

IL COMMISSARIO AD ACTA
(Deliberazione del Consiglio dei Ministri del 21 Marzo 2013)

DECRETO n. 96 del 9 APR. 2013

OGGETTO: Recepimento del Decreto del Ministero della Salute di concerto con il Ministro della Giustizia del 1/10/2012 pubblicato su G.U. del 19/11/2012 n.270; approvazione del documento contenente “Fabbisogno di strutture sanitarie residenziali terapeutiche alternative all’OPG” (All.1); approvazione del documento contenente “Fabbisogno di personale di strutture sanitarie residenziali terapeutiche alternative all’OPG” (All.2); approvazione del documento contenente “Progetto informativo/formativo e aggiornamento professionale per la cura e la gestione dei pazienti psichiatrici autori di reato” (All.3)

IL COMMISSARIO AD ACTA

VISTO lo Statuto della Regione Lazio;

VISTA la Legge Costituzionale 18 ottobre 2001, n.3;

VISTA la L.R. 18 febbraio 2002, n.6 e successive modificazioni ed integrazioni;

VISTO il R.R. 6 settembre 2002, n.1 e successive modificazioni ed integrazioni;

VISTA la legge 26 luglio 1975, n.354 e successive modifiche recante “*Norme sull’ordinamento penitenziario e sulla esecuzione delle misure privative e limitative della libertà*”;

VISTO il Decreto Legislativo 22 giugno 1999, n.230 e successive modificazioni ed integrazioni concernente il “*riordino della medicina penitenziaria*”, che sancisce il principio fondamentale della parità di trattamento, in tema di assistenza sanitaria, dei cittadini liberi e degli individui detenuti ed internati;

VISTO il DPR 30 giugno 2000, n. 230 “*Regolamento recante norme sull’ordinamento penitenziario e sulle misure private e limitative della libertà*”, a norma del quale i detenuti e gli internati usufruiscono dell’assistenza sanitaria secondo le disposizioni della vigente normativa;

VISTA la Legge Regionale 06 ottobre 2003, n.31 “*Istituzione del Garante delle persone sottoposte a misure restrittive della libertà personale*”;

VISTA la Legge Regionale 8 giugno 2007, n. 7 “*interventi a sostegno dei diritti della popolazione detenuta*”;

DATO ATTO che con delibera del Consiglio dei Ministri del 3 marzo 2011 il dr. Giuseppe Antonio Spata è stato nominato Sub Commissario per l’attuazione del Piano di Rientro della Regione Lazio e con delibera del Consiglio dei Ministri del 20 gennaio 2012 il Dr. Gianni Giorgi è stato nominato Sub Commissario per l’attuazione del Piano di Rientro della Regione Lazio per le specifiche azioni ed interventi in essa indicati;

VISTA la deliberazione del Consiglio dei Ministri del 21 Marzo 2013 con la quale il Presidente *pro - tempore* della Regione Lazio dott. Nicola Zingaretti è stato nominato Commissario ad Acta per la prosecuzione del vigente Piano di Rientro dai disavanzi nel Settore Sanitario della Regione Lazio, secondo i Programmi Operativi di cui l’art.2, c.88, L.191/2009 e s.m.i. ;

VISTO il Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i. concernente: “Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell’art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421 e successive modificazioni” il quale prevedendo norme attuative da parte del Governo Centrale e di quello regionale, ribadisce l’obbligo per la Regione di definire il fabbisogno appropriato di prestazioni necessarie alla tutela della salute della popolazione;

VISTA la legge 30 dicembre 2004, n.311 “Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2005)” ed in particolare l’art.1, comma 180 che ha previsto per le regioni interessate, qualora si verificasse una situazione di squilibrio economico – finanziario, l’obbligo di procedere ad una ricognizione delle cause ed alla conseguente elaborazione un programma operativo di riorganizzazione, di riqualificazione o di potenziamento del Servizio Sanitario Regionale, di durata non superiore al triennio;

CONSIDERATO che il nuovo Patto per la Salute 2010-2012 prevede la necessità per le Regioni di adottare misure di razionalizzazione della rete ospedaliera e di miglioramento dell'appropriatezza nel ricorso ai ricoveri ospedalieri ed in particolare, all'articolo 6, la riduzione dello standard dei posti letto ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del Servizio Sanitario Regionale, non superiore a 4 posti letto per mille abitanti, comprensivi di 0,7 posti letto per mille abitanti per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie, adeguando coerentemente le dotazioni organiche dei presidi ospedalieri pubblici;

VISTA la Legge Regionale 3 marzo 2003, n. 4 "Norme in materia di autorizzazione alla realizzazione di strutture e all'esercizio di attività sanitarie e socio - sanitarie, di accreditamento istituzionale e di accordi contrattuali", e successive modificazioni ed integrazioni;

VISTA la L.R. 10 Agosto 2010, n. 3 "Assestamento del bilancio annuale e pluriennale 2010-2012 della Regione Lazio"
Art. 1, commi da 18 a 26 - "Disposizioni per l'accreditamento istituzionale definitivo delle strutture sanitarie e socio-sanitarie private"

VISTA la DGR n.66 del 12 febbraio 2007 concernente: "Approvazione del Piano di Rientro per la sottoscrizione dell'Accordo tra Stato e Regione Lazio ai sensi dell'art.1, comma 180, della Legge 311/2004";

VISTA la Legge n.9 del 24.12.10 avente ad oggetto "Disposizioni collegate alla legge finanziaria regionale per l'esercizio finanziario 2011 (art.12, comma 1, legge regionale 20.11.01, n.25)";

VISTO il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 1 aprile 2008, concernente "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", pubblicato sulla G.U del 30 Maggio 2008 n.126 e in particolare l'All. C concernente "Linee di indirizzo per gli interventi negli ospedali psichiatrici (O.P.G.) e nelle case di cura e custodia";

VISTA la DGR del 4 Luglio 2008, n. 470 avente per oggetto: Presa d'atto del D.P.C.M. 1 aprile 2008 concernente "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";

PRESO ATTO che in attuazione dell'All. A del DPCM 1 aprile 2008 prevede che venga realizzato in ogni Regione e Provincia autonoma, un Osservatorio permanente sulla sanità penitenziaria con rappresentanti della Regione, dell'Amministrazione penitenziaria e della Giustizia minorile, competenti territorialmente, al fine di valutare l'efficienza e l'efficacia degli interventi a tutela della salute dei detenuti, degli internati e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale con garanzia di efficacia delle misure di sicurezza e che nell'assolvere alle suddette funzioni, la Regione Lazio ha istituito l'Osservatorio Regionale permanente sulla Sanità penitenziaria con DGR.137 del 13/3/2009 e nominato i suoi componenti con Decreto T0526 del 24/7/2009;

VISTO l'Accordo ai sensi dell'articolo 9, del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281 deliberato in Conferenza Unificata nella seduta del 26 novembre 2009 e recepito con DGR n. 549/2010, concernente la "Definizione di specifiche aree di collaborazione e indirizzi di carattere prioritario sugli interventi negli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (O.P.G.) e nelle Case di Cura e Custodia (CCC) di cui all'Allegato C al DPCM 1 aprile 2008";

PRESO ATTO che l'Accordo di cui sopra, formalizza gli impegni delle Regioni congiuntamente all'Amministrazione Penitenziaria, per definire e rendere operativi nuovi modelli organizzativi per gli O.O.P.P.G.G e per le soluzioni ad essi alternative;

PRESO ATTO che sul territorio nazionale sono presenti 6 O.P.G.: Castiglione delle Stiviere (attualmente è l'unica sede che può ospitare le donne interne di tutto il territorio in quanto non ancora conclusa l'apertura della sezione femminile di Barcellona Pozzo di Gotto), Reggio Emilia, Montelupo Fiorentino (una C.C.C. è ubicata all'interno dell'Istituto Penitenziario di Firenze Sollicciano), Aversa, Napoli e Barcellona Pozzo di Gotto;

PRESO ATTO che l'All. C del DPCM 1 aprile 2008 ha previsto la costituzione dei bacini di afferenza macroregionali (successivamente ridefiniti nell'Accordo del 26 novembre 2009) al fine di destinare gli internati in Istituti prossimi alle famiglie di provenienza ovvero determinando il loro trasferimento negli OOPPGG di competenza territoriale a seconda della propria residenza;

CONSIDERATO altresì che in ottemperanza all'Accordo sopra citato, la Regione Campania, in applicazione della D.G.R.C. n. 1812/2009, ha attivato nel marzo 2010, in qualità di Coordinatore, il Gruppo di Coordinamento del Bacino Macroregionale (composto anche da Lazio, Abruzzo e Molise) per il superamento degli OOPPGG della Campania (Napoli e Aversa), che per competenza territoriale ospitano gli internati residenti nel Lazio;

CONSIDERATO che all'interno degli OOPPGG del territorio nazionale è rappresentata una eterogenea tipologia di categorie giuridiche come:

1. internati prosciolti per infermità mentale (art.89 e segg. C.P.) sottoposti a ricovero in OPG in quanto socialmente pericolosi (art.222 c.p.);
2. internati con infermità mentale sopravvenuta per i quali sia stato ordinato l'internamento in OPG o in CCC (art. 212 c.p.);
3. internati provvisori imputati, in qualsiasi grado di giudizio, sottoposti alla M.S. provvisoria in OPG, in considerazione della presunta pericolosità sociale e in attesa di giudizio definitivo (art. 206 c.p., 312 c.p.p.);
4. internati con vizio parziale di mente dichiarati socialmente pericolosi e assegnati alle CCC, eventualmente in aggiunta alla pena detentiva, previo accertamento della pericolosità sociale (art.219 c.p.);
5. detenuti minorati psichici (art.111 DPR 230/2000, nuovo regolamento di esecuzione dell' ordinamento penitenziario);
6. detenuti condannati in cui l'infermità di mente sia sopravvenuta durante l'esecuzione della pena (art.148 c.p.);
7. detenuti dei quali deve essere accertata l'infermità psichica per un periodo non superiore ai 30 giorni (art.112 DPR 230/2000).

CONSIDERATO che il 13 ottobre 2011 la Conferenza Unificata ha sancito l'Accordo sul documento recante "Integrazioni agli indirizzi di carattere prioritario sugli interventi negli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG) e le Case di Cura e Custodia (CCC) di cui all'Allegato C al DPCM 1° Aprile 2008" (Rep. Atti n. 95/CU; pubblicato su G.U. n.256 del 3/11/11), contenente impegni a carico delle Regioni e Province Autonome relativi ad implementazioni per la tutela della salute mentale negli istituti penitenziari ordinari in particolare di provvedere, attraverso i propri D.S.M., entro il 30 giugno 2012, alle necessarie implementazioni negli istituti penitenziari ordinari, di articolazioni per la tutela della salute mentale dei detenuti. Il successo del programma di superamento degli O.P.G., infatti, è connesso all'attivazione all'interno delle carceri di specifiche sezioni che assicurino nel futuro, le osservazioni per l'accertamento dell'infermità psichica e prevengano l'invio coatto in O.P.G. soprattutto di persone la cui infermità è sopraggiunta durante le detenzione o perché condannate a pena diminuita per vizio parziale di mente;

RITENUTO che i suddetti Accordi sono coerenti con il programma di sviluppo e potenziamento delle rete assistenziale penitenziaria della Regione Lazio e rientra fra gli adempimenti LEA cui sono tenute le Regioni per accedere al maggior finanziamento per l'anno 2011;

VISTA la determina B2106 del 16 marzo 2011 avente per Oggetto: DPCM 1 aprile 2008 concernente "Modalità e criteri per il trasferimento al Servizio Sanitario Nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e dei beni strumentali in materia di sanità penitenziaria. Istituzione del Gruppo di lavoro per il reinserimento delle persone interne negli Ospedali psichiatrici giudiziari (O.P.G.);

