



**SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE**  
**REGIONE PIEMONTE**  
**Azienda Sanitaria Locale TO2**  
Costituita con D.P.G.R. n. 81 del 17.12.2007  
Codice Fiscale/ Partita Iva 09737190018  
Sede legale: c.so Svizzera, 164 - 10149 TORINO  
☎ 011/4393111

**S.C. Direzione Sanitaria di Presidio**  
**per la Tutela della Salute**  
**Casa Circondariale "Lorusso e Cutugno"**  
Direttore Sanitario Dott. Remo URANI  
Strada Pianezza n. 300 - 10151 Torino  
☎ 011/4557585 fax. 011/4532113

Prot. n...../10 del.....  
Titolo .....Cat.....Classe.....  
Rif. Prot. n. ....del.....

Torino, 19.06.10

## **“La salute della riforma: sovrappollamento ed assistenza sanitaria. A che punto siamo?”**

### **Seminario-Tavola rotonda del 22.06.10**

In base alle direttive del D.P.C.M. del 1 aprile 2008, le funzioni sanitarie, i rapporti di lavoro, le attrezzature, gli arredi ed i beni strumentali afferenti alle attività sanitarie, sono stati trasferiti dal Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria al Servizio Sanitario Nazionale.

A seguito del suddetto D.P.C.M., al fine di promuovere la salute della popolazione detenuta, attraverso attività di prevenzione, diagnosi e cura degli stati di malattia, è stata istituita, presso la C.C. “Lorusso e Cutugno” di Torino, la S.C. Presidio Sanitario per la Tutela della salute.

Alla suddetta C.C. - progettata per una capienza regolamentare di circa 900 detenuti e che conta attualmente oltre 1.650 presenze - afferiscono inoltre, sia dalla regione che da tutto il territorio nazionale, molti detenuti portatori di gravi patologie e bisognosi di accertamenti strumentali non esperibili negli Istituti di provenienza. Ciò comporta un turn over annuale di circa 10.000 reclusi ed un passaggio quotidiano di circa 60 detenuti.

All'interno della Casa Circondariale di Torino sono presenti:

- un reparto di Medicina di 60 posti letto ;
- un reparto di Psichiatria di 50 posti letto;
- un reparto di Infettivologia di 20 posti letto;
- un reparto di 20 posti letto dedicato all'isolamento sanitario osservazionale;
- un nido di 14 posti;
- un reparto dedicato al servizio di FKT;
- una sezione a custodia attenuata “Arcobaleno” con 110 posti.

L'esistenza di servizi specialistici multidisciplinari assicura la massima efficacia delle prestazioni

sanitarie, permettendo - al contempo - di limitare, allo stretto indispensabile, le movimentazioni di detenuti presso luoghi esterni di cura.

In accordo con il Piano Socio - Sanitario 2007-10 della Regione Piemonte, vengono perseguiti i seguenti principali obiettivi di salute, tenuto conto della specificità della condizione di reclusione e di privazione della libertà, attraverso l'azione complementare e coordinata di tutti i soggetti e le istituzioni che, a vario titolo, concorrono alla tutela della salute della popolazione detenuta:

- organizzare le conoscenze epidemiologiche;
- promuovere la salute;
- garantire la salubrità degli ambienti di vita e l'igiene degli alimenti;
- organizzare gli interventi di prevenzione, cura, riabilitazione e recupero sociale.

Il riconoscimento del diritto alla tutela della salute della persona in condizioni di restrizione della libertà ha rappresentato l'obiettivo prioritario del passaggio della sanità negli Istituti Penitenziari dall'Amministrazione Penitenziaria al Servizio Sanitario Regionale.

Il principio di riferimento è l'orientamento alla persona destinataria dell'intervento: al cittadino detenuto è necessario garantire l'esigibilità del diritto alla salute, così come enunciato dall'art. 32 della Costituzione della Repubblica Italiana.

I processi operativi e le soluzioni organizzative devono essere mobili ed adattabili alle diverse problematiche, riferirsi a criteri scientifici, coerenti con le richieste e mirati alla specificità dei destinatari: l'impianto progettuale deve vedere sempre al centro - e quale punto di partenza - i problemi e le necessità dei detenuti, destinatari dell'intervento.

