

**PERCORSO DI SUPERAMENTO  
DEGLI OSPEDALI PSICHIATRICI GIUDIZIARI IN ITALIA.  
L'IMPATTO SUI DIPARTIMENTI DI SALUTE MENTALE.  
L'OPINIONE DELLA SOCIETÀ ITALIANA DI PSICHIATRIA**

**ENRICO ZANALDA\* - CLAUDIO MENCACCI\***

SOMMARIO: Introduzione sullo stato del percorso in riferimento alla normativa nazionale – Alcune precisazioni sulle misure di sicurezza - I programmi di superamento degli OPG e delle CCC: 1. *Recupero delle persone internate negli OPG* - 2. *Potenziare la tutela della salute mentale negli Istituti di Pena.* - 3. *Realizzare le Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza (REMS ai sensi del DM 1° ottobre 2012, Legge 296/1993, e s.m.i.).* - 4. *Definizione e monitoraggio di percorsi di cura territoriali per i pazienti autori di reato e sottoposti a misure di sicurezza per pazienti con pericolosità sociale «attenuata».* - 5. *Formazione degli operatori coinvolti nei percorsi di esecuzione delle misure di sicurezza.* - Considerazioni conclusive.

**Introduzione sullo stato del percorso  
in riferimento alla normativa nazionale**

La legge 180 del 1978, poi ripresa nella L. 833/1978 istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), e i successivi D.P.R. 7-4-1994 e D.P.R. 11-11-1999 «Progetto Obiettivo Tutela della Salute Mentale 1994-1996» e «1998-2000» hanno sancito il cambiamento del modello di trattamento delle malattie mentali. Si è passati dall'Ospedale Psichiatrico alla psichiatria di comunità che attraverso la rete dei servizi del Dipartimento di Salute Mentale gestisce i percorsi terapeutico-riabilitativi ambulatoriali, semiresidenziali, residenziali e per l'acuzie nei servizi ospedalieri. La mancata inclusione degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari nell'ambito delle strutture Ospedali Psichiatrici da superare, sia in conseguenza della L. 180/1978 sia nel successivo definitivo superamento avvenuto in Italia tra il 1996 e il 2000, ha determinato un diverso regime di cura per i malati di mente autori di reato,

---

\* Società Italiana di Psichiatria.

rispetto alle persone con le stesse patologie che non avevano commesso reati, almeno sino al 2003.

Il D.Lgs. 22 giugno 1999 n. 230, «Riordino della medicina penitenziaria, a norma dell'articolo 5 della legge 30 novembre 1998, n. 419», ha stabilito che i detenuti e gli internati hanno diritto, al pari dei cittadini in stato di libertà, all'erogazione delle prestazioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, efficaci ed appropriate, sulla base degli obiettivi generali e speciali di salute e dei livelli essenziali e uniformi di assistenza individuati nel piano sanitario nazionale, nei piani sanitari regionali e in quelli locali. In particolare, l'articolo 3 dello stesso disegno di legge, ha assegnato: al Ministero della Sanità le competenze in materia di programmazione, indirizzo e coordinamento del Servizio sanitario nazionale negli Istituti penitenziari; alle Regioni le competenze in ordine alle funzioni di organizzazione e programmazione dei servizi sanitari regionali negli istituti penitenziari e il controllo sul funzionamento dei servizi medesimi; infine alle Aziende Sanitarie la gestione e il controllo dei servizi sanitari negli istituti penitenziari.

Dal punto di vista pratico, però, possiamo considerare che la prima azione concreta di superamento del modello di cura degli OPG è stata la sentenza della Corte costituzionale n. 253 del luglio 2003 che ha definito illegittimo l'art. 222 del codice penale relativo al ricovero in OPG, nella parte in cui non consentiva al Giudice, nei casi ivi previsti, di adottare una misura di sicurezza diversa, idonea ad assicurare adeguate cure all'infermo di mente e a far fronte alla sua pericolosità sociale. Con tale sentenza venne superato l'automatismo dell'applicazione della misura di sicurezza in OPG, nel caso di accertata pericolosità sociale psichiatrica per il cui controllo possono essere considerate adeguate misure differenti dall'internamento in OPG. La Suprema Corte ha voluto far prevalere l'interesse alla salute della persona (art. 32 della Costituzione) e il suo diritto alla salute, proponendo in alternativa al ricovero in OPG, un percorso terapeutico territoriale gestito dal DSM attraverso i servizi utilizzati dai malati di mente non autori di reato. La differenza era che tali percorsi sono vincolati da un provvedimento di libertà vigilata emesso dal Giudice. Infatti, secondo l'art. 228 c.p. alla persona in stato di libertà vigilata sono imposte dal Giudice prescrizioni idonee ad evitare occasioni di nuovi reati. Tali prescrizioni possono essere successivamente modificate o limitate dal Giudice e non sono affatto escluse prescrizioni di carattere sanitario, per lo più inserimenti in strutture residenziali, ma si possono realizzare anche percorsi di cura semi-

residenziali o al limite ambulatoriali. È opportuno ribadire come il concetto di pericolosità sociale psichiatrica, ovvero derivante dall'infermità di mente, totale o parziale (artt. 88 e 89 c.p.), sia sostanzialmente un giudizio prognostico sulla possibilità che l'infermo, a causa della sua patologia, compia nuovamente reati. La precisazione del termine "pericolosità sociale" in psichiatria forense consiglierebbe di sostituire tale termine sociale con uno meno stigmatizzante, che espliciti meglio il senso della prognosi negativa, indipendente dal tipo di reato commesso. Viene sovente confuso con il vecchio termine di "pericoloso a sé e agli altri" oppure con la pericolosità sociale di competenza del Magistrato ai sensi dell'art. 133 c.p., derivante dalla gravità del reato commesso. A seguito della sentenza del 2003 la maggior parte degli infermi di mente ai sensi degli artt. 88 e 89 c.p., con una scarsa consapevolezza di malattia e, quindi, con prognosi non favorevole sulla reiterazioni di reati, è stata considerata portatrice di una "pericolosità sociale attenuata" ovvero contrastabile efficacemente da un percorso di cura alternativo all'internamento in OPG.

Una successiva sentenza della Suprema Corte (n. 9163 del 2005) ha ampliato l'ambito delle infermità rilevanti dal punto di vista dell'applicazione del vizio totale o parziale di mente (artt. 88 e 89 c.p.) ai Disturbi della Personalità gravi per consistenza, intensità e rilevanza. In tale sentenza i Giudici hanno esaminato quanto fossero diffuse tali diagnosi all'interno dei servizi psichiatrici e la disomogeneità dei quadri clinici da esse definiti; sentenziarono di non poter escludere l'influenza della sintomatologia grave, compresa nei disturbi della personalità, sulle capacità di intendere e di volere del soggetto reo. Questa sentenza ha determinato un incremento del numero di soggetti con vizio parziale di mente (art. 89), portatori di una pericolosità sociale "attenuata" ovverosia per il contrasto della quale sono sufficienti percorsi di cura differenti dall'internamento in OPG.

