



SOCIETÀ ITALIANA DI PSICHIATRIA
Affiliated to World Psychiatric Association

VI Conferenza Sezioni Regionali SIP
RIMINI - 18 novembre 2014
Savoia Hotel RIMINI

Seminario Situazione Superamento OPG

“Principi condivisi con realizzazione incerta”

Enrico Zanalda

Direttore Dipartimento Funzionale Salute Mentale, ASL TO3

Segretario 2013/2015 Società Italiana di Psichiatria (SIP)



SOCIETÀ ITALIANA DI PSICHIATRIA
Affiliated to World Psychiatric Association

Dal report sezioni regionali difficoltà nel recuperare i pazienti ancora presenti:

- a) una parte pazienti non presenta prevalenti necessità assistenziali psichiatriche;
- b) cogenti limiti economici dei DSM delle ASL;
- c) pazienti vengono considerati clinicamente “indimissibili” per il loro comportamento antisociale.

Decreto Legge n. 81/2014

Proroga dal 1° aprile 2014 al 31 marzo 2015 il termine per il definitivo superamento degli OPG e della conseguente entrata in funzione delle REMS

applicazione, in via ordinaria, di una misura di sicurezza - anche provvisoria - diversa dal ricovero in OPG o in una casa di cura e custodia (sezioni costituite all'interno degli stessi OPG). Il ricovero in OPG è disposto solo nei casi in cui sono acquisiti elementi dai quali risulta che è la sola misura idonea ad assicurare cure adeguate ed a far fronte alla pericolosità sociale dell'infermo o seminfermo di mente

Impossibilità di disporre la custodia cautelare provvisoria in OPG dell'infermo e seminfermo di mente ex art. 312 e 313 c.p.p.; la misura ora prevista è il ricovero presso apposite strutture ospedaliere

Un maggiore rigore nell'accertamento della pericolosità sociale che giustifica il ricovero in OPG. Tale accertamento va effettuato solo in base alle qualità soggettive della persona e senza tener conto delle sue condizioni di vita individuali, familiari e sociali; non si può, inoltre, basare la pericolosità sociale sulla sola mancanza di programmi terapeutici individuali

corsi di formazione per gli operatori del settore, organizzati dalle Regioni, sulla progettazione e organizzazione di percorsi terapeutico-riabilitativi

possibilità per le Regioni, entro il 15 giugno 2014, di modificare i programmi presentati, e destinare parte delle risorse alla riqualificazione dei Dipartimenti di Salute Mentale, contenendo il numero complessivo di posti letto da realizzare nelle REMS

Individuazione dei percorsi/programmi terapeutico-riabilitativi individuali di dimissione di ciascuno dei ricoverati negli OPG e il loro invio al Ministero della Salute e competente autorità giudiziaria entro 45 giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione. I programmi individuali sono predisposti dalle Regioni, attraverso i Dipartimenti e i servizi di salute mentale delle proprie ASL, in accordo con gli OPG

Obbligo di documentare le ragioni che sostengano l'eccezionalità e la transitorietà della prosecuzione del ricovero in OPG per i pazienti per i quali l'autorità giudiziaria ritiene attuale la pericolosità sociale

Impossibilità del protrarsi, sia delle misure detentive, provvisorie o definitive, che dei ricoveri nelle REMS, per una durata superiore al tempo stabilito per la pena detentiva prevista per il reato commesso

Obbligo, per le regioni, di aggiornare i Ministeri della Salute e della Giustizia sul rispetto del termine 31 marzo 2015 per il superamento degli OPG, nonché la conferma dell'attribuzione di poteri sostitutivi al Governo qualora lo stato di realizzazione e riconversione delle REMS non garantisca il completamento del processo di superamento entro il termine stabilito

Insediamiento, presso il Ministero della Salute, entro trenta giorni, di un organismo di coordinamento per il superamento degli OPG

previsione di una relazione trimestrale alle Camere dei Ministri della salute e della giustizia sul processo di superamento degli OPG

Quantificazione in 4,38 mln per il 2014 e in 1,46 mln per il 2015 degli oneri derivanti dalla proroga annuale della chiusura degli OPG

