

VALUTAZIONE PSICHIATRICA DEI PAZIENTI RICOVERATI NEGLI OSPEDALI PSICHIATRICI GIUDIZIARI: UNO STUDIO AD HOC

Ilaria Lega (a) e il gruppo di lavoro “Progetto OPG-ISS” (b)

(a) *Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma*

(b) *vedi allegato al capitolo*

Epidemiologia

La letteratura scientifica italiana sui pazienti psichiatrici autori di reato è limitata a un esiguo numero di articoli. Le principali indagini realizzate nel contesto degli OPG (Ospedali Psichiatrici Giudiziari) sono lo studio sul Monitoraggio delle Dimissioni dall’Ospedale Psichiatrico Giudiziario (MoDiOPG) (Fioritti *et al.*, 2001), avviato nel 1997 nell’ambito del Progetto Nazionale Salute Mentale (Morosini *et al.*, 2001), che ha valutato le caratteristiche di un campione rappresentativo di pazienti trattati in tre OPG italiani rispetto a un gruppo di controllo costituito da pazienti psichiatrici dei servizi territoriali con un follow-up a tre anni, e il censimento della popolazione ricoverata negli OPG nel 2001 realizzato a cura del Prof. Vittorino Andreoli per conto del Dipartimento dell’Amministrazione Penitenziaria del Ministero della Giustizia (Andreoli, 2002).

Il campione dei 118 ricoverati dello studio di Fioritti e collaboratori mostrava caratteristiche piuttosto omogenee sia da un punto di vista psicopatologico che criminologico: il 70,1% dei pazienti in OPG aveva una diagnosi di schizofrenia o di disturbo delirante, il 42,4% era in OPG per omicidio e il 32,2% per altri gravi reati contro la persona. Nel 46% del campione vi era un’anamnesi positiva per abuso di sostanze. Si trattava quindi nella maggior parte dei casi di pazienti con disturbi psichiatrici gravi, che avevano commesso reati gravi. Relativamente al percorso di cura: il 69% del campione aveva avuto uno o più ricoveri obbligatori e il 61% era in trattamento presso un servizio psichiatrico pubblico al momento della commissione del reato. I servizi psichiatrici pubblici nella maggior parte dei casi conoscevano quindi i pazienti entrati in OPG, avendo avuto per molti anni contatti problematici con questi utenti, mentre il caso di una persona arrivata per la prima volta all’attenzione dei servizi con un atto criminale era piuttosto infrequente.

Alla valutazione di follow-up a trentasei mesi il 35,6% della popolazione iniziale era ancora in OPG, il 55,1% era stata dimessa, il 5,1% era deceduta e il 4,2% era in carcere. Tra i dimessi il 58,5% era presso una comunità terapeutica e il 41,5% era seguito dalle strutture territoriali di riferimento. La dimissione al domicilio del paziente con presa in carico da parte del servizio di salute mentale competente era quindi poco frequente (Fioritti *et al.*, 2006).

Al confronto con il gruppo di controllo costituito da pazienti in cura presso i servizi territoriali di Bologna, la popolazione degli OPG presentava più elevate percentuali di abuso di sostanze e ricoveri involontari, punteggi più elevati negli item sospettosità-ostilità e punteggi più bassi negli item inerenti ai sintomi negativi alla *Brief Psychiatric Rating Scale*, con ridotta disabilità fisica, psicosociale e lavorativa (Fioritti *et al.*, 2006). Da analisi di sopravvivenza condotte sui singoli fattori emergevano come predittori della durata di internamento: il reato commesso, la durata preventivata della misura di sicurezza, la diagnosi di schizofrenia, i disturbi del pensiero e l’OPG di internamento (Fioritti *et al.*, 2001).

Il rapporto “Anatomia degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari” del 2002 a cura di Vittorino Andreoli è l’unico lavoro ad aver fornito una fotografia dell’intera popolazione presente negli OPG italiani. Esso è stato il frutto di un censimento dei pazienti presenti in OPG al 12 marzo 2001 prevalentemente incentrato su due parametri: la motivazione giuridica e la motivazione psichiatrica del ricovero in OPG. Al momento dell’indagine i pazienti ricoverati in OPG erano 1282, con un aumento di circa 100 unità rispetto all’anno precedente⁶.

La Tabella 1 presenta la distribuzione dei 1282 pazienti censiti dall’indagine nei sei diversi OPG nazionali (Andreoli, 2002).

Tabella 1. Pazienti presenti negli OPG al 12 marzo 2001

| OPG | N. pazienti |
|----------------------------|-------------|
| Castiglione delle Stiviere | 209 |
| Montelupo Fiorentino | 243 |
| Reggio Emilia | 232 |
| Aversa | 188 |
| Napoli | 187 |
| Barcellona Pozzo di Gotto | 213 |
| Totale | 1282 |

A Castiglione delle Stiviere, come già detto l’unico OPG ad essere dotato di una sezione femminile, dei 209 pazienti presenti, 87 erano donne. Le donne rappresentano quindi il 6,8% della popolazione delle persone ricoverate in OPG⁷.

La Tabella 2 riassume le principali caratteristiche sociodemografiche della popolazione oggetto dell’indagine, che sono quelle di una popolazione svantaggiata: grado di istruzione basso, elevata percentuale di disoccupazione (Andreoli, 2002).

Relativamente ai reati, l’indagine ha mostrato che, nella gradazione di gravità valutata come durata media della pena prevista dal codice penale per il reato specifico, l’80% dei reati commessi dai pazienti presenti in OPG sono reati gravi (Tabella 3) (Andreoli, 2002). La durata media della permanenza negli OPG era di 36,33 mesi.

Per le numerose cartelle cliniche che non contenevano diagnosi psichiatriche formalizzate la diagnosi è stata stabilita da uno psichiatra esterno all’OPG sulla base della descrizione fornita dal sanitario referente. In questa scelta dettata dalla necessità dell’indagine risiede il principale limite metodologico del censimento, che rende le diagnosi così formulate poco accurate e riproducibili. Tenendo conto di ciò, le categorie diagnostiche più rappresentate tra i ricoverati in OPG erano i disturbi psicotici con il 61,2% (n. 785), e tra questi la schizofrenia con il 33,7% (n. 432), i disturbi di personalità con il 14,8% (n. 190), il ritardo mentale con l’8,3% (n. 107). In linea con lo studio MoDiOPG che aveva riguardato un campione di 118 pazienti, anche l’indagine del 2001 svolta su tutta la popolazione ricoverata ha confermato che i pazienti dell’OPG sono affetti da disturbi psichiatrici molto gravi.

⁶ Dal 1990 al 2000 in numero dei pazienti in OPG non ha subito grandi variazioni, rimanendo compreso fra i 1090 pazienti del 1990 e i 924 pazienti del 1998 (Andreoli, 2002).

⁷ La predominanza del sesso maschile fra i pazienti psichiatrici autori di reato non deve sorprendere. Le differenze di genere sia rispetto al comportamento violento in generale, che rispetto al comportamento violento in presenza di disturbi mentali sono un dato consolidato a livello internazionale. Le donne in cura presso i servizi psichiatrico-forensi sono il 5,1% nei Paesi Bassi, il 5,6 in Germania, il 9,9% in Gran Bretagna, per citare solo alcuni dei dati disponibili a livello europeo (Salize & Dressing, 2005).

Tabella 2. Caratteristiche sociodemografiche dei ricoverati in OPG

| Caratteristica | Valore |
|---|---------------|
| | media ± DS |
| Età | 40,5 ± 11,4 |
| | <i>n. (%)</i> |
| Stato civile | |
| <i>Celibe o nubile</i> | 945 (73,8) |
| <i>Coniugato</i> | 148 (11,5) |
| <i>Altro (vedovo, divorziato, ecc.)</i> | 189 (14,7) |
| Titolo di studio* | |
| <i>Nessuno</i> | 87 (6,8) |
| <i>Licenza elementare</i> | 371 (28,9) |
| <i>Licenza media inferiore</i> | 546 (42,6) |
| <i>Licenza media superiore o più</i> | 142 (11,1) |
| Condizione lavorativa prima del ricovero** | |
| <i>Nessuna occupazione</i> | 451 (35,2) |
| <i>Pensionato</i> | 118 (9,2) |
| <i>Occupato</i> | 345 (26,9) |
| <i>Altro (casalinga, studente, ecc.)</i> | 54 (4,2) |

* dato mancante per 136 pazienti pari al 10,6% del campione

** dato mancante per 314 pazienti pari al 24,5% del campione

Tabella 3. Reati commessi dalla popolazione ricoverata in OPG

| Reati* | n. (%) |
|-------------------------------|------------|
| Omicidio | 586 (45,7) |
| Altri reati contro la persona | 375 (29,3) |
| Rapina | 100 (7,8) |
| Altri reati | 210 (16,4) |

* dato mancante per 11 pazienti pari al 0,8% del campione

Vi è nel rapporto un'interessante riflessione su come il concetto di malato psichiatrico in ambito giuridico abbia influenzato la pratica clinica degli OPG. Il codice penale valuta la “capacità di intendere e di volere” del soggetto “al momento del fatto”, quindi riferita al comportamento individuato come reato punibile. L’incapacità di intendere e di volere deve essere alterata da un’infermità, che può comprendere disturbi persistenti, transitori, o addirittura concentrati in un frangente. Non si parla di specifiche malattie psichiatriche, pertanto:

“il magistrato non è affatto interessato alla diagnosi, e quindi alla forma di malattia, ma solo a qualunque essa sia purché incida sulla capacità di intendere e di volere” (Andreoli, 2002).

