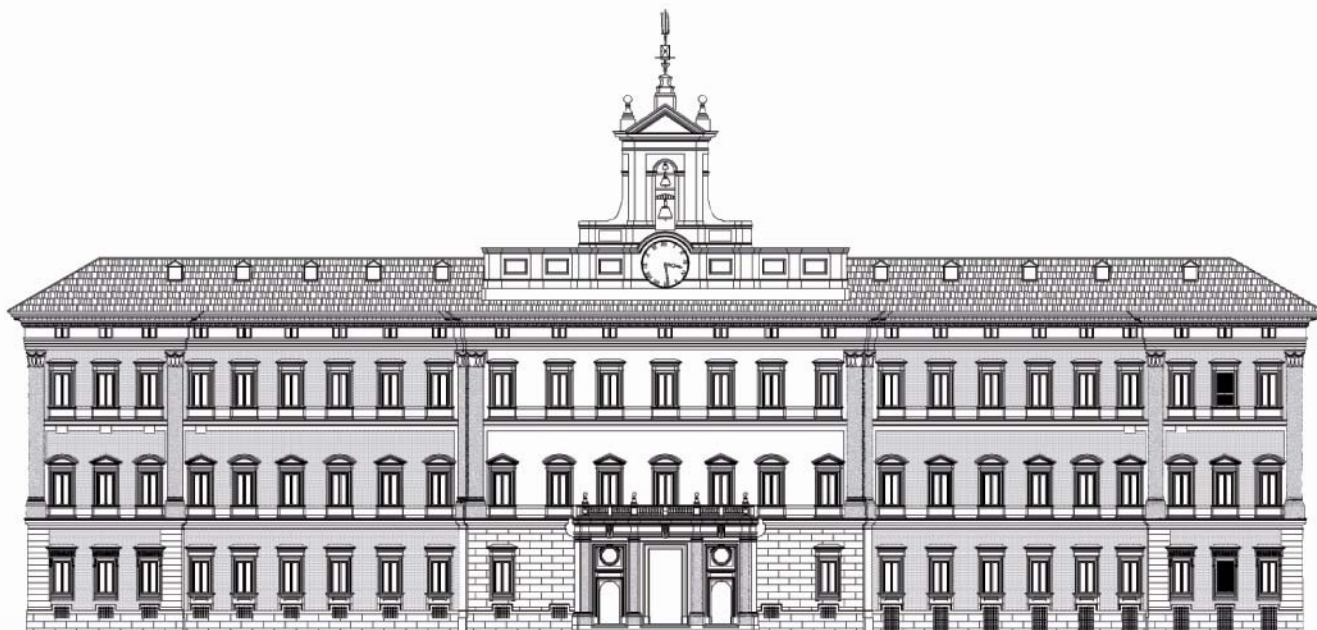




Camera dei deputati

XVII LEGISLATURA

Documentazione per l'esame di
Progetti di legge



Disposizioni urgenti in materia di superamento
degli ospedali psichiatrici giudiziari

D.L. 52/2014 – A.C. 2325

Schede di lettura

n. 148

5 maggio 2014

Camera dei deputati

XVII LEGISLATURA

Documentazione per l'esame di
Progetti di legge

Disposizioni urgenti in materia di
superamento degli ospedali psichiatrici
giudiziari

D.L. 52/2014 – A.C. 2325

Schede di lettura

n. 148

5 maggio 2014

Servizio responsabile:

SERVIZIO STUDI

Dipartimento Giustizia

☎ 066760-9559 – ✉ st_gustizia@camera.it

Dipartimento Affari sociali

☎ 066760-3266 – ✉ st_affarisociali@camera.it

La documentazione dei servizi e degli uffici della Camera è destinata alle esigenze di documentazione interna per l'attività degli organi parlamentari e dei parlamentari. La Camera dei deputati declina ogni responsabilità per la loro eventuale utilizzazione o riproduzione per fini non consentiti dalla legge. I contenuti originali possono essere riprodotti, nel rispetto della legge, a condizione che sia citata la fonte.

File: D14052.doc

INDICE

SCHEDE DI LETTURA

- Il contenuto del vigente decreto-legge 52/2014 3
- Le modifiche introdotte dal Senato 8

Schede di lettura

Il contenuto del vigente decreto-legge 52/2014

Il **decreto-legge 52/2014** modifica ed integra la disciplina che il D.L. 211/2011¹ ha dettato per il definitivo superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari (OPG)².