Senza dubbio la materia si presenta di particolare complessità e delicatezza, in considerazione dell'intricato snodo tra diritti fondamentali della persona (primi tra tutti quelli all'integrità, alla salute ed alla riservatezza), esigenze primarie di sicurezza sociale, coinvolgimento di funzioni ed enti pubblici caratterizzati da culture organizzative visibilmente eterogenee.

Si tratta - ad esempio - di confrontare due tipologie di organizzazioni pubbliche, delle quali l'una è un'articolazione locale di un potere centrale, contrariamente all'altra che trova ed esaurisce la propria centralità nel territorio regionale.

Ragionare di sanità penitenziaria significa interrogarsi - con tutta l'urgenza che la situazione impone - sulla percorribilità di ipotesi concrete ed alte di mediazione di alcune antitesi qualificanti.

In conclusione è di tutta evidenza la necessità di assicurare, da un punto di vista operativo, sia la piena ed uniforme attuazione della riforma - il cui impianto complessivo vede non più la Sanità territoriale quale ospite del sistema penitenziario, ma i due attori concorrenti su un piano di parità nell'assicurare l'uno la sicurezza e l'altro la salute dei detenuti) - che la necessaria articolazione alle diverse esigenze organizzative e strutturali dei singoli enti chiamati a collaborare, entro un quadro

di omogeneità tale da assicurare trattamenti e prestazioni equivalenti su tutto il territorio nazionale. Pur permanendo ancora indubbe criticità, appare del tutto evidente come la riforma abbia influito positivamente, riconoscendo al detenuto il diritto alla centralità della cura, al pari di un libero cittadino.

Dott. Remo URANI



forum piemontese  
per il diritto alla salute dei detenuti e delle detenute  
e l'applicazione del D.Lgs. 230/99



Torino, 16/06/10

Il percorso in Piemonte è iniziato ancor prima del Dpcm del 1 Aprile 2008 e ha posto le basi per un recepimento programmato delle nuove funzioni.

I contatti con l'Amministrazione Penitenziaria sono stati attivati nel novembre 2007 e con Deliberazione della Giunta regionale N.4-7657 è stata formalizzata l'istituzione del Gruppo Tecnico per la Tutela della salute in carcere, col compito di definire un piano di lavoro finalizzato ad assicurare il trasferimento delle competenze.

Si è curato che la composizione del Gruppo fosse rappresentativa delle varie parti coinvolte nel processo, e per tale motivo oltre a componenti designati dall'Assessorato e altri designati dall'Amministrazione Penitenziaria, con determinazione dirigenziale N.142 del 19/03/08 è stata formalizzata anche la partecipazione del Forum regionale.

Con delibera del 30/09/2008 si istituiva il nuovo impianto organizzativo : l'attivazione di Presidi per la Tutela della Salute in carcere in ogni Istituto penitenziario , la creazione di 2 Strutture Operative Complesse ( ad Alessandria e a Torino) , l'istituzione , da parte dell'A.S.L. AL di Alessandria, di un Dipartimento Interaziendale ( DRTSC), con il compito di garantire una omogeneità di intervento in ambito Regionale e di sovrintendere ad un processo riformatore aderente allo spirito del DPCM.

All'Ufficio Regionale per la tutela della salute in ambito penitenziario veniva dato il compito di definire , col supporto del Gruppo tecnico, il progetto regionale e vigilare sulla sua attuazione. Nel settembre del 2009 veniva siglato il Protocollo d'intesa tra Assessorato alla Salute, Amministrazione Penitenziaria e Centro giustizia Minorile, come previsto dall'art. 7 del DPCM, a cui avrebbero dovuto seguire i vari protocolli locali.

Con DGR 26-12968 DEL 30.12.2009 venivano deliberate le Linee di indirizzo per definire le caratteristiche del sistema dei nuovi servizi per la tutela della salute in carcere, dell'assistenza ai detenuti affetti da disturbi psichici, dell'assistenza ai tossicodipendenti, dell'assistenza psicologica.