VISTA la DGR n.4 del 13/1/2012 avente per oggetto: "DPCM 1 aprile 2008 pubblicato sulla G.U del 30 Maggio 2008 n.126. Recepimento dell'Accordo in Conferenza Unificata recante "Integrazioni agli indirizzi di carattere prioritario sugli interventi negli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG) e le Case di Cura e Custodia (CCC) del 13 ottobre 2011. (all.1). Approvazione schema di "Accordo di Programma tra le Regioni Abruzzo, Campania, Lazio e Molise per la realizzazione di forme di collaborazione e di coordinamento e per il miglioramento e la valutazione dell'efficienza e dell'efficacia degli interventi mirati alla realizzazione del programma di superamento degli O.P.G.". (all.2). Approvazione Piano sperimentale denominato "Creazione di una rete di presa in carico dei soggetti ex internati negli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (O.P.G.) provenienti dal territorio della Regione Lazio". (all.3) all'interno della quale si è ritenuto opportuno, a seguito della C.U. del 13/10/2011, attualizzare l'oggetto della Determina B2106 del 13/3/2011, così come appresso indicato "Sottogruppo Tecnico Regionale per il superamento degli OPG";

PRESO ATTO da suddetta DGR che il "Sottogruppo Tecnico Regionale per il superamento degli OPG" già operativo in seno all'Area programmazione della rete dei servizi dei Soggetti deboli della Direzione Regionale Assetto Istituzionale Prevenzione e Assistenza Territoriale, di cui alla Det. B2106 del 16 marzo 2011:

- ha elaborato, nell'ambito delle proprie competenze, un progetto per la creazione di una rete che favorisca e monitori la presa in carico degli internati del Lazio presso gli OO.PP.GG. insistenti sul territorio nazionale;
- ha definito gli strumenti di valutazione per la rilevazione clinica, sociale e giudiziaria nella prospettiva della realizzazione di progetti terapeutici personalizzati per internati da parte dei DDSSMM, così come previsto dall'All. C del DPCM 1 aprile 2008;
- ha elaborato la Scheda di Valutazione per rilevare in maniera uniforme presso gli OO.PP.GG. i dati clinici relativi ai singoli pazienti e l'ha presentata in una giornata di formazione tenutasi presso la struttura regionale il 19/1/2011, rivolta agli operatori dei DDSSMM impegnati nella presa in carico territoriale degli internati O.P.G.;

PRESO ATTO che i dati relativi agli internati negli OO.PP.GG pervengono alla regione Lazio da specifiche indicazioni di competenza del Coordinamento del Bacino Macroregionale della Campania in collaborazione con il Referente Regionale del Lazio e con ciascun DSM, come da DGR n.4 del 13/1/2012;

RAVVISATA la necessità di creare una rete tra le diverse Istituzioni coinvolte (Ministero di Giustizia – Dap – PRAP – Ministero della Salute, Enti Locali e servizi del SSR) al fine di consolidare rapporti di collaborazione strutturati che favoriscano una integrazione organica tra attività peritali richieste dai Giudici e valutazioni cliniche dei DDSSMM competenti e che il processo di presa in carico territoriale tenga conto delle disposizioni dell'Autorità Giudiziaria riguardo all'esecuzione della Misura di Sicurezza (MdS) e che quindi a tal fine sono in corso richieste di collaborazione con il Tribunale Ordinario di Roma e con il Tribunale di Sorveglianza di Roma;

CONSIDERATO che le MdS sono di tipo detentivo (finora eseguite in OPG o in CCC) e non detentivo (Libertà Vigilata/LV e Licenza Finale di Esperimento/LFE); che i soggetti sottoposti a MdS, sono stati valutati dai DSM di competenza per la presa in carico territoriale attraverso la Scheda di valutazione OPG; che i dati così raccolti sono stati inseriti all'interno di una piattaforma Web realizzata e gestita dall'ASP Lazio; che in tal modo è stata creata una rete di presa in carico dei soggetti ex internati negli OOPPGG provenienti dal territorio della Regione Lazio che vede coinvolti il Gruppo di Coordinamento di Bacino, il Referente Regionale, i DDSSMM, l'ASP e la Regione Lazio, come da DGR 4 del 13/1/2012; che i DDSSMM hanno definito, per ciascun internato valutato precedentemente, un Progetto Terapeutico Individuale (P.T.I.), utilizzando una scheda predisposta a tale fine;

CONSIDERATO che, come già evidenziato, per alcuni internati l'Autorità Giudiziaria dispone MdS non detentive presso strutture Terapeutiche residenziali territoriali;

CONSIDERATO che quando si approssima la scadenza della MdS, il Magistrato può autorizzare un periodo di LFE (art. 53 Ordinamento Penitenziario) della durata di sei mesi – eventualmente rinnovabile – durante il quale il paziente, sottoposto al regime della LV, può essere inserito in una struttura terapeutica residenziale o presso la famiglia al fine di proseguire la fase di riabilitazione e reinserimento nel territorio con opportuno P.T.I.; che la valutazione degli esiti di tale trattamento e anche della pericolosità sociale da parte del DSM cui è affidato il paziente consentirebbe la revoca della misura di sicurezza da parte del Magistrato di Sorveglianza;

CONSIDERATO che in base alle valutazioni cliniche realizzate dagli operatori dei DDSSMM, è iniziato il processo di presa in carico territoriale ed è stato assunto come indicatore prioritario, la condizione di proroga della misura di sicurezza; che detto percorso risulta chiaramente non applicabile alle persone condannate e con pena da scontare e che a tal fine, con Determinazione B08697 del 12/11/2012 avente per oggetto: "Decreto del Ministero della Salute del 7/10/2011 "Ripartizione del Fondo per il Cofinanziamento dei progetti attuativi del Piano Sanitario Nazionale per l'anno 2009. Impegno e erogazione della somma di euro 1.000.000,00 di cui euro 415.722,00 sul capitolo H13588 e euro 584.278,00 sul capitolo H13142 – esercizio finanziario 2012" è stato finanziato il Progetto "Integrazione tra DSM e OPG per il reinserimento sociale di soggetti autori di reato prosciolti per infermità di mente, ricoverati in OPG";

VISTA La Legge n.9 del 17/2/2012 "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. (12G0026) (GU n.42 del 20-2-2012)" e art.3 ter della suddetta legge, "Disposizioni per il definitivo superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG)" e che il suddetto articolo dispone che:

- il termine per il completamento del processo di superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari è fissato per il 1 febbraio 2013.
- entro il 31 marzo 2012 devono essere definiti (ad integrazione di quanto già previsto dal decreto del Presidente della Repubblica 14 gennaio 1997 pubblicato nel supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 42 del 20 febbraio 1997) ulteriori requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi, anche con riguardo ai profili di sicurezza, relativi alle strutture destinate ad accogliere le persone cui sono applicate le misure di sicurezza del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario e dell'assegnazione a casa di cura e custodia, con il rispetto dei seguenti criteri:
 - a) esclusiva gestione sanitaria all'interno delle strutture;
 - b) attività perimetrale di sicurezza e di vigilanza esterna, ove necessario in relazione alle condizioni dei soggetti interessati da svolgersi nel limite delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente;
 - c) destinazione delle strutture ai soggetti provenienti, di norma, dal territorio regionale di ubicazione delle medesime.
- a decorrere dal 31 marzo 2013, le due misure di sicurezza detentiva del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario e dell'assegnazione a casa di cura e custodia sono eseguite esclusivamente all'interno delle strutture sanitarie caratterizzate dai criteri di cui sopra, fermo restando che le persone che hanno cessato di essere socialmente pericolose devono essere senza indugio dimesse e prese in carico, sul territorio, dai DSM;
- per la realizzazione del processo di superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari entro febbraio 2013, in deroga alle disposizioni vigenti relative al contenimento della spesa di personale, le Regioni e le Province autonome, comprese anche quelle che hanno sottoscritto i piani di rientro dai disavanzi sanitari, possono

- assumere personale qualificato da dedicare anche ai percorsi terapeutico riabilitativi finalizzati al recupero e reinserimento sociale dei pazienti internati provenienti dagli ospedali psichiatrici giudiziari;
- vengono individuate le risorse finanziarie per la copertura degli oneri derivanti dall'attuazione del suddetto articolo. Inoltre, nell'ipotesi di mancato rispetto da parte delle Regioni e delle Province autonome dei termini stabiliti, in attuazione dell'art.120 della Costituzione e nel rispetto dell'art.8 della L.5/6/2003 n.231, il Governo provvede in via sostitutiva al fine di assicurare l'operatività del nuovo regime dell'esecuzione delle misure di sicurezza.

VISTA la DGR n. 277 del 15/6/2012 avente per oggetto: *DPCM 1 aprile 2008. Attuazione dell'Accordo in Conferenza Unificata recante "Integrazioni agli indirizzi di carattere prioritario sugli interventi negli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG) e le Case di Cura e Custodia (CCC) del 13 ottobre 2011, recepito con DGR n.4 del 13/01/2012. Approvazione schema di Accordo di Programma tra la Regione Lazio – Assessore alla Salute e il Ministero di Giustizia – DAP Provveditorato Regionale del Lazio per l'applicazione dell'Allegato A del suddetto accordo. (All.1)*

CONSIDERATO che in ottemperanza all'Accordo di Programma DGR. 277 del 15/6/2012, alla scadenza del 30 giugno 2012, sono state identificate le sedi degli Istituti Penitenziari della Regione Lazio, ove realizzare in specifiche sezioni, le articolazioni sanitarie per la tutela intramuraria della salute mentale, (così come previsto nell'allegato A dell'Accordo della Conferenza unificata del 13 ottobre 2011), individuate di concerto con il Ministero della Giustizia DAP - PRAP del Lazio; tali articolazioni dovranno garantire l'espletamento delle osservazioni psichiatriche negli Istituti Penitenziari per l'accertamento delle infermità psichiche di cui all'art.112 del DPR 230/2000 e l'accoglienza dei detenuti con sopravvenuta infermità psichica ai sensi dell'art. 111, c.5 e c. 7 del DPR 230/ 2000;

CONSIDERATO altresì che con la DGR. 277 di cui sopra sono stati identificati nelle sedi degli Istituti Penitenziari della Regione Lazio, 19 posti per l'art.112 del DPR 230/2000 e 18 posti per l'art.111 c.5 e c.7 del DPR 230/2000;

VISTO l'articolo 6, comma 3, del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012, n. 189, che sostituisce il secondo periodo dell'articolo 3-ter, comma 6, del decreto- legge 22 dicembre 2011, n. 211 convertito, con modificazioni, dalla legge 17 febbraio 2012, n. 9 con il seguente: le predette risorse, in deroga alla procedura di attuazione del programma pluriennale di interventi di cui all'articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67, sono ripartite tra le regioni con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, previa intesa sancita dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, ed assegnate alla singola regione con decreto del Ministro della salute di approvazione di uno specifico programma di utilizzo proposto dalla medesima regione. All'erogazione delle risorse si provvede per stati di avanzamento dei lavori. Per le provincie autonome di Trento e di Bolzano si applicano le disposizioni di cui all'articolo 2, comma 109, della legge 23 dicembre 2009, n. 191;

VISTO il Decreto 1/10/2012 del Ministero della Salute di concerto con il Ministero della Giustizia concernente i *"Requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi delle strutture residenziali destinate ad accogliere le persone cui sono applicate le misure di sicurezza del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario e dell'assegnazione a casa di cura e custodia"* pubblicato sulla G.U n.270 del 19/11/2012;

RITENUTO di recepire i requisiti strutturali e tecnologici elencati nel Decreto Ministeriale 1/10/2012;

VISTI i requisiti minimi organizzativi di personale del Decreto di cui sopra e qui di seguito elencati:

EQUIPE PROFESSIONALE	N.
Infermieri	12
Operatori Socio Sanitari	6
Medici psichiatri con reperibilità medico-psichiatrica notturna e festiva	2
Educatore o tecnico della riabilitazione psichiatrica	1
Psicologo	1
Assistente sociale per fasce orarie programmate	1
Amministrativo per fasce orarie programmate	1
TOTALE	24

RITENUTO in relazione al Decreto 1/10/2012, che i requisiti organizzativi minimi, indicati nella tabella precedente, non sono adeguati alle esigenze di cura per le caratteristiche psicopatologiche dei pazienti autori di reato residenti nella Regione Lazio;

CONSIDERATO quindi di recepire i requisiti organizzativi del Decreto Ministeriale 1/10/2012, apportando parziali

modifiche (vedi All.2);

CONSIDERATO che gli elementi essenziali per definire il fabbisogno delle strutture sanitarie residenziali predisposte per le MdS detentive e i relativi posti, sono stati:

- il numero totale degli internati negli OO.PP.GG del territorio nazionale residenti nella Regione Lazio differenziati per MdS detentiva e non detentiva;
- il numero delle persone con MdS scaduta al 30/10/2012,
- il numero delle persone valutate dai DDSSMM con MdS scaduta al 30/10/2012 e che presentavano condizioni cliniche tali da poter essere presi in carico territorialmente dai servizi sanitari già esistenti.