Con la finanziaria del 2008 (art. 2, comma 283, legge 24 dicembre 2007, n. 244) e in particolare con il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (DPCM) 1° aprile 2008, al fine di dare completa attuazione al riordino della medicina penitenziaria, sono state trasferite alle Regioni le funzioni sanitarie afferenti agli OPG ubicati nel territorio delle medesime e nell'allegato C sono state delineate le «Linee di indirizzo per gli interventi negli ospedali psichiatrici giudiziari (OPG) e nelle case di cura e custodia (CCC)». Tale programma è connesso con la realizzazione di tutte le misure e azioni indicate per la tutela della salute mentale negli istituti di pena, sulla base di modelli organizzativi armonizzati

con le esigenze di sicurezza, con particolare riferimento alla attivazione negli Istituti penitenziari di sezioni o reparti destinati a imputati e condannati con infermità psichica sopravvenuta nel corso della misura detentiva, sezioni cui potessero essere assegnati, per l'esecuzione della pena, anche i soggetti condannati a pena diminuita per vizio parziale di mente.

L'ambito territoriale costituisce la sede privilegiata per affrontare i problemi della salute, della cura e della riabilitazione delle persone con disturbi mentali per il fine fondamentale del recupero sociale delle persone. In tal senso il principio della territorialità motivò il decentramento degli OPG e la differenziazione della misura di sicurezza. Purtroppo però non è stato previsto il superamento dell'incompatibilità della detenzione ordinaria con la non imputabilità per vizio totale di mente. Tale persistenza ha determinato la sopravvivenza degli OPG e nuovi inserimenti negli stessi di soggetti non imputabili e pericolosi socialmente, nonostante si ritenesse che tale modello fosse superato. La situazione di difficoltà per il sovraffollamento degli istituti di pena ordinaria ha impedito di poter considerare gli stessi idonei all'erogazione delle cure, tranne ove fossero state realizzate delle sezioni speciali, con regole di detenzione attenuata e personale sanitario ASL.

Il programma di superamento degli OPG dell'allegato C del DPCM è stato articolato in tre fasi distinte:

**Prima fase:** assunzione della responsabilità della gestione sanitaria degli OPG dalle Regioni in cui gli stessi sono ubicati. Contestualmente, i Dipartimenti di salute mentale (DSM) nel cui territorio insistono gli OPG, in collaborazione con l'équipe responsabile della cura e del trattamento dei ricoverati, si occupano della stesura di un programma operativo che prevede:

la dimissione degli internati che hanno concluso la misura di sicurezza, con soluzioni concordate con le Regioni interessate, che devono prevedere forme di inclusione sociale adeguata, coinvolgendo gli Enti locali di provenienza, le Aziende sanitarie interessate e i servizi sociali e sanitari delle realtà di origine o di destinazione dei ricoverati da dimettere;

riportare nelle carceri di provenienza i ricoverati in OPG per disturbi psichici sopravvenuti durante l'esecuzione della pena;

assicurare che le osservazioni per l'accertamento delle infermità psichiche di cui all'art. 112 D.P.R. 230/2000 siano espletate negli istituti ordinari.

**Seconda fase:** a distanza di un anno, prevedere una prima distribuzione degli internati in modo che ogni OPG si configuri come la sede per ricoveri di internati delle Regioni limitrofe, così

da stabilire rapporti di collaborazione preliminari per ulteriori fasi di avvicinamento degli internati alle realtà geografiche di provenienza.

**Terza fase:** a distanza di due anni, prevedere la restituzione ad ogni Regione italiana della quota di internati in OPG di provenienza dai propri territori e della responsabilità per la presa in carico da parte dei DSM.

L'Accordo concernente la definizione di specifiche aree di collaborazione e gli indirizzi di carattere prioritario sugli interventi negli OPG e nelle CCC di cui all'Allegato C al DPCM 1° aprile 2008, sottoscritto in Conferenza Unificata delle Regioni il 26 novembre 2009, prevedeva: l'impegno delle Regioni a raggiungere entro il 2010 l'obiettivo di circa 300 dimissioni di internati in OPG in regime di proroga per mancanza di alternative all'esterno, mediante un piano coordinato tra loro, utilizzando anche le risorse rese disponibili dal Ministero della Salute per il finanziamento dei progetti regionali per gli Obiettivi di Piano Sanitario Regionale; l'impegno del Ministero della Giustizia – Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria (DAP) a inviare gli internati negli OPG secondo i bacini di utenza. I macrobacini regionali di riferimento degli OPG furono definiti nel 2009 e si realizzarono nel seguente modo: OPG di Castiglione delle Stiviere: utenza femminile da tutta Italia e maschile da Lombardia, Valle d'Aosta e Piemonte; OPG di Reggio Emilia: utenza da Emilia-Romagna, P.P. A.A. Trento e Bolzano, Friuli-Venezia Giulia, Veneto e Marche; OPG di Montelupo Fiorentino: da Toscana, Umbria, Liguria, Sardegna; OOPPGG di Napoli e Aversa: Campania, Abruzzo, Molise, Lazio; OPG di Barcellona Pozzo di Gotto: Sicilia, Calabria, Basilicata, Puglia.

Il dettato normativo dell'accordo sottoscritto in Conferenza Unificata delle Regioni il 13 ottobre 2011 ha definito ulteriori interventi di carattere prioritario necessari al completamento dell'attuazione della prima fase del percorso di superamento degli attuali OPG, prevedendo le seguenti azioni: A) implementazioni per la tutela della salute mentale negli istituti penitenziari ordinari, ovvero l'attivazione entro il 30 giugno 2012 in ciascuna Regione o P.A., attraverso i propri DSM, in almeno uno degli Istituti penitenziari del proprio territorio, di una specifica sezione per l'implementazione della tutela intramuraria della salute mentale delle persone ristrette negli Istituti del territorio di competenza. La suddetta articolazione del SSR dovrebbe operativamente concorrere al superamento degli OPG garantendo l'espletamento negli Istituti ordinari delle osservazioni per l'accertamento delle

infermità psichiche 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. L'Amministrazione Penitenziaria, contestualmente all'avvio dell'attività di tali sezioni, e a seguito di formale comunicazione da parte della Regione, non invierà più detenuti negli OPG per osservazione psichiatrica. Anche nel caso di Regioni e P.A. di piccole dimensioni, ove l'attivazione di una vera e propria sezione risulti eccedente il bisogno, le suddette funzioni dovranno comunque essere assicurate all'interno di un Istituto penitenziario ordinario. B) Coordinamento dei bacini macroregionali di afferenza degli OPG. Contestualmente ciascuna Regione e P.A. ha istituito il collegato Sottogruppo Tecnico Regionale per il superamento degli OPG.