È noto che il DPCCM ha sancito solo il passaggio al Servizio Sanitario Nazionale degli psicologi dipendenti, lasciando in carico all'Amministrazione penitenziaria e alla Giustizia minorile i ben più numerosi esperti ex art 80 ed ex art.8, in regime di convenzione che sovente si prolunga da anni.

I progressivi tagli al monte ore previsto per tali professionisti ha praticamente estinto il servizio destinato ai minori e reso irrisorie le risorse disponibili per gli adulti

Va dato atto all'Assessorato alla Salute del Piemonte di aver compreso la gravità del problema e di essersi impegnata a colmare il vuoto del DPCM, in coerenza al principio che l'intervento psicologico è di natura sanitaria e come tale va assicurato in un progetto di salute destinato alla popolazione detenuta.

L'impegno, già previsto nel su menzionato protocollo, e poi concretizzato nelle specifiche linee d'indirizzo a cui avrebbero dovuto seguire le direttive alle ASL competenti, riguardava anche la valorizzazione delle professionalità maturate in ambito penitenziario, con l'integrazione di eventuali interventi formativi.

L'attenzione alla formazione è inizialmente apparsa un altro elemento qualificante dell'esperienza piemontese, e fin da subito è stata prevista come fondamentale nel percorso. Purtroppo a quelle che sembravano le premesse per un positivo percorso di riforma non sono sempre seguite scelte organizzative o direttive coerenti atte al raggiungimento degli obiettivi dichiarati.

L'attivazione di un servizio psicologico che utilizzi l'esperienza del personale già operante in carcere e sia di pertinenza, in quanto di natura sanitaria, dell'Assessorato alla Salute, non è a tutt'oggi avvenuta.

A partire dagli ultimi mesi del 2009 molta attenzione è stata dedicata invece alla progettazione di una evoluzione dell'iniziale modello organizzativo, che talvolta è apparsa più rispondente a interessi gestionali e a bisogni di riconoscimenti e/o valorizzazioni professionali che alle necessità della popolazione detenuta

Interessi e bisogni comprensibili e in parte legittimi, che tuttavia non possono prescindere da una puntuale mappatura delle reali urgenze, né possono essere in contrasto con l'obiettivo della riforma di costruire un progetto di salute fatto di prevenzione, di rete con i servizi esterni, di continuità della cura.

Per questo il Forum regionale si è impegnato in una costante azione di sensibilizzazione per evitare che i nuovi modelli, riproponendo vecchie logiche, avessero un carattere di separatezza rispetto al territorio o prevedessero apposite strutture penitenziarie per servizi specialistici già afferenti ai Dipartimenti Territoriali

Ben altri appaiono i problemi non risolti e le persistenti priorità, soprattutto nelle realtà più periferiche: il fabbisogno di organico del personale sanitario, i protocolli locali previsti dal protocollo regionale sopra citato, le misure sanitarie atte a ridurre gli effetti più negativi del

sovraffollamento (una presenza media superiore a 5000 detenuti nella regione a fronte di una capienza regolamentare di 3438 persone), le carenze igienico- strutturali della maggior parte dei penitenziari.

Nella Casa Circondariale di Torino, che ospita mediamente 1650 detenuti (a fronte di una capienza regolamentare inferiore a 1000 unità), di cui più del 60 % stranieri e il 30% tossicodipendenti, e che è caratterizzato da un elevatissimo turnover, la situazione è comunque fronteggiata, grazie anche all'attenzione che da tempo l'Asl di riferimento (ASL To 2) riserva alle problematiche penitenziarie, sopperendo tra l'altro con proprie risorse alle carenze del carcere relative al servizio di mediazione linguistico culturale.