Scadenze dal 01.06.2014 sino al 31.03.2015

10 giugno riunione GISM e GISPE avvenuta a Roma

15 giugno possibilità di rivedere programma REMS

30 giorni dopo DL 81 Istituzione coordinamento presso Ministero della Salute

45 giorni dopo DL 81 invio PTR Ministero e Autorità Giudiziaria

90 giorni dopo DL 81 relazione camere, aggiornata al 30.09.2014

180 giorni dopo DL 81 valutazione Regioni e relazione camere 31.12 2014

270 giorni dopo DL 81 relazione camere 31.03.2014

31 marzo 2015 chiusura OPG

ORGANISMO DI COORDINAMENTO

Presidente sottosegretario dott. Vito De Filippo

Ministero della Giustizia

Vice Ministro On. Enrico Costa

Capo di gabinetto o delegato

Capo dell'Ufficio Legislativo o delegato

Vice capo vicario DAP o delegato

Assessori alla Salute

Regione Emilia Romagna

Regione Liguria

Regione Puglia

Regione Sardegna

Regione Toscana

**Ufficio di Segreteria della Conferenza Permanente rapporti tra Stato e Regioni e
PPAA dott.ssa Laura Pellegrini**

Progetti terapeutici riabilitativi

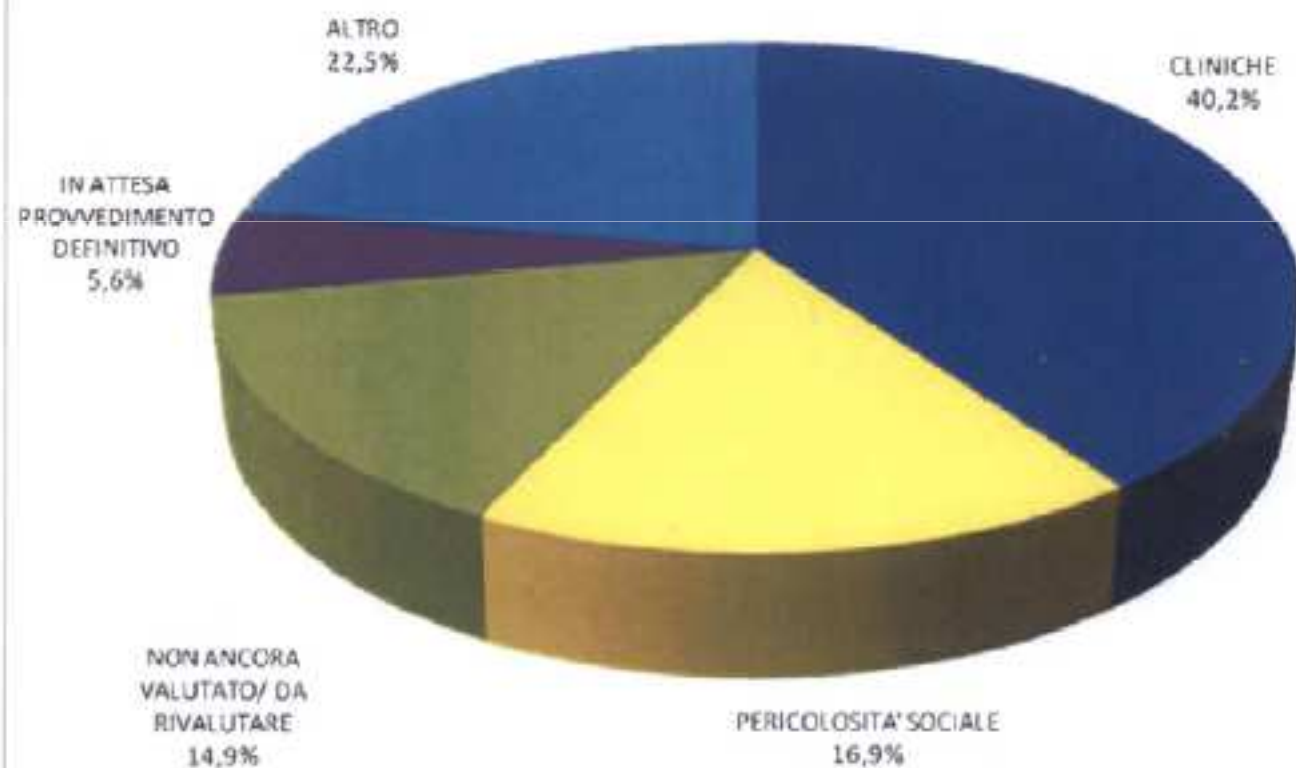
Nel periodo dal 01.06 al 09.09 2014 ingresso di 84 persone in OPG

