

## NOTA IN MERITO ALLA CHIUSURA DEGLI OSPEDALI PSICHIATRICI GIUDIZIARI

### LE MISURE DI SICUREZZA OGGI

La legge 9/2012, come modificata dal Decreto-Legge 25 marzo 2013, n. 24, sancisce che "Dal 1° aprile 2014 gli ospedali psichiatrici giudiziari sono chiusi e le misure di sicurezza del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario e dell'assegnazione a casa di cura e custodia sono eseguite esclusivamente all'interno delle strutture sanitarie appositamente istituite" (residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza - di seguito REMS).

Come è noto **la legge non abroga il concetto di incapacità di intendere e di volere, e di pericolosità sociale: si limita a sancire che l'esecuzione delle misure di sicurezza deve avvenire in strutture sanitarie, per le quali viene previsto un percorso di definizione dei requisiti.**

**La misura di sicurezza viene irrogata dal Magistrato di cognizione**, che, sulla base delle risultanze di una perizia, sancisce che la persona

1. al momento in cui ha commesso il fatto-reato, era incapace (totalmente o parzialmente) di intendere e di volere
2. è da considerarsi socialmente pericolosa.

Nella fase di giudizio l'eventuale misura di sicurezza applicata è sostenuta da un giudizio di pericolosità sociale connesso ad una iniziale "presunzione" di diminuzione della capacità di intendere e volere. La misura di sicurezza è di tipo "provvisorio" in quanto la sua applicazione, e la corrispettiva revoca, è subordinata alla successiva fase di accertamento della effettiva pericolosità sociale. In tale **fase il compito di valutazione della pericolosità sociale è ordinariamente attribuito al Consulente Tecnico d'Ufficio, individuato dal Giudice competente.** Il consulente dovrebbe porsi come cerniera tra il Magistrato e i servizi sanitari, in modo da predisporre adeguati programmi di trattamento. Protocolli di intesa tra il Tribunale, la Procura e l'ASL di ciascun territorio sono auspicabili nel rispetto delle reciproche possibilità e organizzazioni.

**Le misure di sicurezza definitive ricadono nelle competenze del Magistrato di Sorveglianza dove ha sede attualmente l'OPG.** Per tali misure (Casa di Cura e Custodia, se non associata a detenzione da scontare, ed Ospedale Psichiatrico Giudiziario) si possono descrivere una serie di percorsi che si sintetizzano brevemente nelle seguenti fasi:

1. Accertamento dell'eseguibilità della misura di sicurezza (art. 679 del CPP): successivamente alla sentenza che applica la misura di sicurezza detentiva il Magistrato di Sorveglianza deve rendere eseguibile la misura ed in tale fase può essere proposto un progetto di presa in carico e di accoglienza nella rete dei Servizi;
2. Esecuzione della misura di sicurezza: nel corso della misura stessa può essere definito in anticipo alla scadenza fissata eventualmente in sentenza (2,5,10 anni) un programma di presa in carico e di accoglienza. La revoca della misura può essere anche sostituita da una trasformazione in libertà vigilata;

3. Licenza Finale Esperimento: concessa dal Magistrato negli ultimi 6 mesi della misura di sicurezza, è attualmente la forma di dimissione più seguita. Si realizza con prescrizioni che il Magistrato applica al programma di adesione al trattamento di cura ed alla soluzione residenziale o domiciliare individuata dal Servizio sanitario competente..

**E' chiaro che tutte queste possibili relazioni tra servizio sanitario e magistratura sono negoziali.** La disponibilità dei servizi sanitari a predisporre un programma individualizzato è condizione necessaria ma non sufficiente: **il Magistrato decide in autonomia, sia nel merito del provvedimento, sia sull'opportunità di addivenire a intese e procedure condivise con le ASL o con le Regioni.**

E' opinione di molti professionisti del settore (a partire dalla Società italiana di psichiatria e dalla Società italiana di criminologia) che **il concetto di pericolosità sociale sia ampiamente superato.** Queste società sostengono che la vera premessa per il superamento dell'OPG (e delle CCC) sia l'abolizione delle misure di sicurezza psichiatriche e la cancellazione della sociale pericolosità psichiatrica.

**Chiudere gli OPG e non chiudere il rubinetto che li ha alimentati in tutti questi anni (la pericolosità sociale) certamente migliora in maniera sostanziale l'assistenza sanitaria a questi pazienti, ma lascia immutato il problema nella sua radice.**

## **LA SITUAZIONE ATTUALE**

Attualmente sono attivi sul territorio nazionale 6 OPG, situati rispettivamente in Lombardia (anche per Val d'Aosta e Piemonte), Emilia-Romagna (anche per PPAA Trento e Bolzano, Friuli-Venezia Giulia, Veneto, Marche), Toscana (anche per Sardegna, Liguria, Umbria), Campania (2 strutture, anche per Lazio, Abruzzo, Molise), Sicilia (anche per Puglia, Basilicata, Calabria).