La vastità e la peculiarità dell'Istituto, peraltro sede di un reparto femminile fra i maggiori a livello nazionale (120 circa detenute, e la costante presenza di bambini infratreenni), l'aumento del disagio mentale (si registrano indicazioni terapeutiche in 1/5 dei presenti), la presenza di una struttura a custodia attenuata per tossicodipendenti, di un reparto di osservazione psichiatrica (dove purtroppo continuano a giungere detenuti da ogni parte d'Italia), l'ingente numero di prestazioni sanitarie di base e specialistiche erogate, rendono necessaria l'integrazione del servizio infermieristico e di psichiatria ambulatoriale.

Il percorso appare difficoltoso, se si considerano le "Disposizioni alle Aziende Sanitarie Regionali del Piemonte per il 2010" contenute nella DGR n.30-43 del 30.04.2010 per il contenimento della spesa sanitaria. A

Appare pertanto positivo che il nuovo Assessore alla Salute abbia previsto, per le Aziende nel cui territorio insistono strutture penitenziarie, una deroga al blocco delle assunzioni per i contratti Sias o specialisti in scadenza a giugno 2010, che quindi possono essere rinnovati con il vincolo economico legato al non superamento del tetto di spesa dell'anno 2009.

Proprio la gravità del contesto socioeconomico in cui si sta svolgendo il processo di riforma impone rigore nelle scelte e concreta integrazione con l'offerta dei servizi sul territorio, soprattutto riguardo le necessità di tossicodipendenti, degli immigrati, dei portatori di disturbi psichiatrici. E' un cammino ancora in salita. E' però l'unica strada possibile, non solo per una doverosa razionalizzazione delle risorse, ma anche per operare quel reale cambiamento in termini di qualità di servizio e di svolta culturale che è la vera sfida della riforma.

Il presidente del Forum Piemontese  
Dott.ssa Anna Greco

## **GRUPPO TECNICO INTERREGIONALE SALUTE IN CARCERE**

### **LINEE STRATEGICHE PRINCIPALI PERSEGUITE**

Il Gruppo Tecnico Interregionale Salute in Carcere è stato riattivato già durante la fase di elaborazione del DPCM da parte del Gruppo di lavoro interministeriale, coordinato dal Ministero della Salute, con anche la partecipazione di rappresentanti (Toscana, Lazio e Calabria) della Commissione Salute delle Regioni e Province Autonome. Dall'aprile 2008 poi il Gruppo Tecnico in oggetto ha svolto riunioni mensili proprio con l'obiettivo di far circolare le informazioni sul processo in atto per il transito delle competenza previsto dal DPCM, per condividere linee di indirizzo interregionali comuni, per discutere delle differenze organizzative e per accorciare le differenze tra Regioni pur nel rispetto delle singole autonomie, per preparare apposite comunicazioni tecniche alla Commissione Salute per le opportune valutazione politiche, per elaborare documenti condivisi da presentare sui due Tavoli Tecnici Interistituzionali in Conferenza Unificata (Tavolo di Consultazione DPCM e Tavolo Paritetico OPG). Ai lavori del Gruppo Tecnico Interregionale e sino all'attivazione dei Tavoli Tecnici in Conferenza Unificata di cui sopra, previsti peraltro dal DPCM ma operativi solo dal 2009, sono stati invitati costantemente anche rappresentanti del Ministero della Giustizia e del Ministero della Salute, proprio per favorire un dialogo interattivo costruttivo e basato sulla Leale Collaborazione pur nel rispetto delle rispettive competenze istituzionali. Dall'attivazione dei Tavoli Tecnici in Conferenza Unificata che prevedono la partecipazione di rappresentanti regionali designati (per il Tavolo di Consultazione DPCM: Lazio, Piemonte, Umbria, Veneto e Sardegna mentre per il Tavolo Paritetico OPG: Lombardia, Toscana, Emilia, Campania e Sicilia) il Gruppo Tecnico Interregionale è stato costantemente coinvolto e informato, tramite comunicazioni da parte del Coordinatore e nelle riunioni mensili, circa i lavori in elaborazione in Conferenza Unificata e sui documenti interistituzionali approntati che, previa approvazione della Commissione Salute, sono poi stati varati dalla stessa Conferenza Unificata (vedi paragrafo successivo) e pubblicati sulla Gazzetta Ufficiale.