VISTA l'Intesa, ai sensi dell'art. 3 ter, comma 6 del decreto legge 22/12/11, n.211, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano e le Autonomie Locali sulla schema di Decreto del Ministero della Salute, di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze, concernente il riparto delle risorse di cui all'art.3 ter comma 6 del decreto legge 22/12/11, n.211 convertito con modificazioni dalla L.9 del 17/2/2012, come modificato dall'art.6, comma 3 del decreto legge 13/9/2012, n.158 convertito con modificazioni, nella L.189 dell'8/11/2012 (Rep Atti 139/CU del 6/12/2012);

VISTA l'Intesa, ai sensi dell'art.115, comma 1, lettera a) del decreto legislativo 31 marzo 1998, n.112, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano e le Autonomie Locali su proposta del Ministero della Salute di deliberazione del CIPE concernente il riparto tra le Regioni, per l'anno 2012 (Rep Atti 140/CU del 6/12/2012) e per l'anno 2013 (Rep. Atti 19/CU del 7/2/2013), delle risorse previste dall'art.3 ter comma 7 del decreto legge 22/12/11, n.211 convertito dalla L.9 17/2/2012;

CONSIDERATO che le proposte prevedono di ripartire il 50% delle risorse disponibili sulla base della popolazione residente in ciascuna regione e provincia autonoma e il restante 50% sulla base del numero di persone, interne negli OPG alla data del 31/12/2011, residenti in ciascuna Regione e Provincia Autonoma, come comunicato dal Coordinamento delle Regioni per la sanità penitenziaria e che al Lazio sono stati attribuiti 150 internati OPG e Euro 3.677.421,00 per l'anno 2012 (Rep Atti 140/CU del 6/12/2012) e di Euro 5.322.583,00 per l'anno 2013 (Rep. Atti 19/CU del 7/2/2013);

VISTO il Decreto del 28/12/2012 del Ministero della Salute in concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze concernente "Riparto del finanziamento di cui all'art.3-ter, comma 6, del decreto-legge 22 dicembre 2011, n.211, convertito, con modificazioni, dalla legge 17/2/2012, n.9 per il superamento degli OPG" pubblicato sulla G.U n.32 del 7/2/2013 con il quale vengono destinati alla Regione Lazio, in totale 16.820.110,07 per l'esercizio del 2012 e del 2013;

CONSIDERATO che la Direzione Regionale ha avviato con l'ASP Lazio, il monitoraggio degli esiti delle valutazioni clinico assistenziali delle persone residenti nel Lazio, interne in O.P.G., mediante i dati contenuti nelle schede sopra citate compilate dai DDSSMM competenti territorialmente;

TENUTO CONTO che l'analisi di tale monitoraggio è base essenziale per la stima del fabbisogno delle strutture sanitarie residenziali psichiatriche in particolare delle strutture previste dalla L.9 del 17/2/2012 e salvo integrazioni inerenti una stima di fabbisogno riferita alle strutture previste dal DCA 90 e stimate dal Decreto 17;

CONSIDERATO che la Regione Lazio nel dover attuare l'art.3 ter della L.9 del 17/2/2012 deve:

- recepire il Decreto 1/10/2012 del Ministero della Salute di concerto con il Ministero della Giustizia, integralmente per quanto riguarda i requisiti strutturali e tecnologici, modificandone in parte i requisiti organizzativi;
- definire il fabbisogno delle strutture sanitarie residenziali terapeutiche riabilitative alternative all'OPG in grado di integrare e garantire l'appropriata filiera assistenziale che preveda diversa intensità e percorso di cura per i pazienti con MdS detentiva (All.1: "Fabbisogno di strutture sanitarie residenziali terapeutiche alternative all'OPG");
- definire i requisiti organizzativi delle strutture sanitarie residenziali destinate ad accogliere persone cui sono applicate le MdS detentive (comma 2 della suddetta L.9), modificandoli in parte (All.2: "Fabbisogno di personale di strutture sanitarie residenziali terapeutiche alternative all'OPG");
- con successivo Decreto, stimare il fabbisogno di personale da dedicare ai percorsi terapeutico riabilitativo finalizzati al recupero al reinserimento sociale dei pazienti internati provenienti dagli OOPPGG (comma 5 della suddetta L.9) nonché alla tutela intramuraria della salute mentale nelle articolazioni sanitarie costituite per concorrere operativamente al superamento degli OOPPGG come previsto dalla C.U. del 13/10/2011 e dalla DGR 277 del 15/6/2012;
- approvare il piano informativo/formativo propedeutico ad una successiva formazione mirata all'équipe professionale che andrà ad operare in modo specifico nelle strutture di cui sopra (All.3: "Progetto informativo/formativo e aggiornamento professionale per la cura e la gestione dei pazienti psichiatrici autori di

reato”);

- integrare il DCA 90/2010 e smi. al punto 4.3 “*Strutture residenziali psichiatriche*” nella parte relativa a “ “Finalità e destinatari”, includendo tra i destinatari le persone provenienti dai percorsi giudiziari;

VISTA la nota che la Direzione Regionale ha inviato all'ASP Lazio e al Referente Regionale (prot.167607 del 2/9/2012) in cui si chiedeva di fornire, secondo i criteri sopra indicati, i dati quantitativi e qualitativi necessari per la definizione del fabbisogno delle strutture sanitarie e del personale a seguito dell'art.3 ter della L.9 del 17/2/2012 e come previsto da DGR 4 del 13/1/2012;

VISTE le mail di risposta dell'ASP Lazio e del Referente Regionale in data 17/12/2012, contenenti i dati richiesti aggiornati;

TENUTO CONTO della documentazione tecnica che è stata oggetto di riflessione ed elaborazione del Sottogruppo Tecnico Regionale e che forma parte integrante anche delle premesse degli allegati tecnici del presente Decreto e sulla base della quale la Direzione Regionale ha predisposto il fabbisogno;

CONSIDERATO che è necessario che le strutture assistenziali succitate siano dotate di personale con competenze specifiche, nel rispetto e ai sensi dell'all.A del Decreto Ministeriale 1/10/2012, che l'ambito della formazione e aggiornamento degli operatori assume una rilevanza centrale, e che tra le competenze regionali rientra la definizione di percorsi formativi specifici, che, a tal fine, con la Determinazione B08697 del 12/11/2012 è stato stanziato un finanziamento per una prima e preliminare formazione per gli operatori dei DDSSMM;

VISTO il piano formativo elaborato dal Sottogruppo Tecnico Regionale dal titolo “Progetto di formazione/informazione e aggiornamento professionale per la cura e la gestione dei pazienti psichiatrici autori di reato”, indirizzato a tutti gli operatori dei servizi dei DDSSMM che potrebbero essere nel corso del tempo diversamente coinvolti nella gestione dei suddetti pazienti, tuttavia da considerarsi propedeutico ad una successiva formazione mirata all'equipe professionale che andrà ad operare in modo specifico nelle strutture di cui sopra;

CONSIDERATO che la Regione Lazio nei confronti delle AASSLL, svolge le funzioni di Ente finanziatore, di controllo e di verifica dell'attuazione del programma di investimento;

VISTA la nota che la Direzione Regionale ha inviato in data 22/11/2012 ai Direttori Generali delle AASSLL del Lazio in cui si chiedeva di fornire l'elenco delle strutture (ove esistenti) di proprietà delle AASSLL dismesse/in dismissione da riconvertire e i cui requisiti fossero compatibili con quelli indicati nel D.M. del 1/10/2012;

PRESO ATTO delle risposte ricevute dai Direttori Generali delle ASL del Lazio e considerato altresì il monitoraggio, effettuato dalle Aree competenti, delle strutture insistenti sul territorio regionale, da riconvertire in strutture di cui trattasi, di affidare all'area Investimenti in Edilizia e Tecnologie Sanitarie la valutazione di idoneità delle strutture potenzialmente disponibili site nel territorio della ASL Roma A, Roma C, Roma D, Roma E, Roma H, Frosinone al fine della riconversione in strutture sanitarie alternative agli OPG;

VISTO il Decreto Legge 25 marzo 2013 n.24 (G.U. 72 del 26 marzo 2013) che modifica l'art.3 – ter del Decreto Legge 22 dicembre 2011 n.211 convertito con modificazioni dalla L.17 febbraio 2012 n.9, che tra l'altro prevede la proroga già fissata al 31 marzo 2013 della chiusura degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari al 1 Aprile 2014 e proroga altresì entro il termine del 15 maggio 2013 la presentazione del programma di cui al c.6 dell'art.3-ter della L.9/2012;

VISTO l'art.20 della L.67 dell'11/3/88 e s.m.i. che autorizza l'esecuzione di un programma pluriennale di interventi di materia di ristrutturazione edilizia e di ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario pubblico e di realizzazione di residenze sanitarie assistenziali per anziani e soggetti non autosufficienti;

RITENUTO opportuno per le motivazioni di cui sopra e per il carattere d'urgenza, evidenziato nei Decreti richiamati e quanto stabilito dal DM del 28/12/2012 pubblicato sulla G.U. n.32 del 7/2/2013, di individuare quale soggetto attuatore degli interventi medesimi, l'Area Investimenti in Edilizia e Tecnologie Sanitarie della Regione Lazio della Direzione Regionale Programmazione e Risorse del Servizio Sanitario Regionale e quindi di mettere in atto le procedure per l'acquisizione delle risorse previste nello stesso Decreto; con successiva e formale disposizione, la Direzione competente avendo individuato le strutture insistenti sul territorio regionale da riconvertire in strutture di cui trattasi, darà comunicazione al soggetto attuatore ovvero all'Area Investimenti in Edilizia e Tecnologie sanitarie;

RITENUTO altresì necessario di avviare tutte le procedure di gara ad evidenza pubblica per dare attuazione al programma attuativo de-quo, quali a titolo esemplificativo: l'indizione della gara d'appalto lavori e gli eventuali affidamenti di incarichi professionali interni ed esterni all'Amministrazione come le funzioni di progettista progetto preliminare, di direttore dei lavori, di supporto al Responsabile Unico del Procedimento, di collaudatore, individuando

l'Area Investimenti in Edilizia e Tecnologie Sanitarie della Regione Lazio, quale stazione appaltante delle procedure medesime;

RITENUTO necessario altresì di dare mandato all'Area Risorse Umane e Formazione della Direzione Regionale Programmazione e Risorse del Servizio Sanitario Regionale, di mettere in atto le procedure per l'acquisizione dei Fondi di cui alle proposte di deliberazione del CIPE concernente il riparto tra le Regioni, per l'anno 2012 e per l'anno 2013, delle risorse previste dall'art.3 ter comma 7 del decreto legge 22/12/11, n.211 convertito dalla L.9 17/2/2012 e di dare mandato altresì all'espletamento delle procedure per l'acquisizione di personale secondo quanto previsto dall'All.2 del presente Decreto.

