



Regione Campania

Il Presidente

Commissario ad acta per la prosecuzione del
Piano di rientro del settore sanitario
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/4/2010)

DECRETO N. 104 DEL 30.09.2014

OGGETTO: Adeguamento del Programma per il superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari della Regione Campania.

PREMESSO che:

- a. con delibera del Consiglio dei Ministri in data 24 luglio 2009 si è proceduto alla nomina del Presidente pro - tempore della Regione Campania quale Commissario ad acta per il risanamento del servizio sanitario regionale, a norma dell'articolo 4 del decreto-legge 1° ottobre 2007, n. 159, convertito, con modificazioni, dalla legge 29 novembre 2007, n. 222;
- b. con delibera del Consiglio dei Ministri in data 23 aprile 2010 si è proceduto alla nomina del nuovo Presidente pro - tempore della Regione Campania quale Commissario ad acta per la prosecuzione del Piano di rientro, secondo i programmi operativi previsti dall'art. 2, comma 88, della legge n.191/2008, tenuto conto delle specifiche prescrizioni ed osservazioni comunicate dal Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali e dal Ministero dell'economia e delle finanze, in occasione della preventiva approvazione dei provvedimenti regionali attuativi degli obiettivi previsti dal Piano di rientro, ovvero in occasione delle riunioni di verifica trimestrale ed annuale con il Comitato per la verifica dei livelli essenziali di assistenza ed il tavolo per la verifica degli adempimenti, di cui agli articoli 9 e 12 dell'intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, con particolare riferimento a specifici azioni ed interventi, identificati in venti punti;
- c. con deliberazione del Consiglio dei Ministri del 3 marzo 2011, il dott. Mario Morlacco e il dott. Achille Coppola sono stati nominati Sub Commissari con il compito di affiancare il Commissario ad acta nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione dell'incarico commissariale ai sensi della deliberazione del Consiglio dei Ministri del 29.04.2010 e che, a seguito delle dimissioni del dott. Coppola, tutti i compiti sono stati assegnati al dott. Morlacco con deliberazione del Consiglio dei Ministri del 23 marzo 2012;
- d. con deliberazione del Consiglio dei Ministri del 29 ottobre 2013, il prof. Ettore Cinque è stato nominato sub commissario per l'attuazione del Piano di rientro dai disavanzi con il compito di affiancare il Commissario nella predisposizione dei provvedimenti riferiti ad una serie di acta;

VISTI:

- a. 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", e in particolare l'allegato C concernente "Linee di indirizzo per gli interventi negli ospedali psichiatrici (O.P.G.) e nelle case di cura e custodia", recepito con la DGRC n. 1551/2008;

- b. l'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano e le Autonomie locali concernente la definizione delle forme di collaborazione relative alle funzioni della sicurezza ed i principi ed i criteri di collaborazione tra l'ordinamento sanitario e l'ordinamento penitenziario e della giustizia minorile, in attuazione dell'articolo 7 del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri aprile 2008 (Rep. 102/Conferenza Unificata del 20.11.2008), recepito con la DGRC n. 1812/2009;
- c. l'Accordo di Programma ex art. 34 D. Lgs. 18 agosto 2000, n. 267 sottoscritto, in attuazione della predetta DGRC n. 1812/2009, il 29.12.2009 tra la Regione Campania, il Provveditorato Regionale dell'Amministrazione Penitenziaria della Campania e il Centro Giustizia Minorile della Campania, istitutivo, tra l'altro, dell'Osservatorio permanente sulla Sanità Penitenziaria della Regione Campania, e dell'iniziale funzione di coordinamento regionale per il superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari;
- d. l'Accordo sancito dalla Conferenza Unificata il 26 novembre 2009 e recepito con DGRC n. 552 del 22 luglio 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";
- e. l'Accordo sancito dalla Conferenza Unificata il 13 ottobre 2011 e recepito con DGRC n. 654/2011, 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);
- f. l'Accordo di programma sottoscritto tra le Regioni Abruzzo, Campania, Lazio e Molise, in attuazione della richiamata DGRC n. 654/2011 e repertoriato al n. 2012.0000021 del 15.5.2012, finalizzato alla 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., in attuazione di quanto previsto dalle Linee di Indirizzo sancite dagli Allegati A e C del DPCM 1 aprile 2008 e dall'Accordo sancito in Conferenza Unificata il 13.10.2011 (*"Integrazioni agli indirizzi di carattere prioritario sugli interventi negli OPG e le CCC di cui all'Allegato C al D.P.C.M. 01.04.2008"* (Rep. Atti n. 95/C.U.);
- g. 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";
- h. il Decreto Dirigenziale n. 195 del 16.10.2012 istitutivo del Gruppo di Coordinamento del Bacino Macroregionale per il Superamento degli OPG della Campania e del collegato Sottogruppo Tecnico Regionale per il Superamento degli OPG, con i compiti previsti dallo stesso Accordo di programma approvato con D.G.R.C. n. 654/2011;
- i. il Decreto del Commissario ad acta n. 64 del 19.06.2012 ad oggetto *"Programma regionale per il definitivo superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari della Regione Campania ex Allegato C al D.P.C.M. 1° Aprile 2008 e Legge 17 febbraio 2012 n. 9, art. 3/ter"*;
- j. il Decreto del Commissario ad acta n. 47 del 15.05.2013 ad oggetto: *"Programma di utilizzo delle risorse di cui al decreto del Ministro della Salute di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze del 28 dicembre 2012 per la realizzazione e riconversione delle strutture extraospedaliere per il superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari ai sensi dell'art. 3-ter della legge 17 febbraio 2012, n.9, di conversione del D.L. 22 dicembre 2011, n. 211 e s.m.i."*;
- k. il Decreto legge 25 marzo 2013, n. 24 convertito dalla legge 23 maggio 2013, n. 57, che, all'art. 1, dispone *"Modifiche e integrazioni all'articolo 3-ter del decreto-legge 22 dicembre 2011, n. 211, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 febbraio 2012, n. 9"*;
- l. la legge 23 maggio 2013, n. 57 recante *"Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 25 marzo 2013, n. 24, recante disposizioni urgenti in materia sanitaria"*;
- m. il Decreto del Ministro della Salute 9 ottobre 2013, di approvazione del programma di cui al Decreto del Commissario n. 47 del 15.05.2013;
- n. il Decreto Legge 31 marzo 2014, n. 52, recante disposizioni urgenti in materia di superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari, convertito dalla legge 30 maggio 2014, n. 81;

CONSIDERATO che:

- a) la legge 30 maggio 2014, n. 81, all'art. 1, oltre a prorogare al 31 marzo 2015 il termine per la chiusura degli OPG, introduce misure idonee a determinare una significativa riduzione sia della popolazione attualmente presente in OPG che di quella cui potrà essere applicata in futuro; accorda, inoltre, alle regioni la facoltà di modificare i programmi di realizzazione delle strutture residenziali per le misure di sicurezza (REMS), presentati in precedenza, al fine di provvedere alla riqualificazione dei dipartimenti di salute mentale, nonché di contenere il numero complessivo di posti letto da realizzare, destinando le risorse resesi in tal modo disponibili alla realizzazione o riqualificazione delle sole strutture pubbliche;
- b) in linea con quanto stabilito dal succitato art. 1 della Legge 30 maggio 2014, n. 81, nell'allegato al programma per la realizzazione e riconversione delle strutture extraospedaliere per il superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari della Regione Campania, di cui al Decreto del Commissario ad acta n. 47 del 15.05.2013, approvato con Decreto del Ministro della Salute 9 ottobre 2013, è stato espressamente stabilito che *"Sulla base della stima complessiva dei tempi di progettazione e di appaltabilità e dei tempi di realizzazione delle opere, al fine di realizzare un programma idoneo a garantire il rispetto del termine per il completo superamento degli OPG, è stata adeguatamente prevista la possibilità di una progressiva attivazione dei servizi"* al fine di assicurare *"la piena gestione di tutte le prevedibili nuove misure di sicurezza del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario e dell'assegnazione a casa di cura e custodia misure di sicurezza detentive in strutture ex comma 2 del predetto art. 3-ter"*;
- c) l'art. 1, comma 2, della richiamata legge 30 maggio 2014, n. 81 fa obbligo alle Regioni e alla Province Autonome di inviare una comunicazione *"al Ministero della salute, al Ministero della giustizia e al Comitato paritetico interistituzionale ex articolo 5, comma 2, DPCM 1° aprile 2008"*, entro il 30.09.2014, *"sullo stato di realizzazione e riconversione delle strutture di cui all'articolo 3-ter, comma 6, del decreto-legge 22 dicembre 2011, n. 211, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 febbraio 2012, n. 9, (...) nonché tutte le iniziative assunte per garantire il completamento del processo di superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari"*, stabilendo, inoltre, che *"se dalla comunicazione della regione risulta che lo stato di realizzazione è tale da non garantirne il completamento del percorso di superamento degli OPG entro il successivo semestre, il Governo provvede in via sostitutiva nominando un Commissario ad Acta"*;

CONSIDERATO, inoltre, che:

- a. il comma 5 dell'art.3 ter della Legge n. 9 del 17/2/2012 stabilisce che *"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."*;
- b. il comma 7 dell'art.3 ter della predetta Legge 9 del 17/2/2012 dispone che *"Al fine di concorrere alla copertura degli oneri per l'esercizio delle attività di cui al comma 1 nonché degli oneri derivanti dal comma 5, è autorizzata la spesa nel limite massimo complessivo di 38.000.000 di euro per l'anno 2012 e di 55.000.000 di euro per l'anno 2013 a decorrere dall'anno 2013"*;
- c. con la Deliberazione CIPE del 21/12/12 n.143, ad oggetto *"Fondo Sanitario 2012. Ripartizione delle quote destinate al finanziamento di parte corrente degli oneri relativi al superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari"*, sono state assegnate alla Regione Campania, per l'anno 2012, risorse vincolate per € 4.017.721,20;
- d. con la Deliberazione CIPE n. 15 dell'08.03.2013, ad oggetto *"Fondo sanitario nazionale 2013 - Ripartizione della quota destinata al finanziamento di parte corrente degli oneri relativi al superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari"*, come successivamente

rideterminata con Decreto Ministero dell'Economia e delle Finanze 27 dicembre 2013 ("Rideterminazione proporzionale del riparto per l'anno 2013, del finanziamento, degli oneri per il superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari, effettuato con delibera CIPE 8 marzo 2013"), pubblicata in G.U n.55 del 7-3-2014, sono state assegnate alla Regione Campania, a partire dall'anno 2013, risorse vincolate per € 5.339.340,00;

PRESO ATTO

- a. della circolare delle Direzioni Generali Programmazione Sanitaria e Prevenzione prot. 0027635-P del 29.10.2013, con la quale il Ministero della Salute ha fornito alle Regioni e alle Province Autonome gli iniziali e specifici indirizzi sui programmi di utilizzo delle risorse di parte corrente di cui al comma 7 dell'art.3 ter della Legge n. 9 del 17/2/2012;
- b. delle indicazioni definite dal Gruppo tecnico regionale per il superamento degli OPG nelle sedute del 29.05.2014 e del 05.06.2014;
- c. della relazione della Direzione Generale dell'Agenzia Regionale per la Sanità sullo stato di avanzamento degli interventi di cui al citato decreto del Commissario ad acta n. 47 del 15.05.2013, trasmessa con prot. n. 798 del 25.09.2014;

RITENUTO necessario, al fine di intervenire con efficacia ed efficienza sul processo di completo e definitivo superamento degli Ospedali psichiatrici giudiziari:

- a) procedere agli aggiornamenti e alle integrazioni di cui al documento "Adeguamento del Programma per il superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari della Regione Campania (Decreti del Commissario ad Acta per il rientro dal deficit sanitario della Regione Campania n. 64 del 19.06.2012 e n. 47 del 15.05.2013) alla Legge 30 maggio 2014, n. 81 (Conversione in legge, con modificazioni, del d.l. 31 marzo 2014, n. 52; G.U. 125 del 31/5/2014) e Programma di utilizzo delle risorse di parte corrente per il superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari, ai sensi della Legge 17 febbraio 2012, n. 9, art. 3-ter.", (Allegato A);
- b) che ogni azienda sanitaria locale elabori e approvi con atto deliberativo i programmi attuativi dell'Allegato A, vincolanti per l'assegnazione delle eventuali ulteriori risorse, e li invii, entro 30 giorni dall'approvazione del presente provvedimento, alla Direzione Generale della tutela della salute e Coordinamento del SSR per essere sottoposto all'approvazione della stessa Direzione Generale, con il supporto tecnico del Coordinamento regionale per il superamento degli OPG,

DECRETA

1. di approvare l'Allegato A, che costituisce parte integrante e sostanziale del presente provvedimento e di assegnare alle AA.SS.LL. le risorse finanziarie, gli obiettivi ed i compiti ivi dettagliati;
2. di confermare i seguenti progetti inerenti il programma regionale per la realizzazione delle strutture extraospedaliere per il superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari di cui al Decreto del Commissario ad Acta n. 47 del 15.05.2013 e approvato dal Ministero della Salute con Decreto del 09.10.2013:

A) A.S.L. Avellino:

- Titolo intervento: Lavori di adeguamento e completamento di un edificio da destinare a struttura residenziale per il superamento degli O.P.G. nel comune di San Nicola Baronia (AV);
- Livello progettazione: Esecutivo; Atto di Approvazione dell'A.S.L.: Delibera del Direttore Generale n. 851 del 16.05.2014;
- Parere Nucleo Valutazione Edilizia Sanitaria dell'ARSAN: progetto trasmesso dall'A.S.L. con nota n.11722 dell'11.06.2014, consegnato il 13/06/2014, acquisito al protocollo dell'ARSAN con prot. n. 42 del 23.06.2014. parere "Favorevole" Nucleo di Valutazione dell'Edilizia Sanitaria espresso nella seduta del 24.09.2014;

- Tempi di esecuzione dei lavori: mesi 2, in linea con quanto previsto dalla scheda intervento n. 2 allegata al programma regionale approvato dal Ministero della Salute con Decreto del 09.10.2013.

B) A.S.L. Caserta:

- Titolo intervento: Lavori di ristrutturazione e adeguamento di un edificio da destinare a struttura residenziale per il superamento degli O.P.G. nel comune di Calvi Risorta (CE);
- livello di progettazione: Definitivo;
- atto di approvazione dell'A.S.L.: Delibera del Direttore Generale n. 386 del 28.03.2014;
- parere Nucleo Valutazione Edilizia Sanitaria dell'ARSAN: progetto trasmesso dall'ASL con nota 10743 del 31/03/2014, acquisito dall'ARSAN con protocollo n. 929 del 11.04.2014; parere "Favorevole" Nucleo di Valutazione dell'Edilizia Sanitaria espresso nella seduta del 16.04.2014;
- altre informazioni: bando di gara per l'affidamento dei lavori e la redazione del progetto esecutivo, ai sensi dell'art. 53 comma 2 lett. b) del codice dei contratti pubblicato in data 09.06.2014.;
- tempo di esecuzione lavori: mesi 3 dalla data di consegna dei lavori in linea con quanto previsto dalla scheda intervento n. 3 allegata al programma regionale approvato dal Ministero della Salute con Decreto del 09.10.2013;

3. di stabilire che le suddette strutture extraospedaliere di S. Nicola Baronia (Av) e di Calvi Risorta (Ce) costituiranno la rete regionale di strutture residenziali per le misure di sicurezza destinate ad accogliere le persone di competenza della Regione Campania, con le seguenti afferenze: AA.SS.LL. Avellino, Benevento, Napoli 3 Sud e Salerno, per la REMS di S. Nicola Baronia (Av); AA.SS.LL. Caserta, Napoli 1 Centro e Napoli 2 Nord, per la REMS di Calvi Risorta (Ce), fatti salvi eventuali aggiornamenti da definirsi come specificamente previsto nell'Allegato A;
4. di inviare entro il 30.09.2014 copia del presente provvedimento al Ministero della salute, al Ministero della giustizia e al Comitato paritetico interistituzionale ex articolo 5, comma 2, DPCM 1° aprile 2008, conformemente all'Art. 1, comma 2, della Legge 30 maggio 2014, n. 81;
5. di ascrivere alla responsabilità del Direttore Generale dell'Azienda di riferimento il raggiungimento degli obiettivi del presente provvedimento, e, in particolare, dei seguenti, al cui conseguimento sarà rapportata quota parte della retribuzione variabile:
 - 5.1. assicurare il completamento degli interventi di realizzazione delle REMS con urgenza, adottando procedure di massima efficienza e relazionando mensilmente alla Direzione Generale della tutela della salute e Coordinamento del SSR sullo stato di avanzamento delle attività;
 - 5.2. elaborare, approvare con atto deliberativo e trasmettere alla Direzione Generale della tutela della salute e Coordinamento del SSR - per essere sottoposti all'approvazione con decreto della stessa Direzione Generale, con il supporto tecnico del Coordinamento regionale per il superamento degli OPG - tutti i programmi attuativi dell'Allegato A e, prioritariamente, non oltre 30 giorni dall'approvazione del presente provvedimento, il subprogramma di utilizzo delle risorse di parte corrente ANNO 2012, il subprogramma di utilizzo delle risorse di parte corrente A PARTIRE DALL'ANNO 2013;
 - 5.3. assicurare la predisposizione e l'invio all'Autorità Giudiziaria competente e, attraverso il Sistema informativo per il monitoraggio del superamento degli OPG (SMOP), alla Regione Campania dei progetti terapeutico-riabilitativi individuali di dimissione per tutte le persone di competenza presenti negli attuali OPG e nelle realizzande Strutture residenziali per le misure di sicurezza (REMS) ed entro 30 giorni dal loro ingresso nelle predette strutture, conformemente alle pertinenti indicazioni e disposizioni di cui alla Deliberazione della Giunta Regionale della Campania n.96/2011, al Decreto del Commissario ad Acta per il rientro dal deficit sanitario della Regione Campania n. 64 del 19.06.2012 e alla Legge 30 maggio 2014, n. 81;
 - 5.4. assicurare, anche all'Autorità Giudiziaria, un'equipe aziendale multiprofessionale, coordinata dal proprio rappresentante nel Gruppo regionale per il superamento degli OPG, idonea a garantire tutte le attività e le relazioni necessarie per la concreta ed efficiente

- attuazione dei progetti terapeutico-riabilitativi individuali di dimissione di cui al punto precedente e per la realizzazione degli interventi finalizzati sia a prevenire l'applicazione delle misure di sicurezza detentive che a favorire le misure alternative richieste dalla legge n. 81/2014, per tutte le persone di propria competenza;
- 5.5. implementare i livelli organizzativi e le articolazioni operative previste per i Servizi di salute mentale penitenziaria e superamento degli OPG dal PSR 2011-2013 e dal Decreto del Commissario ad Acta per la prosecuzione del rientro dal deficit sanitario n. 18 del 18/02/2013, con prioritaria garanzia dell'operatività delle articolazioni per la tutela della salute mentale negli istituti penitenziari ordinari, conforme alle funzioni di cui all'Accordo sancito dalla Conferenza Unificata il 13.10.2011, alle Deliberazione della Giunta Regionale della Campania n.96/2011 e n. 654/2012 e al Decreto del Commissario ad Acta per la prosecuzione del rientro dal deficit sanitario n. 64/2012;
- 5.6. definire e integrare nel proprio piano formativo aziendale, entro il corrente anno, un percorso formativo teorico-pratico obbligatorio, di durata almeno biennale, e, conformemente alle indicazioni fornite dal Ministero della Salute con la Circolare delle Direzioni Generali Programmazione Sanitaria e Prevenzione prot. 0027635-P del 29.10.2013 - per tutto il personale *destinato ad operare nelle strutture sanitarie residenziali per le misure di sicurezza e nelle articolazioni per la tutela della salute mentale in carcere.*
6. di demandare alla Direzione Generale Tutela della Salute e Coordinamento del SSR, attraverso il Coordinamento del Bacino Macroregionale per il Superamento degli OPG della Campania e del collegato Sottogruppo Tecnico Regionale per il Superamento degli OPG, il complessivo monitoraggio del processo e la definizione, entro il corrente anno, di un programma formativo triennale destinato ai rappresentanti di tutti i servizi sanitari regionali coinvolti nel percorso di superamento degli OPG e finalizzato ad armonizzare e integrare gli interventi aziendali nei più generali contesti regionali, di macrobacino e nazionali;
7. di trasmettere il presente provvedimento alle AA.SS.LL. ed al BURC per la pubblicazione.

Il Capo Dipartimento della Salute
e delle Risorse Naturali
Dott. Ferdinando Romano

Il Direttore Generale per la Tutela
della Salute ed il Coordinamento
del Sistema Sanitario Regionale
Dott. Mario Vasco

Il Dirigente della UOD 15
Dott. ssa Maria Temante

Il Dirigente UOD 12

Dott. Luigi Riccio

Il Funzionario
Arch. Itala Caprio

Si esprime parere favorevole
Il Sub Commissario ad acta
Dott. Mario Moracchio

Il Commissario ad Acta
Stefano Caldoro

Si esprime parere favorevole
Il Sub Commissario ad acta
Prof. Ettore Cindue



**GIUNTA REGIONALE DELLA CAMPANIA
DIREZIONE GENERALE TUTELA DELLA SALUTE E
COORDINAMENTO DEL S.S.R.**

**COORDINAMENTO del GRUPPO del BACINO MACROREGIONALE PER IL SUPERAMENTO DEGLI OO.PP.GG.
e del SOTTOGRUPPO TECNICO REGIONALE DELLA CAMPANIA**

Adeguamento del Programma per il superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari della Regione Campania (Decreti del Commissario ad Acta per il rientro dal deficit sanitario della Regione Campania n. 64 del 19.06.2012 e n. 47 del 15.05.2013) **alla Legge 30 maggio 2014, n. 81** (Conversione in legge, con modificazioni, del d.l. 31 marzo 2014, n. 52; G.U. 125 del 31/5/2014)

e

Programma di utilizzo delle risorse di parte corrente per il superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari, ai sensi della Legge 17 febbraio 2012, n. 9, art. 3-ter.



**GIUNTA REGIONALE DELLA CAMPANIA
DIREZIONE GENERALE TUTELA DELLA SALUTE E
COORDINAMENTO DEL S.S.R.**

**COORDINAMENTO del GRUPPO del BACINO MACROREGIONALE PER IL SUPERAMENTO DEGLI OO.PP.GG.
e del SOTTOGRUPPO TECNICO REGIONALE DELLA CAMPANIA**

Sommario

2 - La Legge n. 81/2014 ("Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 31 marzo 2014, n. 52, recante disposizioni urgenti in materia di superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari").....	4
3 - La Legge n. 81/2014 ("Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 31 marzo 2014, n. 52, recante disposizioni urgenti in materia di superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari"): aggiornamento del fabbisogno e delle operatività per la Regione Campania.....	6
A) Progetti individuali di dimissione (PTRI ex Legge n. 81/2014).....	7
B) Indicazioni per l'aggiornamento del programma di cui al Decreto del Commissario ad acta per il rientro dal deficit sanitario della Campania 47/2013 alla nuova normativa.	8
C) Indicazioni aggiornate per la definizione di un programma di utilizzo delle risorse di parte corrente ex Legge n. 9/2012.	10
4 - Aggiornamento alla Legge 30 maggio 2014 n. 81 del programma regionale di realizzazione delle strutture residenziali per le misure di sicurezza (REMS) di cui al Decreto del Commissario ad acta per il rientro dal deficit sanitario della Campania n. 47 del 15.05.2013.....	11
5 - Il programma regionale di utilizzo delle risorse di parte corrente per il superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari.	15
A) Gli indirizzi nazionali.	15
B) Il complessivo finanziamento nazionale degli oneri per il funzionamento della rete di servizi per il superamento degli OPG.	18
C) Il programma regionale di utilizzo delle risorse di parte corrente per il superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari: principi e finalità.....	20
1) Le strutture residenziali psichiatriche per le misure di sicurezza OPG e CCC di cui all'art. 3-ter della legge n. 9/2012 (REMS).....	23
2) Le articolazioni sanitarie per la tutela della salute mentale negli istituti penitenziari ordinari di cui all'Accordo sancito dalla Conferenza Unificata il 13.10.2011.	24
3) I progetti terapeutico riabilitativi individuali sostenuti da budget di salute (PTRI/BDS).	26
4) Il reclutamento del personale.....	27
D) Riparto tra le Aziende Sanitarie Locali delle risorse assegnate alla Regione Campania e programmi attuativi aziendali.....	29
6 - Formazione.	35
7 - Responsabilità, monitoraggio e controllo dell'utilizzo efficace ed efficiente delle risorse.	36
8 - Appendice	38
A) Indirizzi operativi per la prevenzione dei gesti autolesivi e delle scelte suicidarie, in attuazione dell'Accordo sancito dalla Conferenza Unificata il 19.01.2012 (Rep. Atti n. 5/CU).	38
B) Linee guida per il funzionamento delle articolazioni per la tutela della salute mentale negli Istituti penitenziari della Campania.	68



**GIUNTA REGIONALE DELLA CAMPANIA
DIREZIONE GENERALE TUTELA DELLA SALUTE E
COORDINAMENTO DEL S.S.R.**

**COORDINAMENTO del GRUPPO del BACINO MACROREGIONALE PER IL SUPERAMENTO DEGLI OO.PP.GG.
e del SOTTOGRUPPO TECNICO REGIONALE DELLA CAMPANIA**

1 - Premessa

Con Decreto del Commissario ad Acta per il rientro dal deficit sanitario della Regione Campania n. 64 del 19.06.2012 è stato approvato il *Programma regionale per il definitivo superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari della Regione Campania ex Allegato C al D.P.C.M. 1° Aprile 2008 e Legge 17 febbraio 2012 n. 9, art. 3-ter* che costituisce il complesso di indirizzi operativi e azioni programmatiche che con il presente programma vengono completati, aggiornati e adeguati alla normativa sopravvenuta.

In ottemperanza al suddetto Decreto tutte le AA.SS.LL. regionali – che al fine di rispondere pienamente all’obiettivo di cui all’Allegato C al DPCM 01.04.2008 sono state investite del compito di riorganizzare i propri servizi per assicurare la gestione delle misure di sicurezza in contesti sanitari ordinari e rispondere ai bisogni di tutela della salute mentale in carcere - hanno adottato crono-programmi attuativi locali per la creazione in ogni ASL, anche conformemente a quanto disposto dalla Legge n. 9/2012, art. 3-ter, comma 1, di servizi per la tutela della salute mentale in carcere e la collocazione all’interno dei predetti servizi pubblici territoriali di due tipologie di articolazioni:

- 1) strutture residenziali per le misure di sicurezza di cui all’art. 3-ter della Legge 17 febbraio 2012 n. 9 (successivamente definite con il Decreto del Commissario ad Acta per il rientro dal deficit sanitario della Regione Campania n. 47 del 15.05.2013, approvato e finanziato con Decreto del Ministro della Salute n. 9 ottobre 2013, G.U. Serie Generale n. 285 del 05/12/2013, “Approvazione del programma, per la regione Campania, per la realizzazione di strutture sanitarie extra-ospedaliere per il superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari”);
- 2) articolazioni per la tutela della salute mentale negli istituti penitenziari ordinari di cui all’Accordo sancito dalla Conferenza Unificata il 13.10.2011 (Rep. Atti n. 95/C.U.; Gazzetta Ufficiale N. 256 del 3 Novembre 2011).

La conseguente offerta di servizi e strutture è riepilogata nelle seguenti Tabelle n. 1 e n. 2.

Tabella n. 1 – Programma regionale per la realizzazione di struttura sanitaria extraospedaliera x art. 3-ter L. 9/2012 (DCA n. 47 del 15.05.2013)

ASL	Comune di ubicazione struttura sanitaria extraospedaliera x art. 3-ter L. 9/2012
Avellino	S. Nicola Baronia (n. 20 p.i. utenza maschile aziendale)
Benevento	Arpaise (n. 20 p.i. utenza maschile aziendale)
Caserta	Calvi Risorta (n. 20 p.i.; utenza femminile regionale)
Caserta	Francolise (n. 20 p.i.; utenza maschile aziendale)
Napoli 1	Napoli (n. 20 p.i. utenza maschile aziendale)
Napoli 2	Acerra (n. 20 p.i. utenza maschile aziendale)
Napoli 3	Cicciano (n. 20 p.i. utenza maschile aziendale)
Salerno	Capaccio (n. 20 p.i. utenza maschile aziendale)

Tabella n. 2 - Programma regionale per la realizzazione di articolazioni sanitarie per la tutela della salute in carcere ex Accordo CU 13.10.2011 (DGRC 96/2011; DCA n. 47 del 15.05.2013)

ASL	Istituto Penitenziario	Stato
Avellino	S. Angelo dei Lombardi	In attivazione
Benevento	Benevento	In attivazione
Caserta	S. Maria Capua Vetere	Attiva
Napoli 1	Napoli -Secondigliano	Programmata
Napoli 2	Pozzuoli (utenza femminile regionale)	Attiva
Napoli 3*	S. Maria Capua Vetere Pozzuoli	Attiva
Salerno	Salerno	In attivazione

*: Accordo di programma con l’ASL sede dell’Istituto Penitenziario

Precedentemente, nell’ambito dei programmi attuativi degli obiettivi del piano sanitario nazionale 2006, era stata avviata e finanziata una specifica azione – implementata attraverso le Aziende sanitarie e i Dipartimenti di salute mentale, e successivamente risultata pienamente conforme ai pertinenti impegni derivanti dall’Accordo sancito dalla Conferenza Unificata il 26.11.2009 (Rep. n. 84 - CU) (09A15308) (G.U. Serie Generale n. 2 del 4 gennaio 2010) – per la realizzazione di progetti terapeutico-riabilitativi individuali (PTRI) sostenuti da specifici budget finanziari. Detti progetti - fin



**GIUNTA REGIONALE DELLA CAMPANIA
DIREZIONE GENERALE TUTELA DELLA SALUTE E
COORDINAMENTO DEL S.S.R.**

**COORDINAMENTO del GRUPPO del BACINO MACROREGIONALE PER IL SUPERAMENTO DEGLI OO.PP.GG.
e del SOTTOGRUPPO TECNICO REGIONALE DELLA CAMPANIA**

dall'inizio finalizzati all'uscita dagli OPG, struttura, con eventuale presa in carico ordinaria (sanitaria, sociosanitaria e sociale), inizialmente finanziati per tutte le persone di competenza della Regione Campania presenti negli OPG nazionali - sono stati successivamente, sia in termini di risorse che di operatività, costantemente confermati e adeguati nell'ambito degli obiettivi dei piani sanitari nazionali di tutte le successive annualità, e anche normativamente integrati per essere successivamente utilizzati nella rete di servizi e strutture che dovranno assicurare il completo superamento degli OPG.

2 - La Legge n. 81/2014 ("Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 31 marzo 2014, n. 52, recante disposizioni urgenti in materia di superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari").

La Legge 7 febbraio 2012, n. 9, di conversione del d.l. 22 dicembre 2011, n. 211, fissava alla data del 31 marzo 2013 il superamento delle attuali strutture nelle quali si eseguono le misure del ricovero in OPG e CCC, e attraverso un contestuale ne prevedeva la sostituzione con strutture regionali a limitato numero di posti letto, esclusiva gestione sanitaria e attività perimetrale di sicurezza e di vigilanza esterna, solo ove necessaria.

Il predetto termine è subito parso inadeguato, in rapporto alla complessità delle azioni da realizzare, estremamente diversificate e in capo a numerose Istituzioni, si è resa necessaria una prima proroga - al 1° aprile 2014 (ad opera del d.l. 25 marzo 2013, n. 24, conv. in l. 23 maggio 2013, n. 57) - e a una seconda proroga, al 31 marzo 2015 (con la Legge 30 maggio 2014 n. 81 di del d.l. n. 52/2014), (art. 1, co. 1, lett. a.).