Il Gruppo Tecnico Interregionale ha anche elaborato un documento, approvato poi dalla Commissione Salute il 10 giugno 2009, con le Linee di indirizzo sui Contratti per il Personale sanitario transitato al SSN ai sensi del DPCM.

In definitiva è stato sviluppato in questi due anni un costante, complesso, interattivo, qualche volta faticoso, in generale condiviso lavoro di coinvolgimento partecipato di tutte le Regioni e delle Province Autonome in modo da favorire una corretta e operativa attuazione del DPCM a livello nazionale pur con le autonomie organizzative regionali. Si poi operato un delicato lavoro di coordinamento in modo da raggiungere, pur tramite confronti e dibattiti prevalentemente fisiologici, una posizione tecnica interregionale più unitaria possibile sui diversi argomenti in oggetto da sottoporre alla Commissione Salute ma anche da portare sui Tavoli Tecnici Interistituzionali in Conferenza Unificata in modo da promuovere una contrattazione lineare con le altre Istituzioni non sempre altrettanto coerenti.

Il Coordinamento Tecnico del Gruppo Interregionale Salute in Carcere è stato poi riferimento costante anche per atti della Conferenza dei Presidenti delle Regioni e Province Autonome per tutta una serie di questioni relative alla più complessiva e contestuale Emergenza Carceri.

## AZIONI CONCLUSE

Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano e le Autonomie locali concernente la definizione delle forme di collaborazione relative alle funzioni della sicurezza ed i principi ed i criteri di collaborazione tra l'ordinamento sanitario e l'ordinamento penitenziario e della giustizia minorile in attuazione dell'articolo 7 del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 1° aprile 2008 recante: "Modalità e criteri per il trasferimento al Servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie, di rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria".

Rep. atti n. 102/CU del 20 novembre 2008

Accordo, ai sensi dell'articolo 9 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, concernente la definizione di specifiche aree di collaborazione e gli 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 D.P.C.M. 1° aprile 2008.

Rep. atti n. 84/CU del 26 novembre 2009

Accordo, ai sensi dell'articolo 9 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, sul documento proposto dal Tavolo di consultazione permanente sulla sanità penitenziaria recante: "Linee di indirizzo per l'assistenza ai minori sottoposti a provvedimento dell'Autorità giudiziaria".

Rep. atti n. 82/CU del 26 novembre 2009

Accordo, ai sensi dell'articolo 9 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, sul documento proposto dal Tavolo di consultazione permanente sulla sanità penitenziaria recante: "Dati sanitari, flussi informativi e cartella clinica anche informatizzata".

Rep. atti n. 83/CU del 26 novembre 2009

Accordo, ai sensi dell'articolo 9 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, sul documento proposto dal Tavolo di consultazione permanente sulla sanità penitenziaria recante: "Strutture sanitarie nell'ambito del sistema penitenziario italiano".

Rep. atti n. 81/CU del 26 novembre 2009

Accordo, ai sensi dell'articolo 9 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, sul documento recante: "Schema tipo di convenzione per le prestazioni medico legali in favore del Corpo della Polizia Penitenziaria".

Rep. atti n. 51/CU del 29 ottobre 2009

Approvazione, ai sensi dell'articolo 4, comma 2, del D.P.C.M. 1° aprile 2008, dello schema di convenzione tipo per l'utilizzo da parte delle Aziende Sanitarie Locali, nel cui territorio sono ubicati gli istituti e i servizi penitenziari di riferimento, dei locali adibiti all'esercizio delle funzioni sanitarie.

Rep. atti n. 29/CU del 29 aprile 2009

Delibera, ai sensi degli articoli 7, comma 2 e 9, comma 1 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, concernente la costituzione di tavoli tecnici di lavoro tra lo Stato, le Regioni e Province autonome e le Autonomie locali con funzioni istruttorie, di raccordo, di consultazione e concorso



alle attività della Conferenza Unificata in materia di attuazione del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 1 aprile 2008 recante: “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.”

