

Struttura amministrativa competente:
Direzione Attuazione Programmazione
SanitariaPresidente
Vicepresidente
Assessori

		P	A
Luca	Zaia		
Marino	Zorzato		
Renato	Chisso		
Roberto	Ciambetti		
Luca	Coletto		
Maurizio	Conte		
Marialuisa	Coppola		
Elena	Donazzan		
Marino	Finozzi		
Massimo	Giorgetti		
Franco	Manzato		
Remo	Sernagiotto		
Daniele	Stival		

Segretario Mario Caramel

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE n. 3442 del 30 dicembre 2010

OGGETTO: DPCM 1° APRILE 2008 (“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”): sperimentazione di una struttura intermedia di accoglienza per pazienti psichiatrici autori di reato (DPCM 1° Aprile 2008, Allegato C).

NOTE PER LA TRASPARENZA:

Sperimentazione di una struttura intermedia di accoglienza per l’inserimento di pazienti psichiatrici attualmente internati negli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG) e dimissibili: richiesta alle Aziende ULSS interessate alla sperimentazione di presentare una proposta di progetto operativo entro la fine di dicembre p.v..

L’Assessore Luca Coletto riferisce quanto segue:

Il DPCM 1° Aprile 2008 prevede il trasferimento dall’Amministrazione Penitenziaria alle Regioni delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria”; il suddetto trasferimento interessa anche gli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG), come illustrato dalle “Linee di indirizzo per gli interventi negli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG) e nelle Case di Cura E Custodia” di cui all’Allegato C del DPCM 01/04/08 che prevede quanto segue:

“In una prima fase, a passaggio di competenze avvenuto, la responsabilità della gestione sanitaria degli OPG è assunta dalle regioni in cui gli stessi hanno sede”.

“Contestualmente i Dipartimenti di salute Mentale nel cui territorio di competenza insistono gli OPG, in collaborazione con l’equipe dell’Istituto, provvedono alla stesura di un programma operativo che prevede tra l’altro, dimettere gli internati che hanno concluso la misura della 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”.

“In una seconda fase, a distanza di un anno, si prevede una prima distribuzione degli attuali internati in modo che ogni OPG, senza modificarne in modo sostanziale la capienza e la consistenza, si configuri come la sede per ricoveri di internati delle regioni limitrofe o comunque vicino, in modo da stabilire immediatamente rapporti di collaborazione preliminari per ulteriori fasi di avvicinamento degli internati alle realtà geografiche di provenienza: in particolare, all’OPG di Reggio Emilia, gli internati delle regioni Veneto, Trentino Alto Adige e Friuli Venezia Giulia, e Marche, oltre che dall’Emilia Romagna”.

“Tra la regione titolare della competenza gestionale dell’OPG e le regioni limitrofe e/o vicine devono essere predisposti programmi di cura, di riabilitazione e di recupero sociale di ciascuno degli internati prevedono rapporti tra i diversi servizi sociali e sanitari utili e necessari per realizzare il programma di ulteriore decentramento nelle Regioni di provenienza”.

“La terza fase, a distanza di due anni, si provvede alla restituzione ad ogni regione italiana della quota di internati in OPG di provenienza dai propri territori e dell’assunzione della responsabilità per la presa in

carico, attraverso programmi terapeutici e riabilitativi da attuarsi all'interno della struttura, anche in preparazione alla dimissione e all'inserimento nel contesto sociale di appartenenza".

"Le soluzioni possibili, compatibilmente con le risorse finanziarie, vanno dalle strutture OPG che richiedono la vigilanza esterna a strutture di accoglienza e all'affido ai servizi psichiatrici e sociali territoriali, sempre e comunque sotto la responsabilità assistenziale del Dipartimento di salute mentale dell'Azienda sanitaria dove la struttura e il servizio è ubicato".