Tuttavia, con la Legge n. 81/2014, il Legislatore non si è limitato a disporre una semplice proroga, ma ha introdotto, nell'iter di conversione del d.l. 52/2014, tra l'altro, anche contenuti di una rilevantissima riforma della disciplina delle misure di sicurezza in questione, intervenendo significativamente sul processo di superamento degli OPG, che conseguenzialmente risulta caratterizzato dai seguenti principali punti:

1. chiusura degli OPG fissata al 31 marzo 2015 (Art. 1, comma 1 lettera a);
2. adozione, di norma e anche in via provvisoria, di misure di sicurezza alternative al ricovero in OPG o CCC, che diviene un'eccezionale ultima ratio cui il giudice può ricorrere solo dopo aver dimostrato, sulla base degli elementi acquisiti, l'inadeguatezza di ogni altra misura di sicurezza (Art. 1, comma 1, lettera b)¹;
3. modifica dell'accertamento della pericolosità sociale - presupposto per l'applicazione delle misure di sicurezza - che non può più essere effettuato tenendo conto delle condizioni

¹ Articolo 1 comma 1: "Il giudice dispone nei confronti dell'infermo di mente e del seminfermo di mente l'applicazione di una misura di sicurezza, anche in via provvisoria, diversa dal ricovero in un ospedale psichiatrico giudiziario o in una casa di cura e custodia, salvo quando sono acquisiti elementi dai quali risulta che ogni misura diversa non è idonea ad assicurare cure adeguate e a fare fronte alla sua pericolosità sociale"



**GIUNTA REGIONALE DELLA CAMPANIA
DIREZIONE GENERALE TUTELA DELLA SALUTE E
COORDINAMENTO DEL S.S.R.**

**COORDINAMENTO del GRUPPO del BACINO MACROREGIONALE PER IL SUPERAMENTO DEGLI OO.PP.GG.
e del SOTTOGRUPPO TECNICO REGIONALE DELLA CAMPANIA**

economico sociali dell'individuo e della mancanza del progetto terapeutico individuale dell'Azienda sanitaria competente per la presa in carico; il fine è chiaramente quello di evitare l'applicazione e la proroga delle misure di sicurezza sulla base di condizioni di marginalità sociale o in conseguenza di disfunzioni organizzative e, in particolare, dalla mancanza della possibilità di assegnare la persona interessata ai dipartimenti di salute mentale, cioè alle strutture non detentive facenti capo al servizio sanitario e dislocate sul territorio regionale. (Art. 1, comma 1, lett. b)²;

4. limitazione della durata massima delle misure di sicurezza che, con alcune eccezioni e diversamente dalla normativa in essere, non può superare la durata massima prevista per il reato commesso; l'obiettivo è di concorrere, con le altre misure introdotte, a evitare o limitare il rischio di misure di sicurezza, comprese quelle detentive, indeterminate nel massimo e che durano finché perdura la pericolosità sociale della persona che vi è sottoposta, oggetto di periodico accertamento da parte del magistrato di sorveglianza (Art. 1, comma 1 quater)³;
5. revisione dei programmi di realizzazione delle strutture residenziali per le misure di sicurezza (REMS) precedentemente definiti dalle Regioni, con riduzione dei posti letto - in quanto anche le future REMS, come gli attuali OPG, consequenzialmente alle disposizioni prima descritte, si configurano come soluzione residuale ed eccezionale, essendo di regola da applicarsi misure non detentive e alternative (Art. 1, comma 1-bis)⁴ - e re-investimento dei finanziamenti resi così disponibili per potenziare i servizi di salute mentale;
6. definizione obbligatoria da parte delle Aziende sanitarie di programmi terapeutico riabilitativi individuali di dimissione di ciascuna persona internata in OPG, da trasmettere entro 45 giorni dall'approvazione della Legge, al Ministero della Salute e all'Autorità Giudiziaria competente; i programmi - conformemente al complesso delle disposizioni della Legge, inizialmente riferiti alle persone presenti in OPG all'01.06.2014, ma da realizzare successivamente con continuità, anche con riferimento alle realizzande REMS - devono di regola essere finalizzati all'adozione di soluzioni diverse dagli OPG, motivando le ragioni che dovessero eccezionalmente far prevedere la prosecuzione del ricovero in queste strutture (Art. 1, comma 1-ter)⁵;
7. comunicazione obbligatoria delle Regioni al Ministero della salute, al Ministero della giustizia e al comitato paritetico interistituzionale ex articolo 5, comma 2, DPCM 1° aprile 2008, entro il 30.09.2014, sullo stato di realizzazione e riconversione delle strutture di cui all'articolo 3-ter, comma 6, del decreto-legge 22 dicembre 2011, n. 211, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 febbraio 2012, n. 9, nonché tutte le iniziative assunte per garantire il completamento

² Articolo 1 comma 1, lettera b: *l'accertamento della pericolosità sociale deve essere "effettuato sulla base delle qualità soggettive della persona e senza tenere conto delle condizioni di cui all'articolo 133, secondo comma, numero 4, del codice penale", cioè delle "condizioni di vita individuale familiare e sociale del reo"; si prevede inoltre che "non costituisce elemento idoneo a supportare il giudizio di pericolosità sociale la sola mancanza di programmi terapeutici individuali".*

³ Articolo 1 comma 1-quater: *"Le misure di sicurezza detentive provvisorie o definitive, compreso il ricovero nelle residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza, non possono durare oltre il tempo stabilito per la pena detentiva prevista per il reato commesso, avuto riguardo alla previsione edittale massima. Per la determinazione della pena a tali effetti si applica l'articolo 278 del codice di procedura penale[3]. Per i delitti puniti con la pena dell'ergastolo non si applica la disposizione di cui al primo periodo".*

⁴ Articolo 1 comma 1 bis: *Entro il 15 giugno 2014, le regioni possono modificare i programmi presentati in precedenza al fine di provvedere alla riqualificazione dei dipartimenti di salute mentale, di contenere il numero complessivo di posti letto da realizzare nelle strutture sanitarie di cui al comma 2 e di destinare le risorse alla realizzazione o riqualificazione delle sole strutture pubbliche";*

⁵ Articolo 1 comma 1 ter: *Per i pazienti per i quali è stata accertata la persistente pericolosità sociale, il programma documenta in modo puntuale le ragioni che sostengono l'eccezionalità e la transitorietà del prosieguo del ricovero.*



**GIUNTA REGIONALE DELLA CAMPANIA
DIREZIONE GENERALE TUTELA DELLA SALUTE E
COORDINAMENTO DEL S.S.R.**

**COORDINAMENTO del GRUPPO del BACINO MACROREGIONALE PER IL SUPERAMENTO DEGLI OO.PP.GG.
e del SOTTOGRUPPO TECNICO REGIONALE DELLA CAMPANIA**

del processo di superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari; se dalla comunicazione della regione risulta che lo stato di realizzazione è tale da non garantirne il completamento del percorso di superamento degli OPG entro il successivo semestre, il Governo provvede in via sostitutiva nominando un Commissario ad Acta (Art. 1, comma 2)⁶;

8. monitoraggio specifico del percorso di superamento degli OPG attraverso l'istituzione presso il Ministero della Salute di un organismo nazionale di coordinamento, operativo in raccordo con il comitato paritetico interistituzionale (Art. 1, comma 2-bis)⁷.

3 - La Legge n. 81/2014 ("Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 31 marzo 2014, n. 52, recante disposizioni urgenti in materia di superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari"): aggiornamento del fabbisogno e delle operatività per la Regione Campania.

Successivamente all'entrata in vigore del decreto-legge 31 marzo 2014, n. 52, la Regione Campania, attraverso il Gruppo tecnico regionale per il superamento degli OPG, ha operato al fine di rilevare e definire dettagliatamente le ricadute sul programma regionale per il definitivo superamento degli OPG che le nuove norme avrebbero determinato. Nel corso del lavoro svolto sono state progressivamente integrate tutte le modifiche apportate al suddetto decreto in sede di conversione in Legge.

Nella riunione del 05-06-2014 sono stati licenziati gli indirizzi per l'aggiornamento connesso all'approvazione definitiva della Legge n. 81/2014, evidenziando il generale carattere di urgenza degli adempimenti.

Il punto di partenza condiviso dal Gruppo tecnico è stato il rilievo che la Legge in parola introduce misure idonee a determinare una significativa riduzione sia della popolazione attualmente presente in OPG che di quella cui potrà essere applicata in futuro una misura di sicurezza.

⁶ Art. 1, comma 2: "Al fine di monitorare il rispetto del termine di cui all'articolo 3-ter, comma 4, del decreto-legge 22 dicembre 2011, n. 211, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 febbraio 2012, n. 9, come modificato dal comma 1 del presente decreto, le regioni comunicano al Ministero della salute, al Ministero della giustizia e al comitato paritetico interistituzionale di cui all'articolo 5, comma 2, del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 1° aprile 2008, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 126 del 30 maggio 2008, entro l'ultimo giorno del semestre successivo alla data di entrata in vigore del presente decreto, lo stato di realizzazione e riconversione delle strutture di cui all'articolo 3-ter, comma 6, del decreto-legge 22 dicembre 2011, n. 211, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 febbraio 2012, n. 9, nonché tutte le iniziative assunte per garantire il completamento del processo di superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari. Quando dalla comunicazione della regione risulta che lo stato di realizzazione e riconversione delle strutture e delle iniziative assunte per il superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari è tale da non garantirne il completamento entro il successivo semestre il Governo provvede in via sostitutiva a norma dell'articolo 3-ter, comma 9, del decreto-legge 22 dicembre 2011, n. 211, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 febbraio 2012, n. 9."

⁷ Art. 1, comma 2-bis: "Entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto è attivato presso il Ministero della salute un organismo di coordinamento per il superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari composto da rappresentanti del Ministero della salute, del Ministero della giustizia, delle regioni e delle province autonome di Trento e di Bolzano, al fine di esercitare funzioni di monitoraggio e di coordinamento delle iniziative assunte per garantire il completamento del processo di superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari. A tal fine l'organismo di coordinamento si raccorda con il comitato paritetico interistituzionale di cui all'articolo 5, comma 2, del citato decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 1° aprile 2008. La partecipazione alle sedute dell'organismo di coordinamento non dà luogo alla corresponsione di compensi, gettoni, emolumenti, indennità o rimborsi spese comunque denominati. Ogni tre mesi dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto, il Ministro della salute e il Ministro della giustizia trasmettono alle Camere una relazione sullo stato di attuazione delle suddette iniziative"



**GIUNTA REGIONALE DELLA CAMPANIA
DIREZIONE GENERALE TUTELA DELLA SALUTE E
COORDINAMENTO DEL S.S.R.**

**COORDINAMENTO del GRUPPO del BACINO MACROREGIONALE PER IL SUPERAMENTO DEGLI OO.PP.GG.
e del SOTTOGRUPPO TECNICO REGIONALE DELLA CAMPANIA**

Per quanto relativo alle consequenziali operatività, sono stati individuati i due seguenti ambiti prioritari:

- A) la definizione di progetti individuali di dimissione per tutte le persone presenti in OPG;
- B) la definizione di indirizzi per l'aggiornamento del programma di realizzazione delle strutture residenziali per le misure di sicurezza (REMS) di cui al Decreto del Commissario ad acta per il rientro dal deficit sanitario della Campania 47 del 15.05.2013;
- C) la definizione di indirizzi aggiornati per il programma di utilizzo delle risorse di parte corrente di cui alla Legge n. 9/2012 e s.m.i..

A) Progetti individuali di dimissione (PTRI ex Legge n. 81/2014).

Conformemente alle nuove disposizioni di legge, i progetti individuali di dimissione per tutte le persone presenti in OPG, indipendentemente dalla posizione giuridica, devono essere predisposti dalle ASL competenti, con il supporto dell'Amministrazione Penitenziaria, e inviati all'autorità giudiziaria competente e, tramite la Regione, al Ministero della Salute; in prima applicazione, la norma ne richiede l'ottemperanza entro 45 giorni dall'entrata in vigore della legge, adempimento verso il quale tutte le AA.SS.LL. regionali sono state specificamente attivate fin dal 23 aprile u.s.

E' stato inoltre chiarito e concordato che - indipendentemente da questa specifica procedura, finalizzata ad ottemperare allo specifico obbligo di legge - i servizi sanitari continueranno a realizzare le attività integrate con l'Amministrazione Penitenziaria (A.P.) presso ciascun OPG (attraverso il GOTA, di cui alla DGRC 96/2011 e s.m.i.) e assicureranno la definizione dei PTRI ex Legge n. 81/2014, per ogni persona di competenza presente in OPG e nei Servizi di Superamento OPG anche successivamente alla data di entrata in vigore della legge n. 81/2014.

A tal fine sono state inoltre implementate le opportune attività di supporto e di monitoraggio, in particolare concordando che ASL avrebbero realizzato il formale invio dei progetti individuali alla Direzione degli OPG e al Magistrato competente per il singolo paziente, che l'Amministrazione Penitenziaria avrebbe reso disponibili i riferimenti dei singoli Magistrati competenti al coordinamento del gruppo, e che il trasferimento delle informazioni e dei singoli progetti di dimissione sarebbe avvenuto con procedure dematerializzate, attraverso il Sistema informativo per il superamento degli OPG, SMOP.

In esito alle attività descritte, le AA.SS.LL. regionali hanno prodotto i PTRI richiesti dall'art. 1, comma 1-ter della legge n. 81/2014 e, conformemente alle indicazioni di cui alla nota prot. n. 2014/SST/53 del Ministero della Salute, la Regione Campania ne ha curato la trasmissione di competenza il 15.07.2014 con prot. 2014/0494068 della Direzione Generale Tutela della salute e Coordinamento del Servizio Sanitario Regionale. Limitatamente alle sole persone presenti in OPG in misura di sicurezza – con esclusione, quindi, di quanti presenti in applicazione di una pena e, pertanto, da non comprendere nel fabbisogno appropriato per la programmazione delle REMS – sono riepilogate nella seguente Tabella 3 gli esiti dell'attività delle AA.SS.LL. relativamente alla programmazione dell'uscita ovvero della necessità di una permanenza in OPG.



**GIUNTA REGIONALE DELLA CAMPANIA
DIREZIONE GENERALE TUTELA DELLA SALUTE E
COORDINAMENTO DEL S.S.R.**

**COORDINAMENTO del GRUPPO del BACINO MACROREGIONALE PER IL SUPERAMENTO DEGLI OO.PP.GG.
e del SOTTOGRUPPO TECNICO REGIONALE DELLA CAMPANIA**

Tabella 3: pazienti presenti in OPG/CCC in MISURA DI SICUREZZA all'01.06.2014 - competenza territoriale Regione Campania (Fonte: SMOP - Sistema informativo per il monitoraggio del superamento degli OPG)			
ASL	Misura di sicurezza	PTRI ASL ex L. 81/2014*	
		USCITA OPG SI	USCITA OPG NO
AV	6	3	3
BN	8	5	3
CE	10	10	0
NA1C	13	11	2
NA2N	18	11	7
NA3S	25	18	5
SA	29	13	16
S.F.D.	1	1	0
TOT	110	72	36

(*) Nota: non sono presenti PTRI di dimissione per n. 3 pazienti (di cui n. 1 senza fissa dimora), già usciti da OPG al 15.07.14

B) Indicazioni per l'aggiornamento del programma di cui al Decreto del Commissario ad acta per il rientro dal deficit sanitario della Campania 47/2013 alla nuova normativa.

La Legge 81/2014 (conversione con modificazioni del decreto-legge 31 marzo 2014, n. 52) ha introdotto significativi cambiamenti, anche nelle operatività di competenza della Magistratura, in tema di misure di sicurezza detentive (OPG e CCC; REMS). Tutte le innovazioni operano verso la riduzione sia delle attuali presenze in OPG, che dei futuri invii in REMS, che, stimabile per eccesso⁸ sulla base dei dati di cui alla precedente Tabella 3, definisce una popolazione destinataria delle REMS pari al 33% di quella rilevata per l'analogia programmazione effettuata nel 2013.

Pertanto, i programmi per la realizzazione delle REMS prodotti, con la precedente normativa, entro il 15.05.2013 (per la Campania, il Decreto del Commissario ad acta per il rientro dal deficit sanitario della Campania n. 47 del 15.05.2013, approvato con Decreto del Ministro della Salute 9 ottobre 2013 G.U. n. 285 del 5.12.2013), risultano oggi sovradimensionati e necessitano di opportuni adeguamenti.

Il gruppo tecnico regionale per il superamento degli OPG ha ritenuto necessario e opportuno⁹, al fine di concorrere efficientemente al completamento del processo di superamento degli OPG, formulare le seguenti indicazioni per il necessario contenimento del numero complessivo dei posti letto nelle REMS:

⁸ La stima è da considerarsi in eccesso, in quanto è stato possibile effettuarla solo sulla base delle valutazioni di uscita dagli OPG contenute nei PTRE di dimissione prodotti dalle AA.SS.LL., non essendo ancora disponibile alcuna misura degli ulteriori effetti riduttivi delle significative riforme limitative dell'applicabilità e della durata delle misure di sicurezza contenute nella legge n. 81/2014.

⁹ I rappresentanti di tutte le AA.SS.LL. hanno concordato sulla proposta di indicazioni qui formulata e già ipotizzata nelle riunioni del 29 maggio e del 5 giugno 2014, ad eccezione della ASL AV che si è astenuta, non ritenendo di "proporre modifiche al programma regionale ex DECRETO DEL COMMISSARIO AD ACTA PER IL RIENTRO DAL DEFICIT SANITARIO DELLA CAMPANIA 47, in quanto ha tra l'altro adottato la Deliberazione 851 del 16 05 2014 (approvazione progetto esecutivo, bando e disciplinare di gara, Indizione gara. San Nicola Baronio)".



**GIUNTA REGIONALE DELLA CAMPANIA
DIREZIONE GENERALE TUTELA DELLA SALUTE E
COORDINAMENTO DEL S.S.R.**

**COORDINAMENTO del GRUPPO del BACINO MACROREGIONALE PER IL SUPERAMENTO DEGLI OO.PP.GG.
e del SOTTOGRUPPO TECNICO REGIONALE DELLA CAMPANIA**

- a) riduzione del numero delle REMS, fino a rendere disponibile un numero di posti letto non superiore a 80 (con una riduzione di almeno il 50% rispetto al programma di cui al Decreto del Commissario ad acta per il rientro dal deficit sanitario della Campania n. 47/2013);
- b) previsione di REMS non distinte per sesso, organizzativamente operative in modo da costituire una rete regionale per le misure di sicurezza, funzionalmente coordinata, conformemente alle pertinenti previsioni già contenute nel Decreto del Commissario ad acta per il rientro dal deficit sanitario della Campania 64/12, 47/2013 e 18/2014, attraverso il gruppo tecnico regionale per il superamento degli OPG, secondo indirizzi e procedure, da definirsi a cura dello stesso gruppo entro il 31.03.2015 e che realizzino la massima integrazione della presa in carico delle persone presenti nelle REMS con la comunità e i servizi sanitari, sociosanitari e sociali territorialmente competenti;
- c) conferma e attivazione, tra degli interventi di cui al Decreto del Commissario ad acta per il rientro dal deficit sanitario della Campania 47/2013, solo di quelli che, per le caratteristiche di progettazione e per lo stato di avanzamento delle attività di realizzazione, risultino idonee al rispetto del termine di chiusura degli attuali OPG imposto dalla Legge n. 81/2014 (31.03.2015), comunque nei limiti del fabbisogno stimato;
- d) riutilizzo delle risorse in conto capitale liberate in esito alla riduzione delle REMS (stimabili in almeno il 60% del fondo assegnato) per le attività di riqualificazione e potenziamento dei DSM previste dalla norma, da realizzarsi attraverso programmi di intervento, da definirsi a cura delle singole ASL, in funzione delle proprie valutazioni sui bisogni prioritari per concorrere efficientemente al complessivo percorso di superamento degli OPG.

Per i predetti programmi aziendali di utilizzo delle risorse in conto capitale resesi così disponibili, l'indicazione è di assumere come riferimenti vincolanti il fabbisogno per la popolazione di propria competenza e il rafforzamento dell'offerta di soluzioni e percorsi alternativi alla detenzione, con particolare riferimento ai programmi residenziali, privilegiando comunque il recupero di progettualità eventualmente già previste nel Decreto del Commissario ad acta per il rientro dal deficit sanitario della Campania 47/2013, qualora le stesse non risultino ricomprese nella rete regionale delle REMS.

Al riguardo si evidenzia che il Programma approvato con Decreto del Commissario ad acta per il rientro dal deficit sanitario della Campania 47/2013, già prevedeva la possibilità di un'offerta di servizi intermedia e una progressiva attivazione delle REMS, con un programma variabile che comunque assicurasse la completa gestione delle misure di sicurezza OPG e CCC¹⁰. Pertanto, il suo aggiornamento conseguente all'applicazione dei suddetti indirizzi si configura come previsto adeguamento al nuovo fabbisogno che la Legge n. 81/2014 ha determinato.

¹⁰ DCA 47/2013, Allegato A, pagina 3: "Sulla base della stima complessiva dei tempi di progettazione e di appaltabilità e dei tempi di realizzazione delle opere, al fine di realizzare un programma idoneo a garantire il rispetto del termine per il completo superamento degli OPG, è stata adeguatamente prevista la possibilità di una progressiva attivazione dei servizi idonea ad assicurare, in tempi intermedi - circa 6-9 mesi dall'approvazione del programma, e più brevi del completamento dell'intero programma - la piena gestione di tutte le prevedibili nuove misure di sicurezza del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario e dell'assegnazione a casa di cura e custodia misure di sicurezza detentive in strutture ex comma 2 del predetto art. 3-ter".



**GIUNTA REGIONALE DELLA CAMPANIA
DIREZIONE GENERALE TUTELA DELLA SALUTE E
COORDINAMENTO DEL S.S.R.**

**COORDINAMENTO del GRUPPO del BACINO MACROREGIONALE PER IL SUPERAMENTO DEGLI OO.PP.GG.
e del SOTTOGRUPPO TECNICO REGIONALE DELLA CAMPANIA**

C) Indicazioni aggiornate per la definizione di un programma di utilizzo delle risorse di parte corrente ex Legge n. 9/2012.

Le innovazioni in tema di superamento degli OPG e, più in particolare, in tema di misure di sicurezza introdotte dalla Legge n. 81/2014 - che, come evidenziato in precedenza impongono di fatto una significativa riduzione delle REMS - determinano anche consequenziali ricadute sulla programmazione dell'utilizzo delle risorse di parte corrente stanziate con la Legge n. 9/2012.

L'offerta regionale di un numero ridotto di REMS e la configurazione giuridica dell'applicazione delle misure di sicurezza come eccezionale rispetto alla regola per il Magistrato di applicare misure diverse dall'OPG rendono, rispettivamente, possibile e necessario rafforzare le attività di presa in carico da parte dei Dipartimenti di Salute Mentale, riqualificare i dipartimenti di salute mentale, realizzare o riqualificare solo strutture pubbliche.

Le indicazioni per il programma di utilizzo, nello scenario descritto, delle risorse di parte corrente ex Legge n. 9/2012 definite dal Gruppo tecnico regionale, sono di seguito elencate:

- a) assegnazione delle risorse necessarie per il funzionamento delle REMS – stimabili, per soddisfare i requisiti minimi di cui al decreto del Ministro della Salute 1 ottobre 2012, in € 900.000 per struttura - alle sole ASL sede delle predette strutture ricomprese nella rete regionale delle REMS;
- b) ripartizione tra tutte le ASL regionali (comprese quelle che assicureranno l'attivazione e l'operatività delle REMS) delle restanti risorse disponibili sulla base dei criteri convenuti a livello nazionale (50% della popolazione adulta residente e 50% della popolazione presente in OPG al 31.12.2011). Per le risorse attualmente assegnate alle ASL sede di OPG, come già indicato dal Ministero della Salute nella circolare prot. 0027635-P del 29.10.2013, l'indicazione è di ripartire le stesse analogamente, nel momento in cui saranno rese disponibili, successivamente alla chiusura degli attuali OPG;
- c) previsione di un vincolo per l'utilizzo delle risorse di cui al precedente punto b) alle attività aziendali, con riferimento alla popolazione di propria competenza, finalizzate al completamento del percorso di superamento degli OPG, alla prevenzione delle misure di sicurezza detentive (OPG/REMS) e alla gestione e implementazione dell'offerta di misure non detentive, prioritariamente assicurando in ogni caso l'operatività delle articolazione per la tutela della salute mentale in carcere ex accordo CU 13 10 2011;
- d) integrazione di dette risorse – come previsto dal Decreto del Commissario ad acta per il rientro dal deficit sanitario della Campania n.18/2014 – nell'ambito delle complessive risorse vincolate alle funzioni sanitarie in ambito penitenziario, con conforme gestione delle stesse attraverso un livello unico di responsabilità di budget aziendale, conformemente all'assetto organizzativo dei servizi di sanità penitenziaria regionali.



**GIUNTA REGIONALE DELLA CAMPANIA
DIREZIONE GENERALE TUTELA DELLA SALUTE E
COORDINAMENTO DEL S.S.R.**

**COORDINAMENTO del GRUPPO del BACINO MACROREGIONALE PER IL SUPERAMENTO DEGLI OO.PP.GG.
e del SOTTOGRUPPO TECNICO REGIONALE DELLA CAMPANIA**

4 - Aggiornamento alla Legge 30 maggio 2014 n. 81 del programma regionale di realizzazione delle strutture residenziali per le misure di sicurezza (REMS) di cui al Decreto del Commissario ad acta per il rientro dal deficit sanitario della Campania n. 47 del 15.05.2013.

Come dettagliatamente evidenziato nel precedente paragrafo 3C, la Legge 30 maggio 2014 n. 81 ha esplicitamente reso possibile e richiesto una significativa riduzione - rispetto al fabbisogno stimato alla data di approvazione del programma di cui al 15.05.2013 - della presenza di REMS nei programmi regionali.

In aggiunta alla stima del nuovo fabbisogno di posti in REMS effettuata a partire dai progetti individuali di dimissione prodotti dalle AA.SS.LL. regionali in attuazione della Legge 81/2014¹¹, è stata realizzata dall'Agenzia Regionale per la Sanità un'aggiornata ricognizione sullo stato di realizzazione delle REMS di cui al Decreto del Commissario ad acta per il rientro dal deficit sanitario della Campania n. 47 del 15.05.2013.

Gli interventi che, per lo stato di avanzamento e per la tempistica prevista per il completamento, considerando la stima aggiornata del fabbisogno, sono risultati idonei ad essere confermati per la nuova rete regionale di REMS sono riportati di seguito:

1) A.S.L. Avellino:

- Titolo intervento: Lavori di adeguamento e completamento di un edificio da destinare a struttura residenziale per il superamento degli O.P.G. nel comune di San Nicola Baronia (AV);
- Livello progettazione: Esecutivo; Atto di Approvazione dell'A.S.L.: Delibera del Direttore Generale n. 851 del 16.05.2014;
- Parere Nucleo Valutazione Edilizia Sanitaria dell'ARSAN: progetto trasmesso dall'A.S.L. con nota n.11722 dell'11.06.2014, consegnato il 13/06/2014, acquisito al protocollo dell'ARSAN con prot. n. 42 del 23.06.2014. parere "Favorevole" Nucleo di Valutazione dell'Edilizia Sanitaria espresso nella seduta del 24.09.2014;
- Tempi di esecuzione dei lavori: mesi 2, in linea con quanto previsto dalla scheda intervento n. 2 allegata al programma regionale approvato dal Ministero della Salute con Decreto del 09.10.2013.2)

2) A.S.L. Caserta:

- Titolo intervento: Lavori di ristrutturazione e adeguamento di un edificio da destinare a struttura residenziale per il superamento degli O.P.G. nel comune di Calvi Risorta (CE);
- Livello di progettazione: Definitivo;
- Atto di approvazione dell'A.S.L.: Delibera del Direttore Generale n. 386 del 28.03.2014;
- Parere Nucleo: Il progetto è stato trasmesso dall'ASL con nota 10743 del 31/03/2014 e acquisito dall'ARSAN con protocollo n. 929 del 11.04.2014.

Il Nucleo di Valutazione dell'Edilizia Sanitaria nella seduta del 16.04.2014 ha espresso parere "Favorevole";

- Altre informazioni: Il bando di gara per l'affidamento dei lavori e la redazione del progetto esecutivo, ai sensi dell'art. 53 comma 2 lett. b) del codice dei contratti, è stato pubblicato in data 09.06.2014.

¹¹ v. i precedenti paragrafi 3A e 3B.



**GIUNTA REGIONALE DELLA CAMPANIA
DIREZIONE GENERALE TUTELA DELLA SALUTE E
COORDINAMENTO DEL S.S.R.**

**COORDINAMENTO del GRUPPO del BACINO MACROREGIONALE PER IL SUPERAMENTO DEGLI OO.PP.GG.
e del SOTTOGRUPPO TECNICO REGIONALE DELLA CAMPANIA**

- **Tempo di esecuzione lavori:** Il tempo stabilito per l'esecuzione dei lavori è di mesi 3 dalla data di consegna dei lavori in linea con quanto previsto dalla scheda intervento n. 3 allegata al programma regionale approvato dal Ministero della Salute con Decreto del 09.10.2013.

Pertanto la ripartizione tra le AA.SS.LL. regionali delle risorse in conto capitale ex art. 3-ter Legge 9/2012 di cui alla Deliberazione CIPE n. 143/2012 - adeguando e rettificando quanto stabilito con il Decreto del Commissario ad acta per il rientro dal deficit sanitario della Campania n. 47 del 15.05.2013 - è aggiornata come dalle seguenti Tabelle 4a e 4b.

Ai fini dell'utilizzo delle risorse di che trattasi, le AA.SS.LL., nel rispetto delle indicazioni di cui al precedente paragrafo 3B, procederanno:

- 1) al completamento degli interventi confermati come REMS;
- 2) all'eventuale aggiornamento come strutture intermedia residenziali psichiatriche - con revisione degli elaborati progettuali e riproposizione degli interventi non confermati come REMS al Nucleo di valutazione dell'edilizia sanitaria e socio-sanitaria (NVES) dell'Agenzia regionale per la sanità, per le valutazioni di competenza;
- 3) alla definizione di un programma di utilizzo delle risorse assegnate per interventi strutturali di potenziamento dei servizi territoriali dei DSM (esclusi gli interventi REMS) a supporto della rete di servizi per il superamento degli OPG.

I programmi di cui al precedente punto 3) dovranno essere idonei a rafforzare la presa in carico territoriale con progetti individuali finalizzati alla prevenzione dell'applicazione di misure di sicurezza detentive (OPG, CCC, REMS) e allo sviluppo ulteriore dell'offerta di servizi idonei allo svolgimento delle misure di sicurezza non detentive richieste dalla legge n. 81/2014, e andranno trasmessi, preliminarmente al loro avvio, alla Direzione Generale Tutela della Salute e Coordinamento del Servizio Sanitario Regionale, per le valutazioni di competenza.