Repertorio atti n. 81/CU del 31 luglio 2008

Intesa, ai sensi dell'articolo 115, comma 1, lettera a), del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, sulla proposta del Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali di deliberazione CIPE concernente il riparto per l'anno 2008 delle risorse finanziarie trasferite nelle disponibilità del Servizio Sanitario Nazionale, ai sensi dell'articolo 6 del DPCM 1° aprile 2008, ai fini dell'esercizio delle funzioni sanitarie afferenti alla medicina penitenziaria.

Rep. atti n. 109/CU del 18 dicembre 2008

Intesa, ai sensi dell'articolo 115, comma 1, lettera a), del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, sulla proposta del Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali di deliberazione CIPE concernente il riparto per l'anno 2009 delle risorse finanziarie trasferite nelle disponibilità del Servizio Sanitario Nazionale, ai sensi dell'articolo 6 del DPCM 1° aprile 2008, ai fini dell'esercizio delle funzioni sanitarie afferenti alla medicina penitenziaria.

Rep. atti n. 85/CU del 26 novembre 2009

Intesa, ai sensi dell'articolo 2, comma 283, della legge 24 dicembre 2007, n. 244 (legge finanziaria 2008), sullo schema di decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri concernente le modalità ed i 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.

Rep. atti n. 91/CSR del 20 marzo 2008

Linee di indirizzo indicative (elaborate dal Gruppo Tecnico Interregionale ed approvate dalla Commissione Salute il 10 giugno 2009 in maniera indicativa, non vincolante e non retroattiva) sui Contratti per il personale sanitario transitato ai sensi del DPCM del 1 aprile 2008 dal Ministero della Giustizia al Servizio Sanitario Nazionale.

## QUESTIONI APERTE

Il problemi e le questioni rimaste attualmente aperte sono relative:

- 1) al ritardo endemico del transito effettivo delle risorse economiche alle Regioni, previste dalla Finanziaria 2008, da parte del Ministero dell'Economia e di altre risorse previste e necessarie (Salute Mentale ed Opg) da parte del Ministero della Salute. In particolare è stato sbloccato il Riparto 2009 con Delibera CIPE del 13 maggio scorso.
- 2) al ritardo del recepimento del DPCM da parte delle Regioni a Statuto Speciale e Province Autonome. In particolare si sottolinea il ritardo della Sicilia mentre altre Regioni (Sardegna, Friuli ecc.) hanno già avviato attivamente le pratiche previste.
- 3) alla inaccettabile condizione di sovraffollamento degli Istituti Penitenziari e degli Opg, ripetutamente segnalata al Ministero della Giustizia (anche tramite atti formali) da parte della Conferenza dei Presidenti delle Regioni e Province Autonome, che rendono

assolutamente precarie le condizioni di vita dei detenuti ed internati nonché i livelli igienico-sanitari conseguenti

- 4) alla mobilità sanitaria perché dal 1° gennaio 2011, non essendo previsto un trasferimento vincolato di risorse, si porrà il problema della mobilità sanitaria interregionale per i detenuti ed internati residenti e per gli extracomunitari senza fissa dimora
- 5) ai livelli essenziali di assistenza perché, mentre la garanzia dei LEA è di competenza delle Regioni che vi provvedono con risorse proprie, l'eventuale mantenimento di LEA aggiuntivi a favore della popolazione detenuta richiede un'attenta riflessione organizzativa

Dr. Roberto Bocchieri

Coordinatore del Gruppo Tecnico Interregionale

Salute in Carcere

## **Lo stato attuale del percorso di superamento degli OPG (giugno 2010)**

Il D.P.C.M. 01.04.2008 ha previsto per l'Ospedale Psichiatrico Giudiziario (OPG) un percorso di SUPERAMENTO, il cui esito finale è la creazione da parte di ogni Regione di specifiche risposte ai bisogni dei propri internati, con modelli organizzativi preferibilmente sanitarizzati ed alternativi a quelli esistenti.