Ciò probabilmente ha contribuito a far sì che la diagnosi psichiatrica sia stata trascurata anche all’interno dell’OPG, giacché questo elemento ha sempre avuto un’influenza molto scarsa sulle decisioni giudiziarie e quindi in ultima analisi sul destino dei pazienti. Tuttavia, le strutture rivolte ai pazienti psichiatrici autori di reato devono necessariamente avere diagnosi psichiatrica e trattamento come punto di partenza:

“poiché deve dominare il dogma che la pericolosità si risolve solo curando il disturbo psichiatrico di base che la determina e la include come sintomo. Non sono luoghi della pericolosità, ma di una psichiatria di forme che hanno la pericolosità come parte strutturale” (Andreoli, 2002).

Le conclusioni dello studio di Fioritti e del censimento di Andreoli concordano nel segnalare la necessità del rafforzamento della componente sanitaria e psichiatrica all’interno degli OPG auspicando la regionalizzazione della presa in carico tramite la creazione di strutture più piccole e un più stretto collegamento con i servizi territoriali, come oggi sta di fatto avvenendo.

Il confronto fra Paesi dell’Unione Europea relativamente all’estensione e alle modalità di utilizzo delle strutture psichiatrico-forensi è reso difficolto dalla diversità di normative giuridiche, istituzioni e procedure specifiche che riguardano i pazienti psichiatrici autori di reato (Salize *et al.*, 2005). Volendo trovare un minimo comune denominatore, possiamo dire che tutti i Paesi europei condividono l’obiettivo di distinguere la collocazione degli autori di reato con disturbi mentali da quella degli autori di reato tout court e la collocazione delle persone con disturbi psichiatrici che commettono reato, da quella dei pazienti psichiatrici che non ne commettono, sulla base della necessità individuale di trattamento e/o del grado di minaccia che ciascuno rappresenta per la pubblica sicurezza (Salize *et al.*, 2005). Questo presupposto si è però tradotto in una diversa articolazione dei servizi forensi: in Germania, per esempio, c’è stato lo sviluppo di un sistema psichiatrico-forense separato e parallelo rispetto a quello della psichiatria generale, mentre altri Paesi, come per esempio la Gran Bretagna o la Francia, hanno sviluppato servizi maggiormente integrati con quelli generali di salute mentale (Salize *et al.*, 2005). Ancora, in alcuni Stati Membri la responsabilità delle cure psichiatrico-forensi è del Ministero della Giustizia con un legame più stretto con il sistema carcerario; in altri con una connotazione più marcatamente sanitaria, la responsabilità principale è del Ministero della Salute.

Non c’è un accordo a livello europeo sulla definizione di “letto psichiatrico-forense” la cui quantificazione è complessa soprattutto in quei Paesi nei quali, in aggiunta ai posti letto nelle strutture specialistiche, vi è una disponibilità di posti letto per pazienti psichiatrici autori di reato nella psichiatria generale o in carcere. Tuttavia, tenendo conto di queste limitazioni metodologiche, il lavoro di Salize e Dressing (Salize & Dressing, 2005) ha avuto il merito di fornire almeno la stima dei posti letto disponibili per questi pazienti nelle strutture specialistiche psichiatrico-forensi, basandosi su dati già raccolti nei 15 Paesi Membri partecipanti al progetto (Tabella 4).

Tabella 4. Dotazione di posti letto psichiatrico-forensi nei Paesi Membri nel 2005

| Paesi Membri | Posti letto psichiatrico-forenси (per 100.000 abitanti) |
|----------------------|--|
| Austria | 4,7 |
| Belgio | 10,3 |
| Danimarca | 6,6 |
| Inghilterra e Galles | 6,1 |
| Finlandia | 6,9 |
| Francia | 0,8 |
| Germania | 13,1 |
| Grecia | 3,1 |
| Irlanda | 2,2 |
| Italia | 2,2 |
| Olanda | 9,8 |
| Portogallo | 1,8 |
| Spagna | 1,4 |
| Svezia | 8,0 |

Complessivamente si può osservare una divisione Nord-Sud nell'ambito dell'Unione Europea, con Spagna, Portogallo e Italia dotate di una disponibilità di posti letto molto più bassa rispetto a tutti i Paesi del Nord Europa.

Nonostante la diagnosi sia il criterio principale per decidere il trattamento dei pazienti psichiatrici autori di reato, solo pochi Paesi dispongono di procedure formalizzate per la diagnosi di questi pazienti nella pratica clinica quotidiana (Salize *et al.*, 2005). I dati disponibili, che presentano quindi validità limitata, evidenziano ampie variazioni della prevalenza dei diversi disturbi mentali di questa popolazione in Europa, soprattutto per quanto riguarda i disturbi di personalità. In Danimarca la prevalenza di schizofrenia fra i pazienti psichiatrico-forensi supera l'80%, mentre nei Paesi Bassi la diagnosi più rappresentata sono i disturbi di personalità (Salize & Dressing, 2005).

Vogliamo chiudere questa sezione con due importanti riflessioni che vengono dalla ricerca internazionale che hanno ispirato la messa a punto del progetto sviluppato dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS) su questo tema.

La prima è una considerazione di Seena Fazel, uno dei maggiori epidemiologi psichiatrico-forensi europei, secondo cui l'epidemiologia può avere due importanti funzioni in ambito psichiatrico-forense. In primo luogo, rendendo disponibili informazioni sulla prevalenza di disturbi mentali fra gli autori di reato, l'epidemiologia può contribuire a evidenziare se le risorse per i pazienti psichiatrici autori di reato sono adeguate. In secondo luogo può fornire informazioni sugli esiti e in particolare sui fattori di rischio per esiti avversi, identificazione assai utile per la prevenzione (Fazel *et al.*, 2009). Queste considerazioni sono uno stimolo a condurre studi ben disegnati e metodologicamente rigorosi, i cui risultati possano essere pubblicati su riviste scientifiche contribuendo ad accrescere le conoscenze psichiatrico-forensi. Molte indagini in questo campo, commissionate da enti governativi o giudiziari – come abbiamo visto anche nell'esperienza italiana con il rapporto di Andreoli – trovano spazio solo nella letteratura grigia.

Una seconda riflessione condivisa a livello internazionale è che la letteratura scientifica sull'argomento si sia prevalentemente focalizzata sui trattamenti efficaci e sui fattori di rischio per il comportamento criminale, occupandosi solo marginalmente dei bisogni di salute di questi pazienti. Nonostante in anni recenti sia stato riconosciuto che entrambi questi aspetti possano avere un impatto significativo per la riabilitazione dei pazienti psichiatrici autori di reato, gli interventi *evidence-based* per questa popolazione sono ancora scarsi e spesso i servizi psichiatrico-forensi non dispongono di strumenti di valutazione e di interventi sui quali basare il trattamento e i programmi riabilitativi (Abou-Sinna & Luebbers, 2012).

Il progetto OPG-ISS

Per la diagnosi e la valutazione dei bisogni di salute dei pazienti psichiatrici autori di reato è stato messo a punto dall'ISS uno studio dal titolo “Valutazione dei pazienti ricoverati negli Ospedali Psichiatrici Giudiziari finalizzata a proposte di modifiche degli assetti organizzativi e di processo”, finanziato dal Ministero della Salute nell'ambito del bando del Centro nazionale per la prevenzione e il Controllo delle Malattie (CCM) del 2011. Denominato più in breve progetto OPG-ISS, lo studio è tuttora in corso e si concluderà nel febbraio 2015 dopo tre anni di attività.

Il progetto OPG-ISS è coordinato dal Reparto Salute Mentale del Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute (CNESPS) dell'ISS, ed è condotto in collaborazione con diverse strutture ospedaliere che hanno composto le Unità Operative del progetto:

- 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 (DSM) di Messina – in contiguità territoriale con l'OPG di Barcellona Pozzo di Gotto (ME) (referente scientifico: dott. Antonino Ciraolo).

L'obiettivo principale del progetto OPG-ISS è la raccolta di informazioni affidabili e complete su tipologia, gravità e decorso dei disturbi mentali, sul funzionamento personale e sociale, e sui bisogni dei pazienti ricoverati negli OPG italiani. Tali informazioni, raccolte tramite strumenti di valutazione standardizzati che rappresentano il *gold standard* internazionale ciascuno per il proprio specifico, sono necessarie per l'elaborazione di progetti terapeutico riabilitativi appropriati alle condizioni cliniche e alle risorse del singolo paziente e per il monitoraggio e la valutazione degli interventi attuati.

Gli OPG e i pazienti psichiatrici che vi sono ricoverati sono stati a lungo dimenticati dal mondo della psichiatria clinica esterna a tali strutture e dalla ricerca psichiatrica italiana. Il progetto dell'ISS è nato come un'iniziativa volta a colmare questa lacuna, mettendo in primo piano la diagnosi psichiatrica e i bisogni di salute dei pazienti con disturbi mentali autori di reato.

La prima ipotesi di messa a punto di un progetto di ricerca ancorato alla realtà clinica e al contesto specifico degli OPG da parte dell'ISS risale al maggio 2011, quando il dott. Guido Ditta, già direttore dell'Ufficio VII della Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria del Ministero della Salute e membro del Gruppo di lavoro interministeriale per i problemi degli OPG, si fece promotore di un incontro volto a favorire la collaborazione tra il Reparto Salute Mentale del CNESPS e gli operatori sanitari dei sei OPG italiani.