Tabella 4a - Riparto risorse conto capitale ex art. 3-ter Legge 9/2012 (Del. CIPE n. 143/2012) - adeguamento Decreto del Commissario ad acta per il rientro dal deficit sanitario della Campania n. 47/2013 alla Legge n. 81/2014 - REMS

ASL	Comune	REMS: interventi ex DCA n. 47/2013			REMS: INTERVENTI CONFERMATI per conformità a L. 81/2014	
		Importo (quota Stato)	Importo (quota Regione)	Importo totale	SI/NO	Finanziamento aggiornato
AV	S. Nicola Baronia	€ 1.070.001,38	€ 56.315,86	€ 1.126.317,24	SI	€ 1.126.317,24
BN	Arpaise	€ 1.222.999,60	€ 64.368,40	€ 1.287.368,00	NO	€ 64.368,40*
CE	Calvi Risorta	€ 1.368.052,25	€ 72.002,75	€ 1.440.055,00	SI	€ 1.440.055,00
	Francolise	€ 3.842.549,55	€ 202.239,45	€ 4.044.789,00	NO	€ 202.239,45*
NA1C	Napoli	€ 3.300.000,75	€ 173.684,25	€ 3.473.685,00	NO	€ 173.684,25*
NA2N	Acerra	€ 2.350.000,75	€ 123.684,25	€ 2.473.685,00	NO	€ 123.684,25*
NA3S	Cicciano	€ 3.400.000,60	€ 178.947,40	€ 3.578.948,00	NO	€ 178.947,40*
SA	Capaccio	€ 1.822.998,70	€ 95.947,30	€ 1.918.946,00	NO	€ 95.947,30*
tot		€ 18.376.603,58	€ 967.189,66	€ 19.343.793,24		€ 3.405.243,29

(*): per gli interventi non confermati come REMS, la sola quota regionale (5%) del finanziamento ex Decreto del Commissario ad acta per il rientro dal deficit sanitario della Campania n. 47/2013, sarà resa utilizzabile, previa autorizzazione regionale, per supportare eventuali e documentate spese aziendali sostenute per le attività di progettazione per le strutture non confermate come REMS, ovvero da utilizzare,



**GIUNTA REGIONALE DELLA CAMPANIA
DIREZIONE GENERALE TUTELA DELLA SALUTE E
COORDINAMENTO DEL S.S.R.**

**COORDINAMENTO del GRUPPO del BACINO MACROREGIONALE PER IL SUPERAMENTO DEGLI OO.PP.GG.
e del SOTTOGRUPPO TECNICO REGIONALE DELLA CAMPANIA**

in tutto o in parte, per le attività di cui alla seguente Tabella 4b.



**GIUNTA REGIONALE DELLA CAMPANIA
DIREZIONE GENERALE TUTELA DELLA SALUTE E
COORDINAMENTO DEL S.S.R.**

**COORDINAMENTO del GRUPPO del BACINO MACROREGIONALE PER IL SUPERAMENTO DEGLI OO.PP.GG.
e del SOTTOGRUPPO TECNICO REGIONALE DELLA CAMPANIA**

**Tabella 4b - Riparto risorse parte conto capitale ex art. 3-ter Legge 9/2012 (Del. CIPE n. 143/2012) - adeguamento
Decreto del Commissario ad acta per il rientro dal deficit sanitario della Campania n. 47/2013 alla Legge n.
81/2014 - interventi di potenziamento dei servizi territoriali dei DSM (esclusi interventi REMS)**

	popolazione presente e proveniente da OPG (n al 31.12.2011)			peso	popolazione generale adulta	peso	Finanziamento NON REMS
ASL	Presenze OPG	Misure sicurezza non detentive	totale	0,50		0,50	
AV	10	4	14	€ 603.080,27	356.511	€ 613.997,13	€ 1.217.077,40
BN	9	3	12	€ 516.925,94	236.868	€ 407.943,30	€ 924.869,24
CE	9	14	23	€ 990.774,73	719.794	€ 1.239.657,27	€ 2.230.431,99
NA1C	21	9	30	€ 1.292.314,86	788.430	€ 1.357.864,86	€ 2.650.179,72
NA2N	18	12	30	€ 1.292.314,86	789.609	€ 1.359.895,38	€ 2.652.210,24
NA3S	28	11	39	€ 1.680.009,32	839.119	€ 1.445.163,43	€ 3.125.172,75
SA	29	8	37	€ 1.593.855,00	896.945	€ 1.544.753,62	€ 3.138.608,61
tot	124	61	185	€ 7.969.274,98	4.627.276	€ 7.969.274,98	€ 15.938.549,95



5 - Il programma regionale di utilizzo delle risorse di parte corrente per il superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari.

A) Gli indirizzi nazionali.

Con circolare delle Direzioni Generali Programmazione Sanitaria e Prevenzione prot. 0027635-P del 29.10.2013, il Ministero della salute ha fornito alle Regioni e PP.AA. gli iniziali e specifici indirizzi sui programmi in parola, come di seguito riportati.

La legge 17 febbraio 2012, n. 9 e s.m.i., all'articolo 3-ter autorizza la spesa di *38 milioni di euro per l'anno 2012 e 55 milioni di euro a decorrere dall'anno 2013*¹² al fine di concorrere agli oneri per l'esercizio delle attività di cui al comma 1 della stessa legge (*"completamento del processo di superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari già previsto dall'allegato C del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 1° aprile 2008"*).

Con le stesse risorse la norma provvede al sostegno degli oneri derivanti dal comma 5 (che attribuisce alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, per la realizzazione di quanto previsto dal comma 1, la facoltà di assumere personale qualificato, da dedicare anche ai percorsi terapeutico riabilitativi finalizzati al recupero e reinserimento sociale dei pazienti internati provenienti dagli OPG) e dal terzo periodo del comma 6 (che fa riferimento ad attività volte ad incrementare la realizzazione dei percorsi terapeutico-riabilitativi, la dimissione delle persone interne non socialmente pericolose, la loro presa in carico da parte delle Asl all'interno di progetti terapeutico-riabilitativi e l'esecuzione di misure di sicurezza alternative al ricovero in OPG o all'assegnazione in casa di cura e custodia).

Con l'Intesa sancita il 6 dicembre 2012, lo Stato e le Regioni hanno convenuto su una proposta di Deliberazione CIPE, approvata dal Comitato il 21 dicembre 2012, che ripartisce il 50% delle risorse disponibili per l'anno 2012 sulla base della popolazione residente in ciascuna regione e provincia autonoma ed il restante 50% sulla base del numero delle persone, interne negli ospedali psichiatrici giudiziari o dimesse in misura non detentiva alla data del 31.12.2011, residenti in ciascuna regione e provincia autonoma.

In particolare, l'Intesa evidenzia che *"Tali criteri si basano sull'assunzione che le spese di funzionamento derivanti per il Servizio sanitario nazionale, di seguito all'applicazione della richiamata normativa, siano correlate in parte all'attivazione delle nuove strutture, secondo quanto previsto dal citato articolo 3-ter del decreto-legge 211/11 (come successivamente modificato), e ed in parte al rafforzamento della rete complessiva dei servizi per la salute mentale, sia a livello territoriale che penitenziario, destinati ad accogliere una quota degli attuali internati negli OPG. Gli stessi criteri assicurano, pertanto, una ripartizione il più possibile congrua rispetto al*

12 Successivamente le risorse stanziate per l'anno 2013 sono state riderminate con DECRETO MINISTERO DELL'ECONOMIA E DELLE FINANZE 27 dicembre 2013 (*Rideterminazione proporzionale del riparto per l'anno 2013, del finanziamento, degli oneri per il superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari, effettuato con delibera CIPE 8 marzo 2013. (14A01765) (GU Serie Generale n.55 del 7-3-2014)*, come specificato nel paragrafo 5B.



**GIUNTA REGIONALE DELLA CAMPANIA
DIREZIONE GENERALE TUTELA DELLA SALUTE E
COORDINAMENTO DEL S.S.R.**

**COORDINAMENTO del GRUPPO del BACINO MACROREGIONALE PER IL SUPERAMENTO DEGLI OO.PP.GG.
e del SOTTOGRUPPO TECNICO REGIONALE DELLA CAMPANIA**

fabbisogno di ciascuna regione, nel momento in cui le stesse dovranno farsi carico dei maggiori oneri sia per l'assunzione di personale, in deroga alla normativa vigente, sia per il funzionamento delle strutture e dei servizi che dovranno prendere in carico gli internati provenienti dagli OPG ai fini della loro riabilitazione e del loro reinserimento sociale". "Trattandosi del primo anno di applicazione, l'erogazione delle risorse spettanti alle regioni è subordinata all'adozione del decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro per la pubblica amministrazione e la semplificazione e del Ministro dell'economia e delle finanze, di approvazione dei programmi assistenziali regionali per il completamento del processo di superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari, comprensivi delle richieste di assunzione in deroga del personale qualificato da dedicare anche ai percorsi terapeutico riabilitativi finalizzati al recupero e reinserimento sociale dei pazienti internati provenienti dagli ospedali psichiatrici giudiziari, coerenti con il programma di utilizzo delle risorse per investimenti".

Il programma regionale di utilizzo delle risorse in parola deve essere oggetto di valutazione da parte del Ministero della Salute che, in caso di esito positivo, procede all'emanazione di un decreto, assunto di concerto con gli altri Ministri interessati, di approvazione del programma medesimo e di assegnazione delle relative risorse.

Alla circolare delle Direzioni Generali Programmazione Sanitaria e Prevenzione del Ministero della Salute inizialmente richiamata (prot. 0027635-P del 29.10.2013), è allegata una scheda di dettaglio con tre aree e diversificati interventi che i programmi regionali dovranno contenere.

Si evidenzia, al riguardo, che nel documento in parola, nell'elencare alcune delle diverse opzioni che le Regioni possono utilizzare per orientare i propri programmi (riportate nella successiva Tabella 5, il Ministero della Salute – al quale compete, ex lege, l'approvazione dei programmi di che trattasi e l'assegnazione delle specifiche risorse, con la contestuale autorizzazione in deroga per l'assunzione delle risorse umane – evidenzia che **i programmi regionali dovranno "comunque esplicitare come la Regione intende fare fronte agli oneri derivanti dal funzionamento delle REMS, ovvero dall'inserimento dei pazienti nelle REMS, a partire dalla data di attivazione delle strutture"** e potranno **"prevedere il reperimento del personale destinato ad operare nelle REMS a partire dalla data di attivazione delle strutture (in coerenza con quanto previsto dai programmi di realizzazione delle strutture) e che potrà essere impiegato, fin da subito, nell'ambito del Dipartimento di salute mentale per facilitare i percorsi di dimissione dagli OPG"**.

Tabella 5 - Aree e interventi dei programmi regionali di utilizzo delle risorse di parte corrente per il superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari.

Area 1 - Interventi per favorire la dimissione e la presa in carico da parte dei servizi del DSM di persone attualmente presenti negli OPG ovvero per limitare l'ingresso di persone in OPG

1.1 Potenziamento servizi territoriali per la salute mentale

Soggetti destinatari: internati che escono dagli OPG (e quelli che usciranno dalle REMS) per LFE (licenza finale di esperimento) o LV (libertà vigilata); detenuti con disturbo mentale che escono dal carcere in applicazione di misura alternativa alla pena (con particolare riferimento ai soggetti di cui agli articoli 111 e 112 del DPR 230/2000 e ai soggetti di cui all'articolo 148 del Codice Penale, che, fino alla definitiva chiusura degli OPG, possono essere inviati negli stessi)

- Spese per assunzione di personale dipendente, a tempo determinato o indeterminato (in deroga alla normativa):



**GIUNTA REGIONALE DELLA CAMPANIA
DIREZIONE GENERALE TUTELA DELLA SALUTE E
COORDINAMENTO DEL S.S.R.**

**COORDINAMENTO del GRUPPO del BACINO MACROREGIONALE PER IL SUPERAMENTO DEGLI OO.PP.GG.
e del SOTTOGRUPPO TECNICO REGIONALE DELLA CAMPANIA**

dovranno essere indicate le unità di personale da assumere, distinte per professionalità, la Asl o altra struttura pubblica cui sono destinate e la spesa preventivata;

- Spese per personale con diverso tipo di rapporto di lavoro: unità, professionalità, destinazione, spesa preventivata;
- Spese per interventi di formazione del personale di nuovo inserimento;
- Spese correnti dei servizi territoriali e strutture del DSM (materiali di uso corrente, forniture, viaggi, servizi, utenze, canoni, ecc.): spesa preventivata;
- Pagamento rette presso strutture private accreditate residenziali o semiresidenziali.

1.2 Potenziamento sezioni psichiatriche di diagnosi e trattamento presso strutture penitenziarie

Soggetti destinatari: detenuti con disturbo mentale (con particolare riferimento ai soggetti di cui agli articoli 111 e 112 del DPR 230/2000 e ai soggetti di cui all'articolo 148 del Codice Penale, che vengono assegnati al carcere, ma che non possono essere sottoposti al regime carcerario ordinario)

- Spese per assunzione di personale dipendente, a tempo determinato o indeterminato (in deroga alla normativa): dovranno essere indicate le unità di personale da assumere, distinte per professionalità, la Asl cui sono destinate (in cui insiste la struttura penitenziaria) e la spesa preventivata;
- Spese per personale con diverso tipo di rapporto di lavoro: unità, professionalità, destinazione, spesa preventivata;
- Spese per interventi di formazione del personale di nuovo inserimento.

Area 2 - Interventi per garantire l'attività delle REMS per il trattamento di persone destinate di misura di sicurezza detentiva (solo riferite a REMS già eventualmente attivabili)

2.1 Inserimento dei pazienti nelle REMS

Soggetti destinatari: persone cui sono applicate le misure di sicurezza detentiva del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario e dell'assegnazione a casa di cura e custodia.

- Spese per assunzione di personale dipendente a tempo determinato o indeterminato (in deroga alla normativa): dovranno essere indicate le unità di personale da assumere, distinte per professionalità, in coerenza con quanto previsto nel programma di realizzazione delle strutture e la spesa preventivata;
- Spese per personale con diverso tipo di rapporto di lavoro: unità, professionalità, spesa preventivata;
- Spese per interventi di formazione del personale di nuovo inserimento;
- Spesa per pagamento rette per inserimenti in REMS in altre regioni (in caso di accordi per la realizzazione di strutture a valenza interregionale): spesa preventivata;
- Spese di funzionamento delle REMS (materiali di uso corrente, forniture, servizi, utenze, canoni, ecc.): spesa preventivata.

Si ricorda che, a decorrere dalla data di chiusura degli OPG, la quota di finanziamento attualmente ripartita tra le Regioni nel cui territorio insistono tali strutture verrà soppressa e i relativi fondi saranno ripartiti tra tutte le regioni sulla base dei criteri generali convenuti.

In considerazione della previsione normativa di un finanziamento quantitativamente diverso *per l'anno 2012 e per gli anni a partire dal 2013*, il programma di che trattasi dovrà essere consequenzialmente articolato.

Negli stessi indirizzi è infine evidenziato che il complesso delle risorse che dovranno sostenere le reti dei servizi regionali di superamento degli attuali OPG non è esaustivamente rappresentato dalle sole risorse stanziate con l'art. 3-ter della legge n. 9/2012. Queste risorse vincolate dovranno almeno essere integrate con quelle attualmente ripartite tra le sole Regioni sede di OPG per le funzioni sanitarie assicurate ex DPCM 01.04.2008 che, a livello nazionale, assomma a circa il 42% dei fondi annuali previsti dal citato art. 3-ter a partire dall'anno 2013.



**GIUNTA REGIONALE DELLA CAMPANIA
DIREZIONE GENERALE TUTELA DELLA SALUTE E
COORDINAMENTO DEL S.S.R.**

**COORDINAMENTO del GRUPPO del BACINO MACROREGIONALE PER IL SUPERAMENTO DEGLI OO.PP.GG.
e del SOTTOGRUPPO TECNICO REGIONALE DELLA CAMPANIA**

Nei programmi aziendali di utilizzo delle risorse in parola dovranno inoltre essere attuate le pertinenti disposizioni recate dalla legge n. 81/2014, che intervengono su implementazioni di maggiore dettaglio - sia direttamente (come per esempio, sulle finalità e il finanziamento delle attività formative), sia indirettamente (come per esempio, sulle consequenziali ricadute del nuovo termine di completamento del percorso sulle modalità di acquisizione del personale) - che saranno contestualmente considerate nel seguito del seguente documento.

B) Il complessivo finanziamento nazionale degli oneri per il funzionamento della rete di servizi per il superamento degli OPG.

La Legge 9/2012 e smi, all'art. 3-ter, interviene sul completamento del processo di superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari già previsto dall'Allegato C del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 1° aprile 2008, stanziando nuove e definite risorse finanziarie per le spese in conto capitale e per le spese di parte corrente¹³.

La formulazione adottata dal legislatore per lo stanziamento delle risorse di parte corrente - concorrere alla copertura degli oneri per l'esercizio delle attività - chiarisce che le risorse di che trattasi, il cui utilizzo è oggetto del presente programma, non sono esaustive del finanziamento necessario a sostenere adeguatamente il complessivo costo delle strutture, dei servizi e delle attività comprese nel programma di superamento degli OPG definito al comma 1 dello stesso art. 3-ter.

Al riguardo è opportuno, in generale, rilevare come le procedure di trasferimento delle competenze dal Dipartimento Amministrazione Penitenziaria al Servizio Sanitario Regionale consistono in un predefinito e consequenziale insieme di *adempimenti* alle disposizioni recate dal DPCM 01.04.2008 - ai quali si è dato attuazione - ma, nel contempo, producono esse stesse nuove, ulteriori e progressive implementazioni, a conferma di come sia *"nella natura delle riforme un processo ininterrotto di adeguamento ai bisogni inediti dei cittadini"* e di come *"la riforma della sanità penitenziaria non sfugge a questo principio"* ed anzi *"ha bisogno di un buon inizio e di un adeguamento continuo alla realtà diversificata delle carceri italiane"*¹⁴.

Da questo punto di vista, il percorso di superamento degli Ospedali psichiatrici giudiziari rappresenta di certo il più chiaro esempio di come indicazioni fondamentali della Riforma recata dal DPCM 01.04.2008 abbiano avuto successivi sviluppi normativi a livello nazionale – a partire proprio dall'art. 3-ter della Legge 17 febbraio 2012 n. 9 - tali da determinare significative modifiche quali-quantitative delle azioni e dei programmi inizialmente richiesti dal Allegato C al predetto DPCM. Tra queste, si richiamano, per quanto realizzato in Regione Campania, soltanto la DGRC n. 654/2011, il Decreto del Commissario ad Acta per il rientro dal deficit sanitario della Regione Campania n. 62/2012 e il Decreto Dirigenziale n. 195/2012, che, insieme agli altri principali atti prodotti dalla Regione Campania nel periodo 2011-2013, potranno trovare nei prossimi anni piena implementazione.

Tanto premesso, si evidenzia che il complessivo finanziamento nazionale della rete di servizi per il superamento degli OPG è già sostenuto, in aggiunta alle previsioni dell'art. 3-ter della legge n.

¹³ L'Art. 3-ter prevede lo stanziamento di due specifiche tipologie di risorse: al comma 6, quelle destinate alla *"copertura degli oneri derivanti dalla attuazione del presente articolo, limitatamente alla realizzazione e riconversione delle strutture"* e al comma 7, quelle finalizzate a *"concorrere alla copertura degli oneri per l'esercizio delle attività di cui al comma 1 nonche' degli oneri derivanti dal comma 5"*

¹⁴ T. Contestabile



**GIUNTA REGIONALE DELLA CAMPANIA
DIREZIONE GENERALE TUTELA DELLA SALUTE E
COORDINAMENTO DEL S.S.R.**

**COORDINAMENTO del GRUPPO del BACINO MACROREGIONALE PER IL SUPERAMENTO DEGLI OO.PP.GG.
e del SOTTOGRUPPO TECNICO REGIONALE DELLA CAMPANIA**

9/2012, da altre risorse che, sebbene non ancora integrate nello specifico processo, possono in parte già essere identificate nei seguenti ambiti:

- attuale riparto del FSN vincolato alle funzioni ex DPCM 01.04.2008 (quota indistinta e soprattutto quota OPG);
- risorse proprie delle AASSLL già destinate alle stesse funzioni, anche per la quota impegnata dalle Regioni nella fase di sperimentazione del trasferimento delle funzioni sanitarie in ambito penitenziario realizzata ex decreto legislativo n. 230/1999 prima del DPCM 01.04.2008
- risorse progettuali nazionali e regionali.

Con più stretto riferimento al presente programma, si evidenzia come la stessa circolare del Ministero della Salute recante gli indirizzi per la sua redazione (prot. 0027635-P del 29.10.2013, dettagliata in precedenza nel presente documento) ricordi che, *“a decorrere dalla data di chiusura degli OPG, la quota di finanziamento attualmente ripartita tra le Regioni nel cui territorio insistono tali strutture verrà soppressa e i relativi fondi saranno ripartiti tra tutte le regioni sulla base dei criteri generali convenuti”*.

Il peso di questa futura quota di finanziamento - complessivamente ammontante a € 23.093.111,10 e chiaramente rientrante nella spesa di parte corrente, nonché, pertanto, pertinente con la presente programmazione – rappresenta ben il 41,19% del finanziamento previsto *a partire dal 2013* dal comma 7 dell'art. 3-ter della citata Legge n. 9/2012 e s.m.i. Pertanto, la reale consistenza di risorse disponibili in seguito alla chiusura degli OPG - e che dovranno sostenere a regime e la nuova rete territoriale e intra-penitenziaria - permetterà di procedere alla definizione di specifici standard di accreditamento e a un consequenziale adeguamento quali-quantitativo anche delle risorse professionali dedicate.

Riguardo alle risorse di che trattasi, assegnate alla Regione Campania a seguito di riparto tra le Regioni e le PP.AA. nel presente programma si assumono quali riferimenti essenziali i seguenti atti:

1) DELIBERA 21 dicembre 2012 del CIPE - Fondo sanitario nazionale 2012 - Ripartizione della quota destinata al finanziamento di parte corrente degli oneri relativi al superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari. (Delibera n. 143/2012) (13A03618) (GU n.96 del 24-4-2013): - RISORSE ASSEGNAME ALLA REGIONE CAMPANIA: €4.017.721;

2) DELIBERA 8 marzo 2013 del CIPE - Fondo sanitario nazionale 2013 - Ripartizione della quota destinata al finanziamento di parte corrente degli oneri relativi al superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari. (Delibera n. 15/2013) (13A06126) (GU n.166 del 17-7-2013) e successiva rideterminazione con DECRETO MINISTERO DELL'ECONOMIA E DELLE FINANZE 27 dicembre 2013 (Rideterminazione proporzionale del riparto per l'anno 2013, del finanziamento, degli oneri per il superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari, effettuato con delibera CIPE 8 marzo 2013. (14A01765) (GU Serie Generale n.55 del 7-3-2014): - RISORSE ASSEGNAME ALLA REGIONE CAMPANIA: € 5.339.340.



**GIUNTA REGIONALE DELLA CAMPANIA
DIREZIONE GENERALE TUTELA DELLA SALUTE E
COORDINAMENTO DEL S.S.R.**

**COORDINAMENTO del GRUPPO del BACINO MACROREGIONALE PER IL SUPERAMENTO DEGLI OO.PP.GG.
e del SOTTOGRUPPO TECNICO REGIONALE DELLA CAMPANIA**

Ai fini dell'attuale programmazione di risorse, è necessario, inoltre, evidenziare, nell'ambito delle complessive risorse di cui art. 3-ter, comma 7 della legge n. 9/2012, una significativa differenza qualitativa tra rese disponibili per l'anno 2012 e quelle per il finanziamento previsto a partire dal 2013¹⁵, essendo chiaramente le prime erogate una tantum e le seconde assicurate costantemente nel tempo.

Per una corretta programmazione di utilizzo delle risorse di che trattasi è quindi necessario:

1. prevedere il sostegno delle attività costanti nel tempo, comprese quelle di reclutamento di personale specializzato, in prima applicazione, entro i limiti delle risorse afferenti al finanziamento 2013, in ragione della previsione di una loro costante erogazione nel tempo (**sub programma A – risorse a partire dal 2013**);
2. prevedere l'utilizzo delle risorse previste e assegnate per l'anno 2012 per attività esclusivamente a tempo determinato, comprese quelle di reclutamento di personale specializzato e/o preferibilmente quelle che per tipologia meglio si prestano a soddisfare bisogni - come per esempio quelli di dimissione dagli OPG/REMS e di prevenzione delle misure di sicurezza detentiva - di intensità probabilmente maggiore nelle fasi iniziali del funzionamento dei servizi alternativi agli attuali OPG (**sub programma B – risorse 2012**);
3. prevedere una eventuale successiva stabilizzazione dell'utilizzo delle risorse anno 2012, nei limiti della quota di risorse aggiuntive che, come evidenziato in precedenza, dovranno essere rese disponibili a chiusura degli OPG completata (**sub programma C – altre risorse**).

C) Il programma regionale di utilizzo delle risorse di parte corrente per il superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari: principi e finalità.

In conformità alle Leggi n. 9/2012 e n. 81/2014, nonché alla programmazione regionale di cui al Decreto del Commissario ad Acta per il rientro dal deficit sanitario della Regione Campania n. 64 del 19.06.2012 ("*Programma regionale per il definitivo superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari della Regione Campania ex Allegato C al D.P.C.M. 1° Aprile 2008 e Legge 17 febbraio 2012 n. 9, art. 3-ter*") e alla circolare delle Direzioni Generali Programmazione Sanitaria e Prevenzione prot.0027635-P del 29.10.2013, descritta nel precedente paragrafo, il programma della Regione Campania di utilizzo delle risorse di parte corrente per il superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari previste dall'art. 3-ter della Legge n. 9/2012 si articola assicurando il contemporaneo supporto alle seguenti operatività:

1. attività dei Dipartimenti di Salute Mentale realizzate attraverso progetti terapeutico riabilitativi individuali, prioritariamente sostenuti da budget di salute, a favore delle persone in misura di sicurezza detentiva, in misura di sicurezza non detentiva o comunque provenienti dagli OPG o dalle REMS, delle persone con bisogni di tutela della salute mentale ristrette negli Istituti penitenziari della Regione Campania o delle persone di

¹⁵ Il comma 7 dell'art. 3-ter, della legge n. 9/2012 recita: "Al fine di concorrere alla copertura degli oneri per l'esercizio delle attività di cui al comma 1 nonché degli oneri derivanti dal comma 5, è autorizzata la spesa nel limite massimo complessivo di 38 milioni di euro per l'anno 2012 e 55 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2013".



**GIUNTA REGIONALE DELLA CAMPANIA
DIREZIONE GENERALE TUTELA DELLA SALUTE E
COORDINAMENTO DEL S.S.R.**

**COORDINAMENTO del GRUPPO del BACINO MACROREGIONALE PER IL SUPERAMENTO DEGLI OO.PP.GG.
e del SOTTOGRUPPO TECNICO REGIONALE DELLA CAMPANIA**

competenza sanitaria della Regione Campania a rischio di applicazione di misure di sicurezza OPG o CCC;

2. prestazioni erogate nelle articolazioni sanitarie per la tutela della salute mentale negli istituti penitenziari ordinari di cui all'Accordo sancito dalla Conferenza Unificata il 13.10.2011;
3. prestazioni erogate nelle strutture residenziali psichiatriche per le misure di sicurezza OPG e CCC di cui all'art. 3-ter della legge n. 9/2012 (REMS).

In seguito, con il Decreto Del Commissario ad acta per il rientro dal deficit sanitario della Campania n. 82 del 05.07.2013 inerente il Programma operativo regionale 2013-2015, sono stati specificamente definiti, nell'area “Livelli Essenziali di assistenza”, azioni, obiettivi e indicatori di risultato per il Programma 16 “Sanità Penitenziaria”, che interviene significativamente sul percorso di completo superamento degli OPG della Campania.

Pertanto, si riportano schematicamente di seguito le principali implementazioni da realizzarsi nel triennio 2013-2015 e integrate nel presente programma:

1. Intervento 16.1 (Riconoscere procedure di trasferimento delle competenze dal Dipartimento Amministrazione Penitenziaria al Servizio Sanitario Regionale e nuove prioritarie implementazioni per la tutela della salute in carcere) con il seguente principale obiettivo:
 - aggiornamento delle risorse finanziarie idonee a sostenere l'esercizio di tutte le azioni per la tutela della salute in carcere nel rispetto delle vigenti normative sanitarie, comprese le risorse integrative, preesistenti o sopravvenute, rispetto a quelle trasferite ex DPCM 01.04.2008;
2. Intervento 16.2 (La tutela della salute in carcere e la realizzazione di interventi di prevenzione, cura, riabilitazione e recupero sociale in aree con maggiori criticità) con il seguente principale obiettivo:
 - sperimentazione della metodologia dei progetti terapeutico-riabilitativi individuali nella presa in carico territoriale dei detenuti con bisogni sociosanitari complessi, con prioritaria applicazione nell'ambito degli interventi a favore dei pazienti provenienti dagli OPG e nel funzionamento interno alle strutture e ai servizi di superamento degli OPG, attraverso il Gruppo tecnico regionale di superamento OPG;
3. Intervento 16.3 (Programma per il definitivo e completo superamento degli OPG della Campania) con i seguenti principali obiettivi:
 - attuazione del programma di completo superamento degli OPG della Campania approvato con Decreto del Commissario ad acta per il rientro dal deficit sanitario della Campania n. 64/2012;
 - avvio delle operatività dei Servizi di superamento degli OPG (attivazione delle strutture residenziali per le misure di sicurezza ex art. 3-ter L. 9/2012 e s.m.i. e delle articolazioni per la tutela della salute mentale in carcere ex Accordo C.U. 13.10.2011);
 - monitoraggio in itinere del programma ai fini dell'aggiornamento e riprogrammazione delle attività (attraverso il Gruppo tecnico regionale superamento OPG) e i seguenti indicatori di risultato:



**GIUNTA REGIONALE DELLA CAMPANIA
DIREZIONE GENERALE TUTELA DELLA SALUTE E
COORDINAMENTO DEL S.S.R.**

**COORDINAMENTO del GRUPPO del BACINO MACROREGIONALE PER IL SUPERAMENTO DEGLI OO.PP.GG.
e del SOTTOGRUPPO TECNICO REGIONALE DELLA CAMPANIA**

- report almeno trimestrali di monitoraggio del programma esecutivo regionale per il completo superamento degli OPG ex Decreto Min. Salute ed Economia 28.12.2012 (attraverso il Gruppo tecnico regionale superamento OPG);
- completamento delle strutture programmate o eventuale definizione ed attivazione di un programma intermedio, (...), idoneo a rispondere a tutte le misure di sicurezza detentive in OPG e CCC disposte nei confronti di pazienti di competenza della Regione;
- formale adozione e avvio del sistema informativo regionale per il monitoraggio del superamento degli OPG e del funzionamento dei Servizi alternativi "SMOP" (attraverso il Laboratorio sperimentale regionale per la sanità penitenziaria);
- verifica e analisi dei dati del sistema informativo regionale per il monitoraggio del superamento degli OPG e del funzionamento dei Servizi alternativi.

Al riguardo, si evidenzia che la Regione è già intervenuta adeguatamente attraverso fondamentali azioni che, nell'arco temporale del presente programma, dovranno essere pienamente sviluppate e armonizzate nell'ambito della nuova rete dei servizi per le misure di sicurezza e la tutela della salute mentale in carcere:

1. la costante ed annuale approvazione di finanziamenti di specifici progetti per la tutela della salute mentale in carcere, il superamento degli OPG e l'operatività dei Servizi di salute mentale penitenziaria, nell'ambito dei progetti finalizzati al raggiungimento degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale del Piano Sanitario Nazionale;
2. la disciplina e definizione dei Progetti terapeutico-riabilitativi sostenuti da Budget di Salute, con l'adozione di specifiche Linee Guida e l'assunzione, quale obiettivo prioritario, in attuazione dell'art. 3-ter della Legge 9 del 17.02.2012, il definitivo superamento degli OO.PP.GG. attraverso i PTRI sostenuti con budget di salute per tutti i cittadini campani destinatari della misura di sicurezza in O.P.G. e/o C.C.C., nonché per quanti non più riconosciuti socialmente pericolosi, ai fini della loro riabilitazione e reintegrazione sociale, così come previsto dei commi 2 e 5 dell'art. 3-ter della Legge 9 del 17.2.2012;
3. l'avvio del "Sistema informativo per il Monitoraggio del superamento degli OPG in Campania (SMOP)" (<https://app.aslcaserta1.it/SMOP>)¹⁶.