La legge 9/2012, come modificata dal Decreto-Legge 25 marzo 2013, n. 24, sancisce che "Dal 1° aprile 2014 gli ospedali psichiatrici giudiziari sono chiusi e le misure di sicurezza del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario e dell'assegnazione a casa di cura e custodia sono eseguite esclusivamente all'interno delle strutture sanitarie appositamente istituite (residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza - di seguito **REMS**).

Deve quindi essere chiaro che **la creazione di queste strutture è prevista per legge, e che la stessa legge prevede che in esse vengano eseguite le misure di sicurezza.**

Le Regioni e PPAA erano tenute a presentare AL Ministero della salute un **programma complessivo per la realizzazione delle REMS e per l'implementazione di percorsi riabilitativi e di alternativa agli OPG e alle stesse REMS, entro maggio 2013. Il programma è stato presentato da tutte le Regioni.** Per alcune Regioni il programma è stato approvato formalmente (le prime hanno ricevuto il decreto di approvazione a fine novembre 2013); per altre sono stati richiesti chiarimenti e l'approvazione è giunta più tardivamente. Per le Regioni Veneto e Friuli-Venezia Giulia è in corso una riformulazione del progetto. Va sottolineato che, come previsto dalla legge, alcune Regioni di piccole dimensioni hanno definito accordi di programma con altre Regioni (Valle d'Aosta-Lombardia; Umbria-Toscana; Molise-Abruzzo).

La legge, come modificata nel marzo 2013, prevede il commissariamento della Regione che non presenti in tempo il programma, o che non rispetti il termine di completamento di detto programma.

La stessa legge 9 /2012e s.m. prevede che **in deroga alle disposizioni vigenti relative al contenimento della spesa di personale, le Regioni, previa valutazione e autorizzazione del Ministro della salute, 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.**

A fine ottobre 2013 il Ministero della Salute ha trasmesso alle Regioni le specifiche per la presentazione del sopraindicato programma di spesa corrente.

Ad oggi risulta che **13 Regioni (Marche, Emilia-Romagna, Veneto, Piemonte, Liguria, Toscana, Umbria, Abruzzo, Molise, Puglia, Sicilia, Lombardia, Lazio) hanno presentato il programma. Per due Regioni (Marche ed Emilia-Romagna) è in corso di formalizzazione il decreto di approvazione. Per le altre Regioni che hanno presentato il programma, il Ministero ha richiesto chiarimenti. Risulta comunque che anche altre Regioni (FVG, Lazio, Calabria, Basilicata) stanno completando il programma da inviare al Ministero.**

E' evidente che la chiusura degli OPG diverrà definitiva solo quando tutte le Regioni e P.A. abbiano pronta la struttura. **I tempi vanno quindi calcolati avendo a riferimento l'ultima Regione e non la prima.**

Va sottolineato che dal 2008, anno del passaggio di competenze della sanità penitenziaria dal Ministero della Giustizia al SSN, le Regioni assieme ai competenti Ministeri hanno intrapreso un percorso che ha consentito di implementare in modo sostanziale le dimissioni delle persone presenti in OPG. Si è infatti passati da 286 dimissioni nel 2008 a 418 nel 2012 (il dato non comprende Sardegna, PPAA Trento e Bolzano, Valle d'Aosta, Friuli-Venezia Giulia). Tale processo potrà essere opportunamente implementato attraverso il riparto delle risorse di spesa corrente, che prevedono la deroga alle disposizioni di contenimento della spesa del personale.

Va anche ricordato che **le previsioni della legge 9/2012 riguardano solamente le persone cui si applica la misura di sicurezza detentiva in OPG. Tale tipologia rappresenta la maggioranza ma non la totalità delle persone oggi presenti in OPG; le altre tipologie (semiinfermi di mente, persone con infermità mentale sopravvenuta in carcere) dovrebbero fin da ora trovare assistenza nel circuito penitenziario ordinario. Molte Regioni hanno già avviato progettualità in questo senso.**

## **I PROGRAMMI PRESENTATI DALLE REGIONI**

Come previsto dalla Legge 9/2012 e successive modificazioni, tutte le Regioni hanno presentato i programmi per il superamento OPG. Secondo le indicazioni del Ministero della salute, il programma deve contenere la descrizione degli interventi progettuali per le strutture da realizzare, nel rispetto dei requisiti fissati dal Decreto del Ministero della salute. Inoltre deve contenere una valutazione sulle risorse umane necessarie e sulla modalità di reperimento di tali risorse. Il programma deve altresì comprendere idonei indicatori sia per quanto concerne l'aspetto strutturale, sia per l'attivazione e la conduzione dei programmi terapeutico-riabilitativi.