Come descritto in dettaglio nel capitolo precedente, il Decreto della Presidenza del Consiglio dei Ministri (DPCM) del 1° aprile 2008 aveva chiamato in primo luogo le Regioni sede di OPG ad assumersi la responsabilità della gestione sanitaria di queste strutture. Nel nuovo contesto delineato dal decreto, i sei DSM con competenza territoriale sugli OPG erano tenuti a rendere disponibili piani individualizzati di trattamento per il reinserimento dei pazienti nel territorio e a esercitare funzioni di raccordo nei confronti della Aziende Sanitarie di appartenenza dei pazienti. Nel maggio 2011 gli operatori sanitari degli OPG intervenuti alla riunione, pur con ampie differenze regionali, erano impegnati già da alcuni mesi nell'attuazione del decreto sotto la guida del Ministero della Salute e delle Regioni. La mancanza di strumenti diagnostici e di valutazione degli esisti condivisi dagli operatori sanitari impegnati all'interno e all'esterno dell'OPG era fra le criticità che ostacolavano le funzioni di raccordo e pianificazione terapeutica.

Presso il Reparto Salute Mentale dell'ISS si era appena conclusa positivamente la sperimentazione di un sistema di sorveglianza sentinella di specifici disturbi mentali diagnostici e valutati con strumenti standardizzati, basato su una rete di 22 Centri di Salute Mentale (CSM) dislocati in 15 Regioni italiane (Gigantesco *et al.*, 2012). La costituzione di una rete nazionale di 22 CSM aveva richiesto articolate attività formative all'uso di strumenti di valutazione standardizzati per la diagnosi psichiatrica, la realizzazione della connessione in rete dei centri e del sistema informativo per la trasmissione dei dati dai centri sentinella al database centrale dell'ISS.

Alla luce delle necessità emergenti tra gli operatori sanitari degli OPG e delle competenze maturate presso il Reparto Salute Mentale, da quell'incontro scaturì un'ipotesi di lavoro comune, volta ad affrontare due principali aspetti problematici: 1) la carenza di dati epidemiologici sulla popolazione ricoverata nei sei OPG italiani; 2) la mancanza di un

approccio standardizzato per la valutazione psichiatrica e degli esiti condiviso tra gli OPG nazionali e tra questi e i servizi psichiatrici territoriali.

L'utilità di una sistematica raccolta di informazioni relative alla diagnosi e al tipo di interventi terapeutico-riabilitativi, erogati in una determinata popolazione al fine di promuovere la qualità dell'assistenza in ambito psichiatrico e un approccio orientato alla valutazione degli esiti degli interventi attuati, è ampiamente documentata a livello internazionale (Perera *et al.*, 2009).

È noto che le diagnosi psichiatriche formulate nella abituale pratica clinica, senza l'ausilio di strumenti standardizzati, presentano limitata accuratezza e riproducibilità che aumentano con l'utilizzo di interviste diagnostiche strutturate o semi strutturate (Miller *et al.*, 2001).

Per quanto riguarda i pazienti ricoverati negli OPG italiani, non sono attualmente disponibili dati affidabili e riproducibili sulla diagnosi psichiatrica e sulla gravità dei disturbi dai quali questi pazienti sono affetti e sui loro bisogni, e mancano modalità condivise di valutazione del decorso clinico e degli esiti dei trattamenti.

Nella fase di modifica degli assetti organizzativi del contesto psichiatrico-forense in corso in Italia, avviata dal DPCM del 2008 e consolidatasi con la Legge n. 9 del 17 febbraio 2012, la caratterizzazione di questi pazienti potrà auspicabilmente contribuire a predisporre percorsi di cura e interventi in grado di rispondere alle specifiche necessità cliniche di questa popolazione di pazienti.

Obiettivi specifici

Gli obiettivi specifici del progetto sono:

1. rendere disponibili informazioni affidabili sulle caratteristiche cliniche e psicosociali e sui bisogni della popolazione ricoverata negli OPG mediante l'impiego di strumenti standardizzati, che rappresentano il gold standard internazionale;
2. promuovere l'attuazione di interventi terapeutico riabilitativi basati su una valutazione affidabile e riproducibile delle condizioni cliniche, delle risorse e dei bisogni del singolo paziente;
3. fornire informazioni utili al monitoraggio e alla valutazione di interventi e programmi rivolti a questa popolazione di pazienti a livello regionale e interregionale;
4. rendere disponibili informazioni necessarie alla pianificazione della futura presa in carico di questa popolazione di pazienti.

Metodologia

La metodologia è stata messa a punto coinvolgendo alcuni esperti nazionali di valutazione di servizi, epidemiologia psichiatrica, politica sanitaria, psichiatria penitenziaria e riabilitazione psichiatrica, riuniti nel Comitato scientifico del progetto con funzione di supporto all'Unità di coordinamento dell'ISS.

Anche i referenti scientifici e alcuni psichiatri delle UO hanno contribuito in maniera significativa a definire la valutazione, orientandola alle necessità della pratica clinica con i loro pazienti.

Per facilitare la costruzione di un percorso comune con le istituzioni direttamente chiamate a prendersi cura dei pazienti una volta chiusi gli OPG e mantenere il progetto ancorato alla realtà clinica dei pazienti psichiatrici autori di reato, sono stati raccolti i suggerimenti dei referenti regionali in tema di OPG di tutte le Regioni italiane nell'ambito di un incontro tecnico nazionale dedicato, tenutosi presso l'ISS il 6 luglio 2012.

Lo studio proposto è uno studio osservazionale con componente prospettica e si svolge nei sei OPG italiani, collocati in cinque diverse Regioni.

La popolazione oggetto di studio è rappresentata dai 988 pazienti ricoverati in OPG alla data di avvio delle valutazioni (1° giugno 2013) e dai pazienti consecutivamente afferenti a tali strutture per un periodo di 12 mesi.

I criteri di inclusione solo lo status di paziente ricoverato in OPG e il consenso informato alla partecipazione allo studio.

Per ciascun paziente partecipante, gli operatori sanitari dell'OPG raccolgono dati sociodemografici, dati relativi alla storia clinica, alla rete sociale, al trattamento psichiatrico riabilitativo attuale e pregresso e informazioni giuridiche di rilievo sanitario tramite una scheda di raccolta dati elaborata *ad hoc*, descritta in dettaglio nel capitolo successivo.

Tramite interviste semi-strutturate standardizzate e scale di valutazione specifiche di validità e riproducibilità ampiamente documentate, la maggior parte delle quali costituiscono il *gold standard* per la valutazione di questi specifici costrutti a livello internazionale, vengono valutate per ciascun partecipante:

- *diagnosi psichiatrica di Asse I*
tramite l'intervista SCID-I RV (*Structured Clinical Interview for DSM-IV Disorders - Axis I Research Version*) (First *et al.*, 2002);
- *profilo cognitivo*
con MMSE (*Mini Mental State Examination*) (Folstein *et al.*, 1975) e Matrici progressive di Raven (Raven *et al.*, 2008);
- *disabilità fisica*
tramite PHI (*Physical Health Index*);
- *disturbi di personalità*
con l'intervista semistrutturata SIDP-IV (*Structured Interview for DSM-IV Personality Disorders*) (Pfohl *et al.*, 1997);
- *gravità psicopatologica*
con BPRS (*Brief Psychiatric Rating Scale*) a 24 item (Roncone *et al.*, 1999);
- *funzionamento personale e sociale*
tramite la scala GAF (*Global Assessment of Functioning*, nota in italiano come scala VGF, Valutazione Globale del Funzionamento) (Jones *et al.*, 1995);
- *soddisfacimento dei bisogni*
con l'intervista CANFOR (*Camberwell Assessment of Need - Forensic Version*) (Thomas *et al.*, 2003).

La valutazione completa di ciascun caso richiede in media sei ore, circa quattro delle quali trascorse a colloquio con il paziente; è pertanto opportuno suddividere la somministrazione degli strumenti nell'arco di tre o quattro diverse giornate.

L'impegno della valutazione può essere suddiviso fra diverse tipologie di operatori sanitari purché a ciò espressamente formati: infermiere professionale per la compilazione delle scheda raccolta dati, psichiatra o psicologo per la somministrazione di PHI, MMSE, SCID-I RV, VGF, BPRS, Matrici progressive di Raven e SIDP-IV, terapista della riabilitazione o infermiere professionale o educatore o assistente sociale per la somministrazione della CANFOR.

In alcune condizioni la valutazione è necessariamente più breve: se vi è una diagnosi di schizofrenia alla SCID-I RV, la valutazione della personalità con la SIDP-IV non viene effettuata in linea con le indicazioni fornite dagli autori dell'intervista; se vi è evidenza di un decadimento intellettuale grave (punteggio MMSE < a 17) o di un deficit intellettuale confermato

dai risultati delle Matrici di Raven, non viene effettuata né valutazione della personalità né quella dei bisogni; per pazienti di altre nazionalità la possibilità di somministrare l'intera gamma delle interviste dipende dalla comprensione della lingua italiana.

I dati raccolti presso le UO vengono trasmessi all'Unità di Coordinamento dell'ISS tramite un archivio interattivo di raccolta dati *web-based* realizzato *ad hoc*, provvisto di accesso tramite *user-id* e *password* individuale e dotato di opportuni sistemi di crittografia dei dati con connessione protetta e certificato digitale, che ne consente la visualizzazione in forma protetta e anonima in tempo reale per il controllo di qualità.