DECRETA

per i motivi di cui in premessa che formano parte integrante e sostanziale del presente provvedimento:

- di recepire il Decreto 1/10/2012 del Ministero della Salute di concerto con il Ministero della Giustizia concernente i "Requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi delle strutture residenziali destinate ad accogliere le persone cui sono applicate le misure di sicurezza del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario e dell'assegnazione a casa di cura e custodia" pubblicato sulla G.U n.270 del 19/11/2012, integralmente per quanto riguarda i requisiti strutturali e tecnologici;
- di approvare l'All.1 "Fabbisogno di strutture sanitarie residenziali terapeutiche alternative all'OPG" che è parte integrante del presente Decreto, contenente il fabbisogno delle strutture sanitarie residenziali terapeutiche riabilitative alternative all'OPG in grado di integrare e garantire l'appropriata filiera assistenziale che preveda diversa intensità e percorso di cura per i pazienti con MdS detentiva (All.1);
- di approvare l'All.2 "Fabbisogno di personale di strutture sanitarie residenziali terapeutiche alternative all'OPG" che è parte integrante del presente Decreto, contenente i requisiti organizzativi delle strutture sanitarie residenziali destinate ad accogliere persone cui sono applicate le MdS detentive (comma 2 della suddetta L.9), modificandoli in parte (All.2);
- di stabilire che il personale di cui all'All.2 sarà assegnato alle AASSLL sul cui territorio insisteranno le strutture sanitarie residenziali terapeutiche di cui sopra;
- di approvare l'All.3 "Progetto informativo/formativo e aggiornamento professionale per la cura e la gestione dei pazienti psichiatrici autori di reato", che è parte integrante del presente Decreto, contenente il piano informativo/formativo, propedeutico ad una successiva formazione mirata all'équipe professionale che andrà ad operare in modo specifico nelle strutture di cui sopra (All.3);
- di integrare il DCA 90/2010 e smi. al punto 4.3 "Strutture residenziali psichiatriche" nella parte relativa a "Finalità e destinatari, includendo tra i destinatari le persone provenienti dai percorsi giudiziari;
- di stabilire che con successivo Decreto sarà stimato il fabbisogno di personale da dedicare ai percorsi terapeutico riabilitativi finalizzati al recupero al reinserimento sociale dei pazienti internati provenienti dagli OOPPGG (comma 5 della L.9) nonché alla tutela intramuraria della salute mentale nelle articolazioni sanitarie costituite per concorrere operativamente al superamento degli OOPPGG come previsto dalla C.U. del 13/10/2011 e dalla DGR 277 del 15/6/2012;
- di individuare, per le motivazioni di cui sopra e per il carattere d'urgenza, evidenziato nei Decreti richiamati e quanto stabilito dal DM del 28/12/2012 pubblicato sulla G.U. n.32 del 7/2/2013, quale soggetto attuatore degli interventi medesimi, l'Area Investimenti in Edilizia e Tecnologie Sanitarie della Regione Lazio della Direzione Regionale Programmazione e Risorse del Servizio Sanitario Regionale e quindi di mettere in atto le procedure per l'acquisizione delle risorse previste nello stesso Decreto;
- di dare mandato all'Area Investimenti in Edilizia e Tecnologie Sanitarie della Direzione Regionale Programmazione e Risorse del Servizio Sanitario Regionale, quale stazione appaltante delle procedure di gara ad evidenza pubblica per l'attuazione del programma attuativo de-quo, quali a titolo esemplificativo: l'indizione della gara d'appalto lavori e gli eventuali affidamenti di incarichi professionali interni ed esterni all'Amministrazione come le funzioni di progettista progetto preliminare, di direttore dei lavori, di supporto al Responsabile Unico del Procedimento, di collaudatore;
- di dare mandato all'Area Risorse Umane e Formazione della Direzione Regionale Programmazione e Risorse del Servizio Sanitario Regionale di mettere in atto le procedure per l'acquisizione dei Fondi di cui alle proposte di

deliberazione del CIPE concernente il riparto tra le Regioni, per l'anno 2012 e per l'anno 2013, delle risorse previste dall'art.3 ter comma 7 del decreto legge 22/12/11, n.211 convertito dalla L.9 17/2/2012;

- di dare mandato altresì all'Area di cui sopra all'espletamento delle procedure per l'acquisizione di personale secondo quanto previsto dall'All.2 del presente Decreto.

Il presente provvedimento sarà pubblicato sul B.U.R.L.

Avverso il presente decreto è ammesso ricorso giurisdizionale innanzi al Tribunale Amministrativo Regionale del Lazio nel termine di giorni 60 (sessanta) dalla comunicazione, ovvero, ricorso straordinario al Capo dello Stato entro il termine di giorni 120 (centoventi).

Il Commissario Ad Acta
Nicola Zingaretti

All.1 "Fabbisogno di strutture sanitarie residenziali terapeutiche alternative all'OPG"

All.2 "Fabbisogno di personale di strutture sanitarie residenziali terapeutiche alternative all'OPG"

All.3 "Progetto informativo/formativo e aggiornamento professionale per la cura e la gestione dei pazienti psichiatrici autori di reato"

Fabbisogno di strutture residenziali destinate ad accogliere le persone cui sono applicate le misure di sicurezza del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario e dell'assegnazione a casa di cura e custodia.**Premessa**

L'emanazione del D.P.C.M. 1/4/2008, all. A e C ha segnato la conclusione del lungo percorso iniziato con il decreto legislativo n. 230 del '99 ratificando il trasferimento di tutte le competenze sanitarie della medicina generale e di quella specialistica, nonché i relativi rapporti di lavoro e le conseguenti risorse economiche e strumentali, sinora in capo al Ministero della Giustizia, al Servizio Sanitario Nazionale (S.S.N.). Dal 2008 la Regione Lazio ha avviato azioni finalizzate alla definizione di processi necessari per l'attuazione del D.P.C.M. al fine di coordinare e sovrintendere alle diverse azioni poste in essere dalle ASL e dalle Aziende Ospedaliere e regolamentare l'intera materia in un unico quadro funzionale e strutturale.

In particolare, le linee di indirizzo indicate nell'Allegato C del D.P.C.M. , in sintesi, prevedevano:

1. le **dimissioni** dei pazienti con scarsa o nulla pericolosità;
2. la **ridistribuzione** dei ricoverati per O.P.G. sulla base della Regione di residenza;
3. la **restituzione** dei pazienti alle Regioni di provenienza.

Si ribadiva quindi:

- la completa assunzione di responsabilità della gestione sanitaria da parte delle Regioni,
- un passaggio graduale delle competenze,
- la necessità di ricreare nell'ambito territoriale, sede privilegiata per affrontare i problemi della salute, della cura, della riabilitazione delle persone con disturbi mentali, un efficace sinergismo tra i diversi servizi sanitari, sociali, tra le Istituzioni e la comunità, per il recupero e il reinserimento sociale delle persone.

La terza fase prevista dal D.P.C.M. 2008 prevede la restituzione ad ogni Regione italiana della quota di internati in O.P.G. di provenienza dai propri territori e l'assunzione della completa responsabilità della presa in carico da parte dei DSM di competenza, attraverso programmi terapeutici e riabilitativi da attuarsi all'interno della struttura, anche in preparazione alla dimissione e all'inserimento nel contesto sociale di appartenenza.

Veniva indicata una differenziata gamma di interventi come soluzioni percorribili: "strutture O.P.G. con livelli diversificati di vigilanza; strutture residenziali sia di tipo socio-sanitario che di tipo socio-assistenziale; affido ai servizi psichiatrici e sociali territoriali, sempre e comunque sotto la responsabilità assistenziale del DSM della ASL dove la struttura o il servizio è ubicato."

Quindi si è partiti dalla realizzazione delle Linee guida del D.P.C.M., definendo i processi assistenziali in grado di garantire sia la continuità dell'assistenza sanitaria che i richiesti livelli di sicurezza stabiliti dall'Autorità Giudiziaria (in tal senso sono stati avviati rapporti di collaborazione con altre istituzioni quali il Ministero di Giustizia – il Dipartimento Amministrazione Penitenziaria e il Ministero della Salute) per arrivare con l'art. 3 ter della L.9 del 17/2/2012 e s.m.i. al *definitivo superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG)*.

La Legge 9/2012 ("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") definisce in modo specifico le scadenze entro le quali dovrà essere completato il processo di superamento degli OPG (1 febbraio 2013), e in particolare stabilisce che "a decorrere dal 31 marzo 2013, le due misure di sicurezza detentiva del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario e dell'assegnazione a casa di cura e custodia sono eseguite esclusivamente all'interno delle strutture sanitarie caratterizzate dai criteri di cui sopra, fermo restando che le persone che hanno cessato di essere socialmente pericolose devono essere senza indugio dimesse e prese in carico, sul territorio, dai DSM".

Pertanto, le persone autrici di reato private della libertà personale continueranno ad esserlo, restando sotto la continua sorveglianza della Magistratura anche nelle nuove strutture, le quali dal 31/3/2013 – in quanto idonee all'esecuzione della Misura di Sicurezza (MdS) detentiva – accoglieranno sia persone in MdS detentiva trasferiti dagli "ex OPG" che nuovi arrivi.

In ottemperanza a quanto stabilito in detta legge, il Ministero della Salute con DM del 01/10/2012 ha successivamente definito i "Requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi delle strutture residenziali destinate ad accogliere le persone cui sono applicate le misure di sicurezza del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario e dell'assegnazione a casa di cura e custodia".

Inoltre, l'accordo deliberato in C.U. del 13/10/2011 ha dato obbligo alle Regioni di attivare entro il 30/6/2012 le articolazioni sanitarie per la tutela della salute mentale negli Istituti Penitenziari ordinari che assicurino le osservazioni per l'accertamento dell'infermità psichica (art. 112 DPR 230/2000) e prevengano l'invio coatto in O.P.G. soprattutto di persone la cui infermità è sopraggiunta durante la detenzione o perché condannate a pena diminuita per vizio parziale di mente (art.111 DPR 230/2000). La costituzione di tali sezioni permetterà inoltre da subito di prendere in carico sin da ora le persone già attualmente presenti in OPG ai sensi degli artt 111 e 112 di cui sopra.

Appare evidente come il processo di superamento degli OPG definito dal D.P.C.M. e dalla Legge 9/12 richiede un necessaria differenziazione delle presenze in OPG e in CCC sulla base della categoria giuridica e una costante collaborazione ed integrazione con le diverse istituzioni coinvolte nella gestione del folle reo e del reo folle.

Le misure di sicurezza per persone prosciolte per infermità mentale totale o parziale e con accertata pericolosità sociale sono di tipo sia detentivo (sinora eseguite in OPG o in CCC) che non detentivo (Libertà Vigilata - LV). Nel contesto delle misure di sicurezza detentive può essere concessa una licenza finale di esperimento¹ (LFE) che viene eseguita in regime di libertà vigilata. All'interno degli O.P.G. è rappresentata una eterogenea tipologia di categorie giuridiche, differenziata tra internati (artt. c.p. **222, 212, 206, 219** e art. **312** c.p.p.) e detenuti (artt. **111 e 112** del DPR 230/2000 e art **148** c.p.). In dettaglio si tratta di:

1. **internati** prosciolti per infermità mentale (art.89 e segg. C.P.) sottoposti a ricovero in OPG in quanto socialmente pericolosi (art. 222 c.p.);
2. **internati** con infermità mentale sopravvenuta per i quali sia stato ordinato l'internamento in OPG o in CCC (art. 212 c.p.);
3. **internati** provvisori imputati, in qualsiasi grado di giudizio, sottoposti alla M.S. provvisoria in OPG, in considerazione della presunta pericolosità sociale e in attesa di giudizio definitivo (art. 206 c.p., 312 c.p.p.);
4. **internati** con vizio parziale di mente dichiarati socialmente pericolosi e assegnati alle CCC, eventualmente in aggiunta alla pena detentiva, previo accertamento della pericolosità sociale (art. 219 c.p.);

¹ Art. 53 c. 1 Ordinamento Penitenziario

5. **detenuti** minorati psichici (art. 111 DPR 230/2000, nuovo regolamento di esecuzione dell'ordinamento penitenziario);
6. **detenuti** condannati in cui l'infermità di mente sia sopravvenuta durante l'esecuzione della pena (art.148 c.p.);
7. **detenuti** dei quali deve essere accertata l'infermità psichica per un periodo non superiore ai 30 giorni (art.112 DPR 230/2000).