L'Accordo Stato-Regioni approvato il 17 novembre 2009, concernente la definizione di specifiche aree di collaborazione e indirizzi di carattere prioritario sugli interventi negli OPG e nelle case di Cura e Custodia, di cui all'allegato C del DPCM 01/04/08, prevede che le Regioni si impegnino a raggiungere l'obiettivo di circa 300 dimissioni entro la fine del 2010, mediante un piano tra loro coordinato da avviarsi entro due mesi dalla approvazione dell'accordo in oggetto, utilizzando anche le risorse rese disponibili dal Ministero della Salute per il finanziamento dei progetti regionali per gli obiettivi di piano.

Premesso che sulla base di una ricognizione condotta dal Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria (DAP) risulta che nel mese di giugno 2009 vi erano negli OPG 399 maschi e 14 donne dimissibili, in regime di proroga per mancanza di alternative all'esterno e considerato che gli internati presso gli OPG a livello nazionale sono attualmente oltre 1500, dei quali una 70ina veneti, ne deriva che la quota di internati da dimettere che spetta alla Regione Veneto è di circa 14 unità.

Per quanto attiene le risorse rese disponibili del Ministero della Salute per il finanziamento dei progetti regionali per gli obiettivi di piano citate dell'Accordo del 17 novembre 2009, il Progetto dal titolo "Interventi di Riabilitazione e reinserimento sociale per persone dimesse dall'OPG ed in carico al servizio territoriale" presentato dalla Regione Veneto con DGR 1576 del 26 maggio 2009 – (Progetti regionali attuativi del P.S.N. a norma dell'art. 1 c. 805 e 806 della L. n. 296 del 27/12/2006. Decreto Ministeriale 23/12/2008 recante "Progetti attuativi del Piano sanitario nazionale – Linee guida per l'accesso al cofinanziamento alle regioni e alle province autonome di Trento e Bolzano. Anno 2008) è stato finanziato con € 400.000,00 corrispondenti a 8 assegni di cura. L'assegno serve ai Dipartimenti di Salute Mentale che hanno in carico il paziente per predisporre dei "piani di trattamento" e "programmi operativi" finalizzati al miglioramento dell'autonomia e della capacità gestionale del paziente, cosicché possa essere sospeso il mantenimento della misura di sicurezza.

Lo stesso progetto è stato ripresentato per l'anno in corso con la richiesta di n. 13 assegni di cura pari a € 650.000,00, per cui le risorse disponibili dovrebbero almeno raddoppiarsi a breve termine – (DGR n.842 del 15 marzo 2010 relativa ai Progetti attuativi del Piano sanitario nazionale e linee guida per l'accesso al cofinanziamento alle Regioni e alle Province autonome di Trento e Bolzano Anno 2009 – D.M. 14 ottobre 2009).

Come già citato in precedenza le linee di indirizzo per gli interventi negli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG) e nelle Case di Cura e Custodia, di cui all'Allegato C del DPCM 01/04/08, prevedono che nella terza fase, a distanza di due anni dall'entrata in vigore del DPCM (ossia nel periodo 15.06.2010 – 14.06.2011), si provveda alla restituzione ad ogni Regione della quota di internati in OPG di provenienza dai propri territori e all'assunzione della responsabilità per la presa in carico, attraverso programmi terapeutici e riabilitativi da attuarsi all'interno della struttura, anche in preparazione alla dimissione e all'inserimento nel contesto sociale di appartenenza.

Le soluzioni possibili, per accogliere nella propria Regione gli internati dimessi dagli OPG compatibilmente con le risorse finanziarie, vanno:

- da strutture OPG – simili, che richiedono la vigilanza esterna;
- a strutture di accoglienza intermedie;
- all'affido ai servizi psichiatrici e sociali territoriali;

sempre e comunque sotto la responsabilità assistenziale del Dipartimento di Salute Mentale dell'Azienda dove la struttura è ubicata.

Il fabbisogno di strutture intermedie di accoglienza è preventivamente in max n. 2 per circa 30 posti letto, per cui una eventuale sperimentazione potrebbe essere realizzata con l'attivazione di n. 1 struttura per max 15 posti letto.