A distanza di sei mesi dalla prima valutazione i pazienti sono avviati alla valutazione di follow-up che prevede la raccolta di dati relativi a tipologia e intensità dei trattamenti terapeutico-riabilitativi ricevuti e risorse disponibili (sezioni della scheda di raccolta dati relative ai trattamenti specialistici, riabilitazione, rete familiare e sociale) e la rivalutazione di:

- gravità sintomatologica (BPRS);
- funzionamento personale e sociale (VGF);
- soddisfacimento dei bisogni (CANFOR).

I pazienti che non fossero più ricoverati saranno ricontattati dal personale sanitario dell'OPG e se disponibili, rivalutati dallo stesso personale sanitario dell'OPG in tempi e sedi da definire caso per caso.

Sui dati raccolti alla valutazione iniziale (caratteristiche sociodemografiche, percorsi di cura pregressi, diagnosi psichiatrica, gravità psicopatologica, funzionamento personale e sociale), saranno condotte analisi descrittive.

La disponibilità delle valutazioni di follow-up consentirà di applicare modelli di analisi della varianza per valutare la presenza di cambiamenti rispetto alle condizioni iniziali e modelli di regressione multipla per individuare eventuali fattori predittivi degli esiti di salute.

Formazione degli operatori sanitari coinvolti

La formazione degli operatori sanitari coinvolti nella valutazione dei pazienti è un elemento fondamentale per rendere disponibili informazioni accurate e riproducibili. Per garantire la corretta somministrazione degli strumenti, l'omogeneità e confrontabilità dei dati raccolti, con particolare riferimento alle interviste semi strutturate che richiedono un training specifico, sono stati effettuati corsi di formazione rivolti agli operatori sanitari degli OPG sugli strumenti utilizzati, nel rispetto delle competenze necessarie alla somministrazione.

Un corso principale di due giorni, al quale hanno partecipato almeno due operatori per ciascuna UO, si è tenuto a Roma il 17 e 18 settembre 2012, successivamente sono stati organizzati altri quattro corsi di formazione presso le UO per diffondere le competenze fra tutti gli operatori sanitari interessati⁸. Complessivamente oltre 90 operatori sanitari sono stati destinatari di formazione specifica relativa a uno o più strumenti. Sono stati inoltre resi disponibili ai ricercatori sul campo i manuali di somministrazione degli strumenti laddove disponibili e un manuale sulle procedure delle valutazioni.

Etica e privacy

Lo studio ha ottenuto l'approvazione dal Comitato Etico dell'ISS il 18 aprile 2013. Tutte le informazioni raccolte nello studio sono trattate nel rispetto della normativa italiana sulla tutela dei dati personali (DL.vo 196/2003). I dati personali sono trattati elettronicamente con i criteri che realizzano la massima riservatezza e utilizzati unicamente a fini dello studio. I dati socio-

⁸ Si ringraziano il Prof. Antonio Lasalvia e il Dott. Luca Castelletti per la formazione all'utilizzo dell'intervista CANFOR; la Prof.ssa Rita Roncone per la formazione sulla BPRS.

sanitari raccolti sono anonimizzati nel trattamento elettronico e conservati separatamente da quelli anagrafici. Solo i responsabili, i ricercatori e medici coinvolti nello studio presso le UO sono in grado di ricollegarli. Una volta codificati, i dati sono trasferiti all'ISS per l'elaborazione unicamente per finalità di ricerca scientifica in ambito epidemiologico e saranno diffusi solo per finalità di ricerca scientifica in forma aggregata.

I pazienti ricoverati in OPG sono portatori di una doppia vulnerabilità in quanto persone affette da disturbi mentali sottoposte a una restrizione della libertà personale.

Come previsto dalle *International Ethical Guidelines for Biomedical Research Involving Human Subjects* del *Council for International Organizations of Medical Sciences* (CIOMS, 2002) per progetti di ricerca che coinvolgano persone vulnerabili, lo studio si propone di ottenere conoscenze rilevanti per i particolari bisogni di salute di queste persone e di offrire agli stessi pazienti benefici legati alla partecipazione. La partecipazione allo studio non comporta rischi in eccesso rispetto alla pratica clinica abituale.

L'operatore sanitario di riferimento propone la partecipazione allo studio al paziente ricoverato, spiegandone nel dettaglio le caratteristiche (finalità, procedure, diritti dei soggetti e obblighi dei ricercatori relativamente a volontarietà della partecipazione e tutela dei dati personali); consegna al paziente una nota informativa sullo studio perché egli possa prenderne visione e raccoglie il consenso informato alla partecipazione e l'autorizzazione al trattamento dei dati personali in forma scritta.

Una parte dei pazienti ricoverati in OPG, con percentuali variabili nelle diverse strutture ma mediamente inferiore al 10%, non è competente legalmente perché in stato di interdizione. Per questo sottogruppo di pazienti viene raccolto il consenso informato dei tutori legali, ma ai fini del coinvolgimento nello studio è comunque necessario che il paziente espliciti la propria volontà di partecipare.

Strutture sanitarie coinvolte

OPG di Castiglione delle Stiviere (MN)

A distanza di oltre 10 anni dal DL.vo 230/1999 (Riforma Sanità Penitenziaria), che aveva solo lambito la questione degli OPG, la tutela della salute mentale in questi istituti vive una nuova stagione di cambiamenti sotto il profilo della cornice generale delle norme di riferimento, profondamente mutate. In primo luogo la modifica del Titolo V della Costituzione nel 2001; poi la Legge Finanziaria 2008, n. 244 del 24/12/2007; il DPCM 1° aprile 2008, che ha consegnato definitivamente alle Regioni la partita delle tutela della salute mentale; la Legge 17 febbraio 2012 n. 9, come modificata dalla Legge 57/2013. Tali ultimi atti parlamentari, debitamente finanziati, hanno sancito il definitivo superamento degli OPG, mediante: da un lato la realizzazione di apposite strutture in ciascuna Regione, provviste di n. 20 posti; dall'altro la messa a regime di percorsi territoriali gestiti dai competenti DSM, per evitare il ricovero in OPG anche durante il regime transitorio necessario alla loro definitiva chiusura entro il 31 marzo 2015.

La ricerca condotta dall'ISS finalizzata alla valutazione dei pazienti ricoverati negli OPG è stata prorogata al marzo 2015, con l'evidente scopo di accompagnare il processo di riforma. Tra i sei istituti coinvolti merita particolare attenzione quello gestito all'interno del competente DSM da parte dell'Azienda Ospedaliera Carlo Poma di Mantova, la cui storia è stata per certi versi singolare rispetto agli altri "manicomi giudiziari", alla luce del fatto che i soggetti "folli rei" sono stati da sempre "curati e custoditi" in via esclusiva da personale sanitario, senza l'intervento e la diretta gestione dell'amministrazione penitenziaria. Infatti, l'istituto di Castiglione delle Stiviere ebbe origine nel 1939, quale sezione dell'ospedale psichiatrico civile.

Anche ad Imola e Volterra vennero inaugurate sezioni giudiziarie, collegate al manicomio civile. Nel 1955 venne aperto il manicomio giudiziario – sezione femminile – di Pozzuoli, che si aggiunse al reparto femminile di Castiglione delle Stiviere, dove solo dal 1950 ebbero inizio i ricoveri di donne, anche in seguito alla chiusura della sezione femminile di Aversa. Nel 1953 esistevano in Italia nove istituti, tra manicomi giudiziari e sezioni giudiziarie collegate agli ospedali psichiatrici civili.

Dal 1975 l’istituto di Castiglione delle Stiviere è rimasto il solo, in Italia, dedicato all’esecuzione delle misure di sicurezza detentive di soggetti di sesso femminile.

Attualmente sono ancora operativi sei OPG, di cui cinque operanti in immobili del Ministero della Giustizia, caratterizzati da organizzazione fortemente improntata alla sicurezza e uno, Castiglione delle Stiviere, articolato in presidio sanitario di proprietà dell’Azienda ospedaliera, con caratteristiche logistiche di tipo basilare, antecedente alla Legge 180, situato in una vasta superficie collinare, organizzato per padiglioni e servizi diurni dedicati alla riabilitazione. Dal 1939 fino al 1978 è stato finanziato sulla base di rapporto in convenzione con rinnovi triennali tra il Ministero della Giustizia e gli Enti sanitari dedicati all’assistenza; successivamente al 1978 e fino al 2009, con atti rinnovati annualmente, dove la natura giuridica del soggetto erogatore dell’assistenza ha seguito lo sviluppo legislativo nazionale e regionale. Il DPCM 1° aprile 2008 ha sancito una discontinuità della natura del finanziamento, sgravando integralmente l’amministrazione della giustizia di ogni onere, che ricade sul bilancio sanitario della Regione Lombardia, senza forma alcuna di perequazione interregionale, a dispetto del fatto che Castiglione gestisce l’intera popolazione femminile nazionale, oltre che, per gli uomini, anche i soggetti residenti in Piemonte e Valle d’Aosta. Dopo il 2009 il nosocomio mantovano è andato incontro a un rapido e incomprimibile sovraffollamento, nonostante abbia rispettato le previsioni contenute negli accordi della Conferenza Unificata, siglati a partire dal 2009. Organizzato e funzionante per molti anni su di una presenza media di 200 pazienti, gestisce da oltre 4 anni non meno di 280-300 pazienti. Il numero di dimissioni annue è pari a 160-180 persone, mentre i nuovi ingressi eccedono di almeno 10-20 unità, nello stesso periodo di tempo, il numero dei dimessi. Nell’OPG di Castiglione delle Stiviere un paziente su due trova un percorso di inserimento sul territorio entro 6-8 mesi dall’applicazione della misura di sicurezza provvisoria, in regime di libertà vigilata, quando ancora è in corso il processo (effetti della Sentenza della Corte Costituzionale 367/2004). Il dato del sovraffollamento era stato ampiamente previsto dallo scrivente, che negli anni 2004-2008 ha monitorato la popolazione OPG nazionale, sulla base dei dati forniti dal DAP (Dipartimento dell’Amministrazione Penitenziaria), standardizzati per i dati ISTAT dei residenti italiani e stranieri nelle varie Regioni italiane. Tenuto conto che la prevalenza nazionale per molti anni ha oscillato tra 1,9 e 2,3 internati ogni 100.000 cittadini della maggiore età e tenuto conto che Castiglione era ed è restato l’unico centro femminile nel nostro Paese, la causa principale di un alto numero di presenze su base annua, nonostante il dimezzamento del tempo medio di permanenza a decorrere dal 2011, insiste sullo spropositato bacino di afferenza dell’OPG, deciso dalla Conferenza Unificata del 2009.