In considerazione quindi della complessità di tale processo che coinvolge un livello d'intervento giudiziario ed uno sanitario assistenziale, la Regione Lazio ha individuato canali di comunicazione tra Magistratura, DAP, PRAP e DDSSMM territorialmente competenti. In tal modo intende promuovere collaborazioni definite in specifici protocolli da sviluppare secondo le linee generali indicate dal Decreto Ministeriale del 1/10/2012 e le "Linee di indirizzo sulle misure di sicurezza alternative alla detenzione per i pazienti psichiatrici autori di reato", approvate dal Gruppo Tecnico Interregionale Salute Mentale del 15/7/2009, affinché "*il DSM venga coinvolto sin dall'inizio del percorso giudiziario per una valutazione clinica del malato di mente autore di reato, che si integri con la valutazione medico legale svolta dal perito del Tribunale*".

La Regione Lazio, nella realizzazione del processo di superamento degli OPG, ha definito e messo in atto procedure per monitorare il flusso dei pazienti internati/detenuti residenti nella Regione Lazio presso gli OPG e le CCC del territorio nazionale. È stata effettuata inoltre la valutazione di detti pazienti internati/detenuti da parte dei Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) mediante l'utilizzo di una scheda di *assessment* clinico. Tale scheda è stata realizzata dal Sottogruppo Tecnico Regionale, facente capo all'Area programmazione della Rete dei Servizi nell'Area dei Soggetti Deboli della Direzione Regionale Assetto Istituzionale, Prevenzione e Assistenza Territoriale. I dati raccolti sono stati inseriti all'interno di una piattaforma web gestita da Laziosanità ASP. Questi sono integrati dal flusso delle presenze degli internati/detenuti in OPG di competenza regionale, monitorato dal Referente Regionale e dalle informazioni relative ai singoli Progetti Terapeutici Individuali (PTI), definiti dai DSM competenti.

L'analisi complessiva dei succitati dati ha permesso di individuare criteri e indicatori clinico-assistenziali utili alla valutazione, alla presa in carico e alla continuità terapeutica degli interventi realizzati, e alla definizione di appropriati percorsi assistenziali. Il lavoro svolto ha permesso inoltre di definire il fabbisogno regionale delle strutture dedicate alla presa in carico dei pazienti sottoposti a misura di sicurezza detentiva.

Una corretta pianificazione dei servizi per la salute mentale deve garantire una appropriata filiera assistenziale che permetta il passaggio graduale a strutture di sempre maggiore integrazione e reinserimento nel tessuto sociale. Avendo la Legge 9/12 istituito una nuova tipologia di struttura sanitaria residenziale e avendone stabilito l'imminente termine di attuazione, diviene obiettivo prioritario per la Regione Lazio la stima del fabbisogno regionale di suddette strutture, a integrazione di quanto già esistente.

Nella Regione Lazio gli elementi essenziali per definire il fabbisogno delle strutture sanitarie residenziali predisposte per le MdS detentive e i relativi posti letto sono stati:

- il numero totale degli internati negli OO.PP.GG del territorio nazionale residenti nella Regione Lazio differenziati per MdS detentiva e non detentiva;
- il numero delle persone con MdS scaduta al 30/10/2012;
- il numero delle persone valutate dai DSM con MdS scaduta al 30/10/2012 che presentavano condizioni cliniche tali da poter essere presi in carico territorialmente dai servizi sanitari già esistenti;

- il numero dei nuovi ingressi in O.P.G. e quello delle uscite (revoca o trasformazione della MdS detentiva).

Utilizzando il prospetto informativo qui riportato, il Referente Regionale incaricato della gestione dei flussi dei dati relativi agli internati OPG ha fornito a Laziosanità ASP e alla Direzione Regionale Assetto Istituzionale Prevenzione e Assistenza Territoriale l'elenco delle persone di competenza degli OPG presenti sul territorio nazionale a novembre 2012:

Referente Regionale (RR) alla Regione Lazio e ASP
ID regionale univoco OPG assegnato dal RR
ASL di competenza territoriale
Numero cartella clinica del DSM competente
Sesso
Età
Municipio
Comune di residenza
Categoria giuridica
Attuale OPG di competenza
Presente nell'istituto OPG
Status relativamente alla posizione giuridica
Inizio misura di sicurezza
Scadenza misura sicurezza
Proroghe

Laziosanità ASP ha effettuato un'analisi integrata dei dati del referente regionale e delle valutazioni cliniche formulate dai 12 DSM (ricavati dalle schede di valutazione predisposte e dai progetti terapeutici individuali – PTI), tenendo anche conto della posizione giuridica della popolazione in OPG. In tal modo è stato possibile stimare:

- il N. di persone che dovranno essere prese in carico territorialmente utilizzando le strutture sanitarie già previste dal DCA 90/2010;
- il N. di persone che dovranno essere inserite nelle previste strutture residenziali destinate ad accogliere le persone cui sono applicate le MdS del ricovero in OPG e dell'assegnazione a CCC, come previsto dalla legge 9 del 17 febbraio 2012;
- il N. di persone che dovranno essere assistite dalle articolazioni sanitarie operanti negli istituti penitenziari, come previsto dalla Conferenza Unificata 13/10/2011 e dalla DGR 277 del 15/6/2012.

Avendo pertanto ricevuto elementi utili relativi sia alle condizioni clinico assistenziali che a quelle della posizione giuridica delle persone presenti in O.P.G., la Regione Lazio ha potuto definire il fabbisogno di strutture residenziali per *“persone cui sono applicate le misure di sicurezza del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario e dell'assegnazione a casa di cura e custodia”*.

Dati di riferimento

Il quadro complessivo è stato ricavato dai dati rilevati alla data del **1° novembre 2012**

(fonte: Coordinatore Macro-bacino e Referente Regionale).

Il numero complessivo di persone residenti nel Lazio, che si trovavano in OPG alla data del 30 novembre 2012 era pari a 132. Alla stessa data, il numero di coloro i quali, già ricoverati in OPG, non più presenti, era di 159.

Nello specifico il valore complessivo di 291 (271 maschi e 20 femmine) comprende (Tabella 1):

- gli internati e i detenuti presenti sia presso gli OPG di Aversa e Napoli (come previsto nella seconda delle fasi previste dal D.P.C.M./2008), sia – in numero estremamente più ridotto – presso i restanti OPG di Castiglione delle Stiviere, Montelupo Fiorentino, Reggio Emilia e di Barcellona Pozzo di Gotto (N=132; fonte: Coordinatore Macro-bacino);
- gli internati già presenti in OPG, i quali hanno successivamente usufruito di MdS non detentive, o che usufruiscono della LFE o la cui MdS è stata definitivamente revocata, sommati alle persone detenute cui sono applicati gli artt. 111 e 112 DPR 230/2000² da eseguire in istituto penitenziario, ovvero cui è stato revocato l'art. 148 c.p. e che pertanto sono rientrate negli istituti penitenziari di provenienza (N=159). Le informazioni attualmente disponibili a questo riguardo provengono da fonti distinte aggiornate in modo non sistematico (DAP, OPG, Tribunali sorveglianza, DSM): il dato potrebbe di conseguenza essere sottostimato.

Tab. 1 – Internati e detenuti per presenza in OPG e categoria giuridica. Novembre 2012

Categoria giuridica	Presenza in OPG		Totale
	SI	NO	
INTERNAZI	art. 222 c.p.	36	21
	art. 206 c.p.	53	18
	art. 219 c.p.	28	13
Totale		117	52
			169
DETENUTI	art. 111 DPR 230	11	6
	art. 148 c.p.	2	3
	art. 112 DPR 230	2	6
Totale		15	15
			30
Categoria giuridica n.d.		-	92
			92
Totale		132	159
			291

Fonte: elaborazione Laziosanità ASP su dati del referente regionale

Come mostrato nella Tab 2, dei 132 internati o detenuti del Lazio presenti negli O.P.G. del territorio nazionale, 118 si trovano negli OPG campani (Aversa e Napoli) e 14 nei rimanenti OPG (12 a Castiglione delle Stiviere di cui 11 femmine, 1 a Reggio Emilia, 1 a Barcellona Pozzo di Gotto) (Tab.2).

² Vedi. Categorie giuridiche a pag. 3

Tab. 2 - Internati con Misura di Sicurezza detentiva in OPG. Novembre 2012

Categoria giuridica	OPG Aversa e Napoli*	Altri OPG**	Totale
art. 222 e 219 c.p.	55	9	64
art. 111, 112, 148 c.p.	13	2	15
art. 212 c.p.	0	0	0
art. 206 c.p.	50	3	53
Totale	118	14	132

*Fonte Coordinatore Macro-bacino

**Fonte Referente Regionale

Il numero di persone non più sottoposte a MdS detentive in OPG e che sono state prese in carico dai servizi territoriali competenti del Lazio ammontano al 30 novembre 2012 a 159. (Tab.3). Attraverso l'operato dei DSM, la Regione Lazio, negli ultimi due anni, è stata impegnata nella presa in carico e reinserimento territoriale dei propri internati negli OPG. Si è cercato in prima istanza di reinserire le persone che presentavano proroghe delle misure di sicurezza, organizzando programmi terapeutici e riabilitativi sui pazienti che potevano essere curati territorialmente con misure trattamentali ordinarie.

Tab. 3 - Persone per presenza in OPG, ASL di appartenenza e tipologia di MdS. Novembre 2012

ASL	PRESENTI IN OPG con MdS DETENTIVE				NON PRESENTI IN OPG con MdS NON DETENTIVE			
	MdS n.d.	INTERNAZI	DETENUTI	Totale	MdS n.d.	INTERNAZI	DETENUTI	Totale
RM A	0	13	2	15	8	11	1	20
RM B	0	15	1	16	17	6	2	25
RM C	0	11	4	15	6	2	1	9
RM D	0	10	1	11	8	4	1	13
RM E	0	6	0	6	9	4	1	14
RM F	0	6	0	6	2	3	2	7
RMG	0	8	2	10	8	1	0	9
RMH	0	10	0	10	7	4	2	13
FR	0	9	0	9	3	5	0	8
LT	0	14	2	16	9	5	1	15
RI	0	1	0	1	3	1	0	4
VT	0	6	0	6	12	1	1	14
ASL N.D.	0	8	3	11	0	5	3	8
TOTALE	0	117	15	132	92	52	15	159

Fonte: Coordinatore Macro-bacino

Tuttavia il processo di chiusura degli OPG presenta differenze peculiari rispetto a quello già adottato in Italia per gli Ospedali Psichiatrici civili. Per chi commette un reato non sono infatti variati gli art. 88 e 89 del Codice Penale (relativi alla imputabilità) e quelli collegati (relativi alla pericolosità sociale), applicati laddove sia riconosciuto un vizio totale o parziale di mente. Si mantiene pertanto un'afferenza di persone con misura di sicurezza detentiva presso gli OPG /CCC, stimata in circa 3 al mese per i soli OPG di Aversa e Napoli (Tab. 4).

Tab. 4 - Ingressi e uscite (trasformazioni o revoche della MdS detentiva delle cat. giur. art. 222 e 219 c.p.) negli OPG di Aversa e Napoli da gennaio a ottobre 2012

	GEN	FEB	MAR	APR	MAG	GIU	LUG	AGO	SETT	OTT	Totale
Ingressi	0	0	1	0	16	2	1	0	5	1	26
Uscite	0	5	2	0	6	1	3	0	4	3	24

Fonte: Coordinatore Macro-bacino

Altra condizione di particolare rilevanza è quella delle persone interne con misura di sicurezza provvisoria (art. 206 c.p.). Esse sono ben 50 al 30 Novembre 2012 (vedi Tab. 2). Tali soggetti risultano corrispondere a un atteggiamento di “attesa” che si è andato diffondendo nei giudicanti, data anche la situazione in rapida evoluzione e di sostanziale incertezza nel campo. E’ verosimile comunque che tali misure verranno in larga misura confermate come definitive.