REGIONI	RE_CS MF	AV-NA BP	TOTALE	STRANIERI E SFD	TOTALE PER RIPARTO
Valle D'Aosta	3	0	3		3
Piemonte	89	6	95		95
Lombardia	289	14	303		303
Veneto	75	2	77		77
Trentino A.A.	15	1	16		16
Friuli V.G.	13		13		13
Liguria	55	2	57		57
Emilia-Romagna	57	5	62	19	81
Toscana	61	1	62	2	64
Umbria	10	2	12		12
Marche	14	3	17		17
Lazio	22	125	147		147
Abruzzo	2	28	30		30
Molise	3	4	7		7
Campania	10	161	171	1	172
Calabria	1	62	63		63
Puglia	3	90	93		93
Basilicata	1	6	7		7
Sardegna	47	5	52		52
Sicilia	14	183	197	4	201
<b>TOTALE</b>	<b>784</b>	<b>700</b>	<b>1484</b>	<b>26</b>	<b>1510</b>

**Tabella 1**

La tabella 1 riporta il numero degli internati presenti al 31-12-2011 negli OPG italiani. Il processo di superamento degli OPG, in applicazione della normativa e degli accordi della con-

ferenza unificata delle Regioni e delle PPAA, non era stato realizzato. Sarebbe stato utile sollecitare l'applicazione dell'accordo sulle sezioni psichiatriche negli Istituti di pena, potenziare la salute mentale nelle carceri e non inviare più infermi di mente in OPG, anziché stabilire in maniera apodittica una data di chiusura degli stessi, come invece venne stabilito dalla legge 17 febbraio 2012, n. 9, all'art. 3-ter, «Disposizioni per il definitivo superamento degli Ospedali Psichiatrici». Con tale legge venne stabilito: il termine del 1° febbraio 2013 per il completamento del processo di superamento degli OPG; che venissero definiti i requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi, anche con riguardo ai profili di sicurezza, delle strutture destinate ad accogliere le persone cui sono applicate le misure di sicurezza del ricovero in OPG e dell'assegnazione a CCC; che venisse individuata la copertura degli oneri derivanti dall'attuazione dell'articolo 3-ter sopra indicato, attraverso dei meccanismi di finanziamento notoriamente complessi e che resero di fatto impossibile il rispetto della data stabilita dalla stessa legge.

La SIP in data 2 aprile 2012 attraverso l'allora Presidente Eugenio Aguglia ha scritto una lettera al Ministro della Sanità che esprimeva da un lato la soddisfazione affinché si superasse l'anacronistica persistenza degli OPG e dall'altro le cogenti preoccupazioni sulle modalità con cui veniva affrontato l'argomento e in particolare che:

la nuova organizzazione della fase esecutiva delle misure di sicurezza prescinde da una revisione dell'istituto della "pericolosità sociale";

la non coincidenza dell'autorità che decide sull'attuazione delle misure di sicurezza con le esigenze sanitarie del cittadino e la normativa in tema di trattamenti sanitari;

la necessità di realizzare una netta separazione tra le esigenze di custodia e i bisogni di cura al fine di non riprodurre confusione tra cura e bisogni di sicurezza.

Con un ritardo di circa sei mesi dalla data prevista dalla L. 9/2012, è stato pubblicato il decreto del Ministero della Salute di concerto con il Ministro della Giustizia del 1-10-2012, con cui sono stati definiti i requisiti strutturali tecnologici e organizzativi minimi, anche con riguardo ai profili di sicurezza, relativi alle strutture destinate ad accogliere le persone, cui sono applicate le misure di sicurezza del ricovero in OPG e dell'assegnazione a CCC. Tali strutture sono state definite dal gruppo di lavoro interregionale con il termine di Residenze per l'Esecu-

zione delle Misure di Sicurezza (REMS). Il decreto, oltre a definire i requisiti delle REMS, ha sottolineato che la gestione interna di tali strutture è di esclusiva competenza sanitaria; tali strutture devono essere realizzate e gestite dal Servizio Sanitario delle Regioni e delle Province Autonome, senza entrare nel merito delle questioni che la SIP aveva evidenziato e precisamente la non revisione dei disposti del codice penale, le esigenze di custodia della Magistratura e le esigenze di cura del personale della Sanità; in ultimo, avere previsto delle modalità di finanziamento vincolato ai progetti edilizi che comporta dei tempi di realizzazione non realizzabili nel rispetto dei tempi disposti dalla stessa legge. A questo proposito, con il decreto legislativo n. 24 del 25 marzo 2013, la data di superamento degli OPG è stata differita di un anno al 1° aprile 2014. Le Regioni che si sono accordate subito sulle modalità di ripartizione dei finanziamenti, utilizzando lo stesso criterio sia per i fondi vincolati ex art. 20 sia per quelli previsti sul fondo di spesa corrente, avrebbero dovuto presentare i progetti di superamento degli OPG entro il 15 maggio 2013 per l'approvazione e il successivo finanziamento dei progetti. Il criterio di riparto utilizzato è stato concordato essere determinato per il 50% sulla base della popolazione residente in ciascuna Regione e per il restante 50% sulla base del numero delle persone internate negli OPG alla data del 31-12-2011 di ciascuna Regione.

Il Decreto Legge 25 marzo 2013, n. 24, oltre a rinviare al 1° aprile 2014 la chiusura degli ospedali psichiatrici giudiziari, ha introdotto un concetto importante. Ha stabilito che il programma di utilizzo delle risorse delle Regioni, «oltre gli interventi strutturali, preveda attività volte progressivamente a incrementare la realizzazione dei percorsi terapeutico-riabilitativi, definendo prioritariamente tempi certi e impegni precisi per la dimissione di tutte le persone internate per le quali l'autorità giudiziaria abbia già escluso o escluda la sussistenza della pericolosità sociale, con l'obbligo per le aziende sanitarie locali di presa in carico all'interno di progetti terapeutico-riabilitativi individuali che assicurino il diritto alle cure e al reinserimento sociale, nonché a favorire l'esecuzione di misure di sicurezza alternative al ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario o all'assegnazione a casa di cura e custodia». Peccato che stante la normativa che vincola la maggior parte dei fondi sulla realizzazione delle strutture, non abbia individuato specifiche risorse per il potenziamento dei DSM sui quali ricade la maggior parte dell'onere di superamento degli OPG.