Data questa articolata premessa si può ritenere che lo studio dell’ISS “Valutazione dei pazienti ricoverati negli OPG finalizzata a proposte di modifiche di assetti organizzativi e di processo” a cui l’OPG di Castiglione partecipa attivamente, vedrà un campione di soggetti reclutati, provenienti per circa un terzo dal nosocomio lombardo, se è vero che alla data 1° giugno 2013 ben 282 erano qui in carico, pertanto reclutati nello studio e se è anche vero che il totale annuo dei nuovi casi sul bacino nazionale è rappresentato significativamente da popolazione afferente all’OPG.

L’impatto della ricerca promossa e coordinata dall’ISS sull’organizzazione del personale in servizio presso l’OPG è comprensibile nella misura in cui si tenga in conto il fatto che sia gli

psichiatri, sia le altre professioni non mediche sono a rapporto di dipendenza con il Servizio Sanitario Nazionale (SSN), con base oraria settimanale di 38 ore per la dirigenza medica e 36 ore per il personale del comparto sanitario (infermieri, operatori socio sanitari, educatori, assistenti sociali). La dirigenza medica è composta da 13 figure, tra le quali il direttore dell'istituto. Nel numero va ricompreso un medico a tempo ridotto (universitario a 20 ore), un medico impegnato sulla casa circondariale di Mantova (15 ore settimana), un medico a tempo pieno impegnato sulla comunità a valle dell'OPG, quale sperimentazione regionale per la tutela della salute mentale di soggetti già internati, in regime di licenza finale esperimento e/o libertà vigilata. Si deve inoltre tenere in conto che la stessa forza lavoro medica assicura tutto il carico terapeutico, riabilitativo e assistenziale nelle 24 ore, comprensivo della salvaguardia delle condizioni generali di salute (funzione assistenza primaria e continuità dell'assistenza di base, notturna e festiva). Data questa premessa, la ricerca è stata accolta favorevolmente, come opportunità sia per standardizzare il processo di individuazione/oggettivazione della complessità dei bisogni integrati della popolazione di pazienti in carico (PHI, CANFOR, MMSE, SPM e scheda anagrafica), sia per standardizzare il processo diagnostico e di monitoraggio dell'esito. Lo scrivente, quale coordinatore locale della ricerca, ha chiesto e ottenuto che il protocollo ISS fosse adottato quale strumento corrente di lavoro nell'ambito della scheda di budget annuale (2013-2014), concordata con il Direttore Generale dell'azienda ospedaliera. La stessa azienda ha comunque dato corso alla procedura per evidenza pubblica, finalizzata al reclutamento di una psicologa, impegnando in questo modo circa l'80% delle risorse affidate e gestite per il progetto di ricerca. Sono inoltre previste riunioni periodiche con tutte le figure professionali dell'OPG coinvolte (coordinatori del personale sanitario, educatori e medici), al fine di monitorare le criticità e il complessivo sviluppo del progetto. Infine è stato approntato dallo scrivente un manuale interattivo, con scaricamento dati e salvataggio delle informazioni, accessibile dalla rete intranet aziendale, che consente agli operatori di realizzare il loro contributo alla ricerca, restituendo al coordinatore il monitoraggio dello stato di avanzamento del progetto medesimo. Si tenga, infatti, presente che sono emerse le seguenti difficoltà di coordinamento del processo di ricerca:

- Dato il campione iniziale pari a 282 soggetti eletti al 1° giugno 2013, questi erano distribuiti in 4 reparti, che godono di una certa autonomia organizzativa dei percorsi di cura e riabilitazione.
- Il caricamento dati sul portale ISS è molto oneroso in termini di impegno orario, motivo per il quale è stato demandato alla psicologa reclutata, la quale risulta centrale nel monitoraggio tra i test eseguiti nelle unità di cura e il relativo caricamento.
- L'alto turn-over tra dimissioni e nuovi ingressi (n. 122 soggetti dal 2 giugno 2013 al 31 dicembre 2013), implica un coordinamento strenuo e capillare per mantenere il giusto ritmo di lavoro sulle 4 unità di cura, evitando da un lato di perdere troppi soggetti del campione iniziale, dall'altro il fenomeno dell'accumulo dei nuovi ingressi senza ingaggio nella ricerca stessa in un tempo ragionevole, che è stato stimato di n. 90 giorni tra la data di ingresso e la data di ingaggio (scheda anagrafica, PHI, MMSE, SPM, SCID-I RV).

In conclusione, tenuto conto della complessità del progetto, comunque strategico per sostenere il processo riformatore secondo una visione nazionale, grazie alla qualità dei dati raccolti, tenuto ancora conto dell'impatto complessivo all'interno di una struttura ad alta complessità organizzativa (oltre a 13 dirigenti medici e due dirigenti psicologi, sono in servizio oltre 120 operatori sociosanitari e poco meno di 50 infermieri, quattro educatori e quattro assistenti sociali), l'anno 2013 può definirsi concluso con il raggiungimento dei seguenti obiettivi:

1. accettazione della ricerca da parte di tutto il personale;

2. acquisizione di nuove competenze, anche grazie all'introduzione e l'utilizzo corrente di strumenti di lavoro;
3. progressivo migliore coordinamento tra le unità di cura e il personale dedicato;
4. buona sinergia tra la fase applicativa sul campo (motivazione sul paziente, somministrazione test) e la fase successiva di restituzione dei dati sul portale ISS.

OPG di Reggio Emilia

La sede dell'OPG di Reggio Emilia, aperto nel 1892, è stata per cento anni un ex convento situato nel centro storico della città. Dal dicembre 1991 la collocazione dell'OPG di Reggio Emilia è stata spostata alla prima periferia, all'interno del nuovo Istituto di Pena di Reggio Emilia che comprende anche la Casa Circondariale.

Questa collocazione che poteva preludere ad una caratterizzazione fortemente custodialistica della struttura ha probabilmente funzionato da stimolo per la ricerca di soluzioni organizzative che potessero in qualche modo sostenere l'intervento sanitario.

È nata così nel 1998 la sperimentazione di un reparto "aperto" all'interno dell'OPG di Reggio Emilia quando la Direzione dell'Istituto insieme al Gruppo di Osservazione e Trattamento (GOT) anticipa gli indirizzi contenuti nel Progetto Obiettivo "Tutela Salute Mentale 1998-2000", con lo scopo di migliorare il passaggio intermedio tra l'istituzionalizzazione e il reinserimento esterno dei soggetti autori di reato dichiarati infermi di mente, sottoposti a misura di sicurezza perché pericolosi socialmente (internati).

In questa realtà si è inserito dal luglio 2000 il "Progetto Antares" finanziato dalla Regione Emilia Romagna in collaborazione con il Comune di Reggio Emilia, con l'obiettivo di:

1. qualificare, creandone i presupposti operativi e culturali, la quotidianità nel reparto sperimentale "aperto";
2. intensificare in questo reparto, dove già da anni era prevalente la componente riabilitativa a ridotta sorveglianza, gli interventi e le azioni terapeutico-riabilitative anche mirate alla dimissione dei pazienti;
3. preparare il distacco dall'istituto con passi graduali verso l'autonomia;
4. attivare, in modo precoce il contatto con i servizi territoriali delle località di provenienza, tramite l'adozione di specifiche convenzioni tra la Regione Emilia Romagna e le Aziende USL del territorio regionale, nell'ottica della regionalizzazione degli internati prevista nella proposta di legge allora in via di definizione parlamentare;
5. infine istituire un gruppo tecnico di valutazione del paziente che individuasse un percorso di interventi mirato al suo reinserimento sociale.

Il DPCM 1° aprile 2008 è comunque intervenuto in un momento in cui la struttura stava affrontando un periodo di sovraffollamento che è proseguito sino a buona parte del 2011, per cui condizione indispensabile, una volta effettuato il trasferimento dei beni, delle attrezzature e il passaggio del personale all'SSN (ottobre 2008) è stato, da parte dell'AUSL di Reggio Emilia di concerto con l'Assessorato Sanità della Regione Emilia Romagna, il lavoro di potenziamento e di riorganizzazione delle risorse di personale, stante il giudizio di assoluta insufficienza del personale transitato da parte del Ministero e la precarietà delle tipologie contrattuali.