Gli sforzi compiuti dai DSM negli ultimi due anni hanno permesso la collocazione in strutture riabilitative più appropriate o il reinserimento sociale di persone residenti da lungo tempo in OPG. La popolazione che non si è stati sinora in grado di assorbire con i mezzi ordinari a disposizione dei DSM è costituita da persone dalle caratteristiche psicopatologiche fortemente eterogenee e che richiedono una intensa attività terapeutico riabilitativa. Si tratta in larga misura di soggetti affetti da patologie mentali gravi o molto gravi, con scarsa consapevolezza della propria condizione di disagio psichico (e perciò tali da porre importanti problematiche di consenso informato al trattamento), che presentano spesso aspetti di farmaco-resistenza o scadimento cognitivo, e che hanno compiuto reati contro la persona. Frequenti sono inoltre importanti problematiche di carattere psicosociale, quali sono un nucleo familiare disgregato e un ambiente sociale di appartenenza rifiutante.

Riguardo alla popolazione internata femminile, questa rappresenta una proporzione molto ridotta rispetto a quella maschile (10%). Dalla definizione dei PTI elaborati dai DSM, emerge che circa 1/3 degli internati presentano caratteristiche cliniche tali da poter essere presi in carico dai servizi territoriali previo parere vincolante favorevole dell’Autorità Giudiziaria competente.

Numero di strutture sanitarie residenziali dedicate previste e loro realizzazione

In considerazione di tutte le informazioni rilevate e in riferimento ai dati raccolti e analizzati in base ai criteri definiti dal sottogruppo tecnico regionale, si prevedono per le persone con MdS detentive interne in OPG **cinque strutture** residenziali sanitarie (quelle specificate dall’art.3-ter della L. 9/2012), di cui **quattro per uomini e una per donne**, con un **numero massimo di 20 posti ciascuna**. Dall’analisi dei dati in nostro possesso, per quanto riguarda la struttura dedicata alle donne, si rileva che il modulo possa essere inferiore ai 20 posti.

Tali strutture residenziali dovranno essere **collocate nella compagine dei servizi territoriali e saranno definiti opportuni protocolli operativi**: con i Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC) per fronteggiare improvvisi scompensi psicopatologici non gestibili all’interno delle strutture stesse, con i Servizi territoriali per la cura dei tossicodipendenti (SerT) per la gestione integrata della comorbilità per abuso di sostanze, con Medici di Medicina Generale, ospedale/ambulatori specialistici per le necessità di ordine clinico, etc.

Requisiti organizzativi delle strutture sanitarie residenziali destinate ad accogliere persone cui sono applicate le MdS detentive (comma 2 della L.9 17/2/2012).

Il Decreto del Ministero della Salute e del Ministero della Giustizia, del 1/10/2012 (all.A), pubblicato sulla G.U. n.270 del 19/11/2012, nel citare i “Requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi (...)”, indica il personale a tempo pieno da destinare ad ogni struttura, così come nella tabella che segue:

EQUIPE PROFESSIONALE	N.
Infermieri	12
Operatori Socio Sanitari	6
Medici psichiatri con reperibilità medico-psichiatrica notturna e festiva	2
Educatore o tecnico della riabilitazione psichiatrica	1
Psicologo	1
Assistente sociale per fasce orarie programmate	1
Amministrativo per fasce orarie programmate	1
TOTALE	24

La Regione Lazio, sentito il parere del “sottogruppo tecnico regionale”, per garantire l’applicazione della L.9 del 17/2/12, dell’Accordo del 13/10/2011 in C.U. e preservare lo spirito della riforma avviata dal DPCM 1/4/2008, ritiene fondamentale programmare percorsi assistenziali che prevedano fasi differenziate nel processo di presa in carico del paziente. Va tenuto conto, infatti, della eterogeneità della popolazione target sia dal punto di vista della posizione giuridica (vedi All.1) sia del quadro psicopatologico. Rispetto a quest’ultimo aspetto, entrano in campo diversi elementi essenziali per definire i criteri e gli indicatori nell’ambito dell’assessment clinico assistenziale necessario alla definizione del percorso e del trattamento. Un percorso assistenziale calibrato sulla base delle condizioni cliniche e della pericolosità sociale in senso giuridico può garantire un approccio basato sulla centralità del paziente in grado di individuare specifici interventi assistenziali. Tali interventi devono essere definiti e scadenzati sulla base di bisogni soggettivi in un processo articolato e finalizzato ad un adeguato reinserimento nel tessuto sociale e alla prevenzione della recidiva del paziente.

Tale pianificazione del processo crea inoltre le condizioni per la revisione sistematica, di intesa con le Autorità Giudiziarie (AA.GG), dei tempi di permanenza presso le strutture individuate per le Misure di Sicurezza (MdS) e il passaggio a fasi successive del progetto da realizzarsi presso i servizi del territorio.

Si ritiene pertanto necessario individuare **due diversi livelli di strutture sanitarie residenziali** per eseguire la MdS detentiva in OPG e Case di Cura e Custodia (CCC), (comma 2 della suddetta L.9): **una di assessment e stabilizzazione e l’altra di mantenimento.**

- Le strutture di assessment e di stabilizzazione dovranno innanzitutto assolvere alla necessaria e preliminare valutazione clinica e impostazione del progetto terapeutico. L’intervento psichiatrico, orientato anche in senso psicoterapeutico, sarà teso ad una rapida stabilizzazione della sintomatologia per favorire il passaggio del paziente verso strutture a minore intensità assistenziale.
- Le strutture di mantenimento avranno una vocazione prevalentemente riabilitativa psico sociale.

In entrambe le strutture, l'organizzazione assistenziale varia a seconda dell'intensità di cura tenendo conto dei bisogni del paziente.

Inoltre, le strutture dovranno essere differenziate per genere nel rispetto di quanto previsto dall'art.213 del c.p.

Il passaggio tra strutture a diversi livelli di intensità e da queste ai servizi territoriali sarà scandito dal monitoraggio di alcuni indicatori del processo terapeutico e della pericolosità sociale, individuati e sviluppati dal “sottogruppo tecnico regionale”. In linea di massima, indicatori dipendenti da:

- Persistenza dei sintomi specifici, ivi inclusi la messa in atto di comportamenti etero-auto-aggressivi, alla luce dei quali il reato ha assunto “valore di infermità”;
- Grado di consapevolezza di malattia;
- Grado di compliance con gli interventi terapeutici e/o riabilitativi;
- Decorso clinico.

A questa valutazione, vanno anche aggiunti altri indicatori dipendenti dalle relazioni interne al gruppo familiare, dalla individuazione di un progetto da parte del DSM che ha in carico quel paziente, dal grado di accettazione della comunità locale dove il paziente viveva prima del reato¹.

Pertanto, al fine di definire i requisiti organizzativi relativi alle strutture sanitarie residenziali destinate ad accogliere persone cui sono applicate le MdS detentive, è stato definito, in prima istanza, il fabbisogno delle strutture (vedi All.1):

- quattro per gli uomini
- una per le donne.

Attraverso il monitoraggio effettuato da Laziosanità ASP e l'analisi degli esiti delle valutazioni clinico-assistenziali dei residenti nel Lazio internati in O.P.G., ricavati dalle schede di valutazione compilate dai DSM competenti territorialmente, è stato possibile definire il fabbisogno dei due diversi livelli di strutture residenziali e delle rispettive specifiche funzioni assistenziali. Tale definizione ha reso possibile programmare la necessaria integrazione dei requisiti organizzativi del D.M. 1/10/2012 così come indicato nelle Tab. 1, 2 e 3 , riportate nella pagina seguente.

Il numero e la tipologia delle figure professionali presenti è stata articolata e modulata in base ai due previsti livelli di assistenza. Nello specifico, nelle strutture deputate all'assessment e alla stabilizzazione è stata incrementata la presenza di medici, psicologi e tecnici della riabilitazione; nella struttura di mantenimento, invece, è stata potenziata la figura del tecnico della riabilitazione.

Gli organici delle tabelle 1 e 2, si riferiscono solo alla popolazione maschile e riguardano due livelli di strutture:

- **assessment e stabilizzazione (3 strutture)** (assessment iniziale, impostazione e avvio del progetto terapeutico per una stabilizzazione della sintomatologia con particolare riguardo a esordi psicotici, a condizioni ad elevato rischio di agiti auto-eteroaggressivi e gravi disturbi di personalità)
- **mantenimento (1 struttura)** (vocazione socioriparativa per pazienti con quadri psicopatologici stabilizzati e con minore pericolosità sociale)

Tali strutture saranno attivate progressivamente in funzione, da un lato del personale acquisito dal DSM per queste attività e in relazione alla casistica e alla tipologia dei pazienti da prendere in carico.

¹ Fornari "Trattato di Psichiatria Forense" UTET Giuridica 2008

Tab.1 Struttura di assessment e stabilizzazione per la popolazione maschile

EQUIPE PROFESSIONALE a tempo pieno per struttura singola	N.
Infermieri	12
Operatori Socio Sanitari	6
Medici psichiatri con reperibilità medico-psichiatrica notturna e festiva di cui uno responsabile	3
Tecnico della riabilitazione psichiatrica	2
Psicologo	2
Assistente sociale	1
Amministrativo	1
TOTALE	27

Tab.2 Struttura di mantenimento per la popolazione maschile

EQUIPE PROFESSIONALE a tempo pieno per struttura struttura singola	N.
Infermieri	12
Operatori Socio Sanitari	6
Medici psichiatri con reperibilità medico-psichiatrica notturna e festiva di cui uno responsabile	2
Tecnico della riabilitazione psichiatrica	4
Psicologo	1
Assistente sociale	1
Amministrativo	1
TOTALE	27

Per quanto riguarda le donne autrici di reato e con MdS detentiva, innanzitutto, in considerazione dei limiti che pone l'art. 213 c.p., i luoghi di trattamento devono essere chiaramente distinti da quelli cui sono gestiti gli uomini. In secondo luogo la loro rappresentatività numerica è estremamente limitata, dal momento che le donne effettuano molti meno reati rispetto agli uomini (in media 1:10). Ai fini programmatore l'esiguo numero di donne, suggerisce di razionalizzare le risorse e prevedere un'unica struttura per le MdS detentive in cui gli interventi di diversa intensità assistenziale siano integrati tra di loro. Per tali strutture dedicate alla popolazione femminile è prevista una dotazione organica con diversa calibratura delle figure professionali rispetto ai moduli per la popolazione maschile.

Tab.3 Struttura per la popolazione femminile

EQUIPE PROFESSIONALE	N.
-----------------------------	-----------

a tempo pieno per struttura singola	
Infermieri	12
Operatori Socio Sanitari	6
Medici psichiatri con reperibilità medico-psichiatrica notturna e festiva di cui uno responsabile	2
Tecnico della riabilitazione psichiatrica	3
Psicologo	2
Assistente sociale	1
Amministrativo	1
TOTALE	27

La presenza nelle strutture, sia maschili che femminili, delle diverse figure sanitarie è stata diversamente modulata in funzione dei bisogni assistenziali, integrando quanto indicato dal Decreto Ministeriale 1/10/2012. Nello specifico, la presenza definita nel D.M. di “2 medici psichiatri a tempo pieno con reperibilità medico-psichiatrica notturna e festiva”, richiama ad un’attenta riflessione che tenga conto sia di quanto stabilito nell’Art. 17 del CCNL del 2005², sia delle limitate risorse dei DDSSMM regionali necessarie per assolvere alle funzioni richieste dal D.M.