I requisiti di una struttura intermedia di accoglienza, definiti sulla base della letteratura scientifica esistente in questo settore, ed approvati dalla Commissione Regionale per la Salute Mentale di cui alla DGR n. 1720 del 24/06/2008, sono i seguenti:

Definizione: Struttura che promuove una riorganizzazione psichiatrica giudiziaria fondata sul recupero indispensabile della dimensione clinico-terapeutica, attraverso un sistema a "residenzialità protetta e aperta al territorio", cioè con percorsi orientati a concrete possibilità di socializzazione, nel quale i soggetti vengano curati e assistiti, ma anche controllati al fine della riabilitazione e del recupero delle competenze sociali.

Destinatari: soggetti residenti nel Veneto con patologie psichiatriche autori di reato in dimissione da OPG ovvero a bassa pericolosità sociale.

Premesso che i delitti compiuti da pazienti psichiatrici dipendono o da una generica incompetenza sociale, oppure da sintomi specifici come deliri ed allucinazioni e che nel primo caso dovrebbero rientrare nell'ambito della criminologia generale, ne deriva che soltanto nel secondo caso sono da considerare candidati a trattamenti speciali.

Attività: L'ambito operativo include interventi terapeutici e trattamentali variamente articolati: dalla somministrazione di psicofarmaci all'adozione di strumenti psicoterapici di vario livello e complessità sino ad attività socio-riabilitative.

L'obiettivo terapeutico riabilitativo va perseguito sin da subito attraverso trattamenti terapeutici personalizzati che, lentamente ma inesorabilmente, conducano ed accelerino il ritorno del soggetto al territorio di appartenenza, aumentando la permeabilità del sistema verso le realtà esterne, con interscambi bilaterali, accentuando la programmazione di interventi di riabilitazione mediante continue sperimentazioni "in esterno", in una azione programmatica di cura e reinserimento sociale di questi soggetti.

Indispensabile è la presenza di volontari e familiari coinvolti in un percorso di socializzazione, in grado di rendere familiare il contesto nel quale la sua vita si svolgerà ed affidandolo alle cure di chi già conosce e con cui in precedenza si è rapportato (volontari, personale ULSS).

La ricerca empirica degli ultimi vent'anni ha escluso ogni efficacia per gli interventi psicoterapeutici generici ad impronta umanistica o psicodinamica, per gli interventi biologici (farmaci, diete, castrazione chimica, ecc..) in assenza di interventi psicosociali più complessivi; e così pure per lo strumento della punizione in sé, in ognuna delle sue accezioni (come deterrente generico per la popolazione, come deterrente specifico per il soggetto, o come materiale neutralizzazione delle capacità criminali del soggetto).

Gli interventi più efficaci sui sintomi sono anche i più efficaci nel ridurre la pericolosità: la somma di un corretto trattamento psichiatrico e di una costante e prudente valutazione (vale a dire misure di libertà condizionata, permessi, ecc..) riduce enormemente le recidive di reato.

Andrebbero utilizzati anche i protocolli di trattamento e riabilitazione di ispirazione cognitivo-comportamentale che hanno un impatto sugli atteggiamenti e gli schemi comportamentali del paziente, soprattutto quelli che hanno mostrato buona efficacia sui sintomi classici della popolazione forense, come il delirio e le allucinazioni.

Un corretto trattamento farmacologico ed una buona gestione clinica del paziente che agisce sulla base di esperienze psicopatologiche maggiori (deliri, allucinazioni, eccitamento) sono sicuramente la migliore prevenzione delle sue possibili condotte di reato.

Un corretto trattamento psicosociale che affronti i problemi di povertà, isolamento, conflittualità micro-sociale, deriva sociale, abuso di sostanze, ecc., è potenzialmente in grado di prevenire o di attenuare la pericolosità "aspecifica" di quei malati di mente che commettono reati per una generica incompetenza sociale.

Un ottimale trattamento psichiatrico in regime di ricovero, nelle sue articolazioni terapeutiche riabilitative, può inoltre grandemente migliorare la prognosi clinica e sociale di quanti hanno commesso reati e mostrano una pericolosità "specificata", collegata al quadro psicopatologico generalmente delirante e/o allucinatorio.