Fermo restando il fondamentale riferimento agli indirizzi generali di cui ai precedenti paragrafi, di seguito vengono dettagliate le fondamentali aree di utilizzo delle risorse di che trattasi: **1)** le strutture residenziali psichiatriche per le misure di sicurezza OPG e CCC di cui all'art. 3-ter della legge n. 9/2012 (REMS); **2)** le articolazioni sanitarie per la tutela della salute mentale negli istituti

¹⁶ SMOP: sistema su tecnologia web, realizzato e coordinato dal Laboratorio Territoriale Sperimentale per la sanità penitenziaria "Eleonora Amato", con l'iniziale coinvolgimento di tutte le AA.SS.LL. della Regione Campania e gli OPG di Aversa e Napoli, e l'attuale estensione alle Regioni del Bacino OPG campano e altre Regioni extra-bacino, per tutto il debito informativo connesso alla gestione del percorso in parola – comprese le comunicazioni sugli ingressi e le uscite dagli OPG, la trasmissione della documentazione sanitaria, dei progetti individuali di presa in carico territoriale, le convocazioni per le riunioni di equipe e per le udienze di riesame, anche realizzando una gestione documentale totalmente informatizzata e la conseguente sostituzione dei supporti tradizionali della documentazione amministrativa in favore del documento informatico, a cui la normativa statale, fin dal 1997 riconosce pieno valore giuridico.



**GIUNTA REGIONALE DELLA CAMPANIA
DIREZIONE GENERALE TUTELA DELLA SALUTE E
COORDINAMENTO DEL S.S.R.**

**COORDINAMENTO del GRUPPO del BACINO MACROREGIONALE PER IL SUPERAMENTO DEGLI OO.PP.GG.
e del SOTTOGRUPPO TECNICO REGIONALE DELLA CAMPANIA**

penitenziari ordinari di cui all'Accordo sancito dalla Conferenza Unificata il 13.10.2011; **3)** i progetti terapeutico riabilitativi individuali sostenuti da budget di salute (PTRI-BDS) a favore delle persone in misura di sicurezza detentiva, in misura di sicurezza non detentiva o provenienti dagli OPG con altre misure penali, delle persone con bisogni di tutela della salute mentale ristrette negli Istituti penitenziari della Regione Campania o delle persone di competenza sanitaria della Regione Campania a rischio di applicazione di misure di sicurezza OPG o CCC; **4)** il reclutamento del personale.

1) Le strutture residenziali psichiatriche per le misure di sicurezza OPG e CCC di cui all'art. 3-ter della legge n. 9/2012 (REMS).

Le strutture residenziali psichiatriche per le misure di sicurezza OPG e CCC di cui all'art. 3-ter della legge n. 9/2012 (REMS) trovano sistemazione organizzativa nella rete dei servizi di tutela della salute in carcere già definita con il PSR 2011-2013.

In particolare, adottando pienamente gli indirizzi definiti dal Gruppo di coordinamento del bacino macroregionale per il superamento degli OPG, la Regione Campania, con il più volte richiamato Decreto del Commissario ad Acta per il rientro dal deficit sanitario della Regione Campania n.64 del 19.06.2012 ("*Programma regionale per il definitivo superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari della Regione Campania ex Allegato C al D.P.C.M. 1° Aprile 2008 e Legge 17 febbraio 2012 n. 9, art. 3-ter*") ha reso operative – anche armonizzando consequenzialmente le Linee guida per gli atti aziendali delle AASSL regionali - le seguenti indicazioni:

1. la creazione in ogni ASL di un servizio per la tutela della salute mentale in carcere, assistenzialmente collocato in ogni DSM e centralmente coordinato a livello di Azienda e di Regione, nel rispetto di quanto stabilito dall'Allegato A alla DGR Campania n.96/2011 e dal Capitolo "Area della sanità penitenziaria" del PSR 2011-13;
2. la collocazione all'interno dei predetti servizi pubblici territoriali di due tipologie di articolazioni: a) strutture residenziali per le misure di sicurezza di cui all'art. 3-ter della Legge 17 febbraio 2012 n. 9 e b) articolazioni per la tutela della salute mentale negli istituti penitenziari ordinari di cui all'Accordo sancito dalla Conferenza Unificata il 13.10.2011(Rep. Atti n. 95/C.U.; Gazzetta Ufficiale N. 256 del 3 Novembre 2011);
3. il rispetto, relativamente ai requisiti per le suddette articolazioni, di quanto previsto dal decreto del Presidente della Repubblica 14 gennaio 1997, fatte salve le eventuali integrazioni contenute nel Decreto ex art. 3-ter, comma 2, Legge 17 febbraio 2012 n.9 e s.m.i., recante ulteriori requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi, anche con riguardo ai profili di sicurezza, da emanarsi da parte del Ministro della Salute, nonché delle pertinenti disposizioni organizzative e strutturali contenute nell'Allegato A alla DGRC n.96/2011 e delle successive specifiche Linee guida che dovranno essere definite dal Gruppo di Coordinamento del bacino macroregionale per il superamento degli OPG della Campania.

Alle strutture residenziali di che trattasi, come prima anticipato, si applicano i requisiti minimi di cui al Decreto del Ministro della salute 1° ottobre 2012 ("*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 in G.U. Serie Generale n. 270 del 19.11.2012.

Per quanto inerente il presente programma, il predetto Decreto 1° ottobre 2012 detta le seguenti vincolanti prescrizioni:

- 1) la gestione interna è di esclusiva competenza sanitaria;



**GIUNTA REGIONALE DELLA CAMPANIA
DIREZIONE GENERALE TUTELA DELLA SALUTE E
COORDINAMENTO DEL S.S.R.**

**COORDINAMENTO del GRUPPO del BACINO MACROREGIONALE PER IL SUPERAMENTO DEGLI OO.PP.GG.
e del SOTTOGRUPPO TECNICO REGIONALE DELLA CAMPANIA**

- 2) devono essere realizzate e gestite dal Servizio sanitario delle Regioni e delle Province Autonome di Trento e Bolzano, nel rispetto di quanto previsto dagli Allegati A e C del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 1° aprile 2008;
- 3) il personale deve essere organizzato come equipe di lavoro multidisciplinare e comprendere medici psichiatri, psicologi, infermieri, terapisti della riabilitazione psichiatrica e/o educatori professionali sanitari, e operatori sociosanitari;
- 4) per l'assistenza e la gestione di un nucleo di 20 pazienti è necessaria la seguente dotazione di personale: 12 infermieri a tempo pieno; 6 OSS a tempo pieno; 2 medici psichiatri a tempo pieno con reperibilità psichiatrica notturna e festiva; 1 educatore o tecnico della riabilitazione psichiatrica a tempo pieno; 1 psicologo a tempo pieno; 1 assistente sociale per fasce orarie programmate; 1 amministrativo per fasce orarie programmate. Nelle ore notturne deve essere garantita la presenza di almeno 1 infermiere e 1 OSS;
- 5) la responsabilità della gestione all'interno della struttura deve essere assunta da un medico psichiatra.

Al fine di una corretta definizione della dotazione organica minima, l'elencazione dei profili professionali e dei posti concreti di risorse umane di ogni REMS deve assicurare comunque e costantemente la presenza in servizio attivo H24 di personale infermieristico e di OSS; per il personale medico psichiatra il servizio attivo minimo deve coprire le 12 ore diurne feriali ed essere integrato, senza soluzione di continuità, con la reperibilità sostitutiva notturna e festiva di una unità di personale.

Come più dettagliatamente evidenziato nei precedenti paragrafi 2 e 3, la Legge 30 maggio 2013 n. 81 ha ricollocato le REMS - in quanto strutture esclusivamente destinate ad accogliere persone in misura di sicurezza detentiva - sul piano secondario ed eccezionale proprio degli attuali OPG e CCC, disponendo che, invece, vanno di regola disposte dal Magistrato misure di sicurezza non detentive. Conformemente ai richiamati aggiornamenti normativi, l'attuale processo di superamento non ha più come oggetto solo gli OPG, ma ricomprende anche le stesse REMS, spostando il focus degli interventi sulla presa in carico con progetti terapeutico riabilitativi individuali, tanto nelle comunità territoriali di riferimento quanto all'interno degli Istituti Penitenziari. La misura di questo intervento del Legislatore è chiaramente evidenziabile nella significativa riduzione delle strutture comprese nel programma regionale di realizzazione delle REMS di cui al precedente paragrafo 3B.

Le REMS, in quanto strutture destinate ad accogliere persone in misura di sicurezza detentiva, rientrano nel campo di applicazione degli *Indirizzi operativi per la prevenzione dei gesti autolesivi e delle scelte suicidarie* approvati, dall'Osservatorio regionale permanente per la sanità penitenziaria il 10.01.2013, in attuazione dell'Accordo sancito dalla Conferenza Unificata il 19.01.2012 (Rep. Atti n. 5/CU). I predetti indirizzi sono pertanto confermati e allegati in Appendice, quale parte integrante e sostanziale del presente documento.

2) Le articolazioni sanitarie per la tutela della salute mentale negli istituti penitenziari ordinari di cui all'Accordo sancito dalla Conferenza Unificata il 13.10.2011.

Le articolazioni sanitarie per la tutela della salute mentale negli istituti penitenziari ordinari di cui all'Accordo sancito dalla Conferenza Unificata il 13.10.2011 costituiscono un elemento



**GIUNTA REGIONALE DELLA CAMPANIA
DIREZIONE GENERALE TUTELA DELLA SALUTE E
COORDINAMENTO DEL S.S.R.**

**COORDINAMENTO del GRUPPO del BACINO MACROREGIONALE PER IL SUPERAMENTO DEGLI OO.PP.GG.
e del SOTTOGRUPPO TECNICO REGIONALE DELLA CAMPANIA**

fondamentale e prioritario nella rete dei servizi di tutela della salute in carcere già definita con il PSR 2011-2013. Dette articolazioni sono pertanto strutture operative del servizio per la tutela della salute mentale in carcere, da crearsi in ogni ASL, assistenzialmente collocato in ogni DSM e centralmente coordinato a livello di Azienda e di Regione. Ad esse, pertanto si applicano tutte le indicazioni previste dal Decreto del Commissario ad Acta per il rientro dal deficit sanitario della Regione Campania n.64 del 19.06.2012.

Nonostante l'indisponibilità di adeguati e specifici requisiti – attualmente limitati ai pertinenti contenuti dell'Accordo sancito dalla Conferenza Unificata il 13.10.2011, che devono necessariamente essere applicati – la funzione di queste articolazioni sanitarie risulta, dal monitoraggio del percorso di superamento degli attuali OPG, fondamentale per il raggiungimento degli obiettivi di cui all'Allegato C al DPCM 01.04.2008.

Al riguardo si evidenziano di seguito i flussi di ingresso in OPG del bacino macroregionale della Campania relativi all'anno 2013, che evidenziano come la prevalente provenienza dei pazienti siano gli Istituti Penitenziari ordinari (da altro IP: 45,9%), in evidente relazione all'inadeguatezza degli interventi per la tutela della salute mentale attualmente ivi disponibili e che devono essere implementati proprio attraverso queste articolazioni sanitarie.

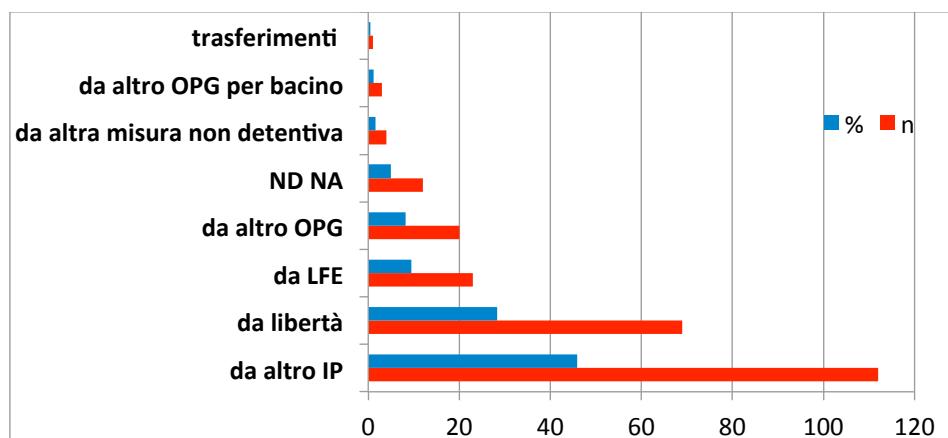


Figura 1- Bacino della Campania – ingressi in OPG, per tipologia - anno 2013

(Fonte SMOP - sistema informativo per il monitoraggio del superamento degli OPG della Campania)

Le funzioni essenziali che, in conformità al citato Accordo del 13.10.2011 e al Decreto del Commissario ad Acta della Regione Campania n. 64/2012, devono essere garantite sono le seguenti:

A. con riferimento alle persone detenute negli Istituti del territorio della Azienda Sanitaria Locale, assicurando l'espletamento negli Istituti ordinari delle osservazioni per l'accertamento delle infermità psichiche di cui all'art. 112 del DPR 230/2000 e prevenendo l'invio in OPG o in CCC nei casi di persone con infermità psichica sopravvenuta nel corso della misura detentiva o condannate a pena diminuita per vizio parziale di mente;

B. con esclusivo riferimento alle persone di competenza della Azienda Sanitaria Locale presenti in uno degli Istituti-OPG, anche se diverso da quello del bacino macroregionale di riferimento, rispondendo ai loro bisogni di salute mentale e accogliendole e prendendole in carico – si da determinarne sia la dimissione dall'OPG che il ritorno in un Istituto ordinario della stessa Azienda Sanitaria Locale.

Nelle more del completamento delle attività nazionali propedeutiche alla definizione di specifici requisiti minimi di funzionamento per l'articolazione sanitaria in parola, si confermano gli *Indirizzi*



**GIUNTA REGIONALE DELLA CAMPANIA
DIREZIONE GENERALE TUTELA DELLA SALUTE E
COORDINAMENTO DEL S.S.R.**

**COORDINAMENTO del GRUPPO del BACINO MACROREGIONALE PER IL SUPERAMENTO DEGLI OO.PP.GG.
e del SOTTOGRUPPO TECNICO REGIONALE DELLA CAMPANIA**

operativi per la prevenzione dei gesti autolesivi e delle scelte suicidarie - approvati, in attuazione dell'Accordo sancito dalla Conferenza Unificata il 19.01.2012 (Rep. Atti n. 5/CU), dall'Osservatorio regionale permanente per la sanità penitenziaria il 10.01.2013 – e le *Linee guida per il funzionamento delle articolazioni per la tutela della salute mentale negli Istituti penitenziari della Campania* - approvate dal Gruppo tecnico regionale per il superamento degli OPG della Campania nella riunione del 03.03.2014, già trasmesse con Email n.2347 dell'11 marzo u.s del Provveditore regionale dell'Amministrazione Penitenziaria. Entrambi i predetti documenti sono allegati in Appendice, quale parte integrante e sostanziale del presente documento.

3) I progetti terapeutico riabilitativi individuali sostenuti da budget di salute (PTRI/BDS).

Il supporto a questa particolare ed essenziale operatività è già disponibile, impegnato e in parte assegnato alle AASSL regionali, con risorse per la copertura dei costi da assumere per l'attivazione di PTRI/BDS a favore dei prevedibili utenti di competenza per almeno tre anni. Pertanto, l'eventuale utilizzo di parte delle risorse di cui al presente programma dovrà essere di regola finalizzato solo all'implementazione di livelli più alti di coordinamento e monitoraggio delle attività e all'integrazione degli specifici budget aziendali già programmati, sempre nel rispetto delle prioritarie indicazioni del Ministero della Salute in precedenza descritte e di quelle definite nel presente documento. L'eventuale definizione di ulteriori risorse a sostegno di PTRI/BDS sarà realizzata, sulla base dei bisogni aggiornati, quando saranno ripartite e disponibili le altre risorse collegate al processo di superamento degli OPG.¹⁷

In conformità con l'Accordo sancito in Conferenza Unificata il 26.11.2009 ("Accordo concernente la definizione di specifiche aree di collaborazione e gli indirizzi di carattere prioritario sugli interventi negli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG) e nelle Case di Cura e Custodia (CCC) di cui all'allegato C al D.P.C.M. 1° aprile 2 008.") (Rep. n. 84 - CU) (09A15308) (G.U. Serie Generale n. 2 del 4 gennaio 2010), la Regione Campania ha avviato fin dal 2009 un percorso incentrato sui due principali obiettivi di lavoro derivanti dagli impegni assunti: il coordinamento delle attività delle Regioni afferenti al bacino degli OPG campani ed il percorso di dimissioni attive degli internati di competenza dei Dipartimenti di Salute Mentale.

Per quanto relativo al suddetto percorso di dimissioni attive, si evidenzia che, già alcuni mesi prima del predetto Accordo sancito dalla Conferenza Unificata, con l'Azione 3 del Progetto Regionale "Linea di intervento n.1: la garanzia dei LEA. Implementazione di modelli organizzativi e programmazione, rinnovo e sostituzione delle Tecnologie sanitarie per il miglioramento della qualità dell'assistenza negli istituti penitenziari della Campania; attivazione di progetti terapeutico - riabilitativi individuali a favore di internati con misura di sicurezza non ancora scaduta o già prorogata", era stato reso disponibile un complessivo progetto di presa in carico di tutti gli internati di competenza, finanziato con €2.916.000,00, nell'ambito delle progettualità per l'utilizzo delle risorse vincolate per la realizzazione degli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale per l'anno 2006 (Obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale a norma dell'art.1, comma 34 e 34 bis, della legge 662/96; D.G.R.C. n. 858 dell'8 maggio 2009).

¹⁷ v. nello stesso paragrafo il precedente Punto B) "Il complessivo finanziamento nazionale degli oneri per il funzionamento della rete di servizi per il superamento degli OPG".



**GIUNTA REGIONALE DELLA CAMPANIA
DIREZIONE GENERALE TUTELA DELLA SALUTE E
COORDINAMENTO DEL S.S.R.**

**COORDINAMENTO del GRUPPO del BACINO MACROREGIONALE PER IL SUPERAMENTO DEGLI OO.PP.GG.
e del SOTTOGRUPPO TECNICO REGIONALE DELLA CAMPANIA**

Il Progetto regionale descritto è risultato efficace sia nel rispondere adeguatamente al principale impegno derivante dell'Accordo sancito dalla Conferenza Unificata il 26.11.2009, che nell'avviare un significativo cambiamento nelle modalità di gestione interne agli Istituti-OPG, spostando il focus degli interventi dalla struttura alle persone, attraverso la definizione di progetti individuali sostenuti da specifici budget di salute. Anche in relazione all'efficacia dimostrata, il progetto è stato riapprovato e rifinanziato anche per le successive annualità degli Obiettivi del PSN. Inoltre, per quanto già disposto con il Decreto Del Commissario ad acta per il rientro dal deficit sanitario della Campania n.64/2012¹⁸, la stessa metodologia di presa in carico individualizzata troverà applicazione anche nell'ambito della gestione dei servizi per le misure di sicurezza e, più in generale, delle implementazioni comunque derivanti dal completo superamento degli attuali OPG. Predette azioni, in relazione ai principi di territorialità e personalizzazione sui quali sono fondate, rappresentano anche verificate linee di indirizzo nel costante contrasto ai rischi di esclusione sociale e di nuova istituzionalizzazione che inevitabilmente incombano sul percorso previsto dall'Allegato C al DPCM 01.04.2008.

4) Il reclutamento del personale.

Con riferimento al personale da reclutare, si confermano, i pertinenti contenuti nel programma allegato al Decreto Del Commissario ad acta per il rientro dal deficit sanitario della Campania n. 47 del 15.05.2013 (*"Programma per la realizzazione di strutture sanitarie extraospedaliere per il superamento degli Ospedali psichiatrici giudiziari"*) e approvato con il Decreto del Ministro della Salute 9 ottobre 2013 (G.U. n. 285 del 5.12.2013), evidenziati nella seguente Tabella 6, parte integrante e sostanziale del citato Decreto.

Tabella 6: specificazioni di cui al Decreto Ministro della Salute 28.12.2012 comuni a tutte le programmate strutture residenziali per le misure di sicurezza (strutture sanitarie extraospedaliere per il superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari, ai sensi della Legge 17 febbraio 2012, n. 9, art. 3-ter) – (dati sanitari).

DATI SANITARI	
Dimensione e composizione delle risorse umane sanitarie	requisiti minimi di cui al DM 1.10.2012
Indicazione delle specifiche competenze necessarie alla piena funzionalità dei servizi sanitari operativi	Premesso il rispetto dei pertinenti specifici requisiti minimi di cui al DM 1.10.2012, il personale sanitario avrà specifica competenza, per pregresse esperienze lavorative, anche nell'ambito degli esistenti OPG, di assistenza e trattamento di persone con grave disagio psichico in regime di privazione della libertà. Avrà competenze terapeutico riabilitative e socio-riabilitative, come indicato dal DPR 7 aprile 1994, per il trattamento di acuzie o di emergenza per le quali non risulti utile il ricovero ospedaliero e per l'attuazione di programmi terapeutico riabilitativi individuali di medio-lungo periodo. Si fa inoltre riferimento ai punti 1) e 2) del paragrafo "sistema di indicatori idonei a fornire informazioni sul raggiungimento degli obiettivi".

¹⁸ Decreto del Commissario ad Acta per il rientro dal deficit sanitario della Regione Campania n. 64 del 19.06.2012 (*"Programma regionale per il definitivo superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari della Regione Campania ex Allegato C al D.P.C.M. 1° Aprile 2008 e Legge 17 febbraio 2012 n. 9, art. 3-ter"*)



**GIUNTA REGIONALE DELLA CAMPANIA
DIREZIONE GENERALE TUTELA DELLA SALUTE E
COORDINAMENTO DEL S.S.R.**

**COORDINAMENTO del GRUPPO del BACINO MACROREGIONALE PER IL SUPERAMENTO DEGLI O.O.P.P.G.G.
e del SOTTOGRUPPO TECNICO REGIONALE DELLA CAMPANIA**

Modalità che si intendono adottare per il reperimento delle risorse umane	In relazione al prioritario rispetto del termine per il completo superamento degli attuali OPG richiesto dalla vigente normativa (01.04.2014), saranno inizialmente adottate dalle Aziende Sanitarie Locali le stesse procedure di reclutamento del personale già utilizzate per le esigenze di garanzia dei LEA nell'esistente articolazione dei Servizi di Sanità Penitenziaria (specialistica ambulatoriale, avviso pubblico per attività libero professionale, mobilità, personale trasferito ex DPCM 01.04.2008), previo adeguamento dell'utilizzo di quello già in servizio, anche al fine di assicurare la valorizzazione della specifica esperienza acquisita, nonché l'efficiente e celere avvio dell'operatività delle strutture.
Sistema degli indicatori idonei a fornire informazioni sul raggiungimento degli obiettivi	1) reclutamento e formazione del personale; 2) presa in carico da parte del personale dei pazienti di competenza aziendale nelle strutture di attuale presenza, con modalità integrate con i Servizi territoriali di competenza; 3) Relazioni Trimestrali sullo stato di avanzamento dei lavori e relazione Finale; 4) avvio dell'operatività della struttura; 5) completamento del trasferimento nella struttura dei pazienti di competenza aziendale presenti in OPG; 6) definizione di protocolli e procedure operative e della carta dei servizi; 7) riduzione dei tempi medi di permanenza nella struttura, con attivazione di progetti terapeutico-riabilitativi individuali concordati con i Servizi territoriali competenti e finalizzati alla richiesta di misure non detentive.

In particolare, per quanto relativo alle modalità che si intendono adottare per il reperimento delle risorse umane, in relazione al prioritario rispetto del termine per il completo superamento degli attuali OPG richiesto dalla vigente normativa, si evidenziano le seguenti necessità:

- adottare inizialmente ed esclusivamente procedure efficaci nel breve periodo, e preferenzialmente le stesse procedure di reclutamento del personale già utilizzate dalle Aziende Sanitarie Locali per le esigenze di garanzia dei LEA nell'esistente articolazione dei Servizi di Sanità Penitenziaria (specialistica ambulatoriale, avviso pubblico per attività libero professionale, mobilità, personale trasferito ex DPCM 01.04.2008);
- provvedere prioritariamente all'adeguamento dell'utilizzo del personale già in servizio nelle attuali articolazioni competenti per la presa in carico delle persone presenti in OPG, anche al fine di assicurare la valorizzazione del possesso di esperienza di lavoro negli attuali OPG/CCC o, in subordine, nella presa in carico di pazienti psichiatrici autori di reato provenienti dagli OPG/CCC o anche in misura di sicurezza non detentiva;
- evitare il ricorso a procedure concorsuali e finalizzate ad assunzioni a tempo indeterminato, che, previa autorizzazione regionale e del Ministero della Salute, possono essere avviate successivamente ai percorsi di reclutamento di cui ai punti precedenti.

Per quanto relativo all'incremento dei livelli organizzativi e di responsabilità - esplicitamente previsto tra i requisiti di cui al citato Decreto del Ministro della Salute 1° ottobre 2012¹⁹ per le REMS, ma da applicarsi correttamente a tutto l'insieme delle articolazioni della rete dei servizi di superamento degli OPG, e che, in funzione dalla contestuale complessità, può comportare nuove macrostrutture, unità operative e incarichi professionali - le AA.SS.LL. potranno procedere a tali adeguamenti organizzativi esclusivamente nei limiti delle risorse disponibili per le specifiche funzioni di sanità penitenziaria, comprese quelle stanziate per il presente programma, non

¹⁹ Decreto del Ministro della salute 1° ottobre 2012 "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 in G.U. Serie Generale n. 270 del 19.11.2012



**GIUNTA REGIONALE DELLA CAMPANIA
DIREZIONE GENERALE TUTELA DELLA SALUTE E
COORDINAMENTO DEL S.S.R.**

**COORDINAMENTO del GRUPPO del BACINO MACROREGIONALE PER IL SUPERAMENTO DEGLI OO.PP.GG.
e del SOTTOGRUPPO TECNICO REGIONALE DELLA CAMPANIA**

essendo di fatto, in questo ambito, più applicabile la limitazione prevista dall'art. 6, comma 4, dello stesso Decreto²⁰.

Con riferimento, infine, alla previsione dei costi da sostenere, gli importi vanno riferiti solo alle competenze fisse e ricorrenti, e non devono essere ricomprese le indennità relative al trattamento economico accessorio legato alle condizioni di lavoro (turni, reperibilità, straordinario ecc.) né alla retribuzione di risultato/produttività ed i relativi oneri riflessi, ferma restando la possibilità di computare separatamente le risorse necessarie per implementare i livelli organizzativi consequenziali alla riorganizzazione dei servizi aziendali.

D) Riparto tra le Aziende Sanitarie Locali delle risorse assegnate alla Regione Campania e programmi attuativi aziendali.

Le risorse rese disponibili con l'art. 3.ter della Legge 17 febbraio 2012, n. 9 e s.m.i. per concorrere agli oneri per l'esercizio delle attività di cui al comma 1 dello stesso articolo, sono state inizialmente oggetto di un'intesa sancita il 6 dicembre 2012 tra lo Stato e le Regioni che ha approvato una proposta di Deliberazione CIPE, deliberata dal Comitato il 21 dicembre 2012, che ripartisce il 50% delle risorse disponibili per l'anno 2012 sulla base della popolazione residente in ciascuna regione e provincia autonoma ed il restante 50% sulla base del numero delle persone, interne negli ospedali psichiatrici giudiziari o in misura non detentiva alla data del 31.12.2011, di competenza ciascuna regione e provincia autonoma.

Solo successivamente²¹, le Regioni e le PP.AA. avrebbero potuto definire e presentare i programmi regionali per la realizzazione di strutture sanitarie extraospedaliere per il superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari, ai sensi dell'art. 3 ter della legge 9. del 17.02.2012, e s.m. i., cui era subordinata anche l'assegnazione delle risorse di cui al presente programma.

Inoltre, gli interventi normativi realizzati con il Decreto-legge 31 marzo 2014, n. 52, e, ancor più, con la successiva conversione, con modifiche, nella Legge n. 81/2014, hanno introdotto aggiornamenti nel processo di superamento degli OPG che, nel caso della Regione Campania, ha comportato positive e significative ricadute sul funzionamento della realizzanda rete di servizi per la gestione delle misure di sicurezza, che non avrebbero potuto essere l'adeguatezza di un programma di utilizzo delle risorse di parte corrente.

Sebbene i predetti criteri - 50% popolazione presente in OPG o in LFE al 31.12.2011 e 50% popolazione residente al 31.12.2011 - siano stati adottati per il riparto tra le Regioni e Province Autonome di tutte le altre risorse finanziarie stanziate a sostegno del processo di superamento degli OPG e sia stato anche già convenuto di adottarle per quelle che si renderanno disponibili a

²⁰ L'Art. 6. (Trasferimento risorse finanziarie), comma 4, del DPCM 01.04.2008 recita: "Dall'applicazione del presente decreto non devono derivare oneri a carico della finanza pubblica superiori all'ammontare delle risorse complessivamente trasferite al Servizio sanitario nazionale ai sensi del comma 1".

²¹ Il D.L. 25 marzo 2013, n. 24 "Disposizioni in materia sanitaria" prevede, per il caso di mancata presentazione entro il termine del 15 maggio 2013 del programma regionale per la realizzazione di strutture sanitarie extra-ospedaliere per il superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari, ai sensi dell'art. 3 ter della legge 9. del 17.02.2012, e s.m.i., cui è subordinata l'assegnazione delle risorse stanziate dal decreto 28 dicembre 2012, ovvero di mancato rispetto del termine di completamento, che il Governo provvede in via sostitutiva con la nomina di un commissario ad acta.



**GIUNTA REGIONALE DELLA CAMPANIA
DIREZIONE GENERALE TUTELA DELLA SALUTE E
COORDINAMENTO DEL S.S.R.**

**COORDINAMENTO del GRUPPO del BACINO MACROREGIONALE PER IL SUPERAMENTO DEGLI OO.PP.GG.
e del SOTTOGRUPPO TECNICO REGIONALE DELLA CAMPANIA**

chiusura degli OPG completata, gli stessi possono essere automaticamente trasferiti nei riparti intra-regionali.

Infatti, come anche evidenziato nei precedenti paragrafi, il programma regionale di utilizzo delle risorse di parte corrente – anche per quanto chiarito dal Ministero della salute con la circolare prot. 0027635-P del 29.10.2013, più volte richiamata – deve essere formulato tenendo in prioritaria e vincolante considerazione la reale articolazione delle strutture e dei servizi regionali che saranno realizzati e adeguati per rispondere al combinato disposto dall'art. 3-ter della Legge n. 9/2012, dall'Allegato C al DPCM 01.04.2008 e dagli Accordi sanciti dalla Conferenza Unificata il 20.11.2008, il 26.11.2009 e il 13.10.2011²². Al riguardo si evidenzia che, ai fini dell'approvazione e dell'erogazione delle risorse a cura del Ministero della Salute²³, il programma dovrà *“comunque esplicitare come la Regione intende fare fronte agli oneri derivanti dal funzionamento delle REMS”*, unica articolazione che in Campania non sarà realizzata in tutte le AA.SS.LL.

Pertanto, le risorse assegnate alla Regione Campania per *l'anno 2012 e a partire dall'anno 2013*²⁴ sono ripartite tra le Aziende Sanitarie Locali regionali - tutte coinvolte nella creazione delle reti di servizi per il superamento degli OPG, ma con criteri differenziati in funzione della presenza di REMS - come riportato nelle Tabelle 7 e 8, sulla base dei criteri concordati tra le AA.SS.LL. nell'ambito del Gruppo tecnico regionale per il superamento degli OPG²⁵ di seguito riepilogati:

1. risorse ANNO 2012: adozione dei criteri di riparto nazionali (50% popolazione presente in OPG o in LFE al 31.12.2011 e 50% popolazione residente al 31.12.2011) tra tutte le AA.SS.LL.;
2. risorse ANNO 2013: finanziamento fisso per ciascuna REMS (€ 900.000 a struttura per le sole AA.SS.LL. sede di REMS) e riparto delle restanti risorse tra tutte le AA.SS.LL. regionali secondo i criteri di riparto nazionali (50% popolazione presente in OPG o in LFE al 31.12.2011 e 50% popolazione residente al 31.12.2011) sul netto;
3. risorse aggiuntive ("Quota OPG" del Fondo trasferito ex DPCM 01.04.2008 attualmente ripartita tra le sole Regioni sede di OPG, disponibile a completamento del percorso di superamento; altre risorse disponibili): ripartizione tra tutte le AA.SS.LL. in misura proporzionale alle risorse di cui ai precedenti punti 1 e 2, al fine di supportare tutte le operatività della rete regionale di superamento degli OPG.