Lo stesso DPCM, analizzando le criticità esistenti, imponeva una fondamentale azione intermedia di riduzione del numero degli internati attraverso la presa in carico da parte dei DSM degli internati di propria competenza già dimissibili. Si tratta di persone per le quali la l'internamento in OPG era già stato prorogato (anche moltissime volte) per l'indisponibilità alla presa in carico da parte delle ASL, ritenuta dal magistrato indispensabile per annullare la pericolosità sociale; alle stesse persone veniva così prorogata la MISURA DI SICUREZZA in OPG, sulla base di una PERICOLOSITA' SOCIALE tecnicamente definita "CONDIZIONATA" proprio per l'indisponibilità di una presa in carico da parte del DSM competente.

IL DPCM richiedeva l'attivazione presso la Conferenza Stato-regioni di un Comitato Paritetico Interistituzionale con compiti di indirizzo e monitoraggio sul percorso di superamento dell'OPG; Comitato attivato nel FEB 2009 e composto da rappresentanti designati dai Ministeri (Salute, Giustizia, Economia) e Regioni sede di OPG (Campania, Emilia-Romagna, Lombardia, Sicilia e Toscana).

Nell'ambito dei lavori del Comitato Paritetico, tra i presenti in OPG a fine 2008, sono state identificate 414 persone "dimissibili" e con "pericolosità sociale condizionata".

Il 26.11.2009 la Conferenza Unificata ha approvato un Accordo proposto dal Comitato Paritetico che, tra l'altro, impegnava tutte le regioni a dimettere entro il 2010 almeno 300 internati di propria competenza, in ottemperanza a quanto richiesto dal DPCM (Allegato C), mediante piani tra loro coordinati e concordati. Lo stesso Accordo definiva per ciascun OPG un limitato bacini macroregionale (per es., per gli OPG della Campania, le Regioni Abruzzo, Lazio, Molise e Campania), nel rispetto del quale le persone dovevano essere assegnate dal DAP all'OPG. Le azioni di dimissione delle regioni comprese in ciascun bacino venivano coordinate dal componente del Comitato Paritetico designato dalla regione sede dell'OPG di riferimento.

L'Accordo del 26.11.2009 costituisce un grande passo verso il superamento dell'OPG. Attualmente però, **a 6 mesi dalla vigenza dell'Accordo**, le azioni delle singole Regioni finalizzate alle dimissioni ed al coordinamento di bacino risultano estremamente disomogenee: la **Sicilia** non ha ancora recepito il DPCM e l'OPG di Barcellona P.G. è ancora in carico sanitario all'Amministrazione Penitenziaria;

la **Lombardia**, non ha ancora avviato le azioni di coordinamento del Bacino;

la **Toscana**, l'**Emilia-Romagna** e la **Campania** hanno da tempo avviato efficaci azioni di coordinamento dei rispettivi Bacini, nonché di dimissione dei propri internati, definendo programmi alternativi in fase di realizzazione. In particolare, per la fase di dimissioni attive dagli OPG, la Campania, ha deliberato da un anno un complessivo progetto di presa in carico di tutti gli internati di propria competenza, programmando e finanziando con circa 3 milioni di euro la dimissione di 80 persone, attualmente in fase molto avanzata.

Tuttavia, in tale delicata fase del percorso di superamento dell'OPG, i ritardi o addirittura l'omesso avvio delle azioni da parte di alcune Regioni della fase intermedia di dimissioni attive e di coordinamento dei Bacini Macroregionali costituiscono elemento estremamente critico capace di incidere negativamente anche su quanto in corso nelle altre Regioni.

Se si considera infine che le difficoltà generali comuni a tutta la Medicina Penitenziaria in particolare, la questione del personale transitato ed i mancati trasferimenti alle Regioni delle risorse finanziarie (ben 18 mesi di ritardo) - si sommano alle specifiche attuali criticità del percorso OPG, appare chiaro come oggi si stia seriamente correndo il rischio di impedire che l'Italia, con il superamento degli OPG, riesca ad avanzare verso la completa chiusura di tutti gli Ospedali Psichiatrici, rispettivamente a 12 anni dalla chiusura degli Ospedali Psichiatrici Civili e 22 anni dalla L. 180 (833).

A cura di Peppe Nese