È stata istituita una Unità Organizzativa Complessa, afferente al Dipartimento di salute mentale e dipendenze patologiche e sono stati assunti con potenziamento della pianta organica dirigenti e operatori. Oltre ai medici di guardia (che coprivano e coprono le 24 ore) e a tre medici di medicina generale part-time a 18 ore settimanali, già operanti in OPG, sono stati assunti sette psichiatri, comprensivi del Direttore e delle funzioni psichiatriche presso la vicina Casa Circondariale, tre psicologi, cinque tecnici della riabilitazione psichiatrica, tutti con contratto di dipendenza a tempo pieno.

Questo ha permesso nel tempo di estendere la modalità operativa del reparto Antares anche ad altri tre reparti dell'OPG, mentre rimane tuttora un reparto dove le stanze rimangono chiuse e dove è compresente personale sanitario e personale di polizia penitenziario.

Sono inoltre stati istituiti diversi gruppi di lavoro con i quali la Regione Emilia Romagna sta creando interfacce con la magistratura di sorveglianza, la magistratura inquirente, l'amministrazione penitenziaria e naturalmente con i servizi psichiatrici territoriali regionali, al fine di rendere cosa reale, e non solo norma scritta, la presa in carico immediata da parte dell'SSN della salute mentale delle persone sofferenti psichiche autrici di reato e non solo dalla dimissione, come di fatto avveniva prima del 2008.

OPG di Montelupo Fiorentino (FI)

L'OPG di Montelupo Fiorentino, situato in Toscana, ha ospitato, negli ultimi anni, una media di 110-120 utenti internati. Si tratta, in ordine storico, del secondo degli OPG costruiti in Italia e occupa gli edifici di un complesso storico architettonico rinascimentale, costituito dalla Villa Medicea Ambrogiana, fin dal 1886.

La storia di tale Istituto, negli anni precedenti al DPCM 1° aprile 2008, è stata caratterizzata da una progressiva apertura all'esterno, dopo che negli anni '80 del secolo scorso era stato prevalentemente utilizzato come luogo di restrizione per soggetti che, pur ritenuti infermi di mente e non imputabili, erano responsabili di reati ed erano appartenenti alla criminalità organizzata.

Negli OPG si trovano ben cinque modalità di applicazione di misure di sicurezza, persone detenute con infermità sopravvenuta, un esteso ventaglio di diagnosi psichiatriche in molti casi associate a condizione di abuso, o anche di dipendenza di sostanze, fasce di età notevolmente estese, dalla maggiore età appena raggiunta fino alla presenza di persone con età molto avanzata (in alcuni casi oltre i 90 anni).

Ciononostante la struttura, con il personale sanitario e con l'apporto dell'Associazionismo e del Terzo Settore, aveva messo in atto una serie di interventi mirati a costruire opportunità per realizzare percorsi terapeutici più adatti alle caratteristiche dei pazienti.

Al momento dell'applicazione del DPCM 1° aprile 2008, la USL 11, competente per territorio a farsi carico dell'assistenza degli utenti sottoposti a misura di sicurezza nell'OPG di Montelupo, ha costituito una specifica articolazione organizzativa all'interno del Dipartimento di Salute Mentale, denominata Unità Operativa Complessa "Salute in Carcere".

Il compito di tale struttura è, in primo luogo, quello di garantire la cura e la riabilitazione delle persone interne, finalizzata alla dimissione dall'OPG e al rientro sul territorio, ma soprattutto quello di agire da tramite con i Servizi territoriali esterni, sia di Salute mentale che di altri settori, per ricostituire la continuità di cura attraverso la formulazione di progetti terapeutici individuali, con soluzioni di accoglienza, e la necessaria presa in carico all'atto della dimissione.

La migliore e più approfondita conoscenza delle varie tipologie di utenti sottoposti a misura di sicurezza negli OPG, è sempre stata una necessità di importanza fondamentale per i professionisti che lavorano con i pazienti, e per i responsabili e quanti hanno necessità di formulare previsioni per interventi più mirati, efficaci ed efficienti.

Il progetto dell'ISS, elaborato in maniera congiunta e condivisa tra tutti i Servizi che hanno in carico il trattamento dei pazienti internati negli OPG, si è proposto di dare una risposta a questa necessità, anche nell'ottica di individuare percorsi di cura adeguati e favorire il rientro nel territorio.

L'avvio della ricerca si è sovrapposto, sostanzialmente, al processo di accelerazione da parte del Governo, sospinto dalla Commissione del Senato, del percorso di chiusura degli OPG e ne ha accresciuto il valore nel momento in cui diviene l'unica ricerca in grado di descrivere, in maniera completa e standardizzata, gli ospiti degli OPG.

L’Azienda USL 11 della Toscana, con sede in Empoli, tramite l’Unità Operativa Complessa “Salute in Carcere” ha mostrato immediata e notevole sensibilità nella realizzazione degli atti necessari a far partire la ricerca, impegnando inoltre proprie risorse a supporto dei processi di formazione, di acquisizioni materiali e soprattutto estendendo ad altre professionalità, il coinvolgimento nelle fasi di esecuzione dei singoli passaggi della ricerca.

La Regione Toscana, tenuta a farsi carico dell’OPG di Montelupo Fiorentino e del bacino delle Regioni collegate ad esso, secondo l’Accordo di Conferenza Unificata del 2009 (Liguria, Sardegna, Umbria e Toscana stessa), ha impegnato già fin dal 2008, risorse per avviare una serie di azioni tese a migliorare gli interventi del personale sanitario e soprattutto favorire la dimissione e il rientro sul territorio di pazienti residenti nella Regione.

I percorsi terapeutici realizzati hanno evidenziato come l’eterogeneità della popolazione presente negli OPG, unificata in realtà dal concetto di pericolosità sociale che sostiene l’applicazione della misura di sicurezza applicata, rende necessaria la definizione di percorsi diagnostico terapeutici differenziati nelle risorse umane impegnate e nelle soluzioni di accoglienza e di presa in carico individuate.

L’Unità Operativa Complessa “Salute in Carcere” ha collaborato con l’Unità di coordinamento dell’ISS alla messa a punto della scheda di raccolta dati sul paziente elaborata *ad hoc* per il progetto.

Il progetto si è sviluppato in maniera graduale e sta dando i primi risultati non solo nell’applicazione degli strumenti diagnostici standardizzati, ma anche nella crescita, da parte dei professionisti, della considerazione relativa all’importanza della definizione di Piani Terapeutici Riabilitativi Individualizzati, elaborati secondo modelli standard condivisi, e di valutazione degli obiettivi formulati nell’ottica di migliorare e rendere sempre più efficiente l’intervento messo in atto e consolidare i progressi terapeutici per i pazienti.

Tra le azioni collaterali messe in atto nel processo di superamento dell’OPG di Montelupo Fiorentino, hanno assunto un valore notevole come supporto della ricerca, la costituzione di un Sottogruppo, previsto in un Accordo del 2011 della Conferenza Unificata, composto da tutti i DSM della Regione che hanno, o possono avere, persone o utenti negli OPG. Il referente scientifico del progetto di ricerca è anche Coordinatore del Sottogruppo ed ha potuto sensibilizzare i DSM e le loro equipe, a fornire collaborazione nella raccolta dei dati contenuti nelle cartelle cliniche e utili alla formulazione dei Piani Terapeutici e Riabilitativi Individualizzati.

Analogamente il Tavolo di Coordinamento di bacino ha potuto collaborare attraverso la formulazione di una scheda di raccolta di dati e notizie relative al paziente, al contesto di provenienza e alle circostanze relative al reato commesso, per poter elaborare un progetto di dimissione coerente e condiviso.

La partecipazione alle iniziative di formazione congiunta con gli operatori delle altre UO della ricerca, in attività negli altri OPG, ha favorito lo scambio di esperienze e la conoscenza delle reciproche organizzazioni, il raccordo e la condivisione degli obiettivi anche negli incontri con i referenti regionali in tema di OPG promosse dall’Unità di coordinamento dell’ISS, con la finalità di individuare possibili percorsi comuni intra- ed extra-progetto relativamente alla metodologia per la valutazione clinica dei pazienti ricoverati in OPG.

OPG di Aversa (CE)

L’OPG “Filippo Saporito” di Aversa è tra i “manicomi criminali” più grandi d’Europa. Costruito al centro della città nel 1876 fu destinato ad ospitare i “folli rei”, i matti che commettevano un delitto, e i “rei folli”, quelli che invece impazzivano in carcere.

Fino al 2008 era gestito completamente dall’amministrazione giudiziaria: era infatti diretto da un Direttore Unico, psichiatra, c’era in organico un numero limitato di infermieri che seguiva

le direttive dell'Autorità Giudiziaria; erano presenti, in modo saltuario, consulenti psichiatri e di altre branche specialistiche, che rispondevano più a richieste di tipo giudiziario che di tipo sanitario. Il personale numericamente più ragguardevole era quello penitenziario, che doveva controllare che fossero applicate le norme di sicurezza e che di fatto gestiva gli internati e molti degli agenti di Polizia Penitenziaria facevano anche gli infermieri (avendo fatto corsi interni di qualificazione sanitaria).

Con il DPCM 1° aprile 2008 la parte sanitaria dell'OPG diventa di competenza della ASL competente per territorio (ex-ASL CE/2). Il personale infermieristico diventa dipendente della ASL, i medici (ad esclusione del direttore-dipendente) rimangono consulenti.

Oggi sono ricoverate circa 150 persone distribuite in sei reparti o sezioni con una media di 25 internati per reparto, il personale medico è raddoppiato (dieci psichiatri e dieci psicologi in più rispetto ai pochi consulenti ormai quasi tutti dimessisi) e sono presenti 50 infermieri e otto operatori socio sanitari.