### Alcune precisazioni sulle misure di sicurezza.

Il processo di superamento degli OPG definito dal D.P.C.M. e dalla Legge 9/12 richiede una premessa sulla differente categoria giuridica degli internati in OPG e in CCC e la costante collaborazione ed integrazione con le diverse istituzioni coinvolte nella gestione del malato di mente autore di reato, sia nella fase di cognizione della pena che in quella di esecuzione. Si ricorda che la legislazione penale è rimasta immutata e per chi commette un reato permangono gli art. 88 e 89 del codice penale, relativi all'imputabilità, e quelli collegati relativi alla pericolosità sociale, applicati laddove sia riconosciuto un vizio totale o parziale di mente. Le misure di sicurezza per persone prosciolte per infermità mentale totale o parziale e con accertata pericolosità sociale, sono sia di tipo detentivo (sinora eseguite in OPG o in CCC) che non detentivo (libertà vigilata). Nel contesto delle misure di sicurezza detentive può essere concessa una licenza finale di esperimento che viene eseguita in regime di libertà vigilata, ai sensi del regolamento penitenziario. All'interno degli OPG è rappresentata una eterogenea tipologia di categorie giuridiche, differenziata tra internati (artt. c.p. 222, 212, 206, 219 e art. 312 c.p.p.) e detenuti (artt. 111 e 112 del DPR 230/2000 e art. 148 c.p.).

Schematizzando si tratta di:

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

In considerazione quindi della complessità di tale processo che coinvolge un livello d'intervento giudiziario ed uno sanitario assistenziale, è indispensabile, a nostro parere, che a livello regionale venga realizzato un momento di confronto con la Magistratura Ordinaria e di Sorveglianza, il Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria il Provveditorato Regionale dell'Amministrazione Penitenziaria e i servizi delle ASL, in particolare i DSM territorialmente competenti, per l'esecuzione delle misure di sicurezza. In tal modo si intende promuovere collaborazioni, definite in specifici protocolli, da sviluppare secondo le linee generali indicate dal Decreto Ministeriale del 1-10-2012 e le «Linee di indirizzo sulle misure di sicurezza alternative alla detenzione per i pazienti psichiatrici autori di reato», affinché «il DSM venga coinvolto sin dall'inizio del percorso giudiziario per la valutazione clinica del malato di mente autore di reato, integrando la valutazione psichiatrico-forense del perito del Tribunale».

Con la chiusura degli OPG e CCC ci troveremo nella situazione di:

*a)* mantenere i percorsi territoriali alternativi all'applicazione della misura di sicurezza «detentiva», particolarmente sviluppati in seguito alla sentenza della Corte costituzionale del 2003 che aboliva l'automatismo tra l'accertamento della pericolosità sociale e l'internamento in OPG e CCC, di fatto individuando la cosiddetta pericolosità sociale «attenuata» che viene sufficientemente contrastata da provvedimenti di cura vincolati dall'istituto della Libertà Vigilata o con la concessione degli arresti domiciliari in luogo di cura, sostituendo nella maggior parte delle situazioni l'invio in OPG o CCC, sia nella fase di cognizione che di esecuzione della pena;

*b)* sostituire l'osservazione degli internati con infermità mentale sopravvenuta, per i quali sia stato ordinato l'internamento in OPG o in CCC (art. 212 c.p.) e degli internati provvisori imputati, in qualsiasi grado di giudizio, sottoposti alla misura di sicurezza provvisoria in OPG, in considerazione della presunta pericolosità sociale e in attesa di giudizio definitivo (art. 206 c.p., 312 c.p.p.), con l'osservazione nella sezione psichiatrica in una delle Case Circondariali regionali.

*c)* utilizzare le REMS, quando saranno pronte, per quei pazienti autori di reato prosciolti per vizio totale o parziale di mente per cui vi sia una pericolosità sociale non altrimenti neutralizzabile: per quei pazienti, cioè, che successivamente alla sentenza della Corte costituzionale del 2003 hanno proseguito ad

essere internati in OPG e CCC in conseguenza della loro pericolosità sociale, almeno fino a che non diverrà "attenuata", così da permettere il recupero del soggetto al percorso territoriale.

È evidente che solo attraverso una collaborazione concreta degli operatori del Ministero della Salute con quelli del Ministero della Giustizia a livello gestionale locale, si riuscirà a governare sia il periodo di transizione che quello di stato, della chiusura e del superamento degli OPG. Ricordo che finora, a differenza che per il superamento degli Ospedali Psichiatrici Civili, le persone con «pericolosità sociale detentiva» continuano ad essere internate in OPG, non permettendo di fatto il loro superamento.

### **I programmi di superamento degli OPG e delle CCC.**

Effettuate tali premesse, qui di seguito si esplicitano le principali azioni nelle quali le Regioni devono impegnarsi con le risorse economiche destinate al superamento degli OPG e delle CCC, precisamente:

- 1) *Recupero delle persone internate negli OPG* in particolare nell'OPG di riferimento per il macrobacino costituito tra le regioni vicine;
- 2) *Potenziamento della tutela della salute mentale negli Istituti di pena* in accordo col DAP (Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria) e con le altre specialità delle ASL che erogano prestazioni sanitarie in ambito penitenziario (Medicina Penitenziaria);
- 3) *Realizzazione delle strutture residenziali per l'esecuzione delle misure di sicurezza (REMS) alternative agli OPG* per accogliere i malati di mente autori di reato, pericolosi socialmente, a partire dal 31 marzo 2014, nel rispetto dei requisiti stabiliti dal Decreto del Ministero della Salute del 1° ottobre 2012, e la gestione del periodo transitorio, qualora il Ministero confermasse la chiusura degli OPG e delle CCC prima dell'effettivo funzionamento delle REMS;
- 4) *Definizione e monitoraggio di percorsi di cura territoriali* per i pazienti autori di reato e sottoposti a misure di sicurezza alternative all'inserimento in OPG e CCC ai sensi della sentenza della Corte costituzionale n. 253 del 18 luglio 2003.
- 5) *Formazione degli operatori coinvolti nei percorsi di esecuzione delle misure di sicurezza*, con differenziazione delle necessità formative per operatori coinvolti nei percorsi territoriali, nelle REMS o negli Istituti di Pena.

Il decreto-legge n. 24 del 25 marzo 2013 rinvia di un anno la definitiva chiusura degli OPG e delle CCC senza peraltro individuare ulteriori risorse economiche per le ASL che devono prendere in carico entro il prossimo 1° aprile 2014 i pazienti ancora internati negli OPG e nelle CCC, oltre a quelli che non verranno più inviati per l'esecuzione delle misure di sicurezza da parte dell'Autorità Giudiziaria. Tale disposto ha una pesante ricaduta sui DSM poiché, senza ulteriori finanziamenti specifici e in un periodo di crisi economica, come quello che sta attraversando l'Italia, il superamento degli OPG non potrà che essere realizzato a scapito delle usuali attività del DSM. In molti DSM vi è una lista d'attesa per l'accesso alle risorse necessarie alla realizzazione di un inserimento residenziale; paradossalmente, al fine di superare la lista d'attesa, il soggetto dovrebbe commettere un reato che preveda il contenimento della sua reiterazione attraverso l'inserimento in una struttura terapeutica. Inoltre, la Salute Mentale è una delle specialità maggiormente penalizzate dal blocco del turnover del personale delle ASL, in quanto gli operatori sono la maggior risorsa di questi servizi che si fondano principalmente sul rapporto interpersonale. Da questo punto di vista la L. 9/2012 prevede la possibilità di aumentare la dotazione organica del DSM anche per le Regioni sottoposte al piano di rientro. È indispensabile poter utilizzare i fondi previsti dalla L. 9/2012, in tutte le fasi del processo di superamento e non solo in quella relativa alla realizzazione delle strutture. Qui di seguito si evidenziano le difficoltà da superare in ogni singola azione intrapresa, così come è emerso dal report delle sezioni regionali promosso dalla SIP all'inizio del 2013.