**Tutte le Regioni hanno presentato progetti che, accanto all'aspetto strutturale, prevedevano modalità per l'attivazione dei progetti terapeutico-riabilitativi individuali e per favorire l'esecuzione di misure di sicurezza alternative.** Alcune Regioni di piccole dimensioni hanno definito accordi di programma con altre Regioni (Valle d'Aosta-Lombardia; Umbria-Toscana; Molise-Abruzzo) per l'ospitalità dei propri residenti nelle strutture della Regione di dimensioni maggiori. In ogni caso i programmi prevedono che il reinserimento sia effettuato presso la Regione di residenza.

Le PPAA di Trento e Bolzano non sono destinatarie del finanziamento.

In allegato la tabella 1 riassuntiva della progettazione presentata (fonte: Ministero della salute – modificata sulla base di ulteriori informazioni fornite dalle Regioni).

Sulla base delle ulteriori informazioni fornite dalle Regioni, **il n. di posti destinati a REMS è di 910** ( e non 990 come riportato nella relazione del Ministero della salute).

A integrazione, si elencano i **progetti di investimento di 9 Regioni, ulteriori rispetto alle REMS, a valere sul medesimo finanziamento:**

Regione Liguria: oltre alla realizzazione della REMS, prevede un potenziamento delle strutture dei Dipartimenti salute mentale per l'attuazione dei programmi terapeutico-riabilitativi individuali

Regione Friuli-Venezia Giulia: ha rimodulato il progetto, suddividendo i posti REMS su tre strutture, e prevede inoltre il potenziamento di altre strutture per l'attuazione dei programmi terapeutico-riabilitativi individuali.

Regione Emilia-Romagna: oltre alla realizzazione della REMS, prevede un potenziamento delle strutture dei Dipartimenti salute mentale per l'attuazione dei programmi terapeutico-riabilitativi individuali

Regione Toscana: prevede la realizzazione di una REMS e il potenziamento di quattro residenze psichiatriche per l'attuazione dei programmi terapeutico-riabilitativi individuali

Regione Lazio: oltre alla realizzazione delle REMS, prevede la ristrutturazione di un edificio da destinare ad attività riabilitative e a percorsi di integrazione ed inclusione sociale.

Regione Puglia: oltre alla realizzazione della REMS, prevede un potenziamento delle strutture dei Dipartimenti salute mentale e di alcune strutture semiresidenziali e residenziali per l'attuazione dei programmi terapeutico-riabilitativi individuali

Regione Calabria: prevede la realizzazione di una REMS e di una residenza psichiatrica per l'attuazione dei programmi terapeutico-riabilitativi individuali

Regione Basilicata: oltre alla realizzazione della REMS, prevede la attivazione di un centro diurno.

Regione Sicilia: oltre alla realizzazione della REMS, prevede un potenziamento delle strutture dei Dipartimenti salute mentale.

## **I DATI SULLE PRESENZE E I FLUSSI**

In allegato un report dettagliato sulle presenze in OPG al 31 dicembre 2013.

La prima parte riguarda i dati forniti dal Dipartimento amministrazione penitenziaria, che conteggia tutte le presenze (detenuti e internati in misura di sicurezza definitiva o provvisoria).

La seconda parte, i cui dati sono a cura delle Regioni sede di OPG attraverso le Direzioni sanitarie degli Istituti, riguardano solo le persone cui si applicheranno le previsioni della legge 9/2012 (internati in misura di sicurezza definitiva o provvisoria). Non sono quindi conteggiati i detenuti presenti in OPG. E' inoltre riportata una analisi dei flussi in entrata e in uscita.

Per quanto riguarda le presenze in OPG, dal 2010 ad oggi si è assistito ad un calo di un terzo. Questo dato è da mettere in relazione con un incremento nelle dimissioni. Si rileva infatti come il flusso in ingresso non si modifichi sostanzialmente.

## **PROPOSTE**

Come è noto, le Regioni hanno chiesto di prorogare i termini per la chiusura degli OPG, oggi prevista per il 1 aprile 2014, al 1 aprile 2017, in ragione dei tempi necessari all'affidamento e all'espletamento dei lavori per la costruzione delle REMS.

La richiesta di proroga va accompagnata ad impegni che devono essere assunti da tutti gli attori coinvolti (Regioni, Ministeri della Salute e della Giustizia, Magistratura giudicante e di sorveglianza). Come è noto

infatti, l'accesso e le dimissioni dalle future REMS restano in capo a decisioni della Magistratura e a procedure avviate dal Dipartimento dell'Amministrazione penitenziaria.

Il percorso va pertanto accompagnato da una cabina di regia politica, che effettui un puntuale monitoraggio dei processi messi in atto da tutti gli attori coinvolti.

Uno strumento particolarmente utile alle Regioni, per completare in tempo la costruzione o la ristrutturazione di edifici da destinare a REMS, sarebbe rappresentato dalla possibilità di deroghe alla normativa sugli appalti. Una possibilità potrebbe essere rappresentata dall'attribuzione ai Presidenti delle Regioni di poteri commissariali in analogia a quanto si verifica in occasione di eventi emergenziali (es. terremoto).