Due reparti sono gestiti da solo personale sanitario e ospitano 50 pazienti, i cosiddetti dimisibili, cioè internati che hanno terminato la misura di sicurezza e sono o in proroga o in attesa di essere giudicati dal magistrato di sorveglianza per la valutazione della pericolosità sociale.

Il bacino regionale di utenza competente per l'OPG di Aversa comprende Lazio, Campania, Abruzzo e Molise.

Nel 2009, con l'ex Delibera Giunta Regione Campania (DGRC n. 858 dell'8 maggio /2009) si avvia un percorso di presa in carico e di dimissioni di tutti quegli internati in proroga di misura di sicurezza definitiva o di quelli in grado di poter usufruire di Licenza Finale di Esperimento (LFE).

L'Unità Operativa "Salute Mentale Penitenziaria e Superamento OPG", fa parte del Dipartimento di Salute Mentale dell'ASL Caserta, nasce nel 2011 con responsabile il Dr. Raffaello Liardo, dirigente sanitario del CSM di Aversa.

Il progetto OPG-ISS ha stimolato tutti gli operatori a una definizione sistematica dei ricoverati utilizzando sistemi operativi condivisi con gli altri OPG, che determinerà una migliore conoscenza di tanti aspetti (clinici, socio-residenziali, economici, ecc.) dei pazienti e che sta già portando a modifiche nell'operatività all'interno dell'istituto.

OPG di Napoli Secondigliano

L'attuale OPG di Napoli, dall'8 marzo 2008, è ospitato in un corpo della struttura carceraria del Centro Penitenziario di Secondigliano, alla periferia della città. In precedenza, invece, dal 1925 era situato presso l'antico convento di Sant'Eframo del XVI secolo, costruito sulla parte collinare della città, a ridosso del centro storico. Il convento a sua volta era già carcere dal 1865 e fu trasformato in manicomio giudiziario con decreto regio il primo novembre del 1925.

L'attuale struttura carceraria dove è allocato l'OPG si sviluppa su quattro piani, di cui il terzo e quarto ospitano gli internati. Ogni piano è suddiviso in due sezioni e ogni sezione prevede cinque stanze multiple e dieci singole, per un massimo di trenta pazienti a sezione.

Dal 1° ottobre 2008, le competenze sanitarie sono operativamente svolte dall'équipe del DSM della ASL NA 1C.

L'obiettivo di garantire, anche per la popolazione internata negli OPG, il diritto costituzionale alla salute passa, necessariamente, attraverso la promozione dei modelli assistenziali di salute mentale già operanti per i cittadini liberi.

Nell'OPG di Napoli, con il passaggio delle competenze all'SSN, l'intera équipe assistenziale si è prodigata a dare piena attuazione del programma di superamento della istituzione manicomiale giudiziaria. I primi necessari interventi sono stati volti al miglioramento delle condizioni di vita, all'attuazione di programmi riabilitativi e all'attivazione della rete

informativa e collaborativa con i DSM e gli enti locali di competenza territoriale. Attualmente gli interventi sono focalizzati al potenziamento degli interventi assistenziali-riabilitativi intramurari e dove possibile extramurari.

Con l'individuazione dell'OPG quale luogo di internamento conseguente all'applicazione delle misure di sicurezza, è stata resa possibile la sopravvivenza, anche dopo la Legge 180, del concetto di *pericolosità sociale*, che persiste tutt'ora come roccia basilare irriducibile. L'art. 202 c.p. indica che "le misure di sicurezza possono essere applicate soltanto alle persone socialmente pericolose che abbiano commesso un fatto preveduto dalla legge come reato" e l'art 203 c.p. definisce "socialmente pericolosa la persona la quale ha commesso taluno dei fatti indicati nell'articolo precedente quando è probabile che commetta nuovi fatti preveduti dalla legge come reati".

L'OPG è un'istituzione complessa dove attualmente trovano posto diverse figure di utenti, con diversi profili giuridici.

Il paziente dell'OPG presenta non solo problematiche di tipo medico, ma necessariamente anche giudiziarie e penitenziarie. L'istituzione OPG chiede il coinvolgimento e il confronto di almeno tre sistemi, quello sanitario, quello penitenziario e quello giudiziario in tutte le decisioni e gli interventi necessari. Ognuno di questi sistemi è a sua volta articolato in una serie di figure con ruoli e competenze diversi.

Sicuramente le competenze dell'Autorità Giudiziaria sono quelle più significative per il destino degli utenti dell'OPG. Infatti:

"l'autorità competente al riesame della pericolosità sociale, all'applicazione, alla trasformazione, alla revoca anche anticipata delle misure di sicurezza è il Magistrato di Sorveglianza" (art. 69 della Legge n. 354/1975).

Il Magistrato di Sorveglianza, in sede di udienza per il riesame della misura di sicurezza, acquisisce informazioni provenienti sia dall'équipe interna all'istituto, sia da operatori territoriali che possono essere dell'amministrazione penitenziaria o delle forze dell'ordine, sia dagli operatori dei servizi di salute mentale competenti per territorio. Dopodiché si pronuncia sul giudizio di pericolosità sociale dell'internato sottoposto a misure di sicurezza.

Le informazioni sono il prodotto sia delle osservazioni dell'équipe dell'istituto, relativamente al comportamento, al trattamento educativo, farmacologico, riabilitativo, che delle proposte provenienti dagli operatori territoriali inerenti ad una possibile progettualità alternativa all'OPG che tenga conto delle risorse sociali, familiari e istituzionali delle diverse agenzie sanitarie e non, presenti sul territorio. Il potere decisionale del giudice, pertanto, si basa sulla possibilità di effettuare una sintesi dei diversi elementi di natura clinica, trattamentale, socio-familiare, assistenziali-riabilitativi territoriali.

Il processo di cura, in tutto questo, passa in secondo piano rispetto alla complessità delle operazioni che definiscono l'articolata macchina istituzionale dell'OPG.

Con il DPCM del 1° aprile 2008 si tenta di far emergere a pieno la necessità assistenziale degli internati e, in generale, di migliorare l'accessibilità agli interventi terapeutici e preventivi per la popolazione detenuta.

Un sistema di informazioni univoco e standardizzato in grado di rendere più immediati, chiari e condivisibili i dati relativi alla storia personale, clinica degli internati e ai possibili interventi terapeutico-riabilitativi attuabili è utile e necessario in questo contesto.

DSM della ASP di Messina

Nonostante l'Azienda Sanitaria Provinciale di Messina non abbia titolo nella gestione dell'OPG di Barcellona Pozzo di Gotto, stante il mancato recepimento del DPCM del 2008 da

parte della Regione Sicilia, da anni collabora con l'amministrazione penitenziaria su singole iniziative a sostegno dei malati ricoverati in quella struttura.

Da alcuni anni ha costituito un'équipe che ha partecipato alla realizzazione del progetto Luce e Libertà in cui 56 internati sono destinatari di un budget di salute ai fini di favorire l'inserimento sociale alla dimissione; collabora con l'OPG su iniziative mirate: ad esempio lo psichiatra e l'assistente sociale del reparto di custodia attenuata sono forniti dall'ASP di Messina; collabora alla realizzazione del progetto OPG-ISS.

L'OPG di Barcellona Pozzo di Gotto è stato inaugurato nel 1925 ed è intitolato a Vittorio Madia, ovvero allo psichiatra che all'epoca dirigeva il manicomio criminale.

La struttura è formata da una palazzina centrale "Saporito", in stile liberty che conserva stucchi, decorazioni e mobilio originale, dove sono presenti la direzione e gli uffici amministrativi a cui si associa una serie di edifici che ospitano i detenuti.

La gestione dell'OPG di Barcellona Pozzo di Gotto è a carico dell'Amministrazione Penitenziaria.

Gli internati dopo le dimissioni avvenute nel periodo 2012-2013 si sono attestati attorno a 200, cifra confermata dal rilievo del 31 gennaio 2014. Si tratta di soggetti provenienti da Sicilia, Calabria, Basilicata e Puglia.

Sono presenti 8 reparti all'interno della struttura penitenziaria ed è in fase di realizzazione il reparto che accoglierà le donne.

È presente anche il reparto di custodia attenuata "Carmen Salpietro", inaugurato il 14/2/2011, realizzato nella frazione di Oreti, che ospita 12 internati. Qui è presente solo personale sanitario, in assenza di agenti di polizia penitenziaria. Si tratta di una villetta allocata all'interno del tessuto urbano cittadino.

All'interno dell'OPG ha sede una azienda che si occupa di falegnameria, gestita da una cooperativa sociale che vede la presenza di internati ed ex internati.

Molto attivo il volontariato e il terzo settore che da decenni organizza varie attività a sostegno degli internati, in tale ambito si distingue l'attività del cappellano Padre Pippo Insana che da oltre 30 anni promuove varie iniziative, una fra tutte la "Casa di Solidarietà e Accoglienza", una casa di civile abitazione dove la maggior parte dei detenuti usufruiscono di brevi licenze d'esperimento (queste licenze, concesse dal magistrato di sorveglianza su richiesta dell'internato o proposta dall'OPG, prevedono l'inserimento dell'internato in una comunità o struttura protetta sul territorio, con affidamento ai servizi psichiatrici competenti, in regime di libertà vigilata).