Le Aziende Sanitarie Locali regionali, nei limiti delle risorse ripartite e nel rispetto del complesso degli indirizzi di cui al presente programma di utilizzo procederanno con urgenza, e comunque

²² L'art. 3-ter, comma 1, della Legge n. 9/2012 recita: “(...) il completamento del processo di superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari già previsto dall'allegato C del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 1° aprile 2008, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 126 del 30 maggio 2008, e dai conseguenti accordi sanciti dalla Conferenza unificata ai sensi dell'articolo 9 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, nelle sedute del 20 novembre 2008, 26 novembre 2009 e 13 ottobre 2011, secondo le modalità previste dal citato decreto e dai successivi accordi e fatto salvo quanto stabilito nei commi seguenti (...”).

²³ L'art. 3-ter, comma 5, della legge n. 9/2012 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.”*

²⁴ cfr. art. 3-ter, comma 7, Legge n. 9/2012 e smi.

²⁵ v. Paragrafo 3C (“Indicazioni aggiornate per la definizione di un programma di utilizzo delle risorse di parte corrente ex Legge n. 9/2012”).



**GIUNTA REGIONALE DELLA CAMPANIA
DIREZIONE GENERALE TUTELA DELLA SALUTE E
COORDINAMENTO DEL S.S.R.**

**COORDINAMENTO del GRUPPO del BACINO MACROREGIONALE PER IL SUPERAMENTO DEGLI OO.PP.GG.
e del SOTTOGRUPPO TECNICO REGIONALE DELLA CAMPANIA**

entro trenta giorni dall'approvazione del presente documento, alla definizione e all'avvio dei propri **programmi attuativi locali**, dandone preventiva comunicazione alla Direzione Generale Tutela della Salute e Coordinamento del Servizio Sanitario Regionale della Giunta Regionale della Campania, **esclusivamente qualora non sia prevista l'acquisizione di personale a tempo indeterminato**.

Detti programmi aziendali dovranno necessariamente soddisfare i seguenti requisiti:

- 1) contenere un **sub programma A (di utilizzo delle risorse a partire dal 2013)**; da adottare provvisoriamente anche per gli anni successivi) e un **sub programma B (di utilizzo delle risorse 2012)**²⁶;
- 2) essere pienamente **congruenti con il cronoprogramma aziendale di realizzazione delle strutture sanitarie extra-ospedaliere** per il superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari approvato con Decreto del Commissario ad acta per il rientro dal deficit sanitario della Campania n.47/2013, come aggiornato nel precedente paragrafo 4 (solo nel caso di ASL sede di REMS confermata);
- 3) contenere almeno gli **elementi essenziali** elencati nel seguente schema di riferimento, nel vincolante rispetto delle indicazioni ministeriali presentate in Tabella 3 e di quelle di cui al presente documento.

Schema 1 - Cronoprogrammi aziendali attuativi - Riepilogo azioni essenziali.				
Aree essenziali di intervento	tipologie essenziali di azione	dettaglio qualitativo	dettaglio quantitativo	costo
1) REMS	acquisizione personale	(profilo professionale, contratto di riferimento, modalità e tempi di acquisizione, ecc.)		
2) Articolazione salute mentale in carcere	acquisizione personale	(profilo professionale, contratto di riferimento, modalità e tempi di acquisizione, ecc.)		
3) PTI	Presenza in carico con progetti terapeutico-riabilitativi individuali e preferenziale adozione della metodologia di cui alla DGRC n.483/2013)			

I programmi aziendali - o per la parti di essi - che prevedano l'acquisizione in qualunque forma di personale a tempo indeterminato non possono essere avviati sulla base della sola assegnazione delle risorse, ma **devono essere preventivamente inviati alla Regione Campania**, che provvederà alle propedeutiche valutazioni di competenza e al successivo inoltro al Ministero della Salute, **ai fini della necessaria autorizzazione in deroga ai limiti derivanti dalle pertinenti norme e dal piano di rientro dal deficit sanitario**.

²⁶ cfr. paragrafo 5B (" Il complessivo finanziamento nazionale della rete di servizi per il superamento degli OPG") che descrive nel dettaglio le diverse caratteristiche dei due finanziamenti: le risorse ANNO 2012, erogate una tantum e utilizzabili solo per attività a termine, e le risorse ANNO 2013, erogate annualmente e utilizzabili per il costante funzionamento dei servizi e delle strutture di superamento degli OPG .



GIUNTA REGIONALE DELLA CAMPANIA
DIREZIONE GENERALE TUTELA DELLA SALUTE E
COORDINAMENTO DEL S.S.R.

COORDINAMENTO del GRUPPO del BACINO MACROREGIONALE PER IL SUPERAMENTO DEGLI OO.PP.GG.
e del SOTTOGRUPPO TECNICO REGIONALE DELLA CAMPANIA

Tabella 7 - Riparto risorse parte corrente ANNO 2012 ex art. 3-ter Legge 9/2012 (Del. CIPE n. 143/2012; G.U. n. 96
del 24.04.2013)

ASL	popolazione presente e proveniente da OPG			peso totale (n)	popolazione generale adulta	peso 0,50	totale
	Presenze OPG (n al 31.12.2011)	Misure sicurezza non detentive (n al 31.12.2011)	totale (n)				
AV	10	4	14	€ 152.021,88	356.511	€ 154.773,76	€ 306.795,64
BN	9	3	12	€ 130.304,47	236.868	€ 102.832,59	€ 233.137,06
CE	9	14	23	€ 249.750,24	719.794	€ 312.487,48	€ 562.237,71
NA1C	21	9	30	€ 325.761,18	788.430	€ 342.284,74	€ 668.045,92
NA2N	18	12	30	€ 325.761,18	789.609	€ 342.796,58	€ 668.557,76
NA3S	28	11	39	€ 423.489,53	839.119	€ 364.290,59	€ 787.780,12
SA	29	8	37	€ 401.772,12	896.945	€ 389.394,86	€ 791.166,98
tot	124	61	185	€ 2.008.860,60	4.627.276	€ 2.008.860,60	€ 4.017.721,20



GIUNTA REGIONALE DELLA CAMPANIA
DIREZIONE GENERALE TUTELA DELLA SALUTE E
COORDINAMENTO DEL S.S.R.

COORDINAMENTO del GRUPPO del BACINO MACROREGIONALE PER IL SUPERAMENTO DEGLI OO.PP.GG.
e del SOTTOGRUPPO TECNICO REGIONALE DELLA CAMPANIA

Tabella 8 - Riparto risorse parte corrente ANNO 2013 ex art. 3-ter Legge 9/2012 (DELIBERA CIPE 8 marzo 2013 , rideterminata con Decreto Ministero dell'Economia e delle Finanze 27 dicembre 2013 (Rideterminazione proporzionale del riparto per l'anno 2013, del finanziamento, degli oneri per il superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari, effettuato con delibera CIPE 8 marzo 2013. (14A01765) (GU Serie Generale n.55 del 7-3-2014)

ASL	popolazione presente e proveniente da OPG			finanziamento pesato*	popolazione generale adulta	finanziamento pesato*	REMS (n)	finanziamento fisso **	totale
	Presenze OPG (al 31.12.2011)	Misure sicurezza non detentive (al 31.12.11)	totale (n)						
AV	10	4	14	€ 133.920,97	356.511	€ 136.345,19	1	€ 900.000,00	€ 1.170.266,16
BN	9	3	12	€ 114.789,41	236.868	€ 90.588,54	0	€ 0,00	€ 205.377,95
CE	9	14	23	€ 220.013,03	719.794	€ 275.280,28	1	€ 900.000,00	€ 1.395.293,31
NA1C	21	9	30	€ 286.973,51	788.430	€ 301.529,65	0	€ 0,00	€ 588.503,16
NA2N	18	12	30	€ 286.973,51	789.609	€ 301.980,55	0	€ 0,00	€ 588.954,07
NA3S	28	11	39	€ 373.065,57	839.119	€ 320.915,31	0	€ 0,00	€ 693.980,88
SA	29	8	37	€ 353.934,00	896.945	€ 343.030,47	0	€ 0,00	€ 696.964,47
tot	124	61	185	€ 1.769.670,00	4.627.276	€ 1.769.670,00	2	€ 1.800.000,00	€ 5.339.340,00

(*): pesatura effettuata sulle risorse al netto del finanziamento fisso per le REMS; (**): per le REMS è prevista una quota fissa di finanziamento per assicurare i requisiti minimi di cui al Decreto Ministero della salute 01.10.2012.



**GIUNTA REGIONALE DELLA CAMPANIA
DIREZIONE GENERALE TUTELA DELLA SALUTE E
COORDINAMENTO DEL S.S.R.**

**COORDINAMENTO del GRUPPO del BACINO MACROREGIONALE PER IL SUPERAMENTO DEGLI OO.PP.GG.
e del SOTTOGRUPPO TECNICO REGIONALE DELLA CAMPANIA**

Tabella 9 - Stima delle risorse aggiuntive di parte corrente (derivanti dalla ripartizione tra le regioni, a chiusura degli OPG avvenuta, secondo i criteri già convenuti, dell'attuale quota OPG di Fondo Sanità Penitenziaria (€ 23.093.111,00)

ASL	RIPARTO STIMATO della QUOTA OPG FSN DPCM 01.04.2008	TOTALE STIMATO DEL FINANZIAMENTO DI PARTE CORRENTE A CHIUSURA OPG COMPLETATA
AV	€ 491.365,21	€ 1.661.631,37
BN	€ 86.233,01	€ 291.610,96
CE	€ 585.848,42	€ 1.981.141,73
NA1C	€ 247.097,62	€ 835.600,78
NA2N	€ 247.286,94	€ 836.241,00
NA3S	€ 291.385,04	€ 985.365,92
SA	€ 292.637,78	€ 989.602,25
TOTALI	€ 2.241.854,02	€ 7.581.194,02



**GIUNTA REGIONALE DELLA CAMPANIA
DIREZIONE GENERALE TUTELA DELLA SALUTE E
COORDINAMENTO DEL S.S.R.**

**COORDINAMENTO del GRUPPO del BACINO MACROREGIONALE PER IL SUPERAMENTO DEGLI OO.PP.GG.
e del SOTTOGRUPPO TECNICO REGIONALE DELLA CAMPANIA**

6 - Formazione.

Riguardo alla diversa tempistica di realizzazione – sia a livello regionale che nazionale - delle strutture e dei servizi che assicureranno il definitivo e completo superamento degli OPG, lo scenario di medio periodo, nel quale gli interventi formativi dovranno essere avviati, sarà caratterizzato dalla coesistenza degli attuali OPG e dalla progressiva realizzazione e operatività delle strutture e servizi di superamento. Al riguardo assumono particolare rilievo le seguenti due attuali evidenze:

1. Il Ministero della Salute, ai sensi dell'art. 1, comma 2, del Decreto del Ministro della salute del 28 dicembre 2012, non ha approvato i programmi per la realizzazione delle strutture residenziali per le misure di sicurezza (REMS) di tutte le Regioni, e non tutte le Regioni hanno ottemperato all'obbligazione a presentare suddetto programma entro il 15.05.2013;
2. il programma regionale della Campania per la realizzazione delle strutture residenziali - di cui al Decreto del Commissario ad acta per il rientro dal deficit sanitario della Campania n. 47/2013, approvato con Decreto 9 ottobre 2013 del Ministro della Salute - prevede tempi di completamento delle necessarie implementazioni diversi per ciascuna ASL e la definizione e l'avvio di una rete provvisoria di servizi di superamento degli OPG, idonea a rispondere a tutti gli specifici bisogni delle persone di competenza regionale attraverso i servizi realizzati e resi operativi solo da una parte delle AA.SS.LL. regionali.

La necessità di assicurare - contestualmente alla progressiva attivazione delle strutture e servizi regionali di superamento degli OPG - anche l'operatività degli attuali OPG, rappresenta una particolarissima opportunità di sinergia tra le complesse attività territoriali per la dismissione di questi istituti e quelle formative per il personale destinato a operare nelle reti di servizi che ne realizzeranno il superamento, che potranno realizzarsi anche sul campo, negli attuali OPG regionali.

A tal fine, l'indicazione per i programmi da realizzare a cura delle AA.SS.LL. per la formazione del proprio personale, acquisito da ogni ASL regionale, fino al completamento e l'avvio dell'operatività delle proprie strutture e dei servizi di superamento degli OPG, è di integrare negli eventi formativi interventi, stage e tirocini che prevedano il concreto coinvolgimento nella quotidiana operatività degli attuali OPG regionali, prioritariamente per attività destinate ai pazienti di propria competenza aziendale. Qualora necessaria, la definizione di specificazioni inerenti la realizzazione degli interventi di formazione - così come di procedure, eventuali indirizzi per accordi interaziendali e ogni altra definizione, modificativa e/o integrativa, che si renderanno opportune o necessarie in funzione dell'avanzamento del complessivo programma di superamento degli OPG - sarà assicurata attraverso il Gruppo tecnico regionale per il superamento degli OPG, nell'ambito dei compiti assegnati dalla DGRC 654/2011 e dal DD 192/2012.

Le Aziende sanitarie locali regionali, coordinate attraverso il suddetto Gruppo tecnico regionale, integreranno questo percorso formativo teorico-pratico nel proprio piano formativo aziendale per almeno due annualità e con la partecipazione obbligatoria del personale – come indicato dal Ministero della Salute²⁷ - *destinato ad operare nelle strutture sanitarie residenziali per le misure di sicurezza e nelle articolazioni per la tutela della salute mentale in carcere. Obiettivo di tutti gli interventi sarà l'acquisizione e il miglioramento continuo delle 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.*

²⁷ cfr. al Paragrafo 5A (Gli indirizzi nazionali per i programmi regionali di utilizzo delle risorse di parte corrente per il superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari), la Circolare delle Direzioni Generali Programmazione Sanitaria e Prevenzione prot. 0027635-P del 29.10.2013, con la quale il Ministero della salute ha fornito alle Regioni e PP.AA. gli iniziali e specifici indirizzi sui programmi in parola.



**GIUNTA REGIONALE DELLA CAMPANIA
DIREZIONE GENERALE TUTELA DELLA SALUTE E
COORDINAMENTO DEL S.S.R.**

**COORDINAMENTO del GRUPPO del BACINO MACROREGIONALE PER IL SUPERAMENTO DEGLI OO.PP.GG.
e del SOTTOGRUPPO TECNICO REGIONALE DELLA CAMPANIA**

In ottemperanza al disposto dell'art.1, comma 1-bis, lettera a) della Legge n. 81/2014²⁸, le attività formative dovranno anche essere estese a "tutti gli operatori del settore", e non limitate al solo personale destinato ad operare nelle REMS, dovranno essere finalizzate anche "alla progettazione e alla organizzazione di percorsi terapeutico-riabilitativi e alle esigenze di mediazione culturale" trovare copertura nelle ordinarie risorse destinate alla formazione.

Ferma restando la necessità di realizzare gli interventi prima descritti a livello delle singole AA.SS.LL., la Regione Campania assicurerà, attraverso la Direzione Generale Tutela della Salute e Coordinamento del Servizio Sanitario Regionale e con risorse ordinariamente disponibili, un programma formativo triennale destinato a rappresentanti di tutti i servizi coinvolti nel percorso di superamento degli OPG e finalizzato ad armonizzare e integrare gli interventi aziendali nei più generali contesti regionali, di macrobacino e nazionali.

7 - Responsabilità, monitoraggio e controllo dell'utilizzo efficace ed efficiente delle risorse.

In ciascuna Azienda sanitaria Locale, la responsabilità, il monitoraggio e il controllo dell'utilizzo efficace ed efficiente delle risorse di cui al presente programma - sebbene condivisa attraverso le strutture aziendali specificamente competenti per l'assistenza (Dipartimento di Salute Mentale, ma anche, per le attività di collegamento e di presa in carico per la comorbidità, Distretti Sanitari e altri Dipartimenti aziendali) – deve realizzarsi sempre assicurando un unico livello aziendale di responsabilità.

Al riguardo si ricorda che in conformità al modello organizzativo di sanità penitenziaria adottato dalla Regione Campania - prima con gli indirizzi approvati con la DGRC 96/2011, poi con il Piano Sanitario Regionale 2011-2013 e, infine, con i decreti del Commissario ad Acta n. 135 del 10.10.2012 e n. 18 del 18.02.2013²⁹ – tutte le risorse legate alle attività in parola rientrano nei generali capitoli di spesa in entrata e in uscita vincolati all'esercizio delle specifiche funzioni e trovano la complessiva responsabilità di budget nel Responsabile della UO Tutela della salute in Carcere, come anche specificato nella circolare del Coordinatore dell'Assistenza Sanitaria della Giunta Regionale della Campania n. 0020521 del 10.01.2013³⁰.

Per quanto invece relativo ai livelli di coordinamento sovra-aziendali (regionale, di macrobacino e nazionale), nell'attuale contesto organizzativo, il funzionamento in rete dei servizi di che trattasi sarà assicurato, nell'ambito dei compiti già previsti dall'art. 5 dell'Accordo di programma approvato con DGRC n. 654/2011, dal Gruppo di coordinamento di bacino e dal Sottogruppo tecnico regionale per il superamento degli OPG, nonché dall'Osservatorio permanente regionale sulla sanità penitenziaria.

In particolare, il Gruppo di coordinamento di bacino macroregionale e il collegato Sottogruppo tecnico regionale per il superamento degli OPG, nell'ottica di una visione strategica del problema, e della massima interazione tra tutti i soggetti protagonisti del processo, promuoveranno e realizzeranno tutte le necessarie integrazioni con la Magistratura di sorveglianza e ordinaria, nonché con le articolazioni

²⁸ L'Art.1, comma 1-bis, lettera a) della Legge n. 81/2014 recita: "A tal fine le regioni, senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica, nell'ambito delle risorse destinate alla formazione, organizzano corsi di formazione per gli operatori del settore finalizzati alla progettazione e alla organizzazione di percorsi terapeutico-riabilitativi e alle esigenze di mediazione culturale."

²⁹ Con decreto del Commissario ad Acta n. 135 del 10.10.2012 pubblicato sul BURC 67 del 22.10.2012 - e successivamente integrato con decreto del Commissario ad Acta n. 18 del 18.02.2013 pubblicato sul BURC 12 del 25.02.2013 - sono stati forniti alle aziende sanitarie specifici indirizzi per l'adozione degli atti aziendali, al fine di garantire che le stesse adottino un modello di organizzazione che realizzi concretamente i principi fondanti del Servizio Sanitario Regionale nel rispetto degli obiettivi economici previsti dal Piano di Rientro;

³⁰ La circolare del Coordinatore dell'Assistenza Sanitaria della Giunta Regionale della Campania n. 0020521 del 10.01.2013, intervenendo sulla specifica linea di attività rivolta all'area penale minorile, evidenzia che 'Il Responsabile del Servizio Aziendale per la Tutela della salute in Carcere è referente di tutte le linee di attività di assistenza ai detenuti e ne gestisce il fondo assegnato'.



**GIUNTA REGIONALE DELLA CAMPANIA
DIREZIONE GENERALE TUTELA DELLA SALUTE E
COORDINAMENTO DEL S.S.R.**

**COORDINAMENTO del GRUPPO del BACINO MACROREGIONALE PER IL SUPERAMENTO DEGLI OO.PP.GG.
e del SOTTOGRUPPO TECNICO REGIONALE DELLA CAMPANIA**

dell'Amministrazione Penitenziaria, al fine di implementare procedure e percorsi, anche non detentivi, appropriati alla condizione delle persone interrate e/o in misura di sicurezza non detentiva, prioritariamente definendo indirizzi per il collegamento tra le diverse istituzioni protagoniste del processo e sviluppare programmi di accreditamento volontario e di certificazione.

Analogamente si procederà anche nel caso della possibilità, già prevista dal Decreto Del Commissario ad acta per il rientro dal deficit sanitario della Campania n. 47 del 15.05.2013³¹, di intervenire nel corso del programma di realizzazione delle REMS per definire – in itinere e/o nelle more del completamento dell'intero programma - una provvisoria organizzazione della specifica rete regionale di REMS, prioritariamente comprensiva della definizione e all'aggiornamento delle afferenze territoriali per ciascuna delle strutture residenziali in parola, idonea ad assicurare la piena gestione di tutte le nuove misure di sicurezza (OPG e CCC). Si precisa che, in ogni caso, essendo le REMS e le Articolazioni per la Tutela della salute mentale in Carcere ex Accordo CU 13.10.2011 regionali specificamente finanziate, non è applicabile alcuna forma di compensazione inter-aziendale per le prestazioni rese alle persone in misura di sicurezza detentiva (OPG, CCC, REMS) di competenza di ASL della Regione Campania diverse da quella sede della singola REMS. Quanto prima non è applicabile alle eventuali prestazioni aggiuntive ed eventuali inserimenti di persone di competenza di altre Regioni afferenti al bacino macroregionale OPG della Campania, fatispecie nelle quali, attraverso i suddetti gruppi di coordinamento, potranno invece essere definite le condizioni e le procedure per assicurare le attività di che trattasi e le conseguenti forme di compensazione. A tal fine saranno da considerare sia le risorse complessivamente assegnate alle singole Aziende Sanitarie e alle Regioni che i costi effettivamente sostenuti da dette Amministrazioni per erogare le prestazioni sanitarie richieste nelle aree di intervento di cui al Decreto Del Commissario ad acta per il rientro dal deficit sanitario della Campania n. 64/2012³².

³¹ Il documento approvato con il Decreto Del Commissario ad acta per il rientro dal deficit sanitario della Campania n. 47 del 15.05.2013 (Programma per la realizzazione di strutture sanitarie extraospedaliere per il superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari, ai sensi della Legge 17 febbraio 2012, n. 9, art. 3-ter (Decreto Ministro della Salute 28.12.2012;G.U. n. 32 07.02.2013) prevede che *“saranno anche assicurate tutte le necessarie che potranno rendersi necessarie per attività Sull’ base della stima complessiva dei tempi di progettazione e di appellabilità e dei tempi di realizzazione delle opere, al fine di realizzare un programma idoneo a garantire il rispetto del termine per il completo superamento degli OPG, è stata adeguatamente prevista la possibilità di una progressiva attivazione dei servizi idoneo ad assicurare, in tempi intermedi - circa 6-9 mesi dall’approvazione del programma, e più brevi del completamento dell’ intero programma - la piena gestione di tutte le prevedibili nuove misure di sicurezza del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario e dell’assegnazione a casa di cura e custodia misure di sicurezza detentive in strutture ex comma 2 del predetto art. 3-ter”*.

³² Decreto del Commissario ad Acta per il rientro dal deficit sanitario della Regione Campania n. 64 del 19.06.2012 è stato (Programma regionale per il definitivo superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari della Regione Campania ex Allegato C al D.P.C.M. 1° Aprile 2008 e Legge 17 febbraio 2012 n. 9, art. 3-ter).



8 - Appendice

A) Indirizzi operativi per la prevenzione dei gesti autolesivi e delle scelte suicidarie, in attuazione dell'Accordo sancito dalla Conferenza Unificata il 19.01.2012 (Rep. Atti n. 5/CU).

“Tutti gli uomini sani hanno pensato al suicidio” Da A. Camus ‘Il mito di Sisifo’

Indirizzi operativi per la prevenzione dei gesti autolesivi e delle scelte suicidarie in carcere³³

Introduzione

La privazione della libertà rappresenta un’esperienza devastante che, secondo le caratteristiche personali, i precedenti vissuti e il grado culturale, può portare a conseguenze estreme, tra le quali la decisione di compiere atti di auto-lesionismo e addirittura di tentare il suicidio; ciò è dimostrato anche statisticamente, se si pensa che nel 1990 è stato valutato che la possibilità di suicidio delle persone detenute sia di circa 12 volte superiore a quella della popolazione generale (Dooley, 1990), mentre in uno studio di Taggi è risultata circa nove volte più elevata che nella popolazione libera (Taggi et al., 1997).

Quando si approfondisce questo tema, ci si trova a “de-scrivere” gli agiti di persone che si sono trasformati in eventi critici per le istituzioni. Infatti, come recentemente affermato, *non è semplice mantenere un equilibrio emotivo stabile in presenza di uomini o donne che si autoferiscono, autosopprimono; non è semplice interpretare, nella dimensione individuale ed in quella collettiva, nella vita di sezione: le urla, le proteste, le richieste insistenti, i mugugni, i silenzi, e questi - lo sanno tutti- sono i peggiori, i più pericolosi; e quando avviene un suicidio in carcere è come se questa incapacità, di cui i singoli operatori sono incolpevoli, scuotesse la coscienza dell’intero sistema. Allora partono le inchieste, si cercano le responsabilità, si analizzano atti e si raccolgono testimonianze ma, contemporaneamente, inizia il lavoro di autocritica del sistema stesso* (Contestabile, 2009).

33 Gli indirizzi operativi sono stati elaborati dallo specifico Gruppo Tecnico Scientifico dell’Osservatorio permanente sulla sanità penitenziaria a partire da un documento del Laboratorio Territoriale Sperimentale per la Sanità penitenziaria *Eleonora Amato*” istituito con Decreto Dirigenziale AGC 20 della Giunta Regionale della Campania n°142 del 21/07/2011 e successiva Deliberazione D.G. ASL Caserta n. 1444 del 12/09/2011 ed operativo attraverso uno specifico gruppo di lavoro (componenti dell’AGC 20 della Regione Campania e della ASL Caserta) coordinato dal Responsabile dei progetti sulla sanità penitenziaria dell’Azienda Sanitaria di Caserta. Sulla base dell’esperienza di costruzione e sperimentazione di uno specifico assetto organizzativo della sanità penitenziaria aziendale - iniziata sin dall’entrata in vigore del DPCM 01.04.2008 presso la ex ASL CE2, ulteriormente implementata nella ASL Caserta e sostanzialmente recepita nel PSR 2011-2013 - il progetto del Laboratorio è nato da un’idea di Eleonora Amato – responsabile della Sanità penitenziaria della Regione Campania, recentemente scomparsa. Il principale compito assegnato al Laboratorio è quello di affiancare le altre Aziende sanitarie regionali nella diffusione di una cultura della salute in carcere attraverso la concreta attuazione del modello organizzativo di riferimento, che valorizza le articolazioni sanitarie distrettuali e dipartimentali esistenti, assicurandone un costante coordinamento funzionale, sia a livello aziendale che regionale.



**GIUNTA REGIONALE DELLA CAMPANIA
DIREZIONE GENERALE TUTELA DELLA SALUTE E
COORDINAMENTO DEL S.S.R.**

**COORDINAMENTO del GRUPPO del BACINO MACROREGIONALE PER IL SUPERAMENTO DEGLI OO.PP.GG.
e del SOTTOGRUPPO TECNICO REGIONALE DELLA CAMPANIA**

I comportamenti suicidari possono essere concettualizzati come processo complesso che spazia dall'ideazione suicidaria, che può essere comunicata con modalità verbali o non-verbali, alla pianificazione del suicidio, al tentativo, e nei casi estremi al suicidio vero e proprio. I comportamenti suicidari sono influenzati dall'interazione di fattori biologici, genetici, psicologici, sociali, ambientali e situazionali (Wasserman, 2001).

Riguardo alla tipologia, alle caratteristiche ed all'epidemiologia del fenomeno dei comportamenti suicidari nelle carceri, la dimostrazione che la sua frequenza nei luoghi di reclusione sia evidentemente più alta che all'esterno, risale alla fine dell'800 (Morselli, 1879). In sede di letteratura internazionale i primi apporti in materia sono di Danto (1973), anche se quest'ultimo non fornisce alcuna quantificazione circa i livelli di probabilità di suicidio in carcere.

Gli ambienti carcerari si differenziano sia per la tipologia di detenuti ospitati che per situazioni contestuali: condizioni giuridiche di attesa di giudizio, condanne brevi o lunghe, ambienti sovraffollati, sussistenza o meno di possibilità di lavoro, livello di igiene, situazione socioculturale, prevalenza di HIV/AIDS, livello di stress, e accesso a servizi sanitari di base o ai servizi di igiene mentale.

Ognuno di questi fattori può influenzare il tasso dei suicidi in vari modi (WHO, La prevenzione del suicidio nelle carceri, 2010).

Differenti è il concetto di "atto auto-lesionistico". Negli studi di settore è ritenuta basilare la differenziazione tra i diversi atti anti-conservativi, in particolare per l'individuazione del loro significato.

La presenza di episodi auto aggressivi avvenuti durante la storia di vita di un individuo (anche precedentemente al suo ingresso in carcere) costituisce, spesso, un rilevante elemento di valutazione del rischio suicidario tanto per i detenuti "nuovi giunti" quanto per una classificazione degli eventi rilevanti ai fini dell'anamnesi psico-patologica.

I comportamenti auto-lesionistici compiuti in carcere si prestano a molteplici interpretazioni, diversamente dagli episodi di suicidio che invece rappresentano una dichiarazione inequivocabile del fatto che per la persona che lo commette la sofferenza è stata più forte del naturale istinto di conservazione.

Tali dati hanno focalizzato l'attenzione del Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria (DAP) sul fenomeno, portando all'emanazione di una serie di Circolari riguardanti il problema dei suicidi e degli atti di auto-lesionismo e la tutela della vita e della salute delle persone detenute: Circ. D.A.P. n. 3173/5623 del 07 aprile 1986. Suicidi ed atti di auto-lesionismo; circ. D.A.P. n. 3524/5974 del 12 maggio 2000. Atti di autolesionismo e suicidi in ambiente penitenziario. Linee guida operative ai fini di una riduzione dei suicidi nelle carceri; circ. D.A.P. n. 434312 del 18 dicembre 2008. Prevenzione dei suicidi e tutela della salute e della vita delle persone detenute e/o interne; circ. D.A.P. n. 32296 del 25 gennaio 2010. Emergenza suicidi. Istituzione di unità di ascolto di Polizia Penitenziaria; Circ. D.A.P. n. 3182/5632 del 21 luglio 1986. Tutela della vita e della salute delle persone detenute; circ. D.A.P. n. 2844 del 17 giugno 1997. Tutela della vita e della salute delle persone detenute.

Suicidi in carcere, la strage silenziosa³⁴

34 Fonte: Eurispes – Rapporto Italia 2012



**GIUNTA REGIONALE DELLA CAMPANIA
DIREZIONE GENERALE TUTELA DELLA SALUTE E
COORDINAMENTO DEL S.S.R.**

**COORDINAMENTO del GRUPPO del BACINO MACROREGIONALE PER IL SUPERAMENTO DEGLI OO.PP.GG.
e del SOTTOGRUPPO TECNICO REGIONALE DELLA CAMPANIA**

Tra le mura dei nostri penitenziari avviene una “strage silenziosa”: nel 2011 i suicidi sono stati 66. Negli ultimi dodici anni, si sono avuti complessivamente 692 suicidi, cioè più di un terzo di tutti i decessi avvenuti in carcere (Ristretti Orizzonti). Il tasso di suicidi è estremamente elevato, piuttosto costante nel tempo con valori di 12-14/10.000 per anno. Si tratta di un tasso più di 20 volte superiore a quello registrato nel resto della popolazione italiana, al quale si deve aggiungere il numero rilevante di tentativi di suicidio e atti di autolesionismo. Il 2-3% dei detenuti tenta il suicidio. Il 61% dei suicidi è di persone recluse da meno di 1 anno (vedi figura 1).

Oltre ai 66 casi accertati nel 2011, vanno inoltre considerati i 23 episodi di morte per cause ancora “da accertare”.

Una delle caratteristiche più evidenti è la giovane età di molte delle persone coinvolte: 37 anni, in media. In 28 casi si è trattato di condannati con sentenza definitiva; in 27 di persone in attesa di primo giudizio; tre i casi registrati tra condannati in primo grado. Significativa è, tuttavia, anche la presenza di 8 eventi tra le persone sottoposte a misure di sicurezza detentiva, considerato che in questo caso la popolazione di riferimento è molto esigua (circa 1.500 persone). 46 suicidi si sono consumati all'interno di sezioni comuni, dove è collocato circa il 90% della popolazione detenuta; 10 in internamento (9 all'interno di Ospedali Psichiatrici giudiziari e uno in casa di lavoro), 4 in isolamento, 3 in sezione protetti e 1 in alta sicurezza (2 in infermeria).