Pervenuti i PTRI per 826 soggetti internati rispetto ai 847 presenti al 01.06.2014

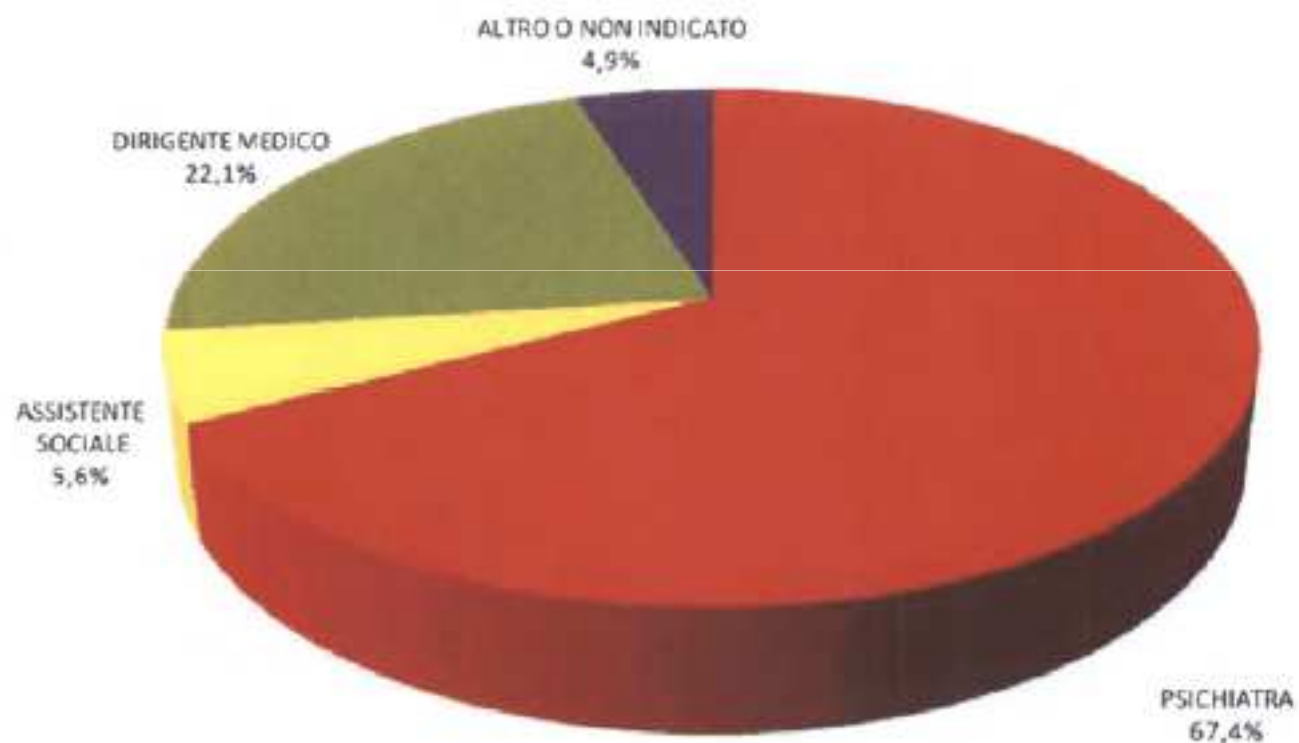
476 soggetti sono dichiarati dimissibili e per 404 di questi è previsto un percorso residenziale post dimissioni

La non dimissibilità è dovuta in gran parte a ragioni cliniche (40,2%)

