

COMUNICATO STAMPA

I dati diffusi in occasione del congresso dei giovani psichiatri in corso a Roma CARCERI, BOOM DI MALATTIE MENTALI: 20 MILA CASI/ANNO GLI ESPERTI: UN DETENUTO SU TRE È AD ALTO RISCHIO SUICIDI 9 VOLTE QUELLI DELLA POPOLAZIONE ‘NORMALE’

Mencacci: “Una condizione che si è creata dopo anni di abbandono, da parte delle Istituzioni, della salute mentale nelle carceri. L’assistenza sanitaria nelle carceri è necessaria e va affrontata immediatamente e con le giuste risorse”

Roma, 12 aprile 2013 – Un terzo dei detenuti è ad alto rischio di malattie mentali . Su quasi 70 mila persone oggi presenti nelle carceri italiane i conti sono presto fatti. Ventimila è un numero calcolato per difetto: psicosi, depressione, disturbi bipolari e di ansia severi sono la norma nel 40% dei casi, a cui vanno aggiunti poi i disturbi di personalità borderline e antisociale. Persone a volte già ammalate, altre che si ammalano durante la detenzione complici il sovraffollamento, i contesti sociali inimmaginabili, la popolazione straniera di difficilissima gestione. In questo contesto i cosiddetti detenuti sani finiscono con trovarsi in un inferno aggiuntivo che, nella peggiore delle ipotesi, può portare anche al suicidio. In Italia, quelli compiuti in carcere, hanno numeri 9 volte superiori rispetto alla popolazione generale con tassi aumentati negli ultimi anni di circa il 300% (dai 100 del decennio 1960-1969 a più di 560 nel 2000-2009 con oltre il 36% di decessi). Crescita che non si arresta: nel 2011 sono stati 63 i suicidi (0.9% per 1.000 detenuti), più di mille i tentati suicidi (15%) e oltre 5.600 gli atti autolesivi (84%). A farne le spese anche l’organizzazione interna alle carceri: tra il 2000 e il 2011, 68 suicidi solo a carico degli operatori di Polizia Penitenziaria. Di questo si è parlato in occasione del congresso dei Giovani Psichiatri in corso a Roma (“La psichiatria tra pratica clinica e responsabilità professionale”).

“Tutto ciò accade dopo anni di abbandono, da parte delle Istituzioni, della salute mentale italiana, fuori e dentro le carceri – spiega **Claudio Mencacci**, presidente della Società Italiana di Psichiatria – e questo è il conto da pagare. Salatissimo e non finito perché la norma entrata in vigore nel 2012 che avrebbe dovuto avere una Sezione di Osservazione Psichiatrica funzionante e bastevole per ogni Regione è stata fortemente disattesa a causa di fondi specifici carenti. Anche su questo aspetto chiediamo l’intervento del Ministero tanto più ora che abbiamo prorogato la chiusura degli OPG, ma solo per un anno. Questa è quindi una cambiale a breve scadenza, ma non sappiamo quando potremo pagarla”.

Il sovraffollamento, a livelli record (150 detenuti per 100 posti, rispetto ai 107 del resto d’Europa), è già una condizione di grave disagio per il detenuto sano. Figuriamoci per un paziente con malattia mentale. Appena chiuderanno gli OPG una parte di questi detenuti tornerà in carcere. Se la situazione non sarà cambiata, e non vi sono le premesse perché lo sia, potrebbe davvero diventare esplosiva.

“Superamento degli OPG e Assistenza psichiatrica nelle carceri devono procedere parallelamente – spiega **Mencacci** – si deve affrontare il pieno passaggio dell’assistenza psichiatrica nelle carceri al sistema sanitario nazionale, nell’ambito della più ampia riorganizzazione della Sanità Penitenziaria e delle nuove competenze dei Dipartimenti di Salute Mentale. A questi sono attribuite importanti responsabilità per la tutela della salute

mentale dei cittadini detenuti. Si tratta infatti delle uniche Istituzioni, nell'ambito del servizio pubblico, in grado di garantire una visione d'insieme ed un approccio realmente integrato al raggiungimento degli obiettivi sanitari ed assistenziali che vengono affidati dal SSN alle proprie strutture”.

I Dipartimenti di salute mentale possono validamente interconnettersi con tutte le altre Istituzioni operanti in ambito carcerario, risolvendo uno dei problemi più rilevanti ancora aperti, cioè la frammentazione degli interventi sanitari in questo contesto, incluso le Dipendenze. Infine dal punto di vista operativo i Dipartimenti offrono strutture e competenze multiprofessionali in grado di coprire, dentro e fuori dal carcere, gli interventi opportuni, e la continuità terapeutica.

“Tutto bene fino ad ora – conclude il presidente SIP – ma solo sulla carta, peccato che nessuno abbia ancora pensato e predisposto risorse per questa operazione. Si ritiene inderogabile, pertanto, che i Dipartimenti di Salute Mentale, siano potenziati e dotati delle risorse necessarie e sufficienti per garantire tale operatività in carcere anche attraverso una dotazione di personale rispondente ai compiti affidati e di strutture sovranazionali, quali i CONP (nei fatti, Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura intra carcerari, finalizzati alla gestione dell'urgenza) e i Reparti di Osservazione Psichiatrica (ROP), nei fatti aree specialistiche di osservazione diagnostica qualificata a tempo definito). Proposte operative e concrete per superare due condizioni definite di “Orrore, e Vergogna per un Paese appena civile”.