Si tratta di predisporre un progetto terapeutico riabilitativo articolato e con un periodo di tempo prestabilito, ovvero fino al raggiungimento di un equilibrio psichico adeguato in regime di detenzione domiciliare, di

libertà vigilata o di sospensione della pena. Le misure alternative alla detenzione e tutte le modalità di flessibilizzazione del regime detentivo (visite, lavoro in carcere, corsi di formazione) costituiscono un canale preferenziale attraverso il quale i servizi di salute mentale, col magistrato di sorveglianza e gli operatori del carcere, cercano di trattenere nel tessuto sociale (e cittadino) la persona che deve scontare una pena.

Il relatore conclude la propria relazione e propone all'approvazione della Giunta Regionale il seguente provvedimento.

LA GIUNTA REGIONALE

- Udito il relatore, incaricato dell'istruzione dell'argomento in questione ai sensi dell'art. 33 – 2° comma dello Statuto – il quale dà atto che la struttura competente ha attestato l'avvenuta regolare istruttoria della pratica, anche in ordine alla compatibilità con la vigente legislazione regionale e statale;
- Visto il DPCM 1° aprile 2008 (“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”);
- Vista la D.G.R. n. 2144 del 29 luglio 2008 di recepimento del DPCM 1° aprile 2008;
- Visto l'Accordo Stato-Regioni del 17 novembre 2009 “Accordo concernente definizione di specifiche aree di collaborazione e 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 DPCM 1° aprile 2008;
- Vista la DGR 1720/08 - DGR n. 373 dell'11/02/2005 “Istituzione Commissione Regionale per la Salute Mentale” integrazioni e nomina componenti;
- Vista la DGR 1576 de 26 maggio 2009 - Progetti regionali attuativi del P.S.N. a norma dell'art. 1 c. 805 e 806 della L. n. 296 del 27/12/2006. Decreto Ministeriale 23/12/2008 recante “Progetti attuativi del Piano sanitario nazionale – Linee guida per l'accesso al cofinanziamento alle regioni e alle province autonome di Trento e Bolzano. Anno 2008;
- Vista la DGR n. 842 del 15 marzo 2010 - Progetti regionali attuativi del P.S.N. a norma dell'art. 1 c. 805 e 806 della L. n. 296 del 27/12/2006. Decreto Ministeriale 14/10/2009 recante “Progetti attuativi del Piano sanitario nazionale e linee guida per l'accesso al cofinanziamento alle regioni e alle province autonome di Trento e Bolzano. Anno 2009.

DELIBERA

1. Di considerare le premesse parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
2. Di approvare la sperimentazione di una struttura intermedia di accoglienza per pazienti psichiatrici autori di reato. (DPCM 1° Aprile 2008, Allegato C);
3. Di invitare le Aziende ULSS interessate a partecipare alla sperimentazione di cui al punto 2 presentando alla Segreteria Regionale per la Sanità entro la fine del mese di dicembre p.v. un progetto operativo per la sperimentazione nel proprio territorio ma con valenza regionale una struttura intermedia di accoglienza per pazienti psichiatrici autori di reato. (DPCM 1° Aprile 2008, Allegato C);
4. Di incaricare la Commissione Regionale per la Salute Mentale di cui alla DGR n.1720/2008 di valutare i progetti operativi presentati della Aziende ULSS interessate.
5. Di demandare ad un successivo provvedimento di Giunta l'approvazione del progetto operativo di struttura intermedia di accoglienza per pazienti psichiatrici autori di reato da sperimentare, nonché il relativo impegno di spesa previa acquisizione delle risorse citate in premessa messe a tal fine a disposizione dal Ministero della Salute.

Sottoposto a votazione, il provvedimento è approvato con voti unanimi e palesi.

Il Segretario
Avv. Mario Caramel

Il Presidente
Dott. Luca Zaia

VISTO: se ne propone l'adozione, attestandone la conformità agli atti, la regolare istruttoria e la compatibilità con la vigente legislazione statale e regionale.

DIREZIONE
ATTUAZIONE PROGRAMMAZIONE SANITARIA
IL DIRIGENTE REGIONALE
- Dr. Francesco Dotta -