Una considerazione specifica va fatta in merito alla figura del medico psichiatra. La presenza di due medici psichiatri, considerate le ore complessive, previste da contratto, garantirebbe la copertura dei turni diurni feriali. Secondo quanto stabilito nel CCNL, un dirigente medico non può effettuare più di 10 turni di pronta disponibilità. Pertanto, i soli due medici non sarebbero in grado di coprire tutti i turni

² Art. 17 CCNL/2005 “Pronta disponibilità”

1. *La pronta disponibilità è un istituto che consente di garantire una continuità assistenziale nel processo di erogazione delle prestazioni sanitarie.*
2. *Il servizio di pronta disponibilità è caratterizzato dalla immediata reperibilità del dirigente e dall’obbligo per lo stesso di raggiungere il presidio nel tempo stabilito con le procedure cui all’art. 6, comma 1 lett. B), del CCNL 3 novembre 2005, nell’ambito del piano annuale adottato dall’azienda o ente per affrontare le situazioni di emergenza in relazione alla dotazione organica ed agli aspetti organizzativi delle strutture.*
3. *Il servizio di pronta disponibilità è limitato ai soli periodi notturni e festivi.*
4. *Tutti i dirigenti medici indipendentemente dall’esclusività del rapporto sono tenuti ad assicurare i servizi di pronta disponibilità previsti dall’art. 17 del CCNL 5/11/2005.*
5. *I dirigenti di struttura complessa, possono svolgere esclusivamente la pronta disponibilità integrativa del servizio di guardia senza diritto ad alcun compenso in quanto il trattamento economico in godimento degli stessi è omnicomprensivo.*
6. *Il Direttore sanitario aziendale, nel rispetto delle risorse disponibili del fondo costituito in applicazione dei vigenti CC.CC.NN.LL., entro il mese di novembre dell’anno precedente, sentite le OO.OO. e la R.S.U. Aziendale adotta il Piano di Pronta disponibilità, sulla scorta delle proposte formulate dai Responsabili delle strutture interessate (Dipartimenti, Strutture Complesse, UOSD).*
7. *Fino all’approvazione del nuovo Piano annuale persiste la validità di quello relativo all’anno precedente. Eventuali modifiche allo stesso piano potranno essere approvate su proposta motivata dei responsabili delle UU.OO. interessate e previo consenso formale del Direttore sanitario aziendale, sempre nel rispetto del fondo di finanziamento e previa informazione alle OO.OO. e alla R.S.U.*
8. *La pronta disponibilità si distingue in integrativa e sostitutiva a seconda che vada ad integrare o a sostituire il servizio attivo.*
9. *Il ricorso alla pronta disponibilità sostitutiva deve essere limitato all’indispensabile e perciò se ne deve prevedere l’istituzione solo nelle Unità Operative ove, per carenza di organico, sia impossibile organizzare una guardia divisionale o interdivisionale. Pertanto le eventuali richieste di attivazione di tali servizi dovranno essere corredate dell’attestazione circa l’impossibilità di attivare la guardia divisionale o interdivisionale.*
10. *Nell’organizzazione del Servizio di pronta disponibilità devono essere utilizzati dipendenti in organico alla medesima U.O.*
11. *Nelle Unità Operative di Anestesia, Rianimazione e Terapia Intensiva si può ricorrere esclusivamente alla Pronta Disponibilità integrativa e la presenza del personale medico deve essere garantita con il servizio di guardia articolato sulle ventiquattr’ore.*
12. *La pronta disponibilità dà diritto ad una indennità per ogni turno di dodici ore (pari a € 30,98). Qualora il turno sia articolato in orari di minore durata - che comunque non possono essere inferiori a quattro ore - l’indennità è corrisposta proporzionalmente alla durata stessa, maggiorata del 10%. In caso di chiamata, l’attività prestata viene computata, come lavoro straordinario o in alternativa come recupero orario, ai sensi del vigente CCNL.*
13. *Tale indennità relativa va corrisposta anche nell’ipotesi in cui il dipendente venga chiamato in servizio, salvo quanto previsto per il dirigente di struttura complessa.*
14. *Non è consentita la pronta disponibilità continuata.*
15. *Nel caso in cui la pronta disponibilità cada in un giorno festivo spetta un giorno di riposo compensativo senza riduzione del debito orario settimanale.*
16. *Di regola, i dirigenti non possono effettuare un numero di pronte disponibilità superiore a 10 (dieci) al mese. In casi di accertata impossibilità i predetti limiti possono essere superati fino ad un massimo di 12 (dodici) pronte disponibilità in un mese.*

settimanali e la reperibilità richiesta, senza ricorrere all'integrazione fornita da altri specialisti psichiatri.³

Sulla base dell'organizzazione dei moduli, sarà possibile pianificare la reperibilità notturna e festiva che sarà garantita sia dai medici delle dotazioni organiche delle nuove strutture che dai medici dei DDSSMM competenti per territorio. A tal fine si dovrà anche valutare la possibilità di allocare due distinti moduli che abbiano in comune servizi e laboratori come da D.M.1/10/2012. L'istituzione per le reperibilità di questo servizio deve trovare capienza nel fondo; gli eventuali incrementi del fondo medesimo dovranno essere concordati con i competenti Uffici regionali.

Si vuole qui evidenziare che l'attuale processo pone nuove e poco conosciute prospettive curative, dal momento che i DSM si trovano a gestire, con la normativa corrente, una popolazione di persone che sono certamente affette da gravi forme di disagio psichico, tali da aver condotto ad un giudizio di non imputabilità per un fatto previsto come reato. Esiste perciò un preciso dovere di cura, ma è richiesta anche la vigilanza rispetto all'attuazione della misura di sicurezza, come dal 2° comma dell'art. 32 della Costituzione. In tal senso la L.9 del 17/2/2012 estende la posizione di garanzia degli operatori dei servizi, creando i presupposti perché l'efficacia della cura non sia solo miglioramento clinico e sintomatologico, ma anche utile strumento di prevenzione della recidiva, in quanto il fatto reato è stato valutato come epifenomeno della condizione di malattia da parte della Magistratura Giudicante.

Le nuove strutture, che faranno riferimento a diversi ambiti territoriali e quindi ai relativi DSM, saranno oggetto di ridefinizione da parte della Regione ipotizzando bacini di utenza inter-ASL e saranno definite nuove modalità di coordinamento tra i rispettivi DSM. E' evidente che tali strutture dovranno essere gestite direttamente e in modo integrato dal DSM nel cui territorio insisteranno.

Inoltre, nella realizzazione degli assetti organizzativi di dette strutture, ruolo fondamentale è svolto dai DSM anche per assicurare la realizzazione e il mantenimento dei necessari contatti con la rete dei servizi sociali assistenziali del territorio. I percorsi dovranno comunque essere concordati con le AA.GG. di riferimento tramite l'elaborazione di specifici protocolli.

Il monitoraggio e la valutazione del funzionamento delle strutture istituite, costituisce elemento essenziale e qualificante. Tale processo, in questa prima fase di attuazione è da intendersi sperimentale. A tale scopo la Regione costituirà un gruppo stabile di lavoro cui partecipino le Agenzie coinvolte nei processi stessi (DSM, PRAP, Magistratura etc).

Per riassumere si ribadisce che il processo di attuazione del DPCM 1/4/2008 e della L.9 17/2/2012, attribuisce ai Servizi di Salute Mentale competenze fino ad oggi demandate alle Istituzioni Giudiziarie; quindi la necessaria integrazione tra aspetti prevalentemente giuridici e quelli terapeutici, va intesa come processo in itinere che verosimilmente sarà suscettibile di successivi interventi migliorativi (dotazioni organiche, intensità assistenziale e territorialità).

Con successivo Decreto del Commissario ad Acta verrà stabilito il piano di assunzione sulla base della stima del fabbisogno di personale, in riferimento sia al personale da dedicare ai percorsi terapeutico riabilitativi finalizzati al recupero al reinserimento sociale dei pazienti internati provenienti dagli OPG

³ La reperibilità riguarda 365 turni notturni da 12 ore (di cui 58 festivi) e 58 turni diurni festivi. Essa ha carattere sostitutivo e non integrativo (cioè non vi è un medico in struttura quando è attivo il reperibile). L'eventuale intervento prevede la possibilità del recupero orario, e nel caso si svolga in un giorno festivo dà diritto a un giorno di riposo compensativo.

(comma 5 della suddetta L.9) che al personale delle articolazioni sanitarie di cui alla DGR 277 del 15/6/2012 , nell'ambito delle risorse assegnate alla Regione.

Il comma 5 della L.9 recita “ *Per la realizzazione di quanto previsto dal comma 1, in deroga alle disposizioni vigenti relative al contenimento della spesa di personale, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, comprese anche quelle che hanno sottoscritto i piani di rientro dai disavanzi sanitari, previa valutazione e autorizzazione del Ministro della salute assunta di concerto con il Ministro per la pubblica amministrazione e la semplificazione e del Ministro dell'economia e delle finanze, possono assumere personale qualificato da dedicare anche ai percorsi terapeutico riabilitativi finalizzati al recupero e reinserimento sociale dei pazienti internati provenienti dagli ospedali psichiatrici giudiziari*”

In attuazione a quanto sopra stabilito, saranno con successivi decreti determinati i seguenti fabbisogni di personale:

– **Fabbisogno di personale nei servizi territoriali**

Dall'analisi dei dati risultano a novembre 2012, 159 persone provenienti da OPG, prese in carico dai servizi territoriali, quindi in attuazione del comma 5. Tenendo conto di quanto già esposto in termini di gravità clinica e pericolosità sociale, questo numero – che può apparire esiguo – richiede tuttavia l'inclusione di dimensioni inconsuete nel lavoro di un operatore psichiatrico e un elevato impegno assistenziale. Per questo tipo di pazienti, che pure rappresenta una piccola percentuale di tutta l'utenza in carico ai DSM, appare pertanto verosimile ipotizzare che possa impegnare una percentuale più elevata delle risorse disponibili.

– **Fabbisogno di personale nelle articolazioni sanitarie**

Con la DGR 277 del 15/6/2012, nell'ambito degli Istituti Penitenziari della Regione Lazio, sono state identificate le sedi ove realizzare in specifiche sezioni le articolazioni sanitarie per la tutela intramuraria della salute mentale (Tab. 4)

Tab. 4

ASL	Istituti Penitenziari	N.Posti	
RMA	Regina Coeli Roma	2	Destinati anche al 41 bis ed A.S.
RMB	C.C. Nuovo complesso di Rebibbia	6	Art. 112 DPR 230/2000
	Casa di reclusione	18	Art.111 DPR 230/2000
RMF	C.C. Nuovo Complesso Civitavecchia	3 donne	Art 112 DPR 230/2000
RMH	C.C. Velletri	8	-

per garantire l'accertamento delle infermità psichiche di cui all'art.112 del DPR.230/2000 e l'accoglienza dei detenuti con sopravvenuta infermità psichica ai sensi dell'art.111 DPR.230/2000; con successivo decreto definirà anche il fabbisogno di figure professionali delle articolazioni sanitarie per concorrere operativamente al superamento degli OOPPGG come previsto dalla C.U. del 13/10/2011.

In conclusione, si ritiene necessaria l'integrazione di personale, rispetto alla programmazione originariamente stabilita nel DM del 1/10/2012, sia nei DDSSMM nel cui territorio verrebbero a trovarsi le strutture ai sensi della L.9 del 17/2/2012 che nei DDSSMM che per competenza territoriale prenderanno in carico quei pazienti provenienti da OPG, dimisibili con MdS non detentiva ai quali dedicare percorsi terapeutico riabilitativi finalizzati al recupero al reinserimento sociale degli stessi. Per le persone detenute sottoposte agli artt. 111, 112 del DPR 230/2000 con atti successivi verrà identificata, di concerto con l'Amministrazione Penitenziaria opportuna collocazione intrapenitenziaria, identificando l'Azienda con Istituto Penitenziario che abbia maggiore disponibilità di spazi, tenendo presente che la capienza dovrà essere calcolata in considerazione della possibilità dell'accoglienza di nuove entrate.

Progetto di Informazione/Formazione e aggiornamento professionale per la cura e la gestione dei pazienti psichiatrici autori di reato (accreditato ECM).