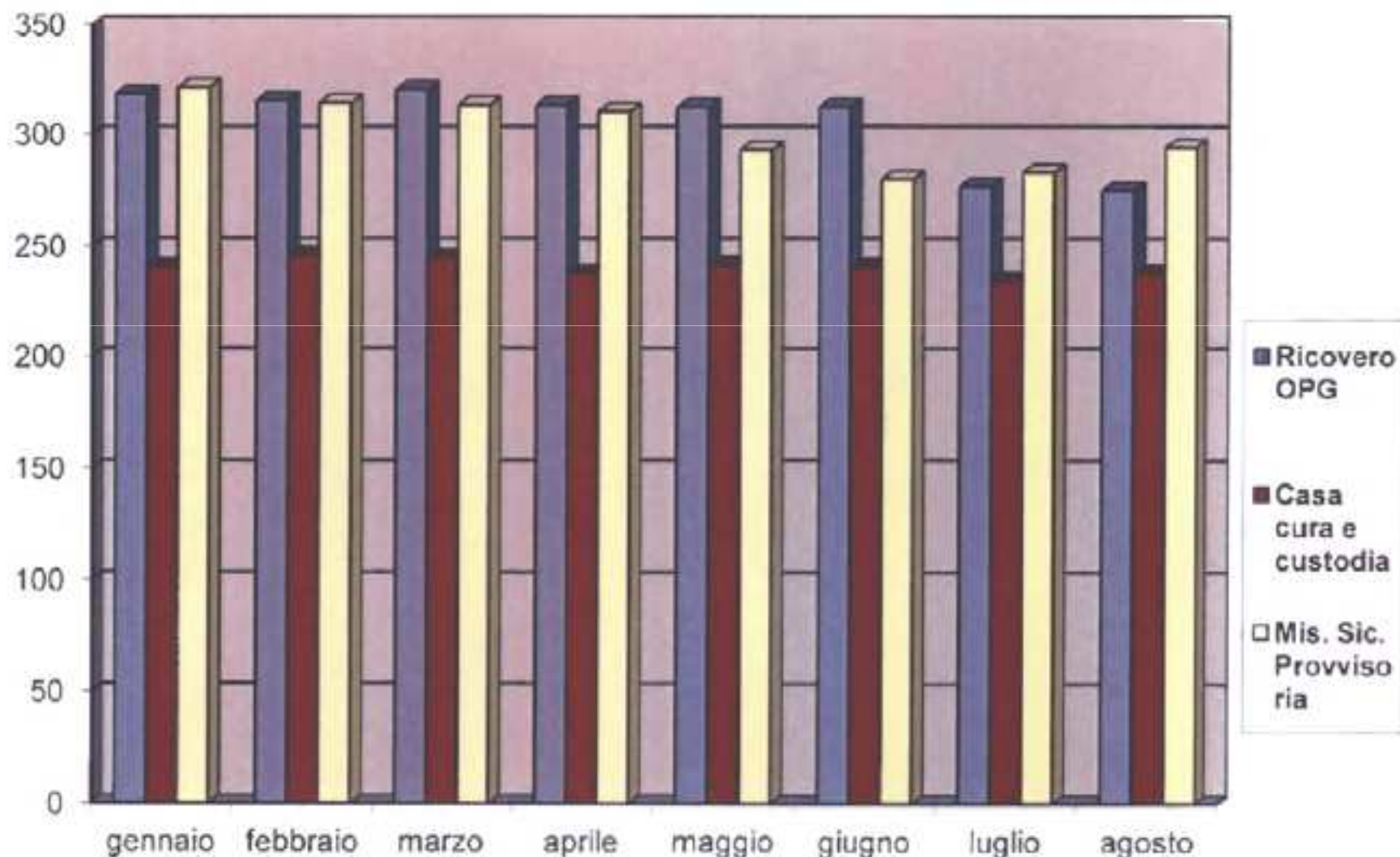
Graf.1 - Motivazioni della non dimissibilità dei pazienti