In sintesi

Il progetto OPG-ISS ha l'obiettivo principale di realizzare un registro psichiatrico *web-based* orientato clinicamente, in grado di fornire informazioni affidabili sulle caratteristiche cliniche e psicosociali e sui bisogni della popolazione ricoverata negli OPG mediante l'impiego di strumenti standardizzati per la valutazione periodica della natura e gravità dei disturbi mentali in atto e del loro decorso. In vista del definitivo superamento degli OPG, la disponibilità di queste informazioni potrà dare un contributo alla complessa pianificazione degli interventi per i circa 1000 pazienti attualmente ricoverati in OPG.

Alla valutazione di follow-up a sei mesi è prevista una seconda somministrazione di BPRS, VGF e CANFOR. Sarà inoltre somministrata a ciascun paziente alla valutazione iniziale e al follow-up una scheda *ad hoc* per la raccolta dei dati sociodemografici, relativi all'anamnesi psichiatrica e medica, alla rete familiare e sociale, ai contatti con i servizi psichiatrici dell'area di provenienza e agli interventi riabilitativi effettuati.

Nei primi mesi di attività è stata realizzata la formazione degli operatori sanitari alla somministrazione degli strumenti standardizzati previsti dal progetto ed è stato messo a punto un software *web-based* per la trasmissione dei dati dalle UO al centro di coordinamento dell'ISS, attualmente in fase operativa.

È stata conclusa la fase pilota del progetto, che ha previsto la valutazione di alcuni pazienti per ciascuna struttura sanitaria coinvolta per l'individuazione e segnalazione di eventuali criticità.

Dal 1° giugno 2013 è in corso la valutazione dei pazienti con i suddetti strumenti di valutazione e l'inserimento dei dati nel sistema *web-based*, costantemente monitorato dall'Unità di coordinamento dell'ISS per il controllo di qualità.

Bibliografia

- Abou-Sinna R, Luebbers S. Validity of assessing people experiencing mental illness who have offended using the Camberwell Assessment of Need-Forensic and Health of the Nation Outcome Scales-Secure. *Int J Ment Health Nurs* 2012;21(5):462-70.
- Andreoli V. *Anatomia degli ospedali psichiatrici giudiziari italiani*. Roma: Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria, Ufficio studi e ricerche legislazioni e rapporti internazionali; 2002. Disponibile all'indirizzo: <http://www.rassegnapenitenziaria.it/rassegnapenitenziaria/cop/76.pdf>; ultima consultazione 07/11/13.
- Council for International Organizations of Medical Sciences (CIOMS). *International Ethical Guidelines for Biomedical Research Involving Human Subjects*. Geneva: CIOMS; 2002.
- Fazel S, Grann M, Långström N. What is the role of epidemiology for forensic psychiatry? *Crim Behav Ment Health* 2009;19(5):281-5.
- Fioritti A, Ferriani E, Rucci P, Vittorio M, Venco C, Scaramelli AR, Santarini F. I fattori predittivi della durata di degenera in Ospedale Psichiatrico Giudiziario: un'analisi di sopravvivenza. *Epidemiol Psichiatr Soc* 2001;10(2):125-33.
- Fioritti A, Melega V, Ferriani E, Rucci P, Venco C, Scaramelli AR, Santarini F. I percorsi assistenziali del paziente reo: il punto di osservazione dell'ospedale psichiatrico giudiziario. *Nòos* 2006;1:91-5.
- First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Gibbon W, Janet BW. *Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR Axis I Disorders, Research Version, Patient Edition. (SCID-I/P)*. New York: Biometrics Research, New York State Psychiatric Institute; 2002.
- Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. Mini-mental State. A practical method for grading the cognitive state of patients for clinician. *J Psychiatr Res* 1975;12:189-98.
- Gigantesco A, Lega I, Picardi A; SEME Collaborative Group. The Italian SEME surveillance system of severe mental disorders presenting to community mental health services. *Clin Pract Epidemiol Ment Health* 2012;8:7-11.
- Italia. Decreto legislativo 22 giugno 1999, n. 230. Riordino della medicina penitenziaria a norma dell'art. 5, della legge 30 novembre 1998, n. 419. *Gazzetta Ufficiale* n. 165 – *Supplemento Ordinario* n. 132, 16 luglio 1999.
- Italia. Decreto Presidenza Consiglio dei Ministri 1° aprile 2008, n. 144. Modalità e criteri per il trasferimento al Servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria. *Gazzetta Ufficiale – Serie Generale* n. 126, 30 maggio 2008.
- Italia. Legge 23 maggio 2013, n. 57. Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 25 marzo 2013, n. 24, recante disposizioni urgenti in materia sanitaria. *Gazzetta Ufficiale* n.121, 25 maggio 2013.

- Italia. Legge 17 febbraio 2012, n. 9. Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 22 dicembre 2011, n. 211, recante interventi urgenti per il contrasto della tensione detentiva determinata dal sovraffollamento delle carceri. *Gazzetta Ufficiale* n. 42, 20 febbraio 2012.
- Italia. Legge 24 dicembre 2007, n. 244. Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2008). *Gazzetta Ufficiale* n. 300 - *Supplemento Ordinario* n. 285, 28 dicembre 2007.
- Jones SH, Thornicroft G, Coffey M, Dunn G. A brief mental health outcome scale: reliability and validity of the Global Assessment of Functioning (GAF). *Br J Psychiatry* 1995;166(5):654-59.
- Miller PR, Dasher R, Collins R, Griffiths P, Brown F. Inpatient diagnostic assessments: 1. Accuracy of structured vs. unstructured interviews. *Psychiatry Res* 2001;105(3):255-64.
- Morosini P, de Girolamo G, Picardi A, Di Fabio F. *Rapporto conclusivo Progetto Nazionale Salute Mentale*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2001. (Rapporti ISTISAN 01/27).
- Perera G, Soremekun M, Breen G, Stewart R. The psychiatric case register: noble past, challenging present, but exciting future. *Br J Psychiatry* 2009;195(3):191-3.
- Pfohl B, Blum N, Zimmerman M. *Structured interview for DSM-IV personality*. Washington (DC): American Psychiatric Press; 1997.
- Raven J, Raven JC, Court JH. *SPM Standard Progressive Matrices. Standardizzazione italiana*. Firenze: Giunti Organizzazioni Speciali; 2008.
- Regione Campania. Delibera della Giunta Regione Campania 8 maggio 2009, n. 858.
- Roncone R, Ventura J, Impallomeni M, Falloon IR, Morosini PL, Chiaravalle E, Casacchia M. Reliability of an Italian standardized and expanded Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS 4.0) in raters with high vs. low clinical experience. *Acta Psychiatr Scand* 1999;100(3):229-36.
- Salize HJ, Dressing H. *Placement and treatment of mentally ill offenders – legislation and practice in EU Member States. Final report*. Mannheim, Germany: Central Institute of Mental Health; 2005.
- Salize HJ, Lepping P, Dressing H. How harmonized are we? Forensic mental health legislation and service provision in the European Union. *Crim Behav Ment Health* 2005;15(3):143-7.
- Thomas S, Harty MA, Parrott J, McCrone P, Slade M, Thornicroft G. *CANFOR: Camberwell assessment of Needs - Forensic version. A needs assessment for forensic mental health service users*. London: Gaskell; 2003.

Allegato al capitolo

Gruppo di lavoro “Progetto OPG-ISS”

RESPONSABILE SCIENTIFICO

Ilaria Lega

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

COMITATO SCIENTIFICO

Teresa Di Fiandra

Ministero della Salute, Direzione Generale Prevenzione Sanitaria, Roma

Guido Ditta

Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali, Roma

Angelo Fioritti

Dipartimento Salute Mentale, AUSL di Bologna, Bologna

Antonella Gigantesco, Angelo Picardi

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

Lorenza Maglano

Dipartimento di Psicologia, Seconda Università degli studi di Napoli, Caserta

COORDINATORI LOCALI

DSM, ASL Reggio Emilia, Ospedale Psichiatrico Giudiziario, Reggio Emilia

Valeria Calevro (coordinatore)

Ricercatori: Elisabetta Centrone, Maria Giulia Fantone, Maria Grazia Fontanesi, Matilde Forghieri, Anna Piffer

DSM, ASP di Messina

Antonino Ciraolo (coordinatore)

Ricercatori: Pietro Cuzzola, Tiziana Frigione, Elena Trovato

DSM, ASL Caserta 2, Ospedale Psichiatrico Giudiziario, Aversa (CE)

Raffaello Liardo (coordinatore)

Ricercatori: Alessandro Carotenuto, Gloria Maria Gleijeses, Valeria Iodice, Francesco Magurno, Simona Oppedisano

DSM, ASL Napoli 1, Ospedale Psichiatrico Giudiziario, Napoli Secondigliano

Michele Pennino (coordinatore)

Ricercatori: Concetta Perrotta

Azienda Ospedaliera Carlo Poma, Mantova, Ospedale Psichiatrico Giudiziario, Castiglione delle Stiviere (MN)

Gianfranco Rivellini (coordinatore)

Ricercatori: Roberta Bardelli, Luca Castelletti

DSM, UOC “Salute in Carcere” ASL 11 Empoli, Ospedale Psichiatrico Giudiziario, Montelupo Fiorentino (FI)

Franco Scarpa (coordinatore)

Ricercatori: Maria Rosaria Capone, Maria Antonietta Lettieri, Ilaria Macrì, Stefania Matteucci, Arianna Orlandi

ASSISTENTI DI RICERCA

Debora Del Re e Isabella Cascavilla

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

Andrea Di Cesare

Policlinico Universitario Agostino Gemelli, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma