

**Raccordo tra Struttura Operativa Complessa - Ospedale Psichiatrico Giudiziario di Reggio Emilia e Dipartimenti di Salute Mentale - Dipendenze Patologiche per la presa in carico congiunta degli internati e favorirne le dimissioni**

Con recente normativa è stato disposto il passaggio della Sanità Penitenziaria alle competenze del Sistema Sanitario Nazionale, con il fine di prevedere anche per le persone detenute una miglior garanzia del diritto alla tutela della salute sancito dalla Costituzione.

In particolare, con DPCM 1° aprile 2008<sup>1</sup>, è stata espressa la competenza del Sistema Sanitario Nazionale delle funzioni sanitarie in ambito penitenziario, attività di precedente pertinenza del Ministero della Giustizia per tramite del Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria e di quello della Giustizia Minorile.

Nell'ambito del passaggio della Sanità penitenziaria al SSN, particolari disposizioni (allegato C, al DPCM, "Linee di indirizzo per gli interventi negli Ospedali Psichiatrici Giudiziari e nelle Case di Cura e Custodia") sono state previste per l'attivazione di uno specifico programma di graduale superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari.

Tali Linee di indirizzo affermano che la responsabilità della gestione sanitaria è interamente assunta dalle Regioni, in cui hanno sede gli OPG, e che i Dipartimenti di salute mentale, nel cui territorio di competenza insistono gli OPG, provvedono alla programmazione, con le regioni interessate, per la dimissione degli internati che hanno concluso la misura di sicurezza.

Le linee di indirizzo, nel delinere le fasi di superamento dell'attuale struttura detentiva, individuano i bacini di riferimento per ciascun OPG, configurando lo stesso quale sede per ricoveri di internati delle regioni limitrofe, al fine di favorire rapporti di collaborazione per l'avvicinamento dei pazienti al luogo di residenza (il Dipartimento di Salute mentale territorialmente competente per il singolo internato è individuato in quello presso il quale la persona aveva residenza prima dell'ingresso nel circuito penitenziario). Il bacino dell'OPG di Reggio Emilia è composto dal Veneto, Marche, Friuli-Venezia Giulia e province autonome di Trento e Bolzano.

Si prevede, inoltre, che ciascuna regione assuma "la 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" (allegato C).

L'allegato C, in coerenza con il dettato costituzionale, individua nell'ambito territoriale la sede privilegiata per affrontare i problemi della salute, della cura, della riabilitazione delle persone con disturbi mentali e, al contempo, un assetto delle istituzioni deputate alla applicazione della misura di sicurezza ed agli interventi terapeutico riabilitativi del malato di mente reo, più prossimo al sistema di riabilitazione dei servizi sanitari ordinari.

Le azioni previste per l'OPG, nei citati provvedimenti normativi, prevedono, quindi, oltre al trasferimento delle funzioni, delle risorse e del personale al SSN, una progettualità diversa da quella attuale, in termini tecnico-professionali, organizzativi, interni ed esterni alla struttura, in stretto collegamento tra regioni, OPG, Dipartimenti di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche e i Servizi socio-sanitari territoriali.

La regione è, quindi, chiamata ad una programmazione complessiva, per dare attuazione al citato allegato C, nell'ambito della quale, prevedere le azioni di seguito elencate:

- favorire la presa in cura congiunta con i DSM e con i DDP competenti, del paziente internato nell'OPG di Reggio Emilia;
- promuovere la territorializzazione della esecuzione della misura di sicurezza;
- favorire le dimissioni dall'OPG con lo strumento della revoca (anche anticipata) della Misura di sicurezza attraverso la progettazione di un programma riabilitativo in tempi e modi atti a garantire l'individuazione di un percorso che assicuri il massimo livello di integrazione tra la qualità di vita del paziente e le esigenze di difesa sociale;

<sup>1</sup> Pubblicato su G.U. del 30 maggio 2008, n. 126; (di conseguenza entrato in vigore il 14 giugno 2008)

- ridurre il ricorso alla proroga della Misura di Sicurezza;
- individuare l'offerta residenziale e di programmi territoriali alternativi all'OPG coordinando in tal senso i DSM e i DDP.

Al fine di favorire il raccordo tra le strutture competenti, si prevede l'adozione di un protocollo operativo tra l'Ospedale Psichiatrico Giudiziario di Reggio Emilia e i Dipartimenti di salute mentale e delle Dipendenze Patologiche, il cui fac-simile è di seguito riportato.

## **PROTOCOLLO OPERATIVO TRA SOC-OPG e DSM-DP**

**Le parti concordano le seguenti modalità operative elencate in ordine sequenziale**

### **1. L'OPG :**

comunica entro la prima settimana dall'ingresso, al Direttore del Dipartimento competente territorialmente, l'avvenuto ingresso dell'internato presso la struttura, con dati anagrafici e giudiziari e con la segnalazione di eventuale presenza di problematiche di tossicodipendenza. (Sono esclusi da questa comunicazione gli ingressi per osservazione psichiatrica art. 112 DPR 230/2000, almeno sino alla eventuale assegnazione definitiva in OPG).