Tra le fonti di informazione inerenti la vita che si svolge all'interno degli istituti di pena italiani, si distingue, tuttavia, un dossier realizzato dal Dipartimento dell'Amministrazione penitenziaria (Dap) e significativamente intitolato “eventi critici”. Oltre al numero dei suicidi, all'interno di questo report si possono leggere le cifre riguardanti gli atti di autolesionismo e gli episodi di tentato suicidio avvenuti nel corso dell'anno tra la popolazione detenuta.

L'insieme di questi dati focalizza l'attenzione su come il comportamento autolesionistico sia in realtà molto più diffuso rispetto al numero dei casi in cui la morte si realizza concretamente: soltanto per il 2010, il dossier riporta ben 6.563 episodi di autolesionismo e 1.134 casi di tentato suicidio (figure 3 e 4); i decessi volontari si presentano, quindi, come un esiguo sottoinsieme dei comportamenti messi in campo contro se stessi da un numero significativo di detenuti. Il tasso più elevato degli episodi di autolesionismo si registra tra la popolazione carceraria straniera (14,84%) e, in particolare, tra quella di sesso maschile (15,35%); tra i detenuti italiani invece le donne presentano un tasso più elevato (11,36%).

Anche per quanto riguarda i tentati suicidi, le maggiori frequenze si registrano tra la popolazione italiana femminile (2,41%) e tra quella straniera maschile (2,13%). I suicidi sono invece molto più diffusi tra i detenuti maschi italiani, tra i quali si concentrano 42 dei 55 casi censiti dal DAP nel 2010. I detenuti in attesa di giudizio presentano un tasso di suicidi più elevato rispetto ai condannati (0,09% contro 0,07%): un dato che sembra indicare come nella risoluzione individuale a togliersi la vita, l'impatto con il carcere abbia in sé un ruolo determinante, a prescindere dalla durata della pena inflitta. Una conferma indiretta di questo stato di cose si ricava da un focus sui tempi del suicidio carcerario, condotto sull'arco di tempo compreso tra il 1987 e il 2008. Tale studio evidenzia, infatti, che nel 34% dei casi il suicidio avviene entro il primo mese di reclusione e nel 28% addirittura entro la prima settimana di permanenza in carcere (Baccaro & Morelli, 2009).

In assoluto è tuttavia tra la popolazione degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari che si riscontrano i maggiori tassi di suicidi, tentati suicidi, atti di autolesionismo e persino di decessi per cause naturali, ad indicare una maggiore esposizione dei cosiddetti “internati” al verificarsi di eventi critici. Anche le manifestazioni di protesta messe in campo dai detenuti sono ancora una volta riconducibili ad atteggiamenti di tipo autolesionistico, tra i quali spicca sicuramente il ricorso allo sciopero della fame: nel corso del 2010 si sono contati ben 6.626 episodi di questo tipo messi in campo da singoli detenuti.



**GIUNTA REGIONALE DELLA CAMPANIA
DIREZIONE GENERALE TUTELA DELLA SALUTE E
COORDINAMENTO DEL S.S.R.**

**COORDINAMENTO del GRUPPO del BACINO MACROREGIONALE PER IL SUPERAMENTO DEGLI OO.PP.GG.
e del SOTTOGRUPPO TECNICO REGIONALE DELLA CAMPANIA**

Invece, per il settore minorile, può essere considerato testo di riferimento in materia la ricerca pubblicata dal DGM - CEuS (Centro Europeo di Studi di Nisida – Napoli), nel 2010, intitolata *“Condotte suicidarie: un’analisi nel sistema degli istituti penali minorili”*. Tale pubblicazione, oltre a fornire un valido supporto conoscitivo sul fenomeno suicidario ed autolesivo fra gli adolescenti, ed in particolare fra quelli sottoposti a misure restrittive della libertà, promuove l’introduzione di nuovi strumenti tecnici capaci di sostenere il lavoro quotidiano di tutti gli operatori.

Tali strumenti, infatti, possono risultare preziosi per poter utilmente affrontare le condotte suicidarie e gli atti autolesivi dei minorenni sottoposti ad una misura privativa della libertà, che rappresentano un fenomeno doloroso e destabilizzante sia per i minori detenuti che per gli operatori tutti che lavorano nelle strutture; in particolare per gli operatori dell’area educativa che, nel settore minorile, con maggiore frequenza hanno possibilità di effettuare la presa in carico sia del singolo che dell’intero gruppo dei minori. E’ necessario comunque sottolineare che l’inserimento di un minore in un contesto detentivo rappresenta un evento alquanto residuale, considerato che il sistema penale minorile italiano tende costantemente a contemperare i principi propri dell’azione penale con la tutela degli adolescenti in quanto soggetti in età evolutiva. Tale principio di minima offensività del processo penale orienta l’Autorità Giudiziaria a fare ricorso preferibilmente, e laddove possibile, a misure meno severe quali ad esempio il collocamento in comunità.

Tale misura, se da una parte assicura le esigenze di controllo e contenimento dei minori - perché costoro vengono totalmente affidati ad operatori dell’area pedagogica - dall’altra permette di inserirli in un contesto meno afflittivo o marginalizzante. Pertanto, l’esperienza della privazione della libertà può essere vissuta dai minori autori di reati in contesti a differente grado di ‘afflittività’; pur tuttavia, episodi suicidari o autolesivi fra i minori sottoposti a misura penale, sia pur numericamente contenuti, si sono verificati sia in contesti carcerari che comunitari. Per comprendere questo dato è necessario tenere presenti le caratteristiche proprie dell’età adolescenziale e in particolare le peculiarità dell’adolescente autore di reato. Infatti, se l’adolescente in quanto tale è persona che attraversa una fase di trasformazione critica, durante la quale spesso le difficoltà vengono affrontate utilizzando meccanismi di acting-out come strategia di evitamento di una sofferenza psichica - nell’incapacità di mentalizzarla - l’adolescente autore di reato, spesso, manifesta un’exasperazione di tali meccanismi, oltre che una tendenza ad un esercizio compulsivo del rischio e la messa in atto di agiti auto o etero aggressivi. Tali manifestazioni possono raggiungere il loro apice in contesti dove la privazione della libertà, unitamente all’incertezza sugli sviluppi della vicenda penale, alla perdita della piena disponibilità del proprio spazio/tempo/affettività, possono amplificare l’incapacità di tollerare le frustrazioni e spingere ad agiti autolesivi o suicidari, che comunicano profondo disorientamento, perdita di speranza e desiderio di sottrarsi. Tale comunicazione arriva all’Istituzione in modo violento e come tale viene assunta, per poi essere rielaborata dall’équipe interistituzionale, allo scopo di riorganizzare e ricalibrare gli interventi per l’adozione di una strategia di metabolizzazione e di superamento dell’evento. Anche nei contesti minorili i gesti suicidari o auto lesivi, come accade per gli adulti, si manifestano perlopiù durante i primi tempi dell’esperienza restrittiva o in occasione di trasferimenti ad altra struttura o anche a ridosso di udienze significative. Allo stesso modo gli atti autolesivi sono più frequenti tra i minori stranieri e le ragazze italiane, così come i suicidi si verificano maggiormente tra i ragazzi italiani.

Confronto tra suicidi in carcere e suicidi nella popolazione libera in Europa.

In alcuni Paesi, come la Francia, la Gran Bretagna e la Germania, che hanno un numero di detenuti paragonabile a quello dell’Italia, avvengono in media più suicidi rispetto a quelli che si registrano nelle nostre carceri. Tuttavia per un confronto efficace tra i dati dei vari paesi bisogna



**GIUNTA REGIONALE DELLA CAMPANIA
DIREZIONE GENERALE TUTELA DELLA SALUTE E
COORDINAMENTO DEL S.S.R.**

**COORDINAMENTO del GRUPPO del BACINO MACROREGIONALE PER IL SUPERAMENTO DEGLI OO.PP.GG.
e del SOTTOGRUPPO TECNICO REGIONALE DELLA CAMPANIA**

prendere in considerazione anche la frequenza dei suicidi nella popolazione libera, perché ogni sistema carcerario va contestualizzato nella comunità di riferimento.

L'ha fatto l'Istituto Nazionale francese di Studi Demografici (INED), con la ricerca "Suicide en prison: la France comparée à ses voisins européens", pubblicata a dicembre 2009. L'INED ha considerato la frequenza di suicidi tra i cittadini liberi, maschi, di età compresa tra 15 a 49 (cioè con caratteristiche simili a quelle della gran parte della popolazione detenuta) e ha calcolato lo "scarto" esistente con la frequenza dei suicidi in carcere.

L'Italia, tra i Paesi considerati, è quello in cui maggiore è lo scarto tra i suicidi nella popolazione libera e quelli che avvengono nella popolazione detenuta, con un rapporto da 1,2 a 9,9 (quindi in carcere i suicidi sono circa 9 volte più frequenti), mentre in Gran Bretagna sono 5 volte più frequenti, in Francia 3 volte più frequenti, in Germania e in Belgio 2 volte più frequenti e in Finlandia, addirittura, il tasso di suicidio è lo stesso dentro e fuori dalle carceri.

Dello "scarto" esistente tra i suicidi dei detenuti e quelli della popolazione libera è possibile definire un criterio di "vivibilità" di ogni sistema penitenziario.

Molte delle caratteristiche dei detenuti suicidi sono comuni a tutti gli altri detenuti, e pochi studi hanno identificato elementi in grado di distinguere i detenuti che commettono suicidio dal resto della popolazione carceraria. Fattori socio-culturali, il substrato biologico, la genetica, lo stress sociale e talvolta disturbi psichiatrici rientrano nell'ampio spettro di fattori che, interagendo tra loro, conferiscono all'individuo un rischio elevato di suicidio. Dalle ricerche in materia, quindi, non ancora risultano chiarite le modalità con cui questi fattori interagiscono per generare un comportamento suicidario.

D'altra parte, poiché è un fenomeno in gran parte prevenibile, è imperativo che i governi – attraverso le proprie articolazioni sanitarie e sociali, di una certa rilevanza – investano risorse finanziarie ed umane nella prevenzione del suicidio. L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha lavorato alla redazione di alcuni documenti, da destinare quali risorse per affiancare i governi nello sviluppo e nell'implementazione di strategie mirate e per dare aiuto a quelli che hanno già iniziato un processo di programmazione di strategie nazionali di prevenzione (WHO, 2011).

L'Organizzazione Mondiale della Sanità, inoltre, riporta che in alcuni Istituti di pena sono stati avviati specifici programmi di prevenzione del suicidio, e che in alcuni Paesi sono anche state approvate normative nazionali e linee guida per la prevenzione del suicidio nelle carceri. All'implementazione di tali programmi sono seguite riduzioni significative del numero dei suicidi e dei tentativi di suicidio.

Anche se i dettagli variano secondo le risorse locali e le necessità dei detenuti, determinati elementi ed attività sono comuni a tutti questi programmi e costituiscono la base di conoscenza delle strategie più efficaci nel campo.

I profili delineati possono rivelarsi utili per identificare gruppi potenzialmente ad alto rischio che necessitano di monitoraggio ed interventi nel tempo. Va ricordato, inoltre, che man mano che sono implementati programmi di prevenzione del suicidio, i profili di alto rischio possono cambiare. Allo stesso modo, il tradizionale profilo dei detenuti ad alto rischio può variare secondo le condizioni locali (e contestuali) specifiche. Ne consegue che l'utilità dei profili suicidari dovrebbe essere **solo** quella di costituire un supporto per identificare gruppi o situazioni potenzialmente a rischio elevato, non una forma di categorizzazione definitiva ed esaustiva, astratta da altre variabili di contesto.

Ove possibile, è opportuno elaborare dei profili che si basino sulle condizioni locali, da aggiornare regolarmente per cogliere ogni eventuale cambiamento.



**GIUNTA REGIONALE DELLA CAMPANIA
DIREZIONE GENERALE TUTELA DELLA SALUTE E
COORDINAMENTO DEL S.S.R.**

**COORDINAMENTO del GRUPPO del BACINO MACROREGIONALE PER IL SUPERAMENTO DEGLI OO.PP.GG.
e del SOTTOGRUPPO TECNICO REGIONALE DELLA CAMPANIA**

Figura 1 – Tassi suicidio nella popolazione mondiale e italiana (Baccaro & Morelli, In carcere: del suicidio ed altre fughe. Edizioni Ristretti, 2009)

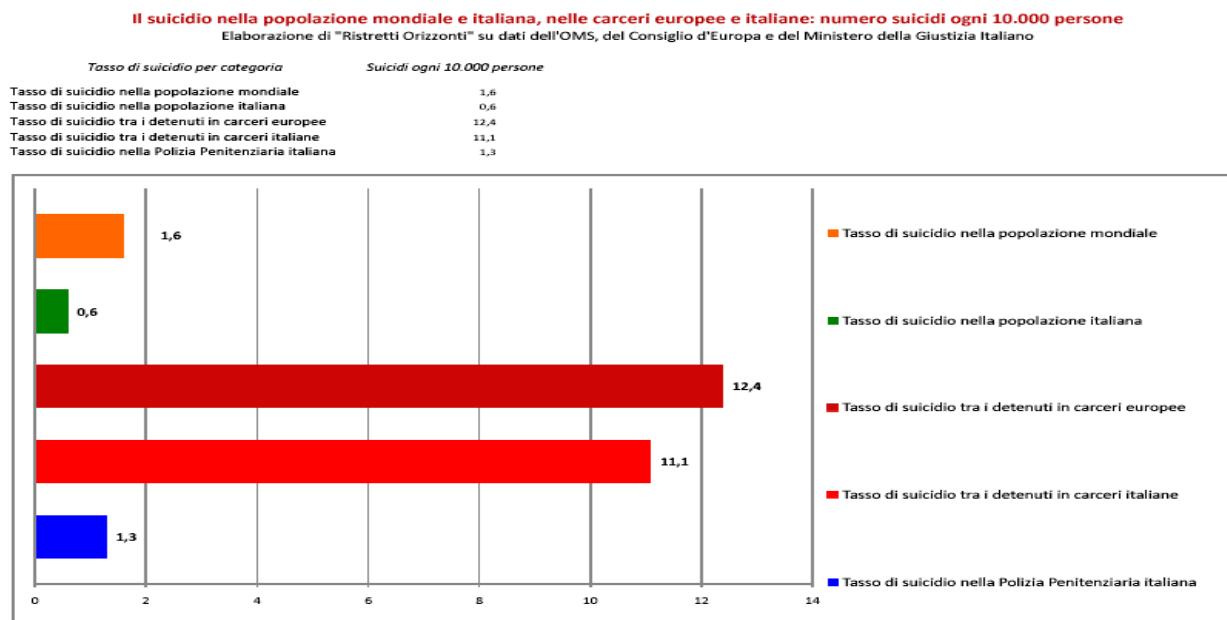


Figura 2 - Tassi suicidio nella popolazione italiana detenuta (1990-2011) (Edizioni Ristretti)

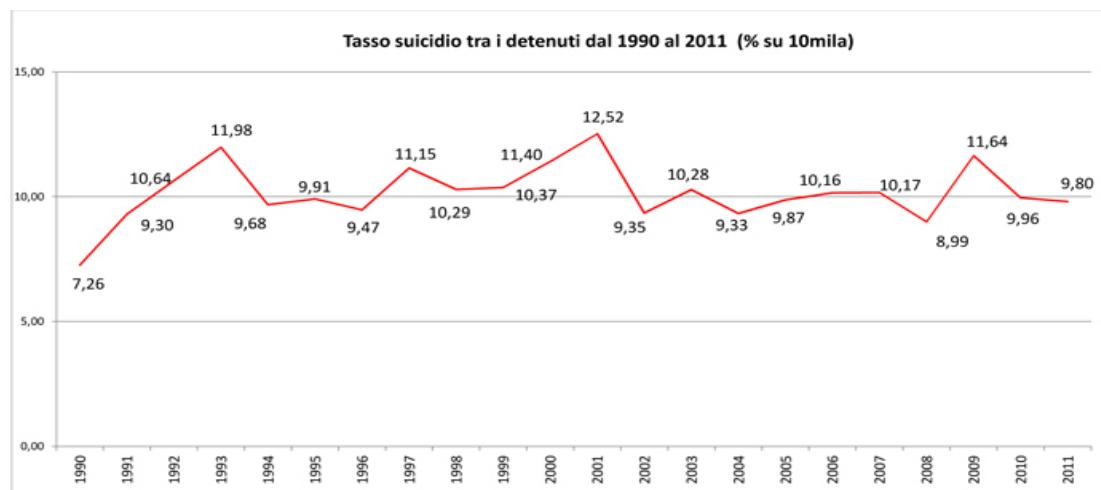


Figura 3 –suicidi nella popolazione italiana detenuta (1990-2011) (Edizioni Ristretti)



**GIUNTA REGIONALE DELLA CAMPANIA
DIREZIONE GENERALE TUTELA DELLA SALUTE E
COORDINAMENTO DEL S.S.R.**

**COORDINAMENTO del GRUPPO del BACINO MACROREGIONALE PER IL SUPERAMENTO DEGLI OO.PP.GG.
e del SOTTOGRUPPO TECNICO REGIONALE DELLA CAMPANIA**

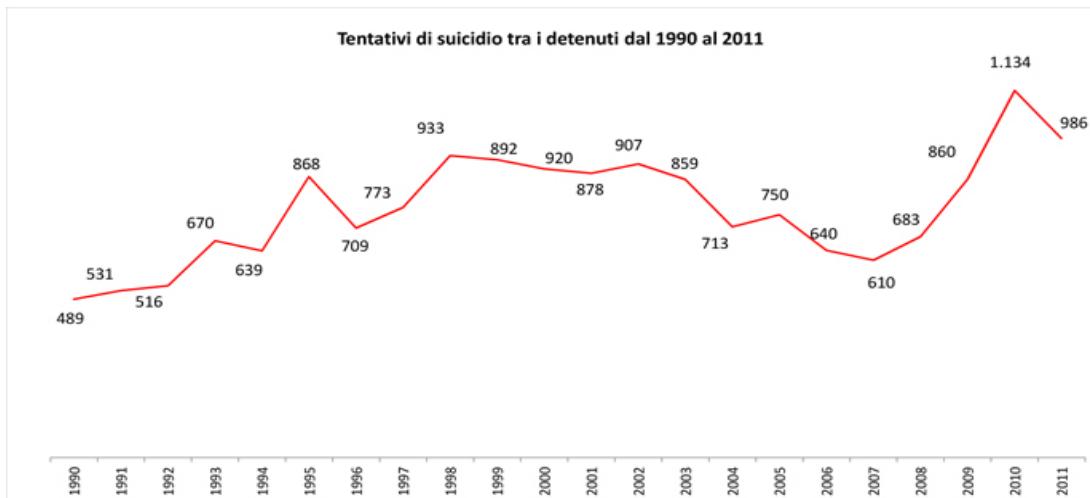
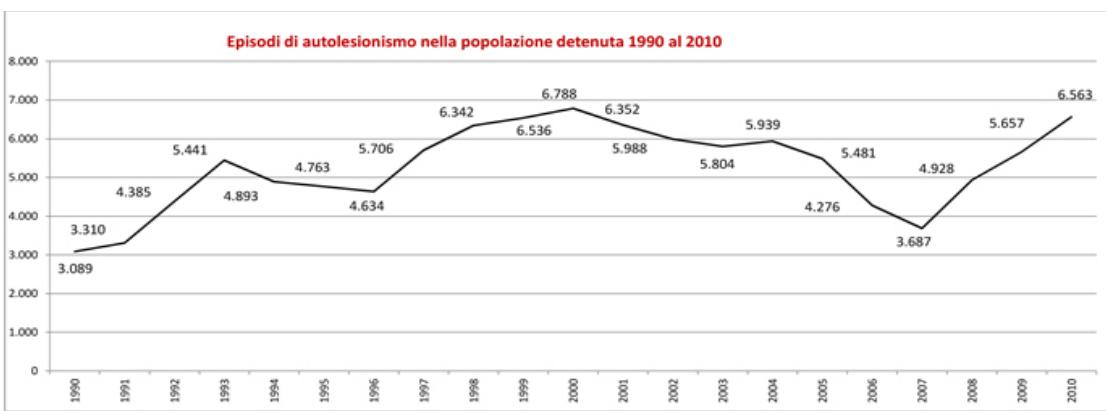


Figura 4 - episodi di autolesionismo nella popolazione italiana detenuta (1990-2011)
(Edizioni Ristretti)



Quadro normativo essenziale di riferimento.

A seguito del DPCM del 01/04/2008, nello specifico nell'Allegato A dello stesso Decreto, sono contenute le indicazioni fondamentali della Riforma e, in particolare, viene riservata un'attenzione specifica al tema della presa in carico dei nuovi giunti e della prevenzione del rischio suicidario.

La Conferenza Unificata nella seduta del 19 gennaio 2012 ha sancito l'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante "Linee di indirizzo per la riduzione del rischio autolesivo e suicidario dei detenuti, degli internati e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale" (Repertorio Atti n.: 5/CU del 19/01/2012; Allegato A) peraltro coerente con il programma di sviluppo e potenziamento delle reti assistenziali penitenziarie della Regione Campania, e contemplato fra gli adempimenti LEA cui sono tenute le Regioni per l'anno 2012; infine la deliberazione di Giunta regionale della Campania n° 96 del 13 marzo 2012 aveva ad oggetto: "recepimento ed iniziali provvedimenti attuativi dell'Accordo del 19 gennaio 2012 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante *Linee di indirizzo per la riduzione del rischio autolesivo e suicidario dei detenuti, degli internati e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale*".



**GIUNTA REGIONALE DELLA CAMPANIA
DIREZIONE GENERALE TUTELA DELLA SALUTE E
COORDINAMENTO DEL S.S.R.**

**COORDINAMENTO del GRUPPO del BACINO MACROREGIONALE PER IL SUPERAMENTO DEGLI OO.PP.GG.
e del SOTTOGRUPPO TECNICO REGIONALE DELLA CAMPANIA**

Nel suddetto quadro normativo si può individuare la ratio del presente documento di indirizzo.

Prevenire il rischio di suicidi in ambito carcerario o presso le strutture minorili è, in ogni caso, un obiettivo condiviso, tanto dalla Amministrazione della Giustizia quanto dalla Amministrazione della Salute. In particolare viene condiviso il principio di un metodo di lavoro con caratteristiche di innovatività, che punti sul comune perseguitamento degli obiettivi e sull'integrazione delle reciproche competenze.

Considerando alcuni degli aspetti della tematica, nella Circolare del Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria (DAP), emanata il 25 novembre 2011, si afferma esplicitamente che *“deve essere superato il concetto di sorveglianza, oggi alla base delle misure utilizzate per prevenire gesti auto soppressivi; a questo deve sostituirsi quello di sostegno”*.

Nel documento ufficiale suddetto, il modello di trattamento deve fondarsi su principi quali la sicurezza, l'accoglienza e la rieducazione. Si raccomanda che *“i soggetti ritenuti a rischio”* vengano *“presi in carico dallo staff multidisciplinare”*. In altri termini, tale organo collegiale - rimarca la circolare - oltre a continuare a svolgere la sua funzione originaria nei confronti dei nuovi giunti, *“dovrà continuativamente impegnarsi nel sostenere tutti quei soggetti che, pur se da tempo ristretti, manifestino i sintomi di un intento auto aggressivo”*.

Lo Staff multidisciplinare dovrà agire in modo integrato con i servizi psichiatrici e sociali del territorio secondo piani di trattamento individuali che, quando possibile, *“devono tendere a un forte coinvolgimento anche dei familiari dei detenuti ed essere sottoposti a periodiche valutazioni multidisciplinari strutturate”*.

Nella Circolare si raccomanda inoltre la massima attenzione riguardo la scelta dell'ubicazione del detenuto: *“Tale delicata decisione dovrà avvenire tenendo conto delle indicazioni dello staff multidisciplinare, in ogni caso evitando tassativamente ogni forma di isolamento del soggetto a rischio, ma semmai, per quanto possibile, individuando compagni di detenzione umanamente e culturalmente più idonei a instaurare un rapporto proficuo con la persona in difficoltà”*.

Per quanto attiene al settore minorile, a seguito dell'emanazione del DPCM 1.4.2008 e delle *“Linee di indirizzo per la riduzione del rischio autolesivo e suicidario dei detenuti, degli internati e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale”* (Repertorio Atti n.: 5/CU del 19/01/2012), il Dipartimento Giustizia Minorile ha diffuso una circolare in data 28.2.2012 sostenendo la necessità di pervenire ad una omogeneità nei singoli programmi operativi regionali di prevenzione per la riduzione del rischio auto lesivo e suicidario. Il Dipartimento, inoltre, con circolare del 28.9.2012 ha avviato una ricognizione a livello nazionale circa i programmi operativi di prevenzione eventualmente attivati nei Servizi Minorili. Nei singoli Servizi Minorili il fenomeno risulta costantemente attenzionato anche attraverso l'emanazione di specifici ordini e disposizioni di servizio.

All'interno della nuova normativa di riforma della sanità penitenziaria (DPCM, 2008) è altresì espressamente previsto che i presidi sanitari presenti in ogni istituto penitenziario e servizio minorile debbano adottare procedure di accoglienza che consentano di attenuare gli effetti potenzialmente traumatici della privazione della libertà e mettere in atto gli interventi necessari a prevenire atti di autolesionismo.

Nel Piano Sanitario 2009-2011 della Regione Campania, tra gli Obiettivi di Salute e i Livelli essenziali di assistenza, era già presente la riduzione dei suicidi e dei tentativi di suicidio, attraverso l'individuazione dei fattori di rischio. *“Lo strumento da utilizzare in questi casi risulta essere quello dell'intervento partecipato tra operatori della sanità ed operatori penitenziari, fondato su un Accordo tanto a livello centrale che a livello periferico”*. Successivamente, nel PSR 2011-2013, tra gli obiettivi regionali da conseguire nel triennio, è stato ribadito quello specifico di *“approvazione di indirizzi regionali per la riduzione del rischio suicidario nelle carceri”*.

Componenti chiave di un programma di prevenzione dei gesti autolesivi e suicidari in ambiente penitenziario



**GIUNTA REGIONALE DELLA CAMPANIA
DIREZIONE GENERALE TUTELA DELLA SALUTE E
COORDINAMENTO DEL S.S.R.**

**COORDINAMENTO del GRUPPO del BACINO MACROREGIONALE PER IL SUPERAMENTO DEGLI OO.PP.GG.
e del SOTTOGRUPPO TECNICO REGIONALE DELLA CAMPANIA**

Un valido programma di prevenzione per il suicidio con caratteristiche di applicabilità e completezza, dovrebbe accomunare tutte le strutture dove si eseguono misure privative della libertà, indipendentemente dalla loro grandezza, e interessare almeno la formazione degli operatori in ambito penitenziario e dei servizi minorili, lo screening all'ingresso, gli interventi specifici per i detenuti già presenti (adulti e minori) o per i minori collocati presso comunità ministeriali e le attività da assicurare quando si verifica un suicidio o un tentativo di suicidio.

E' da sottolineare che il successo di un siffatto specifico programma è strettamente connesso con la propedeutica implementazione dei nuovi modelli organizzativi richiesti dalla riforma della sanità penitenziaria (per la Regione Campania dettagliatamente descritti nelle Linee Guida ex DGRC 96/2011 e nel PSR 2011-2013), con particolare riferimento alla consequenziale capacità di apprestare soluzioni a storiche disfunzioni e/o lacune organizzative che, in primo luogo, determinano strategie e politiche di gestione non coerenti con le finalità dichiarate e le strategie effettivamente poste in essere.

A. La formazione degli operatori in ambito penitenziario.

La componente essenziale di ogni programma di prevenzione del suicidio è l'addestramento del Personale della Polizia penitenziaria, che costituisce una componente significativa di ogni istituto di pena. Nella realtà dei fatti, il personale sanitario, gli psichiatri o altri professionisti che lavorano nelle carceri raramente si trovano in grado di prevenire un suicidio, perché spesso questi vengono tentati nelle celle, e frequentemente durante le ore notturne o nei fine-settimana, quando i detenuti sono generalmente fuori dal controllo del personale fisso di un eventuale programma. Gli agenti spesso sono le uniche figure disponibili 24 ore al giorno; quindi formano la prima linea di difesa nella prevenzione del suicidio. Gli agenti, il personale educativo, così come il personale sanitario e quello psichiatrico saranno adeguatamente in grado di identificare il rischio, effettuare una valutazione, o prevenire un suicidio, solo se saranno stati prima adeguatamente formati allo scopo.

Gli agenti di Polizia penitenziaria, il personale educativo, il personale sanitario e quello psichiatrico dovrebbero sottoporsi quindi ad un training iniziale, e in seguito a corsi di aggiornamento periodici (possibilmente con frequenza annuale).

Il core di un addestramento iniziale dovrebbe vertere sui seguenti temi basilari: perché gli ambienti carcerari inducono ai comportamenti suicidari, le opinioni del personale penitenziario sul suicidio, i potenziali fattori predisponenti, periodi a rischio elevato, segnali d'allerta, recenti suicidi e/o tentativi all'interno dell'istituto, e le varie componenti del programma di prevenzione del suicidio. Inoltre, tutto il personale regolarmente a contatto con i detenuti dovrebbe essere formato anche al primo soccorso ed alle fondamentali tecniche di rianimazione cardio-polmonare. Tutto il personale dovrebbe anche essere addestrato all'utilizzo delle equipaggiature d'emergenza collocate nell'istituto. Si dovrebbero prevedere, sia nell'addestramento iniziale che negli aggiornamenti successivi, anche delle esercitazioni specifiche, finalizzate ad una pronta risposta in caso di tentativo di suicidio (Hayes, 2006).

Va inoltre sottolineata l'esigenza di strutturare i programmi di formazione, basandoli anche sui risultati ottenuti da interventi svolti all'interno degli Istituti, con il Personale destinatario stesso, tramite l'applicazione di metodiche di tipo partecipativo basate su gruppi esperenziali.

Nell'ambito della programmazione ed implementazione di efficaci Programmi di formazione/aggiornamento si inscrive tra l'altro la necessità di un'attenta valutazione del benessere organizzativo. Da tempo infatti si è sviluppata l'esigenza di disporre di elementi di



**GIUNTA REGIONALE DELLA CAMPANIA
DIREZIONE GENERALE TUTELA DELLA SALUTE E
COORDINAMENTO DEL S.S.R.**

**COORDINAMENTO del GRUPPO del BACINO MACROREGIONALE PER IL SUPERAMENTO DEGLI OO.PP.GG.
e del SOTTOGRUPPO TECNICO REGIONALE DELLA CAMPANIA**

analisi e valutazione specificamente riferiti al sistema penitenziario italiano, per un approccio alla complessa tematica sul burnout degli operatori di tale ambito.

C. Maslach ha messo chiaramente in evidenza il ruolo esercitato da disfunzioni e/o lacune organizzative, in primo luogo nell'ambito delle strategie e delle politiche di gestione, enucleando cinque dimensioni cruciali di indagine e monitoraggio: il sovraccarico lavorativo, la mancanza di equità, lo scarso senso di appartenenza e riconoscimento in un collettivo, la non chiara definizione della missione e l'assenza di coerenza tra le finalità dichiarate e le strategie effettivamente poste in essere, nell'ambito della gestione operativa dei processi di lavoro.

Risulta chiaro quindi che le organizzazioni in grado di soddisfare i bisogni dei lavoratori sono quelle che possono contare su un buon livello di motivazione, soddisfazione, efficacia delle proprie risorse interne e dei processi di lavoro.