#### 1. *Recupero delle persone internate negli OPG.*

L'indicazione del decreto-legge n. 24 del 25 marzo 2013 di prevedere tempi certi e precisi e la dimissione di tutte le persone internate entro il 1° aprile 2014, per realizzarsi, deve essere accompagnata dalla sospensione dei nuovi invii in OPG o, quantomeno, dalla programmazione di tempi di permanenza via via più brevi con l'avvicinarsi della data di chiusura degli OPG.

Le principali difficoltà nel recuperare i pazienti ancora presenti in OPG, oltre che nel flusso di nuovi ingressi, possono essere così indicate:

a) una parte dei pazienti non presenta prevalenti necessità assistenziali sanitarie bensì si trova in OPG per motivi che riguar-

dano il sistema della giustizia. Vi è una quota di persone presenti in OPG non prosciolte, non giudicate socialmente pericolose e non in esecuzione di una misura di sicurezza. Per queste persone non è appropriato parlare di dimissioni o dimissibilità e dovranno avere un percorso di giustizia non sanitario;

b) vi sono dei cogenti limiti economici dei DSM delle ASL nel farsi carico dei pazienti loro attribuiti ed è necessario poter utilizzare i fondi di parte corrente assegnati alla Regione per supportare almeno parzialmente la dimissione di quegli utenti che devono essere inseriti in strutture comunitarie del territorio. Parte di tale difficoltà è determinata dalle persone senza fissa dimora o da quegli stranieri a cui la residenza sanitaria è stata attribuita dall'Amministrazione Penitenziaria;

c) una parte di pazienti ha già tentato in passato dei percorsi di inserimento territoriale che sono falliti per la reiterazione dei reati. Alcuni di questi pazienti vengono considerati clinicamente di difficilissima gestibilità, stante l'attuale organizzazione sanitaria dei servizi. Per tali pazienti, nelle more della disponibilità delle REMS, si dovranno trovare degli accordi specifici con la Magistratura.

## 2. *Potenziare la tutela della salute mentale negli Istituti di pena.*

Con l'Accordo Stato-Regioni del 13 ottobre 2011 sono stati emanati gli indirizzi integrativi dell'Allegato C, che prevedevano, fra l'altro, l'attivazione di un'area di osservazione psichiatrica in almeno un Istituto penitenziario di ogni Regione e il potenziamento della tutela della salute mentale all'interno degli Istituti di pena. La situazione attuale delle ore di assistenza psichiatrica negli istituti di pena richiede un potenziamento significativo della presenza degli specialisti ma soprattutto un maggior coordinamento dell'intervento multiprofessionale in ambito penitenziario. Operatori delle dipendenze patologiche, psicologi che operano negli Istituti di pena e operatori dei DSM delle ASL devono essere meglio coordinati tra di loro all'interno, tra gli Istituti di pena e con i servizi esterni delle ASL. A questo proposito sarebbe necessario formulare un progetto unitario di assistenza psichiatrica da parte dei DSM negli Istituti di pena regionali, in accordo con il DAP e le ASL con un collegamento a rete delle ASL. Inoltre, è opportuno integrare in ogni Istituto di pena l'attività della salute mentale con quella delle dipendenze patologiche e degli psicologi convenzionati, in coordinamento con la direzione sanitaria della casa di reclusione.

Dal monitoraggio effettuato nel 2013 dalla SIP, attraverso il questionario inviato a tutte le sezioni regionali, risulta che in 12 Regioni è prevista la realizzazione della sezione di osservazione psichiatrica delle ASL in almeno un Istituto di pena e precisamente: Calabria, Campania, Emilia Romagna, Lombardia, Marche, Piemonte, Puglia, Sicilia, Toscana, Trentino Alto Adige, Umbria, Veneto.

3. *Realizzare le Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza (REMS ai sensi del DM 1° ottobre 2012, Legge 296/1993, e s.m.i.).*

Come sottolineato nella nota del Ministero della Giustizia, le strutture alternative agli OPG da realizzarsi ai sensi della legge 9/2012 non potranno essere funzionanti prima del 2015. Pertanto, occorre progettare un periodo transitorio fino alla realizzazione delle strutture in argomento. Dal monitoraggio delle sezioni regionali effettuato dalla Società Italiana di Psichiatria risulta che 13 sezioni regionali hanno previsto la realizzazione delle REMS e precisamente: Calabria, Campania, Emilia Romagna, Friuli-Vene-

PROVENIENZA	QUOZIENTE LICENZA ESPERIMENTO SU 100.000	QUOZIENTE INTERNATI SU 100.000 RESIDENTI >18 aa
Abruzzo	0,45	3,30
Basilicata	0,20	1,43
Calabria	0,43	2,55
Campania	0,30	3,68
Emilia Romagna	0,35	1,66
Friuli V.G.	0,67	0,86
Lazio	0,47	2,99
Liguria	0,57	4,02
Lombardia	0,50	2,97
Marche	0,38	1,82
Piemonte	0,43	2,00
Puglia	0,27	1,69
Sardegna	0,92	3,46
Sicilia	0,59	3,95
Toscana	0,95	2,19
Trentino A.A.	0,61	1,82
Umbria	0,53	1,45
Valle d'Aosta	0,00	1,88
Veneto	0,34	1,77
<b>ITALIA</b>	<b>0,49</b>	<b>2,73</b>

zia Giulia, Liguria, Lombardia, Marche, Piemonte, Puglia, Sardegna, Sicilia, Toscana, Veneto.

Si ritiene che la prevalenza dei soggetti che necessitano di inserimento in REMS possa essere sovrapponibile alle presenze in OPG nel 2008, ovvero ben cinque anni dopo la sentenza che aboliva l'automatismo tra pericolosità sociale e internamento in OPG, come si evince dalla tabella 2, estratta dalla deliberazione della Regione Lombardia sul processo di superamento degli OPG. In tale tabella viene riportato il quoziente di internati per 100.000 abitanti di età maggiore ai 18 anni in ciascuna Regione. È evidente che con un quoziente tendente al  $3 \times 100.000$  residenti di età maggiore a 18 anni per ciascuna Regione, si può definire il fabbisogno di posti in REMS o quanto meno confrontarlo con quanto sta avvenendo nelle realizzazioni di tali strutture sul territorio nazionale.