Graf.2 - Case manager per profilo professionale



INTERNATI PRESENTI NEGLI OPG IN APPLICAZIONE DELLA MISURA DI SICUREZZA DETENTIVA –
DEFINITIVA E/O PROVVISORIA – DEL RICOVERO IN OSPEDALE PSICHIATRICO GIUDIZIARIO E
DELL'ASSEGNAZIONE A CASA DI CURA E CUSTODIA - 31 GENNAIO – 31 AGOSTO ANNO 2014



Tab.1 - DISTRIBUZIONE DEI SOGGETTI PER SESSO

REGIONE			
	MASCHI	FEMMINE	TOTALI
PIEMONTE	55	4	59
LOMBARDIA *	146	22	168
PROV.AUTON.BOLZANO	1	1	2
VENETO	36	8	44
FRIULI VENEZIA GIULIA	9	2	11
LIGURIA	19	0	19
EMILIA ROMAGNA	31	4	35
TOSCANA	32	1	33
UMBRIA	5	3	8
MARCHE	12	0	12
LAZIO	95	10	105
ABRUZZO	14	1	15
CAMPANIA	113	5	118
PUGLIA	31	1	32
BASILICATA	5	0	5
CALABRIA	29	2	31
SICILIA	97	3	100
SARDEGNA	20	0	20
ITALIA	750	67	817

* per 9 soggetti non è stato rilevato il sesso. Il numero totale di soggetti rilevati è pari a $817+9=826$

Tab.2 - DISTRIBUZIONE DEI SOGGETTI PER OPG

OPG	dimissibile
A VERSA	119
BARCELLONA POZZO DI GOTTO	161
CASTIGLIONE DELLE STIVIERE	237
MONTELUPO FIORENTINO	80
NAPOLI	92
REGGIO EMILIA	99
NON INDICATO	38
ITALIA	826

Tab.3 - DISTRIBUZIONE DEI SOGGETTI SECONDO LA CONDIZIONE DI DIMISSIBILITA'

REGIONE			
	dimissibile	non dimissibile	non valutabile o non indicato
PIEMONTE	31	25	3
LOMBARDIA	74	78	25
PROV.AUTON.BOLZANO	1	1	0
VENETO	21	23	0
FRIULI VENEZIA GIULIA	8	0	3
LIGURIA	14	5	0
EMILIA ROMAGNA	23	11	1
TOSCANA	18	15	0
UMBRIA	2	6	0
MARCHE	3	9	0
LAZIO	46	58	1
ABRUZZO	12	3	0
CAMPANIA	81	34	3
PUGLIA	23	9	0
BASILICATA	2	3	0
CALABRIA	26	5	0
SICILIA	75	25	0
SARDEGNA	16	4	0
ITALIA	476	314	36

REGIONE	TIPOLOGIA PROGRAMMA TERAPEUTICO RIABILITATIVO			
	ambulatoriale	semiresidenziale	residenziale	altro o non indicato
PIEMONTE	3	0	28	0
LOMBARDIA	5	4	62	3
PROV.AUTON.BOLZANO	0	0	1	0
VENETO	1	1	16	3
FRIULI VENEZIA GIULIA	0	0	8	0
LIGURIA	0	0	14	0
EMILIA ROMAGNA	1	0	20	2
TOSCANA	1	0	16	1
UMBRIA	0	0	2	0
MARCHE	0	0	3	0
LAZIO	5	0	39	2
ABRUZZO	0	0	11	1
CAMPANIA	6	4	57	14
PUGLIA	0	1	22	0
BASILICATA	1	0	1	0
CALABRIA	1	1	24	0
SICILIA	4	4	66	1
SARDEGNA	0	1	14	1
ITALIA	28	16	404	28