In conformità agli indirizzi espressi nelle Direttive del Dipartimento della Funzione Pubblica sul *benessere organizzativo*, sono state già da alcuni anni promosse delle progettualità di livello decentrato, i cui punti qualificanti sono stati ispiratori di quanto le presenti Linee di indirizzo intendono promuovere.

Pertanto, gli interventi rivolti al Personale tutto potranno essere declinati su tre livelli:

1. esplorazione: utilizzo di una metodologia attiva e cooperativa, tramite il coinvolgimento diretto dei partecipanti e la valorizzazione delle esperienze di lavoro accumulate nel corso degli anni;
2. formazione: teorica (acquisizione di concetti e teorie utili ad osservare e decodificare comportamenti e dinamiche di una realtà estremamente complessa) ed esperienziale (riflessione, confronto, elaborazione di esperienze con l'obiettivo del contenimento – prevenzione del rischio burn-out degli operatori) per apprendere nuove modalità e strategie
3. sostegno: nei casi di suicidio avvenuto.

Per dar vita a interventi di promozione del benessere, occorre effettuare un superamento del livello di analisi individuale e socio-relazionale, pianificando innovazioni di stampo organizzativo-istituzionale che siano tutte segnate dalla chiara e manifesta volontà di valorizzare le persone al lavoro, a partire dalla concordanza tra missione dichiarata e obiettivi realmente perseguiti, dal rapporto tra carico di lavoro, livello di controllo percepito sull'impostazione delle attività demandate, grado di autonomia ed autorità decisionale effettivamente riconosciuta, tra responsabilità assegnate e risorse messe a disposizione, tra risultati raggiunti e riconoscimenti ottenuti per l'impegno e la professionalità dimostrate, anche a fronte del sistema di incentivi in vigore e dei criteri esistenti di avanzamento in carriera, valutati nella loro effettiva equità e trasparenza.

B. Screening all'ingresso

Dalla letteratura si evince che i suicidi in carcere avvengono per la maggior parte nelle prime ore consecutive all'arresto e nelle primissime fasi della detenzione, nonché in prossimità di una sentenza. Potrebbe pertanto risultare di fondamentale aiuto per la prevenzione del rischio effettuare un attento screening innanzitutto a ridosso dell'ingresso nell'istituzione, ma anche ogni qualvolta cambino le circostanze e/o le condizioni di detenzione.

Come precedentemente evidenziato, fattori socio-culturali, disturbi psichiatrici, il substrato biologico, la genetica, e lo stress sociale rientrano nell'ampio spettro di fattori che, interagendo tra loro, conferiscono ad ogni individuo un rischio elevato di suicidio. Per la popolazione detenuta da numerosi studi in materia si possono evincere specifici fattori di rischio, tra cui:



**GIUNTA REGIONALE DELLA CAMPANIA
DIREZIONE GENERALE TUTELA DELLA SALUTE E
COORDINAMENTO DEL S.S.R.**

**COORDINAMENTO del GRUPPO del BACINO MACROREGIONALE PER IL SUPERAMENTO DEGLI OO.PP.GG.
e del SOTTOGRUPPO TECNICO REGIONALE DELLA CAMPANIA**

- la posizione giuridica
- le forme di dipendenza patologica
- la eventuale presenza di disturbi psichici
- la collocazione in cella singola
- la sieropositività
- la mancanza di una valutazione oggettiva del rischio suicidario.

Nel caso di minori sottoposti a provvedimento penale, inoltre, è significativo l'aver assistito a episodi di autolesionismo, tentati suicidi o suicidi messi in atto da compagni di detenzione.

Per poter avere un'evidenza non solo scientifica ma anche “vissuta” degli indicatori di disagio che conducono spesso a gesti estremi, siamo scesi *sul campo* e abbiamo ascoltato la voce dei detenuti ricorrendo alla tecnica di gruppo ideata da Delbecq e Van de Ven (1971) dal nome Nominal Group Technique³⁵. Il principio è quello di ascoltare il giudizio di “esperti”, dove per esperto s'intende colui/ei che è in grado di vantare una certa esperienza o una determinata conoscenza circa uno specifico argomento oggetto di studio (Ziglio 1996; Bezzi 2001). Il ricorso a esperti, che nel nostro caso sono anche testimoni privilegiati, rappresenta uno dei metodi più frequentemente utilizzati nel contesto degli studi sui bisogni sociali. La possibilità di scendere direttamente sul campo per ascoltare la viva voce dei diretti interessati, consente di evidenziare le istanze sommerse, non rilevabili attraverso un semplice esame delle statistiche ufficiali. Risulta pertanto di grande interesse l'utilizzo di tale metodologia nell'ambito della Sanità Penitenziaria. In particolar modo riteniamo possa rivelarsi un'importante risorsa l'ascolto dei detenuti in qualità di detentori di un sapere specifico che, partendo dalla esperienza vissuta, ci permetta di conoscere le loro testimonianze in merito a quelle condizioni di disagio carcerario che possono condurre alla messa in atto di gesti estremi (atti autolesivi, tentativi di suicidio, suicidio). Abbiamo adottato questa tecnica anche nell'ambito della Giustizia minorile e nello specifico, vista la *delicatezza* del tema da affrontare, i membri del GTS (³) hanno concordato di selezionare quali esperti / testimoni privilegiati gli operatori impegnati con i minori di Area Penale, nelle diverse Aree del percorso penale minorile.

Per rendere efficace il processo di screening per il suicidio, quindi, è necessario fare riferimento a specifici fattori di rischio. Per facilitare e velocizzare tale processo, si può ricorrere all'utilizzo di una serie di domande strutturate che abbiano lo scopo di farne emergere i più significativi. La redazione di una scheda così concepita e strutturata, andrebbe curata adeguatamente da esperti del settore (con l'incarico specifico di supportare lo staff nello specifico compito della suddetta attività di formazione).

La scheda personale di screening – di cui in Appendice è presentata l'attuale versione, in fase di ulteriori approfondimenti finalizzati a successivi arricchimenti, integrazioni e modifiche - va intesa come documento personalizzato ed individualizzato per ogni detenuto.

35 La metodologia individuata ed i gruppi NGT consequenzialmente realizzati sono stati ideati e condotti dai componenti del Gruppo Tecnico Scientifico (GTS) costituito in seno all'Osservatorio permanente per la Sanità penitenziaria della Regione Campania (ex DGRC n. 96/2012, di recepimento dell'Accordo sancito dalla Conferenza Unificata il 19/01/2012 (C.U. Repertorio Atti n.: 5/CU del 19/01/2012).



**GIUNTA REGIONALE DELLA CAMPANIA
DIREZIONE GENERALE TUTELA DELLA SALUTE E
COORDINAMENTO DEL S.S.R.**

**COORDINAMENTO del GRUPPO del BACINO MACROREGIONALE PER IL SUPERAMENTO DEGLI OO.PP.GG.
e del SOTTOGRUPPO TECNICO REGIONALE DELLA CAMPANIA**

La scheda proposta è stata adeguata alle peculiarità dell'Area minorile con un'ulteriore versione, in modo da consentire una somministrazione e una rilevazione adeguata alle problematiche adolescenziali. Anche per i minori l'attività di screening deve avvenire sin dal momento dell'ingresso presso il Centro di Prima Accoglienza, dove, di regola il minore viene accompagnato al momento dell'arresto, in attesa dell'udienza del Giudice per le Indagini Preliminari. L'ingresso in CPA, infatti pur rappresentando un momento di transizione – che secondo la normativa deve necessariamente concludersi entro le successive 96 ore – è il primo impatto del minore con l'Istituzione e con la privazione della libertà. Pertanto, di rilevante importanza, in questa fase, è la presa in carico da parte dell'équipe multidisciplinare, completa dello specialista psicologo che, nell'ambito del suo specifico intervento professionale, potrà dare una lettura "tecnica e specifica" dei sintomi del minore legati alla privazione della libertà ma anche facilitare la lettura di tali sintomi da parte delle altre figure professionali interessate alla programmazione di interventi legati alla riduzione del rischio suicidario e degli atti auto lesivi. Tali informazioni rappresentano un utile strumento di programmazione degli interventi non solo per gli operatori degli altri servizi che avranno in carico il minore dopo l'udienza GIP, ma soprattutto per la polizia penitenziaria che opera in CPA e che assicura il proprio sostegno nella prima fase di impatto con il sistema penale nella quale il minore realizza le conseguenze dei suoi comportamenti devianti. Naturalmente tale attività di monitoraggio va effettuata ogni qual volta il minore fa ingresso in una nuova struttura detentiva e anche nelle Comunità Ministeriali, soprattutto quando non è transitato per il C.P.A. (Centro di Prima Accoglienza).

Una volta identificata la presenza di rischio di suicidio, data dalla preponderanza degli indicatori riportati, si procederà alla comunicazione di tale dato all'intera équipe multidisciplinare (sanitaria e penitenziaria) in modo da permettere uno specifico ed efficace intervento.

Lavorando sul perfezionamento di questa scheda, sarà da prendere dovutamente in considerazione la sua articolazione in più moduli diversificati per aree d'indagine, di specifico interesse-uso per ogni figura professionale presente in équipe. In tal modo la scheda, una volta aperta all'ingresso del detenuto, rimarrà un *diario personale* costantemente aggiornato. Sarà pertanto importante favorire la comunicazione (come specificato dall'OMS) tra il personale tutto, coadiuvata dallo svolgimento di assidue riunioni d'équipe.

Tutto questo potrebbe diventare possibile avendo cura di effettuare una reale e totale *presa in carico* del detenuto (a livello bio-psico-sociale).

C. Proposte di intervento sui detenuti già presenti

Restando in tema di reale e totale *presa in carico* del detenuto, è necessario che un discorso analogo sia intrapreso anche per quanti sono ristretti già da tempo. Quanto sopra potrebbe essere attuato sia tramite lo strumento del *diario personale*, sia attraverso l'adozione di metodiche specifiche tra le quali gli interventi di gruppo.

La dimensione del gruppo si sovrappone a quella di una condizione individuale di vita poco umana, in celle sovraffollate dove il più delle volte si condivide solamente la stessa invivibile situazione.

Non vi è dubbio che la dimensione di gruppo sia inoltre fondamentale rispetto al tipo di relazione che si instaura solitamente tra gli operatori penitenziari e le persone detenute.

L'idea allora di sperimentare il gruppo anche come risorsa per la persona che vive in carcere, non può che essere vista con grande interesse e in una dimensione progettuale non può che assumere una rilevanza fondamentale.



**GIUNTA REGIONALE DELLA CAMPANIA
DIREZIONE GENERALE TUTELA DELLA SALUTE E
COORDINAMENTO DEL S.S.R.**

**COORDINAMENTO del GRUPPO del BACINO MACROREGIONALE PER IL SUPERAMENTO DEGLI OO.PP.GG.
e del SOTTOGRUPPO TECNICO REGIONALE DELLA CAMPANIA**

Il gruppo è il campo adatto per verificare le proprie abilità sociali, sviluppare canali comunicativi efficaci, sperimentare il confronto.

Il gruppo è il luogo in cui *il fare* assume una dimensione collettiva e i processi di responsabilizzazione sono condivisi.

Quanto sopra risulta altrettanto significativo nell'ambito della Giustizia minorile, considerando le caratteristiche peculiari della fase evolutiva degli interessati (fase adolescenziale). Infatti, nello specifico va fatta particolare attenzione in quanto la qualità della relazione tra pari, sicuramente rappresenta un fattore di rilevante importanza.

L'idea di trasformare la visione del gruppo, utilizzandolo anche come una risorsa per la persona che vive in carcere, assume una rilevanza fondamentale all'interno di una dimensione progettuale.

Lo strumento del gruppo, infatti, è di per se contrastante con la logica dell'isolamento che permane anche quando più persone convivono in una cella ma faticano a comunicare tra di loro.

In secondo luogo, il gruppo costituisce un buon veicolo di apprendimento reciproco perché può agire da rinforzo per il singolo: in questa prospettiva il gruppo è lo strumento che più di altri consente un possibile miglioramento della qualità di vita detentiva e dello sviluppo di empowerment.

Si potrebbe trattare ad esempio di gruppi centrati sul compito, non di gruppi terapeutici che lavorano in modo privilegiato sulle proprie dinamiche interne; un insieme di persone che si incontra per raggiungere un obiettivo ben preciso secondo regole condivise, centrato sugli aspetti consapevoli delle relazioni tra persone, in cui il senso di appartenenza è diverso a seconda degli obiettivi e dei tempi di vita del gruppo. Lo stile e le modalità di conduzione di questo tipo di gruppo devono essere perciò coerenti con questa cornice.

Il ruolo del conduttore è improntato alla facilitazione dei processi comunicativi e di realizzazione del compito.

Si tratta dunque di favorire la comunicazione senza per questo individuare il gruppo come uno "sfogo" in cui è necessario giocarsi senza limiti, un contenitore dell'aggressività, una cassa di risonanza dei vissuti emotivi. (www.ristretti.it).

D. Quando si verifica un suicidio o un tentativo di suicidio.

L'intervento deve essere articolato su due livelli: uno rivolto al personale, l'altro ai detenuti adulti o minori, questi ultimi anche quando collocati in comunità. Relativamente al primo, diventa importante ricorrere a strategie di debriefing in modo tale da poter lavorare meglio in futuro, raggiungendo una più efficace gestione del rischio in carcere, sia a livello tecnico-pratico migliorando la valutazione post-screening dei detenuti, l'osservazione e la loro gestione nelle carceri, sia a livello personale mediante un sostegno che aiuti l'operatore nell'elaborazione emotiva del forte evento accaduto.

Come indicato nel documento dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO, La prevenzione del suicidio nelle carceri) nei casi di suicidio, devono essere attuate procedure specifiche per documentare ufficialmente l'evento e per fornire un riscontro positivo finalizzato al miglioramento delle attività future di prevenzione. Gli operatori sanitari e gli agenti di polizia penitenziaria dovrebbero dunque analizzare l'accaduto nel tentativo di:

- Ricostruire gli eventi che hanno portato al suicidio;



**GIUNTA REGIONALE DELLA CAMPANIA
DIREZIONE GENERALE TUTELA DELLA SALUTE E
COORDINAMENTO DEL S.S.R.**

**COORDINAMENTO del GRUPPO del BACINO MACROREGIONALE PER IL SUPERAMENTO DEGLI OO.PP.GG.
e del SOTTOGRUPPO TECNICO REGIONALE DELLA CAMPANIA**

- Identificare i fattori che hanno portato alla morte del detenuto non precedentemente rilevati o presi in debita considerazione;
- Valutare l'adeguatezza del sistema di risposta all'emergenza;
- Delineare nuove regole che possano migliorare l'impegno futuro nella prevenzione dei suicidi.

Gli agenti o altre figure operanti nelle carceri che hanno assistito a casi di suicidi avvenuti durante il loro servizio, possono manifestare reazioni emotive piuttosto variegate, che vanno dalla rabbia al risentimento, alla tristezza e ai sensi di colpa. Questi individui possono trarre beneficio da un "debriefing" più accurato, o da un supporto formalmente organizzato da parte di pari o da figure professionali appropriate.

I detenuti di giovane età sono soggetti a rischio particolare per i cosiddetti "suicidi fotocopia" (Hales, 2003), per cui il personale dovrebbe essere adeguatamente addestrato sul particolare rischio di queste fasce d'età. D'altra parte vi sono strategie in grado di ridurre il rischio di "contagio" e che includono l'accesso alle cure psichiatriche per i detenuti con disturbi psichiatrici diagnosticati, il trasferimento o il trattamento di quelli particolarmente suscettibili, e l'attenta gestione della divulgazione di un suicidio da parte delle autorità.

Per quanto riguarda l'intervento specifico da rivolgere ai detenuti, si potrebbe valutare l'ipotesi di formare gruppi di sostegno psicologico.

Operatori penitenziari, operatori dei servizi minorili, volontari che a diverso titolo si impegnano anche nell'uso di questa modalità di lavoro, devono essere ben consapevoli della specificità di questo strumento all'interno del carcere o di un istituto penale minorile. Devono conoscerne anche i limiti e i rischi per poterne fare un uso consapevole e mirato.

Proporre un gruppo di sostegno psicologico per detenuti significa porsi l'obiettivo di aiutare il detenuto ad adattarsi alle frustrazioni rafforzando le difese e facilitando così la propria capacità nel gestire le difficoltà della vita carceraria, tutto ciò avvalendosi dell'ausilio del gruppo, il quale accompagna il soggetto nel cammino che sta facendo.

In questo contesto si è ipotizzato di proporre un tipo d'intervento che vada nella direzione di affrontare il carcere come ambito di produzione di esperienza in cui il singolo gioca la propria possibilità/responsabilità di continuare ad essere individuo, tanto in autonomia quanto all'interno di un sistema di relazioni sociali.

Nello specifico, ci si propone il raggiungimento dei seguenti obiettivi:

- Affrontare la situazione di perdita della libertà;
- Contrastare l'isolamento attraverso la condivisione;
- Lavorare sulle prospettive future.

Lo strumento che può aiutarci a perseguire tali obiettivi è il gruppo, in quanto racchiude in sé una grande potenzialità di cura. Diventa, infatti, il luogo dove le angosce e i pensieri più dolorosi possono essere espressi ed affrontati; diventa inoltre un luogo dove è possibile confrontarsi con altre modalità di reazione alla stessa condizione di detenzione e dove poter "apprendere" nuovi pensieri/strategie.

In tal modo il gruppo crea la possibilità di vivere una "esperienza ed un'evoluzione personale ed affettiva condivisa"; ogni persona che inizialmente si percepisce sola e da sola nel suo bisogno d'aiuto, può finalmente viversi come una persona in grado di dare aiuto, sperimentando così



**GIUNTA REGIONALE DELLA CAMPANIA
DIREZIONE GENERALE TUTELA DELLA SALUTE E
COORDINAMENTO DEL S.S.R.**

**COORDINAMENTO del GRUPPO del BACINO MACROREGIONALE PER IL SUPERAMENTO DEGLI OO.PP.GG.
e del SOTTOGRUPPO TECNICO REGIONALE DELLA CAMPANIA**

momenti di condivisione, di solidarietà e di crescita. E' proprio questo aspetto del gruppo che offre al detenuto la possibilità di contrastare la condizione d'isolamento e di non perdere la speranza riguardo ciò che la vita può ancora offrirgli.

Per i minori, in particolare, non va sottovalutata l'esigenza di ascolto e di comprensione che questi manifestano se sottoposti a prolungati periodi di privazione della libertà. Per essi, infatti, anche la diversa percezione del tempo rispetto agli adulti, la possibilità di poter essere trasferiti in altri istituti, l'allontanamento dagli affetti familiari e dai contesti amicali, "l'essere tagliati fuori dal mondo", il dover sottostare ad un sistema di regole e, in alcuni casi, la convivenza forzata, rappresentano fattori ansiogeni che possono esporli al rischio suicidario o autolesivo. Tale situazione di sofferenza è anche più sentita nel caso dei minori stranieri, soprattutto nelle regioni meridionali dove la maggioranza dell'utenza è italiana e dove essi si trovano spesso soli, sradicati dalle proprie abitudini (alimentari, sociali, religiose) e dove in alcuni casi a tali disagi si aggiungono le difficoltà linguistiche e la scarsa accoglienza del gruppo dei pari.

Anche per loro il gruppo rappresenta quindi una significativa esperienza di supporto per il superamento delle inevitabili criticità correlate alla fase evolutiva adolescenziale.

Figura 5 – Gruppi di sostegno.

OBIETTIVI	Funzione di sostegno Funzione educativa Funzione informativa
SCOPO	Sostegno emotivo Informazione
PROFESSIONISTI	Presenti anche con il ruolo di facilitatori
CRITERI D'INCLUSIONE	Condivisione del problema e affiliazione

Conclusioni

In sintesi, un programma sistematico di interventi che affronti con risposte adeguate la complessità del fenomeno, potrà articolarsi essenzialmente sulle seguenti azioni.

- Attivare un sistema di sorveglianza epidemiologica, attraverso l'osservazione dei nuovi giunti e la valutazione periodica delle molteplici condizioni di rischio (non esclusivamente sanitarie ma soprattutto contestuali e socio-culturali)
- Attivare interventi di individuazione precoce delle fragilità psico-sociali (disagio psicologico, sociale e materiale), con particolare attenzione ai soggetti minorenni
- Curare la formazione e l'aggiornamento degli operatori coinvolti (sanitari e penitenziari) secondo moduli che tengano sempre conto delle specificità del contesto in cui si opera.



**GIUNTA REGIONALE DELLA CAMPANIA
DIREZIONE GENERALE TUTELA DELLA SALUTE E
COORDINAMENTO DEL S.S.R.**

**COORDINAMENTO del GRUPPO del BACINO MACROREGIONALE PER IL SUPERAMENTO DEGLI OO.PP.GG.
e del SOTTOGRUPPO TECNICO REGIONALE DELLA CAMPANIA**

Anche se molte volte non c'è dato di prevedere con precisione se e quando un detenuto tenterà il suicidio o lo porterà a termine, gli Operatori Sanitari e il personale penitenziario possono essere messi in grado di identificare detenuti con alto rischio suicidario, nonché di trattare l'eventuale ed effettivo verificarsi di un gesto così disperato. Anche se non tutti, una parte significativa dei suicidi in carcere può essere prevenuta e l'implementazione di programmi generali ed operativi per la prevenzione del rischio autolesivo e suicidario è uno degli strumenti che si possono mettere in atto per ridurne sistematicamente il numero (WHO, 2007).



**GIUNTA REGIONALE DELLA CAMPANIA
DIREZIONE GENERALE TUTELA DELLA SALUTE E
COORDINAMENTO DEL S.S.R.**

**COORDINAMENTO del GRUPPO del BACINO MACROREGIONALE PER IL SUPERAMENTO DEGLI OO.PP.GG.
e del SOTTOGRUPPO TECNICO REGIONALE DELLA CAMPANIA**

Appendice

Schede personali di screening

Scheda personale di screening – adulti

Dati anagrafici

Nome _____ Cognome _____ giunto il _____

Età _____ sesso _____ stato civile _____

Nazionalità _____ titolo di studio _____

Condizione lavorativa precedente (segnalare eventuale recente perdita di lavoro)

Componenti del nucleo familiare _____

Specificare: _____

Esperienza di detenzione

Prima esperienza di detenzione SI NO

se non è alla prima esperienza, riportare le precedenti condanne

Il detenuto esprime livelli insoliti di vergogna colpa e preoccupazione per l'arresto e l'incarcerazione SI NO



**GIUNTA REGIONALE DELLA CAMPANIA
DIREZIONE GENERALE TUTELA DELLA SALUTE E
COORDINAMENTO DEL S.S.R.
COORDINAMENTO del GRUPPO del BACINO MACROREGIONALE PER IL SUPERAMENTO DEGLI OO.PP.GG.
e del SOTTOGRUPPO TECNICO REGIONALE DELLA CAMPANIA**

Impatto con l'istituzione _____

Abitudini e informazioni sanitarie

Eventuale terapia attuale _____

Eventuali farmaci in uso e dosaggio _____

Peso (Kg) _____ Altezza (cm) _____

Consumo di tabacco: SI NO quantità di sigarette (n°/die) _____

Consumo di alcolici SI NO quantità di alcolici (n° bicchieri/die) _____

Consumo di sostanze stupefacenti (sostanza principale ed eventuali sostanze secondarie)

Eventuale patologia psichiatrica in atto/pregressa _____

A) Disturbo dell'umore: bipolare I

bipolare II

depressione ricorrente



**GIUNTA REGIONALE DELLA CAMPANIA
DIREZIONE GENERALE TUTELA DELLA SALUTE E
COORDINAMENTO DEL S.S.R.
COORDINAMENTO del GRUPPO del BACINO MACROREGIONALE PER IL SUPERAMENTO DEGLI OO.PP.GG.
e del SOTTOGRUPPO TECNICO REGIONALE DELLA CAMPANIA**

- B) Disturbo d'ansia: disturbo di panico
 disturbo d'ansia generalizzato
 disturbo ossessivo-compulsivo

C) Disturbo da abuso di sostanze

D) Disturbo di personalità

E) Comorbilità Asse I _____

Presenza Fattori di rischio:

tipo di alloggio assegnato (cella singola o numero detenuti conviventi) _____

disposizioni di isolamento (specificare numero e motivazioni) _____

Rifiuto di partecipare ad attività intramurarie SI NO

Rifiuto di usufruire delle 'ore d'aria' SI NO

Comportamenti di tipo dimostrativo (sciopero della fame, contrasti con altri detenuti, contrasti con agenti di P.P., sanzioni disciplinari)

Storia di tentativi di suicidio SI NO numero _____

Metodi impiegati

- impiccagione
- ingestione di farmaci
- flebotomia
- inalazione di gas
- altro

Descrizione di un eventuale tentativo di suicidio, metodi impiegati, accorgimenti preparatori, conseguenze medico-chirurgiche



**GIUNTA REGIONALE DELLA CAMPANIA
DIREZIONE GENERALE TUTELA DELLA SALUTE E
COORDINAMENTO DEL S.S.R.**

**COORDINAMENTO del GRUPPO del BACINO MACROREGIONALE PER IL SUPERAMENTO DEGLI OO.PP.GG.
e del SOTTOGRUPPO TECNICO REGIONALE DELLA CAMPANIA**

Il detenuto ammette di avere al momento pensieri riguardanti il suicidio SI NO

Il detenuto afferma di avere attualmente piani suicidari SI NO
(da prendere in considerazione anche i contatti con i familiari ed altri detenuti vicini)

Sentimenti di disperazione SI NO

Segni di depressione SI NO
(es. pianto, appiattimento affettivo, assenza di comunicazione verbale)

Recenti eventi vitali stressanti SI NO

Se SI specificare:
relativi alla vita fuori del carcere

relativi alla vita all'interno del carcere

Insoddisfazione della vita in generale SI NO

Paura o aspettative negative per il futuro SI NO

Aggressività eterodiretta SI NO

Dipendenza affettiva SI NO



**GIUNTA REGIONALE DELLA CAMPANIA
DIREZIONE GENERALE TUTELA DELLA SALUTE E
COORDINAMENTO DEL S.S.R.**

COORDINAMENTO del GRUPPO del BACINO MACROREGIONALE PER IL SUPERAMENTO DEGLI OO.PP.GG. e del SOTTOGRUPPO TECNICO REGIONALE DELLA CAMPANIA

Presenza di malattie fisiche SI NO

SI NO

specificare il tipo di malattia _____

specificare la durata

Supporto sociale e familiare SI NO

SI NO

Relazione sentimentale stabile SI NO

SI NO

Buon adattamento all'ambiente carcerario
(buone capacità di affrontare i problemi) SI NO

SI NO

Buona aderenza ai trattamenti SI NO

SI NO

Scheda personale di screening – minori

Dati anagrafici

Nome _____ Cognome _____

giunto il _____

Età _____ sesso _____ Nazionalità _____



**GIUNTA REGIONALE DELLA CAMPANIA
DIREZIONE GENERALE TUTELA DELLA SALUTE E
COORDINAMENTO DEL S.S.R.**

**COORDINAMENTO del GRUPPO del BACINO MACROREGIONALE PER IL SUPERAMENTO DEGLI OO.PP.GG.
e del SOTTOGRUPPO TECNICO REGIONALE DELLA CAMPANIA**

Scolarità _____

Reato _____

Componenti del nucleo familiare _____

I genitori sono: conviventi separati deceduti

Psicopatologia familiare: SI NO

se sì, quale componente _____

diagnosi _____

Precedenti tentativi di suicidio: SI NO se sì, quale componente _____

Nucleo conosciuto dai SS.TT.: SI NO se sì, specificare i motivi

Relazioni amicali presenti assenti se presenti, descrivere

Esperienza di detenzione

Prima esperienza di detenzione SI NO

se no, riportare le precedenti esperienze _____



**GIUNTA REGIONALE DELLA CAMPANIA
DIREZIONE GENERALE TUTELA DELLA SALUTE E
COORDINAMENTO DEL S.S.R.**

**COORDINAMENTO del GRUPPO del BACINO MACROREGIONALE PER IL SUPERAMENTO DEGLI OO.PP.GG.
e del SOTTOGRUPPO TECNICO REGIONALE DELLA CAMPANIA**

Il minore esprime livelli insoliti di vergogna,
colpa e preoccupazione per l'arresto/fermo SI NO

Impatto con l'istituzione (tolleranza frustrazione) _____

Sintomatologia psicopatologica

Nessuna Manifesta Riferita

se sì, diagnosi(DSM IV) _____

in carico al servizio Asl _____ dal _____

Eventuale terapia attuale _____

Peso (Kg) _____ Altezza (cm) _____

Consumo di tabacco SI NO

quantità di sigarette (n°) _____

Consumo alcolici SI NO

quantità di alcolici (n° bicchieri) _____

Consumo di sostanze stupefacenti (sostanza principale ed eventuali sostanze secondarie)



**GIUNTA REGIONALE DELLA CAMPANIA
DIREZIONE GENERALE TUTELA DELLA SALUTE E
COORDINAMENTO DEL S.S.R.**

**COORDINAMENTO del GRUPPO del BACINO MACROREGIONALE PER IL SUPERAMENTO DEGLI OO.PP.GG.
e del SOTTOGRUPPO TECNICO REGIONALE DELLA CAMPANIA**

In carico al SerT di _____ dal _____

Presenza Fattori di rischio

Storia di tentativi di suicidio SI NO numero _____

Descrizione di un eventuale tentativo di suicidio, metodi impiegati, accorgimenti preparatori, conseguenze medico-chirurgiche _____

Il minore ammette di avere al momento pensieri riguardanti il suicidio SI NO

Sentimenti di disperazione SI NO

Segni di depressione SI NO
(es. pianto, appiattimento affettivo, assenza di comunicazione verbale)

Recenti eventi vitali stressanti(es. lutto/separazione) SI NO

Se SI specificare _____

Insoddisfazione della vita in generale SI NO

Paura o aspettative negative per il futuro SI NO



**GIUNTA REGIONALE DELLA CAMPANIA
DIREZIONE GENERALE TUTELA DELLA SALUTE E
COORDINAMENTO DEL S.S.R.**

**COORDINAMENTO del GRUPPO del BACINO MACROREGIONALE PER IL SUPERAMENTO DEGLI OO.PP.GG.
e del SOTTOGRUPPO TECNICO REGIONALE DELLA CAMPANIA**

Aggressività autodiretta (gesti autolesivi) SI NO

Aggressività eterodiretta SI NO

Dipendenza affettiva SI NO

Presenza di malattie fisiche SI NO

specificare il tipo di malattia _____

specificare la durata _____

Supporto sociale e familiare SI NO

Relazione sentimentale SI NO

Buon adattamento all'ambiente di restrizione
(buone capacità di affrontare i problemi) SI NO

Buona aderenza ai trattamenti SI NO

Schema di sintesi **delle componenti chiave di un programma / intervento di prevenzione dei gesti autolesivi e delle scelte suicidarie in carcere e negli istituti penali minorili\cpa\comunità.**

Componenti chiave di programma/intervento di prevenzione dei gesti autolesivi e delle scelte suicidarie in carcere e negli istituti penali minorili\cpa\comunità: **riepilogo per punti**



A. Formazione degli operatori in ambito penitenziario adulti\minori

Interventi rivolti al Personale tutto, declinati prioritariamente su tre livelli:

esplorazione: utilizzo di una metodologia attiva e cooperativa, tramite il coinvolgimento diretto dei partecipanti e la valorizzazione delle esperienze di lavoro accumulate nel corso degli anni;

formazione: teorica (acquisizione di concetti e teorie utili ad osservare e decodificare comportamenti e dinamiche di una realtà estremamente complessa) ed esperienziale (riflessione, confronto, elaborazione di esperienze con l'obiettivo del contenimento – prevenzione del rischio burn-out degli operatori) per apprendere nuove modalità e strategie;

sostegno: nei casi di suicidio avvenuto.

B. Screening all'ingresso (v. Scheda personale di screening)

Necessario riferimento a fattori di rischio specifici. Utilizzo di una serie di domande strutturate che abbiano lo scopo di fare emergere i fattori più significativi.

Presenza di esperti del settore (con l'incarico specifico di supportare lo staff nello specifico compito dell'attività di formazione).