4. *Definizione e monitoraggio di percorsi di cura territoriali per i pazienti autori di reato e sottoposti a misure di sicurezza per pazienti con pericolosità sociale "attenuata".*

La misura di sicurezza dovrebbe essere intesa come percorso di cura vincolato che può iniziare in carcere, proseguire nelle REMS e/o nelle strutture territoriali accreditate per la Salute Mentale. Attraverso il lavoro del Coordinamento regionale per il monitoraggio e la realizzazione dei percorsi di cura/misure di sicurezza, si deve riuscire a governare il processo evitando di inserire impropriamente nei circuiti sanitari persone con pericolosità sociale non derivante da malattia mentale e, viceversa, evitare di lasciare in condizioni di detenzione persone con malattia mentale.

I pazienti con necessità assistenziali psichiatriche devono essere presi in carico dai Dipartimenti di Salute Mentale dell'ASL di riferimento e inseriti in percorsi terapeutico-riabilitativi di tipo ambulatoriale, semiresidenziale o residenziale con provvedimenti di libertà vigilata o arresti domiciliari il prima possibile e possibilmente senza passare nelle REMS. La presa in carico del paziente da parte del DSM territoriale prevede il suo inserimento nei percorsi clinici ambulatoriali, semiresidenziali, residenziali, come per i pazienti non autori di reato. La differenza sostanziale sono i vincoli di cura erogati dall'Autorità Giudiziaria e nel cui rispetto sono coinvolti gli operatori del DSM o delle strutture comunitarie accreditate in cui i DSM inseriscono i pazienti. L'accesso alle strutture residenziali è vincolato al progetto formulato dal DSM del-

l'ASL di riferimento che si assume l'onere economico del percorso. Il paziente con pericolosità sociale attenuata che può essere inserito nelle strutture territoriali ha sostanzialmente delle limitazioni imposte dall'Autorità Giudiziaria, determinate dal provvedimento di libertà vigilata che viene adottato. Al fine di favorire tali percorsi è necessario potenziare i DSM attraverso una maggiore disponibilità di fondi proporzionale ai percorsi che storicamente vengono attuati in collaborazione con l'Autorità Giudiziaria. Inoltre, è opportuno sviluppare una cultura diffusa di questi percorsi sanitari, in accordo con la Magistratura, in modo da poter conciliare le esigenze sanitarie con quelle relative all'esecuzione della misura di sicurezza. È necessario declinare per ogni singolo paziente come garantire la sua collaborazione e quali provvedimenti adottare in caso di non aderenza al progetto concordato. Solitamente l'aderenza al progetto è un ottimo indice di non reiterazione dei comportamenti delittuosi, nelle persone con patologia mentale. Definire quindi le competenze e le azioni da intraprendere migliora la collaborazione del paziente e la distribuzione della responsabilità in riferimento alla posizione di garanzia che il personale sanitario ha nei confronti del soggetto infermo.

5. *Formazione degli operatori coinvolti nei percorsi di esecuzione delle misure di sicurezza.*

È necessario prevedere e predisporre un piano per la formazione del personale mirato ad acquisire e a mantenere competenze cliniche, medico-legali e giuridiche, con particolare attenzione ai rapporti con la Magistratura di sorveglianza, per la gestione dei soggetti affetti da disturbo mentale autori di reato. A questo proposito è utile confrontarsi anche con le altre Regioni per la predisposizione dei protocolli di cura e di sicurezza, sia delle REMS che per i percorsi territoriali che dovranno successivamente essere divulgati agli operatori delle ASL interessati alla loro applicazione. Si devono prevedere livelli di formazione differenti per gli operatori dei DSM delle ASL, per quelli che operano all'interno degli Istituti di pena e per coloro che lavorano all'interno delle REMS. I percorsi formativi devono prevedere la collaborazione di docenti degli Enti dei Ministeri della Giustizia, dell'Istruzione e dell'Università e comprendere gli aspetti etici degli organismi che si occupano della garanzia dei detenuti e dei loro diritti. Dovrebbero comprendere sia specifici livelli di partecipazione e addestramento in funzione del coinvolgimento degli operatori nei percorsi



di cura, sia considerare la composizione multiprofessionale delle équipes dei DSM e delle strutture residenziali accreditate, composte da: Dirigenti Medici Psichiatri e Psicologi, Assistenti Sociali, Tecnici della Riabilitazione Psichiatrica, Educatori Professionali, Collaboratori Professionali Sanitari Infermieri e Infermieri Esperti, Operatori Socio Sanitari e Operatori Tecnici dell'Assistenza. Gli argomenti su cui formare gli operatori, analizzando anche i progetti formativi delle altre regioni sono, ad esempio:

- 1) percorsi e strumenti utilizzati per il superamento degli OPG e delle CCC in Italia;
- 2) Ordinamento penitenziario e peculiarità della medicina in ambito penitenziario;
- 3) Infermità di mente, imputabilità e pericolosità sociale;
- 4) Psicopatologia e criminalità;
- 5) Rischio comportamenti suicidari, prevenzione in ambito penitenziario e nei luoghi di cura;
- 6) Responsabilità professionale e posizione di garanzia;
- 7) Consenso alle cure e trattamenti senza consenso;
- 8) Gli operatori dei DDSSMM nella gestione del malato di mente autore di reato;
- 9) Il ruolo degli operatori nelle REMS;
- 10) Il ruolo degli operatori della salute mentale all'interno degli Istituti di pena.

La SIP da sempre attenta alla diffusione della cultura scientifica e organizzativa ha realizzato a livello regionale, in maniera diffusa, incontri di formazione e confronto per i soci e per gli operatori della salute mentale, sovente in collaborazione con la Magistratura, il DAP e gli altri Enti interessati nella gestione del percorso di superamento degli OPG.

### **Considerazioni conclusive.**

Dall'indagine effettuata nel 2013 presso le Sezioni Regionali della SIP è emerso che il Processo di Superamento degli OPG si sta realizzando senza il contributo tecnico della SIP a cui appartengono la maggioranza degli psichiatri italiani, tra cui molti direttori di Dipartimento o di Struttura Complessa delle ASL. La preoccupazione degli psichiatri è che decisioni corrette e condivisibili vengano attuate con modalità non sufficientemente ponderate sull'effetto che avranno sulle persone malate di mente e sulle loro famiglie. Ad esempio il progetto delle strutture REMS alternative all'OPG non potrà essere realizzato prima del 2015, mentre

la data di superamento della funzione degli stessi OPG è stabilita «*ope legis*» il 31-3-2014. Questo non vuole dire che si debba per forza continuare a mantenere attivi tutti gli OPG ma prevedere la possibilità di una fase transitoria di chiusura progressiva, che coinvolga ad esempio l'OPG di Castiglione delle Stiviere (MN). L'OPG mantovano è l'unico completamente sanitario gestito dall'Azienda Ospedaliera Carlo Poma, ove insiste anche l'unica sezione femminile italiana. Avrebbe le caratteristiche adatte a svolgere un ruolo di transizione a livello nazionale, dalla custodia effettuata dalla polizia penitenziaria alla cura svolta dalle ASL, almeno per quei pazienti non imputabili e con una pericolosità sociale detentiva, che non possono essere curati negli Istituti di pena ma non sono nemmeno trattabili nelle comunità ordinarie.