Gli **ospedali psichiatrici giudiziari (OPG)**, ex manicomio giudiziari, sono istituti nei quali viene eseguita una **misura di sicurezza detentiva**.

Negli OPG vengono assegnati:

- gli internati prosciolti per infermità mentale (art. 89 e segg. c.p.) sottoposti al ricovero in OPG (art. 222 c.p.)³;
- detenuti assegnati alla casa di cura e custodia previo accertamento della pericolosità sociale (art. 219 c.p.)
- persone sottoposte alla misura di sicurezza provvisoria in OPG (art. 206 c.p.)
- detenuti minorati psichici (art. 111 D.P.R. 230/2000)
- detenuti imputati soggetti a custodia preventiva sottoposti a perizia psichiatrica (art. 318 c.p.p.)
- internati con infermità mentale sopravvenuta per i quali sia stato ordinato l'internamento in OPG o in casa di cura e custodia (art. 212 c.p.)
- detenuti condannati con sopravvenuta infermità di mente (art. 148 c.p.)
- detenuti cui deve essere accertata l'infermità psichica qualora non sia possibile sottoporli ad osservazione presso l'istituto penitenziario in cui si trovano od in altro istituto della medesima categoria (art. 112 co. 2, D.P.R. 230/2000).

L'articolo 111 del **Reg. di esecuzione dell'Ordinamento penitenziario**⁴ dispone che alla direzione degli ospedali psichiatrici giudiziari e delle case di cura e di custodia sia «preposto personale del ruolo tecnico-sanitario» e che gli operatori professionali e volontari che vi operano siano «selezionati e qualificati con particolare riferimento alle peculiari esigenze di trattamento dei soggetti ivi ospitati». L'articolo 113 precisa che «l'amministrazione penitenziaria, al fine di agevolare la cura delle infermità ed il

¹ D.L. 22 dicembre 2011, n. 211, *Interventi urgenti per il contrasto della tensione detentiva determinata dal sovraffollamento delle carceri*, convertito in legge, con modificazioni, dall'art. 1, comma 1, L. 17 febbraio 2012, n. 9.

² Gli ospedali psichiatrici giudiziari attualmente esistenti sono ubicati nei seguenti comuni: Aversa (CE), Barcellona Pozzo di Gotto (ME), Castiglione delle Stiviere (MN), Montelupo Fiorentino (FI), Napoli, Reggio Emilia.

³ Si ricorda che l'articolo 222 del codice penale, stabilisce che «Nel caso di proscioglimento per infermità psichica, ovvero per intossicazione cronica da alcool o da sostanze stupefacenti, ovvero per sordomutismo, è sempre ordinato il ricovero dell'imputato in un manicomio giudiziario per un tempo non inferiore a 2 anni; salvo che si tratti di contravvenzioni o di delitti colposi o di altri delitti per i quali la legge stabilisce la pena pecuniaria o la reclusione per un tempo non superiore nel massimo a due anni, nei quali casi la sentenza di proscioglimento è comunicata all'Autorità di pubblica sicurezza». La durata minima del ricovero è di dieci anni, se per il fatto commesso la legge stabilisce l'ergastolo, ovvero di 5 anni se per il fatto commesso la legge stabilisce la pena della reclusione per un tempo non inferiore nel minimo a dieci anni.

⁴ D.P.R. 30 giugno 2000, n. 230, *Regolamento recante norme sull'ordinamento penitenziario e sulle misure privative e limitative della libertà*.

reinserimento sociale dei soggetti internati negli ospedali psichiatrici giudiziari, organizza le strutture di accoglienza tenendo conto *delle più avanzate acquisizioni terapeutiche* anche attraverso protocolli di trattamento psichiatrico convenuti con altri servizi psichiatrici territoriali pubblici».