Il Decreto Ministeriale 1/10/2012 si chiude con il seguente passaggio: “*Le Regioni adottano un piano di formazione del personale delle strutture sanitarie residenziali (...) mirato ad acquisire e a mantenere competenze cliniche, medico legali e giuridiche, con particolare attenzione ai rapporti con la Magistratura di Sorveglianza, specifiche per la gestione dei soggetti affetti da disturbo mentale autori di reato*”.

In questo quadro, la Regione intende programmare due diverse azioni formative:
la prima, di cui al presente DCA, può essere ritenuta informativa ed è rivolta al personale dei Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) del Lazio;
La seconda, più specifica, che avverrà in un secondo momento, riguarderà l'equipe di lavoro multiprofessionale composta da soli medici psichiatri, psicologi, infermieri, terapisti della riabilitazione psichiatrica, OSS, assistenti sociali e amministrativi; essa risponde al dettato del Decreto Ministeriale dei cui sopra.

Scopo del presente progetto formativo /informativo propedeutico, è di incrementare attraverso la conoscenza della normativa relativa alla Sanità Penitenziaria (dal DPCM 1/4/2008 alla L.9/12, in particolare art.3 ter), le competenze organizzative e professionali del personale dei DSM per la gestione integrata dei pazienti ex OPG sottoposti a percorsi giudiziari e si compone di due fasi.

Obiettivo della prima fase: sensibilizzare e informare il personale ASL (il n. sarà indicato da ciascun Direttore del DSM per il proprio territorio) in relazione a normativa e gestione dei pazienti ex OPG, mediante un incontro presso ogni ASL, possibilmente in un'aula informativa che la l'Azienda metterà a disposizione.

Obiettivo della seconda fase: formare personale ASL (circa 100 operatori) selezionato e dedicato (il numero sarà indicato dal Direttore di ciascun DSM e la diversa percentuale del numero dei partecipanti dipenderà dal differente numero di pazienti ex OPG in carico alla ASL), per la gestione dei pazienti ex OPG. In particolare, sarà quanto mai opportuno fornire agli operatori dei servizi coinvolti a vario titolo, nella gestione dei pazienti di cui sopra, tutti gli strumenti operativi aggiornati, scientificamente validati e le basi teoriche con i riferimenti paradigmatici per la predisposizione di procedure idonee alla corretta promozione della Salute Mentale nei percorsi di cura personalizzati (progetti terapeutico-riabilitativi personalizzati, PTRP). Va considerata anche l'attuale situazione normativa circa la responsabilità professionale costituita dai vincoli contenuti nella definizione della Posizione di Garanzia, secondo la quale l'operatore va messo nelle condizioni di svolgere il proprio lavoro in modo sereno e professionale in modo tale da allontanare il rischio di prassi mediche improntate sulla difensività.

Tale corso consta di complessive 84 ore ripartite in 12 seminari di 7 ore di didattica effettiva, ciascuno da effettuarsi 1 volta al mese preferibilmente con cadenza nel venerdì (esempio: l'ultimo venerdì del mese dalle ore 9,00 alle ore 16,30 in orario di Servizio per i dipendenti ASL), in un'Aula della Regione. In altre parole si articolerebbe in 12 incontri nell'arco di un anno di attività.

La seconda Azione, come già anticipato, riguarderà il personale DSM assunto per costituire l'equipe multiprofessionale di cui al DM del 1/10/2012 per la gestione dei pazienti ricoverati presso le nuove strutture sanitarie residenziali terapeutiche riabilitative dedicate alle Misure di Sicurezza Detentiva.

CORSO DI INFORMAZIONE/FORMAZIONE ED AGGIORNAMENTO PROFESSIONALE
PER LA CURA E LA GESTIONE DEI PAZIENTI PSICHiatrici
AUTORI DI REATO

(1° mese)
Inaugurazione e Presentazione del Corso

Moderatore		
8,30-9,00	Registrazione dei partecipanti	Segreteria organizzativa
9,00-9,30	Presentazione e Introduzione al Corso	Relatore
9,30-11,15	Caratteristiche della popolazione afferente agli OPG e alle CCC con misure di sicurezza	Relatore

11,15-11,30	<i>Pausa</i>
-------------	--------------

11,30-12,30	Le problematicità della transizione per il superamento degli OPG	Relatore
12,30-13,30	La legislazione per il superamento degli OPG	Relatore

13,30-14,00	<i>Pausa pranzo</i>
-------------	---------------------

14,00-15,00	Storia degli OPG	Relatore
15,00-16,00	Teorie Criminologiche	Relatore
16,00-16,30	Compilazione questionario ECM	Tutor

(2° mese)

Moderatore		
8,30-9,00	Registrazione dei partecipanti	Segreteria organizzativa
9,00-11,00	Percorsi avviati e strumenti adottati per il superamento degli OPG nella Regione Lazio	Relatore

11,00-11,15	<i>Pausa</i>
-------------	--------------

11,15-12,15	La responsabilità professionale	Relatore
12,15-13,30	La posizione di garanzia	Relatore

13,30-14,00	<i>Pausa pranzo</i>
-------------	---------------------

14,00-15,00	L'ordinamento penitenziario e gli Istituti Penitenziari	Relatore
15,00-16,00	La dottrina della Responsabilità e della Imputabilità	Relatore
16,00-16,30	Compilazione questionario ECM	Tutor

(3° mese)

Moderatore		
8,30-9,00	Registrazione dei partecipanti	Segreteria organizzativa

9,00-11,00	Infermità di mente ed imputabilità	Relatore
11,00-11,15	<i>Pausa</i>	
11,15-13,30	Psicosi e criminalità	Relatore
13,30-14,00	<i>Pausa pranzo</i>	
14,00-16,00	Disturbi dell'Umore e criminalità	Relatore
16,00-16,30	Compilazione questionario ECM	Tutor

(4° mese)

Moderatore		
8,30-9,00	Registrazione dei partecipanti	Segreteria organizzativa
9,00-11,00	Disturbi di Personalità e criminalità	Relatore

11,00-11,15	<i>Pausa</i>
-------------	--------------

11,15-13,30	Rischio suicidario	Relatore
-------------	--------------------	-----------------

13,30-14,00	<i>Pausa pranzo</i>
-------------	---------------------

14,00-16,00	Condizioni psicopatologiche particolari: reazioni abnormi, reato d'impeto, impulso irresistibile, raptus, sonnambulismo, disturbo dissociativo e criminalità	Relatore
16,00-16,30	Compilazione questionario ECM	Tutor

(5° mese)

Moderatore		
8,30-9,00	Registrazione dei partecipanti	Segreteria organizzativa
9,00-11,00	Sindrome di Ganser, simulazione e dissimulazione	Relatore

11,00-11,15	<i>Pausa</i>
-------------	--------------

11,15-13,30	Psicopatia e criminalità	Relatore
-------------	--------------------------	-----------------

13,30-14,00	<i>Pausa pranzo</i>
-------------	---------------------

14,00-16,00	Esordio psicotico e reato sintomo. Vizio di mente, pericolosità sociale e pericolosità psichiatrica	Relatore
16,00-16,30	Compilazione questionario ECM	Tutor

(6° mese)

Moderatore		
8,30-9,00	Registrazione dei partecipanti	Segreteria organizzativa
9,00-11,00	I progetti terapeutici e riabilitativi nelle strutture comunitarie post OPG	Relatore

11,00-11,15	<i>Pausa</i>
-------------	--------------

11,15-13,30	Dinamiche di gruppo	Relatore
-------------	----------------------------	-----------------

13,30-14,00	<i>Pausa pranzo</i>
-------------	---------------------

14,00-15,00	Tema a scelta dell'Ufficio del Garante	Relatore
15,00-16,00	Il ruolo degli Operatori nelle strutture comunitarie “dedicate”	Relatore
16,00-16,30	Compilazione questionario ECM	Tutor

(7° mese)

Moderatore		
8,30-9,00	Registrazione dei partecipanti	Segreteria organizzativa
9,00-9,30	Sinossi di percorso	Relatore
9,30-10,30	Il funzionamento del vecchio OPG alla luce delle esperienze della transizione in corso	Relatore

10,30-10,45	<i>Pausa</i>
-------------	--------------

10,45-11,45	Le Articolazioni Sanitarie	Relatore
11,45-13,30	La gestione della aggressività e le tecniche di descalation	Relatore

13,30-14,00	<i>Pausa pranzo</i>
-------------	---------------------

14,00-16,00	“Il folle reo ed il reo folle”	Relatore
16,00-16,30	Compilazione questionario ECM	Tutor

(8° mese)

Moderatore		
8,30-9,00	Registrazione dei partecipanti	Segreteria organizzativa
9,00-11,15	Criminalità organizzata e malattia mentale	Relatore

11,15-11,30	<i>Pausa</i>
-------------	--------------

11,30-13,30	La sentenza della Cassazione n°9163/2005	Relatore
-------------	------------------------------------------	-----------------

13,30-14,00	<i>Pausa pranzo</i>
-------------	---------------------

14,00-16,00	La criminalità organizzata in Calabria: specificità della ‘Ndrangheta	Relatore
16,00-16,30	Compilazione questionario ECM	Tutor

(9° mese)

Moderatore		
8,30-9,00	Registrazione dei partecipanti	Segreteria organizzativa
9,00-10,00	Le droghe di sempre: nazionali ed internazionali	Relatore
10,00-11,00	Abuso di sostanze: nuovi profili psicopatologici	Relatore

11,00-11,15	<i>Pausa</i>
-------------	--------------

11,15-12,30	Abuso di sostanze e criminalità	Relatore
12,30-13,30	Problematicità specifiche nella dipendenza da alcool	Relatore

13,30-14,00	<i>Pausa pranzo</i>
-------------	---------------------

14,00-16,00	Comorbilità psichiatrica in corso di patologie da dipendenza	Relatore
16,00-16,30	Compilazione questionario ECM	Tutor

(10° mese)

Moderatore		
8,30-9,00	Registrazione dei partecipanti	Segreteria organizzativa
9,00-10,00	Etnopsichiatria degli Immigrati	Relatore
10,00-11,00	La compatibilità con il regime carcerario e la capacità a partecipare al processo	Relatore

11,00-11,15	<i>Pausa</i>
-------------	--------------

11,15-12,15	Risk management	Relatore
12,15-13,30	TAVOLA ROTONDA: problematiche prospettive del TSO Moderatore	

13,30-14,00	<i>Pausa pranzo</i>
-------------	---------------------

14,00-16,00	La gestione farmacologica del Paziente grave	Relatore
16,00-16,30	Compilazione questionario ECM	Tutor

(11° mese)

Moderatore		
8,30-9,00	Registrazione dei partecipanti	Segreteria organizzativa
9,00-10,00	La cartella clinica e le certificazioni: esigenze cliniche, rilevanza medico-legale	Relatore
10,00-11,00	La Privacy	Relatore

11,00-11,15	<i>Pausa</i>
-------------	--------------

11,15-12,30	Amministratore di Sostegno, Curatore, Tutore, Assistente sociale, Giudice tutelare: protezioni e garanzie nei percorsi di cura	Relatore
12,30-13,30	Il “PTRP” Progetto Terapeutico Riabilitativo Personalizzato	Relatore

13,30-14,00	<i>Pausa pranzo</i>
-------------	---------------------

14,00-15,00	Percorsi alternativi e problematicità	Relatore
15,00-16,00	Misure alternative alla detenzione	Relatore
16,00-16,30	Compilazione questionario ECM	Tutor

(12° mese)

Moderatore		
8,30-9,00	Registrazione dei partecipanti	Segreteria organizzativa
9,00-10,00	Prevenzione della recidiva: esordi psicotici e reati sintomo	Relatore
10,00-11,15	Strumenti di valutazione della recidiva	Relatore

11,15-11,30	<i>Pausa</i>
-------------	--------------

11,30-13,30	La valutazione clinica degli esiti di trattamento	Relatore
-------------	---------------------------------------------------	-----------------

13,30-14,00	<i>Pausa pranzo</i>
-------------	---------------------

14,00-16,00	Conclusioni tecniche e didattiche	Relatore
16,00-16,30	Compilazione questionario ECM	Tutor

Seguirà consegna degli attestati