012) e ho considerato i diversi tipi di misure di sicurezza (escludendo ovviamente quelle decise dal giudice per la delinquenza abituale, che nulla ha a che fare con le MdSic per la pericolosità da disturbo mentale).

Per raggiungere questo obiettivo ho raccolto e confrontato fra loro i dati presenti nei data base psichiatrici e forensi. Il lavoro è stato piuttosto complesso perché i data base sono molteplici e costruiti con logiche differenti e perché, non avendo io accesso diretto ai data base, ho rivolto i miei quesiti al personale di cancelleria e rispettivamente al personale Asl. Frequentemente è stato necessario esaminare registri manuali.

Negli anni scorsi è stata attuata una regionalizzazione della distribuzione dei degenti negli OPG, per effetto della quale gli altoatesini – sudtirolesi ultimamente sono stati riuniti tutti nell'OPG di Reggio Emilia; solo le donne erano necessariamente ricoverate a Castiglione, unico OPG con sezione femminile.

Posso affermare che tutte le persone altoatesine – sudtirolesi transitate recentemente in OPG sono inserite nell'elenco, e che anche i vari passaggi sono inseriti nella tabella. Dubbi ed incertezze residuano solo per gli avvenimenti più recenti, non ancora oggetto di sentenza.

Le Case di custodia e cura (CCC) sono parte degli edifici in cui si trovano gli OPG, quindi ha ben poco senso pratico distinguere tra ricovero in OPG e in CCC; a Bolzano questa distinzione sarà insensata anche in futuro, per questo ho costruito la tabella senza distinguere tra OPG e CCC. Resta valida invece la distinzione tra vizio totale e vizio parziale di mente, per il diverso percorso che ne dipende.

Nella tabella ad ogni riga corrisponde una persona che ha avuto una misura di sicurezza essendo stata dichiarata pericolosa per motivi psichiatrici da un giudice. In tutto sono 42 persone, di cui solo tre donne. Ad ogni colonna corrisponde un semestre dal 2003 al 2013; in ciascuna riga ho inserito in senso temporale gli avvenimenti che riguardano la persona della riga.

26 sono residenti nel comprensorio di Bolzano, 6 del comprensorio di Merano, 2 di Bressanone, 8 del comprensorio di Brunico.

Nel 1° semestre del 2003 le persone residenti in provincia di Bolzano che erano presenti in OPG erano 9 (all'incirca quante ne aveva trovate la ricerca Andreoli nel 2001), altre due persone erano in licenza e cinque erano in libertà vigilata.

Delle 9 persone presenti nel 1° semestre 2003 ben cinque sono entrate in quel semestre, un semestre davvero negativo, mentre altre cinque persone erano già presenti in OPG al 1° gennaio 2003. Queste ultime erano già internate da molti anni, uno dal 1987, due dal 1988, uno vi è poi rimasto fino al 2008, cioè per venti anni. Bisogna quindi affermare che anche la Prov di Bolzano ha avuto dei degenti in OPG a tempo lunghissimo, persone per le quali è mancata a lungo la presa in carico da parte dei servizi territoriali. In merito al lavoro da fare per arrivare a dimettere un paziente dall'OPG Antonino Calogero, già direttore di Castiglione, ha scritto:

«Per riuscire a dimettere un paziente così complesso come l'autore di reato, occorrono la confluenza di tanti fattori ed in primis la cessazione della pericolosità sociale esaminata dalla Magistratura di Sorveglianza. Ma anche la presa in carico di una équipe del territorio, un domicilio con assistenza psichiatrica. Nella pratica occorrono risorse, operatori preparati, alleanza terapeutica, capacità di fare superare al paziente "barriere visibili ed invisibili (*stigma*)", come "il desiderio di essere liberi, ma anche la paura di uscire da un contesto più rassicurante" rispetto ad una società spesso, ostile, non preparata, ma neanche sufficientemente supportata dalla rete di servizi necessari ad accoglierli»²²¹.

Il fattore preminente è l'impegno, la volontà esercitata dal servizio di salute mentale territoriale. La normativa è perfettibile, ma già oggi consente – ad operatori impegnati e dotati delle necessarie risorse – stili di lavoro includente. Lo dimostra il fatto che oggi, nel 2° semestre 2013, una sola persona è in OPG, dove è entrata nel corso del primo semestre 2013, una è in licenza, diciotto sono le persone in libertà vigilata, una diciannovesima è uscita dalla Libertà Vigilata per arresto domiciliare dovuto ad altro procedimento, ed è prevedibile che in breve ritorni in libertà vigilata.

Tra quelli esaminati, l'anno 2003 è quello con il maggior numero di ingressi in OPG; ben cinque persone sono entrate quell'anno in OPG. In media si sono verificate 1,5 ingressi per semestre, compresi quelli di persone che tornavano in OPG dopo una licenza in struttura esterna e comprese le recidive.

In sintesi posso affermare che nel decennio 2003-13 non sono cambiati i pazienti, che sono ancora oggi persone sofferenti di disturbi complessi, ma il modo di lavorare da parte degli operatori del diritto, della sanità, del sociale e delle amministrazioni, pur in un contesto povero di interesse alla psichiatria forense.