2. **Il Direttore del DSM**, se del caso assieme al Direttore del DDP, comunica al responsabile della SOC-OPG, entro 3 settimane dalla ricezione, quale sia la/le UU.OO coinvolte e il nominativo/i del medico/i responsabile del caso .

### **3. Il responsabile del caso:**

- concorda con l'OPG la data di visita all'internato, che deve avvenire entro 3 mesi dalla prima comunicazione dell' OPG indicando i nominativi delle persone che faranno ingresso in Istituto (di tutte le UU.OO. del DSM-DP impegnate nel caso – CSM e/o SerT);
- invia contemporaneamente eventuale documentazione del paziente, qualora conosciuto e/o già in carico al servizio.

**Trascorsi inutilmente i tempi indicati, l'OPG dovrà segnalare al referente DSM-DP o al Direttore DSM-DP la mancata comunicazione o visita.**

### **4. L'OPG**

- comunica tali nominativi tempestivamente alla direzione dell'Amministrazione Penitenziaria per l'effettuazione delle procedure necessarie all'ingresso;
- invia una relazione di osservazione dell'internato, al responsabile del caso, e per conoscenza al referente, prima della visita del Servizio competente.

## **DOPO LA VISITA AL PAZIENTE IN OPG**

### **L'OPG e la/le UU.OO:**

- L'èquipe dell'OPG concorda il programma terapeutico/riabilitativo individuale con la/le UU.OO competenti;
- il programma terapeutico/riabilitativo individuale viene periodicamente verificato con cadenza almeno trimestrale secondo una procedura condivisa (le date del successivo incontro vengono concordate in sede di verifica);

- l'èquipe dell'OPG invia regolarmente alla magistratura competente, e per conoscenza al DSM-DP competente, gli aggiornamenti sullo stato del paziente e sul relativo programma terapeutico/riabilitativo, in relazione agli incontri congiunti.
- il programma riabilitativo dovrà prevedere una parte specifica sulla possibilità di programma alternativo all'OPG e/o di dimissioni anche con indicazione, allo stato, di non percorribilità, con eventuale utilizzo scheda registrazione.

Per tutta la durata del ricovero in OPG responsabili del caso rimangono il medico responsabile SOC-OPG e lo psichiatra dell'OPG che ha in carico il paziente.

Per i pazienti della regione già ricoverati in OPG al momento della ratifica del presente protocollo, l'OPG si impegna ad aggiornare entro 15 giorni i DSM competenti per le presenze eventualmente non ancora comunicate, per le quali quindi valgono le scansioni temporali indicate.

Per le presenze già comunicate ai DSM e ai DDP, ma per le quali non si sia ancora avviata la procedura, gli stessi si impegnano all'avvio entro 3 mesi.

Il referente del DSM-DP, il responsabile del caso del DSM-DP ed il medico dell'OPG, si impegnano per favorire l'impiego condiviso di strumenti standardizzati di valutazione dell'idoneità del paziente anche in riferimento alla presunta dimissibilità (comunità, domicilio, altro). Si farà riferimento, per questo aspetto, a criteri e strumenti diagnostici che saranno oggetto di uno specifico progetto di studio e ricerca, di prossimo avvio da parte del Ministero della salute.

I direttori dei DSM-DP al fine di favorire l'inserimento nel contesto sociale di appartenenza del paziente concertano azioni di integrazione socio-sanitaria con gli Enti Locali competenti.

## GLOSSARIO

- persone prosciolte per vizio totale di mente e sottoposte alla Misura di Sicurezza Detentiva (M.S.D.) prevista dall'articolo 222 del Codice penale
- condannati con infermità psichica sopravvenuta ai sensi dell'art. 148 del Codice penale
- imputati a procedimento sospeso come previsto dagli articoli 71 e 73 del Codice di procedura penale;
- soggetti in attesa di giudizio sottoposti a misura di sicurezza provvisoria (M.S.P.) ai sensi dell' art. 206 del Codice Penale;
- persone sottoposte a perizia psichiatrica come disposto dall'art. 220 del Codice di procedura penale
- soggetti con misura di sicurezza trasformata per sopravvenuta infermità psichica (art. 212 del Codice penale);
- minorati psichici (art. 111 del D.P.R. 230/2000).

E poi:

- detenuti in custodia cautelare inviati in osservazione psichiatrica (art. 112 del D.P.R. 230/2000 – Regolamento di esecuzione dell'Ordinamento Penitenziario);
- condannati in espiazione di pena detentiva e inviati in osservazione psichiatrica (art. 112 del D.P.R. 230/2000);