Le *schede di screening* - adulti\minori - vanno intese come documento personalizzato ed individualizzato per ogni detenuto.

In presenza di rischio di suicidio, data dalla preponderanza degli indicatori individuati, comunicazione di tale dato all'intera equipe multidisciplinare (sanitaria e penitenziaria) in modo da permettere uno specifico ed efficace intervento.

Lavorando sul perfezionamento delle schede, sarà da prendere dovutamente in considerazione la sua articolazione in più moduli, diversificati per aree d'indagine.

Ciascuna scheda, una volta aperta all'ingresso del detenuto, rimarrà un *diario personale* costantemente aggiornato con finalità di favorire la comunicazione tra il personale tutto, anche tramite lo svolgimento di riunioni d'equipe.

Obiettivo: reale *presa in carico* del detenuto.

C. Interventi specifici per i detenuti già presenti

Adozione del *diario personale*.

Adozione di metodiche specifiche tra le quali gli interventi di gruppo. In particolare, è raccomandata la costituzione di *gruppi centrati sul compito* (non gruppi terapeutici che lavorano in modo privilegiato sulle proprie dinamiche interne); un insieme di persone che si incontra per



**GIUNTA REGIONALE DELLA CAMPANIA
DIREZIONE GENERALE TUTELA DELLA SALUTE E
COORDINAMENTO DEL S.S.R.**

**COORDINAMENTO del GRUPPO del BACINO MACROREGIONALE PER IL SUPERAMENTO DEGLI OO.PP.GG.
e del SOTTOGRUPPO TECNICO REGIONALE DELLA CAMPANIA**

raggiungere un obiettivo ben preciso secondo regole condivise, centrato sugli aspetti consapevoli delle relazioni. Ruolo del conduttore improntato alla facilitazione dei processi comunicativi e di realizzazione del compito.

D. Attività essenziali in caso di suicidio o tentativo di suicidio

Intervento articolato su due livelli:

Intervento rivolto agli operatori sanitari e agli agenti di polizia penitenziaria.

- Utilizzo di adeguate strategie di “debriefing” da parte di pari oppure da figure professionali appropriate

Ricostruzione degli eventi che hanno portato al suicidio;

- Identificazione dei fattori che hanno portato alla morte del detenuto non precedentemente rilevati o presi in debita considerazione;
- Valutazione dell’adeguatezza del sistema di risposta all’emergenza;
- Identificazione di nuove regole che possano migliorare l’impegno futuro nella prevenzione dei suicidi.

Intervento specificamente rivolto ai detenuti (v. Figura 5 - Gruppi di sostegno) con l’ausilio di gruppi di sostegno psicologico con l’obiettivo di:

- Aiutare il detenuto ad adattarsi alle frustrazioni rafforzando le difese;
- Facilitare le capacità nel gestire le difficoltà della vita carceraria;
- Affrontare la situazione di perdita della libertà;
- Contrastare l’isolamento attraverso la condivisione;
- Lavorare sulle prospettive future.



**GIUNTA REGIONALE DELLA CAMPANIA
DIREZIONE GENERALE TUTELA DELLA SALUTE E
COORDINAMENTO DEL S.S.R.**

**COORDINAMENTO del GRUPPO del BACINO MACROREGIONALE PER IL SUPERAMENTO DEGLI OO.PP.GG.
e del SOTTOGRUPPO TECNICO REGIONALE DELLA CAMPANIA**

Programma / intervento di prevenzione dei gesti autolesivi e delle scelte suicidarie in carcere: cronoprogramma della sperimentazione regionale (12 mesi) in attuazione dell'Accordo sancito dalla Conferenza Unificata il 19.01.2012 (Repertorio Atti n.: 5/CU del 19/01/2012; Allegato A).

Trimestre	1	2	3	4
Seminari di informazione sui programmi e le attività da implementare in ciascuna ASL regionale (da realizzare a cura dell'Osservatorio permanente per la sanità penitenziaria).				
Avvio di tutte le attività previste: in un Istituto Penitenziario per adulti ed uno per minori				
Monitoraggio in itinere (da realizzare a cura dell'Osservatorio permanente per la sanità penitenziaria).				
Aggiornamento dei programmi di formazione delle AA.SS.LL. con integrazione degli interventi previsti al punto A dello schema di sintesi e con la previsione di adeguate modalità organizzative idonee a realizzare il concreto coinvolgimento del personale dell'Amministrazione Penitenziaria e della Giustizia Minorile: in tutti gli Istituti Penitenziari adulti\minorenni della Regione				
Avvio degli interventi previsti al punto B dello schema di sintesi: in tutti gli Istituti Penitenziari adulti\minorenni della Regione.				
Verifica dei risultati, consequenziale aggiornamento del programma/intervento regionale e suo successivo avvio in tutti gli istituti penitenziari (da realizzare a cura dell'Osservatorio permanente per la sanità penitenziaria).				



GIUNTA REGIONALE DELLA CAMPANIA
DIREZIONE GENERALE TUTELA DELLA SALUTE E
COORDINAMENTO DEL S.S.R.

COORDINAMENTO del GRUPPO del BACINO MACROREGIONALE PER IL SUPERAMENTO DEGLI OO.PP.GG.
e del SOTTOGRUPPO TECNICO REGIONALE DELLA CAMPANIA

Bibliografia

- Baccaro L., Morelli F. (2009), In carcere: del suicidio ed altre fughe. Edizioni Ristretti.
- Bernardi L. (2005), Percorsi di ricerca sociale. Conoscere, decidere, valutare, Carocci, Roma
- Bezzi C. (2001), Il disegno della ricerca valutativa, Franco Angeli, Milano
- Cox JF, Morschauser PC (1997), A solution to the problem of jail suicide. Crisis. The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention, 18(4): 178-184.
- Danto BL (1973), Jailhouse Blues – study of suicidal behaviour in jail and prison. Epic. Publications, Orchard Lake, Michigan
- Delbecq A., Van de Ven A., and Gustafson D. (1975), Group Techniques for Program Planning: A guide to Nominal Group and Delphi Processes, Middleton, WI: Green Briar Press
- Felthous AR (1994). Preventing jailhouse suicides. Bulletin of the American Academy of Psychiatry and Law, 22(4): 477-487.
- Gallagher CA, Dobrin A. (2005), The association between suicide screening practices and attempts requiring emergency care in juvenile justice facilities. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 44(5): 485-493.
- Hales H, Davison S, Misch P, Taylor PJ (2003). Young male prisoners in a Young Offenders' Institution: their contact with suicidal behaviour by others. Journal of Adolescence, 26(6): 667-685
- Hayes, L. (2005) Juvenile suicide in confinement in the United States: results from a national survey. Crisis. The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention, 26(3): 146-148.
- Hayes L. (2006), Suicide prevention on correctional facilities: An overview. In: M Puvis, Clinical Practice in Correctional Medicine. Philadelphia (PA), Mosby-Elsevier, 317-328.
- Machpail A. (2001), Nominal Group Technique: : a useful method for working with young, people, British Educational Research Journal, Vol. 27, n° 2
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1984). Burnout in organizational settings. Applied Social Psychology Annual, 5, 133-153.
- MASLACH C. (1992): La sindrome del burnout. Il prezzo dell'aiuto agli altri, Cittadella editrice, Assisi.
- Maslach, C., Jackson, S. E., & Schwab, R.L. (1996). Maslach Burnout Inventory-Educators Survey (MBI-ES). In C. Maslach, S. E. Jackson, & M. P. Leiter (Eds.), *MBI Manual*. (3rd ed.). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Morselli E. (1879), Il suicidio. Saggio di statistica morale comparata, Milano.
- Taggi F., Tatarelli R., Polidori G., Mancinelli I.. Il suicidio nelle carcere in Italia: uno studio epidemiologico. ISS, 2002
- Wasserman D.(2001), Suicide: An Unnecessary Death. Martin Dunitz, London
- White TW, Schimmel DJ (1995), Suicide prevention in federal prisons: A successful five-step program. In: LM Hayes, Prison suicide: An overview and guide to prevention. U.S. Department of Justice National Institute of Correction, 46-57.
- Wold Health Organisation – Public Health Action for the prevention of suicide. A framework. 2011
- ZIGLIO E., La tecnica Delphi. Applicazione alle politiche sociali, Rassegna italiana di valutazione, n.2, aprile-giugno 1996.
- "Condotte suicidarie:un'analisi nel sistema degli Istituti penali minorili." – Quaderni dell'Osservatorio sulla devianza minorile in Europa – D.G.M.C.Eu.Nisida – GANGEMI EDITORE



**GIUNTA REGIONALE DELLA CAMPANIA
DIREZIONE GENERALE TUTELA DELLA SALUTE E
COORDINAMENTO DEL S.S.R.**

**COORDINAMENTO del GRUPPO del BACINO MACROREGIONALE PER IL SUPERAMENTO DEGLI OO.PP.GG.
e del SOTTOGRUPPO TECNICO REGIONALE DELLA CAMPANIA**

Fonti normative essenziali

DPR n°230 del 30/06/2000;
DPCM 01/04/2008;
Piano Sanitario Regione Campania, 2009-2011
Piano Sanitario Nazionale 2011-2013. Ministero della Salute
Piano Sanitario Regione Campania, 2011-2013
DGR Campania n°96 del 21/03/2011
Accordo Conferenza Unificata (Repertorio Atti n.: 5/CU del 19/01/2012; Allegato A)
DGR Campania n°96 del 13 marzo 2012

Siti Internet consultati

1. www.ristretti.it (sito internet della rivista Ristretti Orizzonti della Casa di Reclusione Due Palazzi di Padova e dell'Istituto di Pena Femminile della Giudecca di Venezia): Morelli F.: Suicidi in carcere, un fenomeno da capire;
2. www.psychomedia.it (Portale di psichiatria, psicologia, psicoanalisi, psicoterapia);
3. www.associazioneantigone.it (Antigone onlus: associazione per i diritti e le garanzie nel sistema penale);
4. www.eurispes.it (Istituto di studi politici economici e sociali);
5. www.who.int (Sito Internet dell'Organizzazione Mondiale della Sanità);
6. www.istat.it (Sito Internet dell'Istituto Nazionale di Statistica);
7. www.giustizia.it/pcarcere (Sito Internet del Ministero di Grazia e Giustizia – Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria);
8. www.leduecitta.com (Rivista dell'Amministrazione Penitenziaria).



**GIUNTA REGIONALE DELLA CAMPANIA
DIREZIONE GENERALE TUTELA DELLA SALUTE E
COORDINAMENTO DEL S.S.R.**

**COORDINAMENTO del GRUPPO del BACINO MACROREGIONALE PER IL SUPERAMENTO DEGLI OO.PP.GG.
e del SOTTOGRUPPO TECNICO REGIONALE DELLA CAMPANIA**

B) Linee guida per il funzionamento delle articolazioni per la tutela della salute mentale negli Istituti penitenziari della Campania.

LINEE GUIDA PER IL FUNZIONAMENTO DELLE ARTICOLAZIONI PER LA TUTELA DELLA SALUTE MENTALE NEGLI ISTITUTI PENITENZIARI DELLA CAMPANIA *ex Accordo tra Governo, Regioni, Province Autonome di Trento e Bolzano del 13/10/2011 – Rep. Atti N. 95/CU (G.U. n. 256 del 03/11/2011), approvate nella riunione del 03.03.2014 del Gruppo tecnico regionale per il superamento degli OPG.*

Premessa:

Il presente documento trova le sue basi nei seguenti atti:

- a) Legge n. 354/1975,
- b) D.P.R. n. 230/2000,
- c) Legge n. 9/2012 (art. 3 ter) di conversione del D.L. 22/12/2011,
- d) D.P.C.M. 1° aprile 2008 (Allegato C),
- e) Accordo tra Governo, Regioni, Province Autonome di Trento e Bolzano del 20/11/2008 – Rep. Atti N. 102/CU,
- f) Accordo tra Governo, Regioni, Province Autonome di Trento e Bolzano del 26/11/2009 – Rep. Atti N. 84/CU,
- g) Accordo tra Governo, Regioni, Province Autonome di Trento e Bolzano del 13/10/2011 – Rep. Atti N. 95/CU (G.U. n. 256 del 03/11/2011),
- h) Accordo di Programma sottoscritto il 28/12/2009 tra la Regione Campania, il P.R.A.P. ed il C.G.M. di Napoli,
- i) Delibera della Giunta Regionale n. 96 del 21/03/2011 : Linee Guida per la stesura del Protocollo locale per la gestione del Servizio di Medicina Penitenziaria,
- l) Decreto del Commissario ad Acta della Regione Campania n. 64 del 19/06/2012;
- m) Protocolli di Intesa per la gestione del Servizio di Medicina Penitenziaria sottoscritti dai Direttori dei singoli IIPP ed i Direttori Generali/Commissari Straordinari AASSLL;

e nei seguenti principi :

- n) la presa in carico del paziente/detenuto avviene in maniera congiunta, da parte del personale sanitario e di quello penitenziario, che insieme collaborano, con pari responsabilità e dignità professionale, per il raggiungimento degli obiettivi di cui sotto;
- o) il personale penitenziario e quello sanitario operano unitamente nel G.O.T.A (gruppo di osservazione e trattamento allargato);



**GIUNTA REGIONALE DELLA CAMPANIA
DIREZIONE GENERALE TUTELA DELLA SALUTE E
COORDINAMENTO DEL S.S.R.**

**COORDINAMENTO del GRUPPO del BACINO MACROREGIONALE PER IL SUPERAMENTO DEGLI OO.PP.GG.
e del SOTTOGRUPPO TECNICO REGIONALE DELLA CAMPANIA**

p) l'implementazione di un'articolazione per la tutela della salute mentale in carcere è finalizzata alla presa in carico, dal punto di vista sanitario e penitenziario delle persone in stato di detenzione che manifestano disturbo mentale; essa articolazione previene l'invio in strutture psichiatriche di tali persone, attraverso attività di osservazione, diagnosi e cura, di tipo socio e sanitario;

q) l'articolazione accoglie esclusivamente persone che necessitano, su indicazione del personale sanitario, di assistenza e cure di carattere sanitario relativi alla salute mentale; non ospita detenuti per motivi altri, quali, per esempio, di carattere disciplinare, per comportamenti anomali, per gesti dimostrativi o di disagio non di natura mentale, ecc.

r) la vita e la salute della persona ospitata nell'articolazione sono bene fondamentale e prevalente e come tale vanno tutelati;

s) le persone ospitate nell'articolazione esercitano i propri diritti così come stabiliti dall'Ordinamento Penitenziario;

t) la permanenza delle persone nell'articolazione è limitata nel tempo.

Così come programmato nel Decreto del Commissario ad Acta della Regione Campania n. 64 del 19/06/2012, in accordo con il P.R.A.P., in Campania ogni ASL attraverso i propri Dipartimenti di Salute Mentale implementa un'idonea articolazione per le funzioni di cui all'Accordo tra Governo, Regioni, Province Autonome di Trento e Bolzano del 13/10/2011 – Rep. Atti N. 95/CU (G.U. n. 256 del 03/11/2011) , tra cui l'accoglienza e la presa in carico delle persone ristrette negli Istituti Penitenziari del territorio di competenza , come di seguito indicato:

per la popolazione detenuta maschile,

ASL Avellino, competente per gli IIPP.: C.C. Avellino, C.C. Ariano Irpino, I.Catt. Lauro, C.R. S. Angelo dei Lombardi, presso la **Casa di Reclusione di S.Angelo dei Lombardi**;

ASL Benevento presso la **Casa Circondariale di Benevento**;

ASL Caserta, competente per gli II.PP.: C.C. "Fr. Uccella" S.Maria C.V., C.R. Carinola, C.C. Arienzo, O.P.G. Aversa, presso la **Casa Circondariale di S.Maria C.V.**. L'ASL di Caserta ha stipulato una convenzione per la presa in carico dei detenuti afferenti l'ASL Na 2Nord;

ASL Salerno, competente per gli II.PP.: C.C. "A. Caputo" Salerno, C.C. Sala Consilina, C.C. Vallo della Lucania, I.Catt. Eboli, presso la **Casa Circondariale di Salerno**;

ASL Napoli 1 Centro, competente per gli II.PP.: C.C. "G. Salvia" Napoli, O.P.G. Napoli, C.P. Napoli-Secondigliano, presso il **Centro Penitenziario di Napoli-Secondigliano**;

ASL Napoli 3 Sud non avendo IIPP nel territorio di competenza ha stipulato convenzioni con l'ASL CE per l'utenza maschile;

per la popolazione detenuta femminile dell'intera regione,

ASL Napoli 2 Nord presso la **Casa Circondariale Femminile di Pozzuoli** .



**GIUNTA REGIONALE DELLA CAMPANIA
DIREZIONE GENERALE TUTELA DELLA SALUTE E
COORDINAMENTO DEL S.S.R.**

**COORDINAMENTO del GRUPPO del BACINO MACROREGIONALE PER IL SUPERAMENTO DEGLI OO.PP.GG.
e del SOTTOGRUPPO TECNICO REGIONALE DELLA CAMPANIA**

Gli Obiettivi primari della istituzione delle articolazioni per la tutela della salute mentale in carcere sono:

- a) attuare quanto previsto dal DPCM del 01/04/2008, Allegato C, e dagli Accordi della Conferenza Unificata (in particolare l'Accordo del 13/10/2011);
- b) implementare articolazioni sanitarie negli istituti penitenziari per evitare l'invio in OPG (allo stato e fino alla loro chiusura, nonché nei servizi e strutture che li supereranno) delle persone che presentano problemi psichici durante la detenzione, per prevenire l'invio in OPG o in CCC delle persone con infermità psichica sopravvenuta nel corso della misura detentiva o condannate a pena diminuita per vizio parziale di mente (art. 111, commi 5 e 7 DPR n. 230/00);
- c) garantire idonee risposte all'interno degli istituti ordinari, con il coinvolgimento dei DDSSMM, per riportare nelle carceri di provenienza i ricoverati in OPG per disturbi psichici sopravvenuti durante l'esecuzione della pena;
- d) assicurare le osservazioni per l'accertamento delle infermità psichiche di cui all'art. 112 DPR n. 230/00 negli istituti ordinari;
- e) rispondere ai bisogni di salute mentale delle persone ristrette negli istituti penitenziari afferenti l'ASL, accogliendole e prendendole in carico;
- f) concorre all'implementazione di programmi di prevenzione primaria del disagio mentale e dei gesti autolesivi ed autosoppressivi.

Le articolazioni sanitarie all'interno degli istituti penitenziari ordinari:

- a) hanno, in ragione della peculiare funzione, non derogabilmente il seguente numero massimo di posti letto:
 - Casa di Reclusione di S.Angelo dei Lombardi: n. 10,
 - Casa Circondariale di Benevento: n. 6,
 - Casa Circondariale di S.Maria C.V.: n. 20,
 - Casa Circondariale di Salerno: n. 8,
 - Centro Penitenziario di Napoli-Secondigliano: n. 18
 - Casa Circondariale Femminile di Pozzuoli: n. 8;
- b) per la manutenzione ordinaria e straordinaria dei locali ad esse dedicate, la gestione e le modalità di uso delle utenze varie, le spese di pulizie, ecc. si rinvia alle singole convenzioni stipulate secondo lo schema approvato in Conferenza Unificata (n. 29/CU del 29/04/2009);



**GIUNTA REGIONALE DELLA CAMPANIA
DIREZIONE GENERALE TUTELA DELLA SALUTE E
COORDINAMENTO DEL S.S.R.**

**COORDINAMENTO del GRUPPO del BACINO MACROREGIONALE PER IL SUPERAMENTO DEGLI OO.PP.GG.
e del SOTTOGRUPPO TECNICO REGIONALE DELLA CAMPANIA**

- c) i detenuti ospitati sono sottoposti al regime previsto dall'Ordinamento Penitenziario e dal Regolamento di Esecuzione;
- d) l'organizzazione interna viene concordata dalla Direzione dell'istituto con il Servizio Sanitario;
- e) hanno una propria regolamentazione interna (orari, attività, controlli, ecc.), concordata tra le due Amministrazioni e comunicata al PRAP ed all'ASL;
- f) tale regolamentazione deve far riferimento al così detto "regime aperto";
- g) in esse la separazione tra circuiti avviene solo se possibile, con prevalenza delle esigenze sanitarie rispetto alla classificazione penitenziaria;
- h) la presa in carico e gestione dei detenuti (in gruppo e del singolo soggetto) è comune (all'A.P. ed al S.S.) ed è affidata al GOTA;
- i) la tutela della salute e della vita della persona ospitata nella articolazione è principio centrale e preminente.

L'ammissione nell'articolazione delle singole persone avviene:

- a) su richiesta dello psichiatra o per provvedimento dell'A.G. o del D.A.P./P.R.A.P per formale valutazione del SSN;
- b) con atto formale dell'Amministrazione Penitenziaria (D.A.P. o P.R.A.P.);
- c) su disposizione dello psichiatra in caso di urgenza con ratifica successiva dell'A.P. (richiesta della Direzione al PRAP o DAP);
- d) con il coinvolgimento, se necessario per la presa in carico della persona, del DSM competente per l'istituto penitenziario di provenienza e del territorio di residenza.

La dimissione avviene :

- a) su richiesta dello psichiatra e disposta con provvedimento del D.A.P. o del P.R.A.P.,
- b) con rientro della persona: nell'istituto o nel reparto di provenienza,
- c) con eventuale assegnazione all'istituto ordinario più vicino al territorio di residenza o in altro istituto secondo quanto necessiti la salute della persona, con attivazione del locale DSM;
- d) con il coinvolgimento per la presa in carico della persona del DSM competente per l'istituto penitenziario di provenienza e del territorio di residenza



**GIUNTA REGIONALE DELLA CAMPANIA
DIREZIONE GENERALE TUTELA DELLA SALUTE E
COORDINAMENTO DEL S.S.R.**

**COORDINAMENTO del GRUPPO del BACINO MACROREGIONALE PER IL SUPERAMENTO DEGLI OO.PP.GG.
e del SOTTOGRUPPO TECNICO REGIONALE DELLA CAMPANIA**

La permanenza della singola persona **nell'articolazione** è legata ai tempi necessari per:

- a) gli adempimenti di cui all'art. 112 R.E. ,
- b) la diagnosi e cura della sua patologia psichica in fase acuta.

Il personale

- a) dipende dal punto di vista amministrativo, funzionale e gerarchico dall' Amministrazione di appartenenza
e deve:
- b) essere stabile per la conoscenza dei singoli detenuti e della loro storia e per mantenere un rapporto professionale coeso con gli altri componenti il gruppo di lavoro operante nell'articolazione;
- c) condividere le modalità operative applicate nell'articolazione, anche del regime aperto e/o sorveglianza dinamica, ed aderire allo spirito di cogestione (da parte dell'A.P. e del SSN) della stessa;
- d) essere adeguatamente formato per le specifiche funzioni delle articolazioni di che trattasi.

La formazione va proposta, programmata ed attuata in maniera congiunta da entrambe le Amministrazioni.

Il personale penitenziario:

- a) partecipa alla gestione dell'articolazione in maniera congiunta con il personale ASL;
- b) la Polizia Penitenziaria esercita attività di vigilanza e controllo h 24 secondo il proprio Regolamento di Servizio, tenendo conto delle condizioni di salute delle persone ricoverate nell'articolazione e concordando con il personale sanitario le modalità di quegli interventi di tutela dell'ordine e sicurezza intramuraria che potrebbero risultare dannosi per la salute mentale degli utenti;
- c) partecipa – (ogni operatore secondo le proprie competenze) – al lavoro del G.O.T.A.;
- d) condivide con gli altri componenti del G.O.T.A. le informazioni di cui è in possesso e partecipa all'osservazione e trattamento della singola persona ospitata nell'articolazione, a prescindere dalla posizione giuridica della stessa.

Nell'articolazione vengono impiegate di regola le seguenti figure professionali, ognuna secondo il proprio ruolo istituzionale e decisionale: il Direttore (o Direttore aggiunto se presente), il responsabile Unità Operativa del reparto dove è ospitata l'articolazione, Funzionari della



**GIUNTA REGIONALE DELLA CAMPANIA
DIREZIONE GENERALE TUTELA DELLA SALUTE E
COORDINAMENTO DEL S.S.R.**

**COORDINAMENTO del GRUPPO del BACINO MACROREGIONALE PER IL SUPERAMENTO DEGLI OO.PP.GG.
e del SOTTOGRUPPO TECNICO REGIONALE DELLA CAMPANIA**

professionalità giuridico-pedagogica, Funzionari della professionalità di servizio sociale, personale di Polizia Penitenziaria secondo l'organizzazione dei servizi interni all'articolazione.

Il personale sanitario:

- a) partecipa alla gestione dell'articolazione in maniera congiunta con il personale penitenziario;
- b) è presente nell'articolazione h 24;
- c) partecipa – (ogni operatore secondo le proprie competenze) – al lavoro del G.O.T.A.;
- d) condivide con gli altri componenti il G.O.T.A. le informazioni di cui è in possesso e partecipa all'osservazione e trattamento della singola persona ospitata nell'articolazione, a prescindere dalla posizione giuridica della stessa;
- e) redige la certificazione sanitaria così come previsto dalle Linee Guida per la stesura del Protocollo locale per la gestione del Servizio di Medicina Penitenziaria (Delibera della Giunta Regionale n. 96 del 21/03/2011 - Allegato A- 2.1 Collaborazione interistituzionale)

Nell'articolazione vengono impiegate di regola le seguenti figure professionali, ognuna secondo il proprio ruolo istituzionale e decisionale: Psichiatri, Medici, Psicologi, Infermieri, OSS, Tecnici della riabilitazione psichiatrica, Educatori professionali sanitari, Assistenti sociali, Animatore di comunità, anche considerando le previsioni qualitative di personale indicate nel Decreto del Ministero della Salute del 1°/10/2012 per le REMS.

Il G.O.T.A.:

- a) è il gruppo interistituzionale e paritetico, di operatori penitenziari e sanitari, che:
 - prende in carico, fin dal suo ingresso, la persona detenuta che manifesta disturbi psichici, acquisisce le notizie sul vissuto della stessa (personale/familiare, penitenziario, sanitario) e le condivide nel gruppo, applicando il principio della tutela della riservatezza così come stabilito dalla normativa e dalle Linee Guida per la stesura del Protocollo locale per la gestione del Servizio di Medicina Penitenziaria,
 - espleta osservazione: ogni componente secondo le competenze dell'istituzione di appartenenza,
 - si riunisce periodicamente per la discussione dei casi,
 - formula pareri per supportare la certificazione sanitaria,
 - redige un piano di trattamento individuale sia per il periodo di permanenza della persona nell'articolazione che per la sua dimissione,



**GIUNTA REGIONALE DELLA CAMPANIA
DIREZIONE GENERALE TUTELA DELLA SALUTE E
COORDINAMENTO DEL S.S.R.**

**COORDINAMENTO del GRUPPO del BACINO MACROREGIONALE PER IL SUPERAMENTO DEGLI OO.PP.GG.
e del SOTTOGRUPPO TECNICO REGIONALE DELLA CAMPANIA**

coordina lo svolgimento di tutte le attività, terapeutico-riabilitative e trattamentali destinate ai detenuti ospitati nell'articolazione nonché l'orientamento del volontariato e del terzo settore, sanitario e socio-educativo;

- b) è presieduto nelle sue riunioni formali dal Direttore dell'istituto penitenziario o da suo delegato (art. 29 DPR n. 230/00);
- c) ha come facilitatore/conduttore lo psichiatra responsabile del servizio sanitario all'interno dell'articolazione;
- d) si fa carico, in maniera integrata, degli interventi di sostegno della persona con disturbo psichico che manifesta un rischio autolesivo e/o autosoppressivo, prevedendo modalità di gestione congiunta.

L'Amministrazione Penitenziaria ed il Servizio Sanitario Regionale concordano sulla necessità di realizzare congiuntamente e rendere operativa una rete informatica interna, condividendo prioritariamente quella esistente e consentendone la connessione alle reti intranet delle AASSLL. Tanto ai fini di poter procedere celermente all'implementazione di un sistema informativo sanitario informatizzato.



Il Sub Commissario ad acta

per l'attuazione del Piano di Rientro sanitario

(Delibere Consiglio dei Ministri del 28 luglio 2009, 24 Aprile 2010, 3 marzo 2011 e 29 Ottobre 2013)

Prot. n. 4076 del 30/9/2014

Al Ministero della salute :

Segretariato generale
seggen@postacert.sanita.it

Segreteria del Sottosegretario
segreteria.defilippo@sanita.it

Direzione Generale Programmazione Sanitaria
dgprog@postacert.sanita.it

Direzione Generale Prevenzione Sanitaria
dgprev@postacert.sanita.it

Al Ministero della Giustizia:

Segreteria del Ministro
segreteria.gabinetto@giustizia.it

Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria
dap@giustiziacer.it

Al Comitato paritetico interistituzionale:

Segreteria della Conferenza Unificata
statoregioni@mailbox.governo.it

Oggetto: comunicazione ai sensi dell'art. 1, comma 2, del decreto-legge 31 marzo 2014, n. 52, convertito dalla legge 30 maggio 2014, n. 81 - superamento ospedali psichiatrici giudiziari .

L'art. 1, comma 2, del decreto-legge 31 marzo 2014, n. 52, convertito dalla legge 30 maggio 2014, n. 81 dispone che "Al fine di monitorare il rispetto del termine di cui all'articolo 3-ter, comma 4, del decreto-legge 22 dicembre 2011, n. 211, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 febbraio 2012, n. 9, come modificato dal comma 1 del presente decreto, le regioni comunicano al Ministero della salute, al Ministero della giustizia e al comitato paritetico interistituzionale di cui all'articolo 5, comma 2, del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 1° aprile 2008, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 126 del 30 maggio 2008, entro l'ultimo giorno del semestre successivo alla data di entrata in vigore del presente decreto, lo stato di realizzazione e riconversione delle strutture di cui all'articolo 3-ter, comma 6, del decreto-legge 22 dicembre 2011, n. 211, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 febbraio 2012, n. 9, nonché tutte le iniziative assunte per garantire il completamento del processo di superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari."

Pertanto, si trasmette il Decreto del Commissario ad Acta per il rientro dal deficit sanitario della Regione Campania n. 104 del 30.09.2014 ad oggetto "**Adeguamento del Programma per il superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari della Regione Campania (Decreti del Commissario ad Acta per il rientro dal deficit sanitario della Regione Campania n. 64 del 19.06.2012 e n. 47 del 15.05.2013) alla Legge 30 maggio 2014, n. 81 (Conversione in legge, con modificazioni, del d.l. 31 marzo 2014, n. 52; G.U. 125 del 31/5/2014) e Programma di utilizzo delle risorse di parte corrente per il superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari, ai sensi della Legge 17 febbraio 2012, n. 9, art. 3-ter**".

Al riguardo si rappresenta che il suddetto Decreto e il documento di cui all'Allegato A al predetto Decreto, parte integrante e sostanziale dello stesso, danno atto dello lo stato di realizzazione e riconversione delle strutture di cui all'articolo 3-ter, comma 6, del decreto-legge 22 dicembre 2011, n. 211, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 febbraio 2012, n. 9, nonché di tutte le iniziative assunte per garantire il completamento del processo di superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari entro il termine del 31 marzo 2015.

Il documento in parola, con particolare riferimento ai paragrafi 5, 6, e 7, costituisce inoltre il **Programma di utilizzo delle risorse di parte corrente per il superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari, ai sensi della regione Campania, richiesto dal comma 7 dell'art. 3-ter della Legge 17 febbraio 2012, n. 9, art. 3-ter e s.m.i.**, redatto in conformità alle indicazioni di cui alla circolare delle Direzioni Generali Programmazione Sanitaria e Prevenzione del Ministero della salute prot.0027635-P del 29.10.2013 e agli aggiornamenti normativi recati dal decreto-legge 31 marzo 2014, n. 52, convertito dalla legge 30 maggio 2014, n. 81.

Il Sub Commissario ad Acta

Prof. Ettore Cingue