Ufficio stampa SIP
CB-Com
Carlo Buffoli
Tel. 349.6355598

**PROPOSTE OPERATIVE IL SUPERAMENTO
DEGLI OSPEDALI PSICHIATRICI GIUDIZIARI (OPG)
AI SENSI DELLA L. 17.02.2012, N. 9 E SUCCESSIVO DPCM DI PROROGA**

In riferimento al processo di superamento degli OPG successivo al D.P.C.M. 1 aprile 2008 oggetto di numerose azioni concordate nella conferenza delle regioni e delle province autonome ed infine confermato dai contenuti della legge 9/2012, si ricorda come il percorso si dovrebbe concretizzare in tre azioni a cui la Società Italiana di Psichiatria ne propone una 4 indispensabile per la buona riuscita di tutti i percorsi:

1. Recupero delle persone internate negli OPG: questa azione è in corso in tutte le regioni sebbene incontri due principali difficoltà; da un lato le risorse ridotte ai DSM per la presa in carico dei soggetti dimissibili, dall'altra la presenza negli OPG di internati non per motivi sanitari o terapeutici ma per motivazioni giuridiche o decisioni di opportunità detentiva da parte dell'Amministrazione Penitenziaria;

2. Potenziamento della tutela della salute mentale negli Istituti di Pena in accordo al DAP (Dipartimento Amministrazione Penitenziaria) e alla completa realizzazione del passaggio della Medicina Penitenziaria al Servizio Sanitario Regionale. Vi è un notevole ritardo in molte regioni di questa azione che è indispensabile per poter effettuare le osservazioni nelle sezioni speciali e per poter gestire i detenuti con disturbi mentali sopraggiunti durante la pena. In quest'anno di rinvio si dovrebbe costituire la rete regionale della salute mentale negli istituti di pena che possa avere in ciascuna regione la sezione speciale di osservazione, gestita in convenzione con il servizio sanitario regionale, di dimensioni sufficienti alle esigenze di ciascuna regione.

3. Realizzazione delle strutture residenziali alternative agli OPG per accogliere i malati di mente autori di reato, pericolosi socialmente, a partire dal 1 aprile 2014, nel rispetto dei requisiti stabiliti dal Decreto del Ministero della Salute del 1 ottobre 2012. Affinché tali comunità non diventino dei mini OPG, bisogna riconsiderare le misure di sicurezza come dei percorsi diagnostico terapeutici sanitari, il cui periodo di permanenza all'interno della struttura comunitaria venga stabilito dalle esigenze di cura. Ovverosia bisogna uscire dall'automatismo che i 2-5 o 10 anni di misura di sicurezza, decisi dal Giudice sulla base della gravità del fatto reato, diventino la prescrizione di altrettanto tempo di permanenza all'interno della singola comunità; al massimo potrebbero essere tempi del percorso di cura che inizia in carcere passa attraverso le strutture comunitarie e termina nelle strutture del DSM o dell'ASL a seconda delle esigenze sanitarie del paziente. Un percorso riabilitativo residenziale, secondo quanto sostenuto dalla letteratura internazionale viene considerato riabilitativo se ha una durata massima di due/tre anni.

4. Potenziamento dei Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) delle ASL regionali: I DSM in tutte le regioni si trovano in gravi difficoltà perché sono dotati di una serie di servizi previsti dal Progetto Obiettivo Tutela della Salute Mentale, che devono gestire con sempre minor numero di personale. Il blocco delle assunzioni nella Pubblica Amministrazione ha penalizzato maggiormente quelle professioni sanitarie ove la relazione interpersonale è alla base del trattamento come appunto la salute mentale. Inoltre la crisi economica e le difficoltà sociali che ne derivano hanno di molto incrementato la richiesta di interventi in quest'ambito. Una minore disponibilità di risorse dei servizi sociali inoltre si riversa su quella parte di popolazione più debole come il malato di mente che per sua definizione sovente ha di per sé una deriva sociale.

E' auspicabile pertanto che le regioni siano stimolate a lavorare per completare la presa in carico dei soggetti internati e incrementare l'assistenza negli istituti di pena, fornendo alle ASL le risorse atte a permettere ai DSM di avere le risorse umane ed economiche necessarie a tale scopo.

E' necessario che a livello regionale si aprano dei tavoli di discussione tra Magistrati Ordinari e di Sorveglianza, DAP e Direzioni dei DSM sia per un migliore coordinamento della rete della Salute Mentale negli Istituti di Pena e l'ottimizzazione della Sezione speciale di osservazione psichiatrica regionale, sia per dare un'interpretazione corretta della esecuzione della Misura di Sicurezza allorquando non vi saranno più gli OPG e tale incombenza dovrà divenire un percorso sanitario da effettuarsi sia nelle strutture previste che a livello territoriale così come già avviene attraverso provvedimenti giuridici quali gli arresti domiciliari o la libertà vigilata. Quest'ultimo passaggio dovrebbe portare ad un protocollo regionale di operatività concordato tra personale sanitario e personale del Ministero di Giustizia le cui esigenze possono essere differenti e concordanti ma non sovrapposte. Le finalità e l'operatività delle due appartenenze devono essere concordate per poter essere di aiuto al malato di mente autore di reato.