L'altra azione programmatica da privilegiare è quella del potenziamento dei DSM sia a livello territoriale sia a livello degli Istituti di pena. È urgente realizzare le sezioni di osservazione psichiatrica in almeno un Istituto di pena per ciascuna Regione. Queste sezioni possono svolgere un utile ruolo di cura nella fase della cognizione del malato di mente autore di reato, prima del suo inserimento nelle strutture territoriali. Si può programmare ivi la permanenza in carcere nella fase di esecuzione della pena dei pazienti con vizio parziale di mente e pericolosità sociale detentiva, che hanno dimostrato di non voler collaborare alle cure proposte dai DSM né in carcere né esternamente. Attraverso il potenziamento dell'intervento psichiatrico dei DSM negli Istituti di pena si potrà attivare precocemente il percorso diagnostico e terapeutico dei soggetti, differenziando coloro che sono malati e necessitano di cure da coloro che hanno comportamenti violenti non in relazione alla malattia mentale ed è meglio che vengano custoditi dalla polizia penitenziaria. Questo difficile lavoro diagnostico deve essere realizzato in collaborazione con l'Autorità Giudiziaria.

Si dovrebbe concordare un protocollo d'intesa con i Magistrati che vincoli il perito psichiatra, interpellato sul caso che suggerisce un percorso di pericolosità sociale attenuata, all'approvazione preventiva del progetto di cura da parte dell'ASL di provenienza dell'assistito, nell'articolazione specifica della competenza coinvolta: Ser.T, Distretto o DSM. Questa sarebbe una garanzia della realizzabilità di quanto disporrà il giudice e può evitare una parte dei disagi per l'esecuzione delle misure di sicurezza non detentive. Per quelle detentive, che dovrebbero divenire via via più rare e brevi, si potrebbero utilizzare temporaneamente le

sezioni per minorati psichici, qualora vengano realizzate diffusamente negli Istituti di pena delle Regioni e Province autonome.

In data 6 maggio 2013 la presidenza della SIP ha inviato una lettera ai Presidenti delle Regioni e delle Province Autonome nella quale ribadiva l'apprezzamento per il processo di superamento degli OPG purché venga realizzato non a scapito delle risorse dei DSM e, pertanto, venga potenziata l'assistenza psichiatrica con specifiche risorse umane ed economiche da destinare a questa nuova incombenza. Per il buon esito del processo di superamento in tutto il paese, la Società scientifica si è messa a disposizione del Ministero e delle Regioni per fornire il supporto tecnico psichiatrico necessario e si è inoltre impegnata a verificare l'impatto che avrà il processo di superamento sulle risorse dei DSM delle ASL italiane attraverso l'invio di specifici questionari ai Direttori di DSM e ai responsabili dei Centri di Salute Mentale.

La stessa dirigenza della SIP ha inviato una nota al Ministro della Salute, in data 6 giugno 2013, nella quale ha chiesto esplicitamente di essere interpellata dal punto di vista tecnico, qualora il Ministero debba nominare un commissario per le Regioni che non hanno presentato un progetto di superamento dell'OPG approvabile dallo stesso. Si è esplicitamente chiesto di non effettuare una scelta politico-ideologica che possa compromettere il livello tecnico organizzativo della salute mentale nelle Regioni. Le sezioni regionali della nostra società scientifica contengono psichiatri del Servizio sanitario nazionale e del mondo accademico di assoluta eccellenza che potrebbero fornire il loro contributo consulenziale. Ad esempio, dal punto di vista della programmazione sanitaria, si ritiene poco affidabile il contenuto del D.Lg.vo del 25 marzo 2013, che ha posticipato di un anno la data di chiusura degli OPG, senza collegarla alla realizzazione delle REMS e/o alla realizzazione delle sezioni psichiatriche negli Istituti di pena e non ha previsto un periodo di transizione, ben sapendo che la realizzazione delle REMS richiede tempi superiori all'anno.

Nella tabella 3 sono sintetizzate le regioni e le strutture previste con gli atti amministrativi pubblicati o in corso di pubblicazione per ciascun progetto di superamento noto alla SIP. È possibile che manchino alcune Regioni poiché non tutte le sezioni regionali della società collaborano con l'assessorato regionale alla salute. La tabella è stata approntata dal dr. Zanaldi in occasione del convegno regionale della Sezione Piemonte e Valle d'Aosta della SIP che si è svolto a Torino in data 3 luglio 2013.

Come Società scientifica siamo assolutamente favorevoli alla chiusura degli OPG purché accompagnata da un adeguato inve-

REGIONI	RESIDENZE ESECUZIONE MISURE DI SICUREZZA (REMS)			
	N. Strutture previste	intensità cura	n. p.l.	atto amministrativo
Piemonte	2	3 moduli per 20 p.l. maschili 1 modulo per 10 p.l. femminili	70	Progetto in attesa di approvazione Ministero
Liguria	1	10 p.l. alta intensità terapeutico riabilitativa 10 p.l. media intensità terapeutico riabilitativa	70	Deliberazione N. 364 del 28-3-2013
Lombardia	12	2 da 20 p.l. a Mariano Comense 2 da 20 p.l. a Leno 2 da 20 p.l. a Limbiate 6 da 20 p.l. a Castiglione delle Stiviere	240	Deliberazione N. X122 del 14-5-2013
Friuli Venezia Giulia		10 p.l. distribuiti in strutture residenziali già esistenti	10	
Emilia Romagna	2	Oltre alle due nuove strutture esistono Casa Zacchera e Arcipelago già utilizzati per la libertà vigilata	40	
Marche	1	Fossombrone (PU)	20	
Lazio	5	4 strutture per 20 p.l. maschili 1 struttura per 20 p.l. femminili	100	Decreto Lazio N. U00096 del 9-4-2013
Toscana	5	2 moduli da 14 p.l. alta intensità terapeutico riabilitativa 4 strutture 10 p.l. bassa intensità riabilitativa	100	Decreto Lazio N. U00096 del 9-4-2013
Puglia	1	Ospedale di Mottola (TA)	40	
Sardegna	1	Problema di bonifica da amianto	20	
Sicilia	4	20 p.l. per Corte d'Appello: Palermo, Trapani, Agrigento, Caltanissetta	20	