La tendenza al maggior rispetto dei diritti delle persone si è comunque imposto. Si tratta di un lavoro che resta molto difficile, richiede attenzione ai singoli casi più che vaste teorizzazioni, le quali possono nascondere remore e resistenze. Per essere includenti consigliereerei - prima di studiare teorie criminologiche, criminogenetiche e psichiatriche - di conoscere i percorsi di vita di persone come queste.

Tra essi vi è un pluriomicida di prostitute che poi – con l'aiuto di familiari, ha lavorato, si è sposato e vive fuori da ogni istituzione. Una persona è stata aiutata a evitare del tutto l'OPG tramite un ricovero di molti mesi in Spdc ed ha poi accettato un progetto riabilitativo; il Giudice ha quindi deciso di non dare nessuna Mis di Sicurezza, che pure inizialmente era stata richiesta. Molti tra le quaranta persone sono state aidate venendo accolte in misura di sicurezza in uno dei servizi residenziali psichiatrici o occupazionali sociopsichiatrici esistenti sul territorio.

Purtroppo, come del resto accade in ogni ambito, alcune persone hanno avuto ricadute, recidive, allontanamenti, peggioramenti; non possiamo nasconderci la possibilità di regressioni, ma non dobbiamo smettere di costruire nuove soluzioni positive.

Poco prima del 1978 c'è stato chi pensava di istituire in provincia tanti posti letto quanti erano i pazienti ricoverati a Pergine e Hall, concentrandoli possibilmente in un unico nuovo grande ospedale; la stessa logica veniva proposta poi nell'impostare i nuovi Spdc. La scelta però è stata totalmente diversa, anche perché la legge 180 prevedeva Spdc con al massimo 15 pl, poi aumentati in base alla programmazione provinciale. E gli spdc sono stati opportunamente distribuiti sul territorio, uno per comprensorio.

Anche oggi bisogna pensare ad aiutare i pazienti a mantenere i legami familiari e sociali, per quanto compromessi. La delibera prov.le 1259 del 2/9/2013 prevede una struttura di venti posti per le misure di sicurezza alta e media, a cui vanno poi aggiunti i posti già ora disponibili nelle strutture esistenti e ritenute idonee per le misure a bassa sicurezza; questo ultimo gruppo non viene quantificato, o meglio viene quantificato solo il contributo di St Isidor, non di tutti gli altri servizi. Questa scelta è la più efficace in senso preventivo, curativo e riabilitativo?

Bisogna porre attenzione, da un lato a non privarsi delle strutture necessarie alle cure adeguate, dall'altra a non creare posti in eccesso, che verrebbero poi usati impropriamente e soprattutto a distribuirli nella provincia, a renderli "invisibili" come è la attuale rete di servizi. L'OP di Pergine era fin troppo visibile, la rete dei servizi odierni è mimetizzata.

Mi sembra utile ricordare che con D.M. del 16.5.2002 è stata istituita la Commissione Interministeriale Giustizia – Salute per lo studio delle problematiche relative al riordino della medicina penitenziaria, che ha successivamente ricevuto, con D.M. del 20/1/2004, anche l'incarico di proporre possibili modelli innovativi delle attuali modalità di intervento poste in essere nei confronti di soggetti pericolosi affetti da patologie psichiatriche e ricoverati negli Ospedali psichiatrici giudiziari (OPG). Il Gruppo di lavoro per i problemi degli OPG della suddetta commissione nelle proprie conclusioni ha proposto tre tipologie di strutture:

- a) strutture residenziali per persone con necessità di elevata sicurezza, quantificati in 300 pl per tutta Italia
- b) strutture residenziali ad alta intensità terapeutica e media sicurezza, da attivare in ciascuna Regione o gruppi di Regioni con pl quantificati in 1 x 100.000 ab.(n = 500 per tutta Italia)
- c) Strutture Residenziali a media intensità terapeutica e basso livello di sicurezza, da attivare nelle ASL a valenza aziendale o interaziendale sulla base della programmazione regionale

p.l.: 1-2 x 100.000 ab.(500-1000 per tutta Italia)

Questa proposta ricalcolata per la provincia di Bolzano comporterebbe l'istituzione di tre posti letto ad elevata sicurezza, 5 posti letto a media sicurezza e 5-10 posti letto a bassa sicurezza.

Altri elementi di riflessione emergono dall'esperienza del Programma di attenzione integrale al paziente giudiziario portatore di sofferenza mentale del Tribunale di Minas Gerais (PAI-PJ-TJMG)

descritto da Ernesto Venturini e Virgilio de Mattos (2012). Il programma proposto ha portato solo al 2% di recidive e solo per piccoli reati contro il patrimonio. Risultati simili mi sembrano da studiare.

Confrontiamoci inoltre con l'operatività trentina e tirolese.

Il lavoro terapeutico è stato possibile negli ultimi anni nonostante le evidenti carenze. Cerchiamo di fare in modo che in futuro possa migliorare dando al nuovo servizio una impostazione deistituzionale, a dimensione umana.

Bolzano, 3 dicembre 2013

Rodolfo Tomasi