	MODULI	STRUTTURE	n. p.l.	M.S.	MEF	Decreto
Piemonte	2	3 da 20 p.l. maschili - 1 da 10 p.l. femminili	70	x	x	x
Liguria	1	10 p.l. alta intensità - 10 p.l. media intensità	20	x	x	x
Lombardia + Valle d'Aosta	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			
Friuli Venezia Giulia	1	10 p.l. distribuiti in strutture residenziali già esistenti	10	x	x	
Emilia Romagna	2	Oltre alle due nuove strutture esistono Casa Zacchera e Arcipelago già utilizzati per la libertà vigilata	40	x	x	x
Marche	1	1 da 20 p.l. Fossombrone (PU)	20	x	x	x
Lazio	5	4 strutture per 20 p.l. maschili - 1 struttura per 20 p.l. femminili	95	x	x	
Toscana + Umbria	5	2 da 14 p.l. alta intensità - 4 da 10 p.l. bassa intensità	72	x	x	
Calabria	2	2 da 20 p.l. Complesso di Girifalco (CZ)	60	x	x	x
Puglia	1	1 da 18 p.l. ex PO Ceglie Messapica - 1 da 20 p.l. ex PO Motolla - 1 da 20 p.l. ex PO Torremaggiore	58			
Sardegna	1		40	x	x	x
Sicilia	4	20 p.l. per Corte d'Appello: Palermo, Trapani , Agrigento, Caltanissetta	80			
Abruzzo + Molise	1	1 modulo a Ripa Teatina (CH)	20			
Campania	8	1 da 20 pl maschili S. Nicola Baronìa - 1 da 20 pl maschili Arpaìse - 1 da 20 pl femminili Calvi Risolta - 1 da 20 pl maschili Francolise - 1 da 20 pl maschili Napoli - 1 da 20 pl maschili Acerra - 1 da 20 pl machili Cicciano - 1 da 20 pl maschili Capaccio	160	x	x	
Basilicata	1	1 da 5 p.l. Montemilone (PZ)	5			

Programmi regionali	Stima dei tempi di progettazione e di appaltabilità	STIMA DEI TEMPI DI REALIZZAZIONE
PIEMONTE	9 mesi	24 mesi
V. D'AOSTA	/	da 20 a 32 mesi
LOMBARDIA		
P.A. BOLZANO	Le risorse non vengono assegnate in applicazione delle disposizioni di cui all'articolo 2, comma 109, della legge 23 dicembre 2009, n. 191.	
P.A. TRENTO		
VENETO	procedura di commissariamento	
F. VENEZIA GIULIA	425gg	400gg
LIGURIA	90gg	610gg
E. ROMAGNA	12 mesi	17 mesi
TOSCANA	/	da 6 a 30 mesi
UMBRIA		
MARCHE	14 mesi	19 mesi
LAZIO	da 90 a 310gg	da 180 a 720gg
ABRUZZO	/	2 anni e nove mesi
MOLISE		
CAMPANIA	da 2 a 10 mesi	da 2 a 15 mesi
PUGLIA	da 180 a 270 gg	12 mesi
BASILICATA	6 mesi	6 mesi
CALABRIA	da 3 a 7 mesi	da 3 a 14 mesi
SICILIA	9 mesi	da 14 a 20 mesi
SARDEGNA	18 mesi	24 mesi



SOCIETÀ ITALIANA DI PSICHIATRIA
Affiliated to World Psychiatric Association

Conclusioni I

Modificazioni normative per *fase transitoria con ruolo delle sezioni di osservazione psichiatrica* e incremento dell'assistenza in carcere

Possibile permanenza in carcere *pazienti pericolosi socialmente che non collaborano alle cure* né in carcere né esternamente, la misura di sicurezza detentiva deve essere effettuata in luogo di detenzione.

Potenziamento intervento psichiatrico istituti di pena per attivare il percorso diagnostico e terapeutico, differenziando *malati* che necessitano di cure da *“delinquenti”* da custodire Polizia Penitenziaria.

Realizzare *protocollo d'intesa con Magistrati*. Vincolare il perito psichiatra concordare con ASL dell'assistito il PTRI.



Conclusioni II

Incrementare risorse e competenze operatori DSM nella gestione pazienti autori di reato con formazione specifica e assunzioni

Utilizzare fondi spesa corrente per percorsi di dimissione da OPG

Monitoraggio dei risultati dei percorsi e revisione insuccessi

Periodo transitorio pre REMS con OPG chiusi ma non superati

NO situazioni di sovraffollamento nelle REMS tipiche del regime detentivo e non dei percorsi sanitari.

Concordare protocolli di sicurezza REMS e percorsi alternativi