Tabella 3

stimento scientifico ed economico sui percorsi di cura alternativi, che non deve essere limitato alla creazione delle strutture previste dalla normativa ma principalmente deve costituire l'incremento dell'investimento sui DSM delle ASL, affinché possano attrezzarsi a realizzare dei percorsi di cura adeguati dentro e fuori gli Istituti di pena. Chiediamo infine di essere coinvolti come tecnici della Salute Mentale nella programmazione dei percorsi di cura e nelle scelte strategiche di politica sanitaria che coinvolgono la nostra materia. Il ruolo delle società scientifiche è quello di supportare le innovazioni organizzative e quindi anche di fornire il contributo tecnico a chi deve allocare le risorse. Interessante a questo proposito pare la situazione della Regione Veneto che, nonostante la richiesta esplicita di commissariamento per l'identificazione dei

siti delle REMS, ha pubblicato una DGR per l'utilizzo delle risorse in conto capitale CIPE che prevede l'assunzione di personale (medici e infermieri): nei DSM in cui insisteranno strutture ex art. 3 ter legge 9/2012; nei DSM in cui insisteranno strutture intermedie per pazienti psichiatrici autori di reato; nei DSM con istituto penitenziario nel territorio con mandato di lavorare a progetti provinciali; nei DSM restanti per favorire il collocamento nel territorio dei pazienti psichiatrici autori di reato. Tali assunzioni dovrebbero essere programmate dalle Aziende Sanitarie con specifici progetti che verranno finanziati con l'autorizzazione del segretario regionale della Sanità, dopo l'approvazione di una specifica commissione per la valutazione dei programmi delle USSL (DGR n 565 del 3.05.2013). È evidente che una modalità condivisa a livello territoriale di allocazione delle risorse dovrebbe incontrare il favore dei tecnici delle USSL, nonostante l'Amministrazione regionale non abbia ancora previsto i siti in cui realizzare le REMS ed i relativi posti letto. La sezione regionale SIP veneta potrebbe partecipare alla commissione di valutazione tecnica per l'approvazione del finanziamento dei progetti di assunzione nei DSM delle USSL.

In ultimo riteniamo di dover sottolineare ancora una volta la necessità della collaborazione con la Magistratura a livello locale per poter escludere la possibilità delle situazioni di sovraffollamento nelle REMS tipiche del regime detentivo che contrasterebbero con la possibilità di attuare una buona pratica sanitaria nell'ambito dei percorsi di cura, in cui il rapporto tra utenti e operatori deve essere considerato vincolante la funzione terapeutica.

***Abstract** – Il processo di superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG) è un'azione doverosa sia per il significato di civiltà che la connota sia perché è stata richiesta sin dalla chiusura dei manicomi (Leggi 180 e 833 del 1978) e con il definitivo affermarsi dell'assistenza psichiatrica territoriale (DPR del 1994 e del 1999, denominati «Progetto Obiettivo Tutela della Salute Mentale 1994/97 e 1998/2000»). Tuttavia il percorso di superamento degli OPG non ha previsto la revisione del codice penale sull'applicazione delle misure di sicurezza che rimangono di competenza della Autorità Giudiziaria sebbene debbano essere eseguite dal personale sanitario, con le difficoltà e le incongruenze di questa doppia competenza. Le problematiche da affrontare urgentemente sono l'individuazione di soluzioni transitorie concrete che prevedano il potenziamento della salute mentale nelle carceri e la realizzazione in tutte le*

*regioni delle sezioni psichiatriche di osservazione; il finanziamento del recupero dei pazienti dimissibili dagli OPG in modo che non avvenga a scapito delle persone malate di mente che non hanno commesso reati. Bisogna esplicitare che gli OPG non potranno tutti chiudere al 1° aprile 2014 e distinguere l'OPG di Castiglione delle Stiviere che dovrebbe essere chiuso solo quando saranno realizzate e funzionanti le Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza (REMS) in una buona parte delle regioni. È necessario con la chiusura degli OPG potenziare l'attività dei DSM per favorire il più possibile i percorsi territoriali per i malati di mente autori di reato non a scapito della rimanente utenza.*

### **Autori**

ENRICO ZANALDA, Direttore Dipartimento Funzionale Salute Mentale, ASL TO3, Consulente Ufficio Salute Mentale, Assessorato alla Salute, Regione Piemonte, Segretario Società Italiana di Psichiatria. Enrico.zanalda@gmail.com

CLAUDIO MENCACCI, Direttore del Dipartimento di Neuroscienze A.O. Fatebenefratelli – Milano. Presidente Società Italiana di Psichiatria

### **Bibliografia e normativa citata**

Sentenza Corte Costituzionale n. 253, 2-18-7-2003.

Sentenza Suprema Corte di Cassazione, Sezioni Penali Unite n. 9163 8-3-2005.

FORNARI U., *Trattato di Psichiatria Forense*, UTET, Torino, 2008.

LORETTU L., *Le reazioni emotive al paziente violento: implicazioni diagnostiche e terapeutiche*, Centro Scientifico Editore, Torino, 2001.

Regione Lombardia, DGR n X122 del 14-5-2013.

D. Lgs. 22-6-1999, n. 230 Riordino della Medicina Penitenziaria.

L. 244/2007 (finanziaria).

DPCM 1-4-2008.

L. n. 9/2012.

Decreto Ministero Salute 28-12-2012.

Deliberazione CIPE 21-12-2012.

D. Lgs. 25-3-2013, n. 24.

Report Sezioni regionali SIP sul Processo di Superamento OPG, 2013 on line sito SIP.

D. Lgs. 28-8-1997, n. 281.

- Regione Liguria, DGR n. 364 del 28-3-2013.
- Regione Lazio, Decreto U 00096 del 9-4-2013.
- Regione Veneto, DGR n. 565 del 3-5-2013.
- FIORITTI A. ET AL., *I percorsi assistenziali del paziente reo: il punto di osservazione dell'ospedale psichiatrico giudiziario. Psichiatria e carcere*, Noos, 1/2006.
- RIVELLINI G., SCHIAVON M., *Codice Penale e Misure di Sicurezza*, in *Psichiatria Forense, Criminologia ed Etica Psichiatrica*, a cura di VOLTERRA, V. MASSON, Milano, 2006.
- ZANALDA E., *L'organizzazione regionale in Piemonte*. in *Percorsi Clinici e Discipline Forensi. Incontri tra interventi sanitari e prescrizioni giuridiche*, a cura di FORNARI U. ET AL.; Centro Scientifico Editore, Torino, 2005.
- NIVOLI G., *Il perito e il consulente di parte in psichiatria forense*, Centro Scientifico Editore, Torino, 2005.
- FERRACUTI S., LAGAZZI M., *Psichiatria Forense Applicata*, Edi Hermes, Milano, 2010.