In particolare, l'originario **articolo 1** del provvedimento (l'articolo 2 è relativo all'entrata in vigore):

- **proroga dal 1° aprile 2014 al 31 marzo 2015 il termine per il definitivo superamento degli OPG** e della conseguente entrata in funzione delle nuove strutture residenziali sanitarie per l'esecuzione della misura di sicurezza (d'ora in avanti REMS) (comma 1, lettera a));

La relazione illustrativa del disegno di legge di conversione del decreto-legge così giustifica la proroga: *“Tale termine (del 1° aprile 2014, n.d.r.), infatti, non risulta congruo per completare definitivamente il superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari, soprattutto in ragione della complessità della procedura per la realizzazione delle strutture destinate ad accogliere le persone cui sono applicate le misure di sicurezza. Le motivazioni d'urgenza che inducono a proporre una proroga contenuta in un anno nascono dalla necessità di contemperare, da un lato, le esigenze rappresentate dalle regioni di avere a disposizione un maggior lasso tempo per concludere i lavori per la realizzazione e la riconversione delle strutture sanitarie destinate ad accogliere i soggetti oggi internati negli OPG, e, dall'altro, l'esigenza di dar corso in tempi rapidi al definitivo superamento degli OPG”.*

- **prevede** - salvo quando sono acquisiti elementi dai quali risulta che ogni altra misura diversa dal ricovero in un ospedale psichiatrico giudiziario non è idonea ad assicurare cure adeguate ed a fare fronte alla sua pericolosità sociale - **che il giudice disponga nei confronti dell'infermo di mente l'applicazione di una misura di sicurezza diversa dal ricovero in OPG**. Allo stesso modo provvede il magistrato di sorveglianza quando interviene ai sensi dell'articolo 679 c.p.p. (comma 1, lettera b));

L'art. 679 norma affida al magistrato di sorveglianza, su richiesta del PM o di ufficio, l'**accertamento della pericolosità sociale** di una persona ai fini dell'irrogazione della misura di sicurezza, diversa dalla confisca (fuori dei casi previsti di applicazione provvisoria di cui all'articolo 312) ordinata con sentenza, o ordinata successivamente, nonché l'adozione dei provvedimenti conseguenti, premessa, ove occorra, la dichiarazione di abitudine o professionalità nel reato.

- **conferma l'attribuzione di poteri sostitutivi al Governo** qualora dalle comunicazioni delle regioni risulti che lo stato di realizzazione e riconversione delle strutture sia tale da non garantire il completamento del processo di superamento entro il termine previsto (disposizione introdotta dal decreto legge 24/2013⁵) (comma 2);

⁵ D.L. 25 marzo 2013, n. 24, Disposizioni urgenti in materia sanitaria, convertito in legge, con modificazioni, dall'art. 1, comma 1, L. 23 maggio 2013, n. 57.

- quantifica in 4,38 mln per il 2014 e in 1,46 mln per il 2015 gli **oneri derivanti dalla proroga** annuale della chiusura degli OPG (comma 3).

Il processo di superamento degli OPG è stato avviato dal [D.P.C.M. 1° aprile 2008](#), di attuazione del D.Lgs 230/1999⁶ relativo al riordino della medicina penitenziaria. Il DPCM prevedeva la chiusura degli OPG ed il trasferimento, entro il 2010, degli internati in strutture sanitarie regionali gestite dalle ASL .

Nell'ambito del trasferimento della sanità penitenziaria al Servizio sanitario nazionale, il D.P.C.M. 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*, , aveva previsto (art. 5) analogo trasferimento alle ASL delle funzioni sanitarie afferenti agli Ospedali psichiatrici giudiziari ubicati nel territorio regionale. Attraverso le ASL, le regioni avrebbero dovuto attuare gli interventi necessari in conformità ai principi definiti dalle linee guida definite dall'allegato C dello stesso decreto. Detti principi prevedevano esplicitamente che il trattamento sanitario degli internati potesse avvenire - oltre che negli stessi OPG - presso strutture di accoglienza regionali gestite dai Dipartimenti di salute mentale sul territorio. In particolare, l'Allegato C del D.P.C.M. dettava, in relazione agli OPG, un programma di azione, da realizzare entro il 2010, articolato in **tre fasi**:. La prima fase doveva essere rappresentata dallo snellimento delle attuali strutture e ciò si sarebbe dovuto realizzare attraverso la dimissione dei soggetti la cui pericolosità fosse cessata o diminuita e il trasferimento in apposite sezioni attenuate degli istituti penitenziari dei soggetti ricoverati in o.p.g. per disturbo psichico sopravvenuto (art. 148 c.p.) o per accertamento di infermità psichica (art. 112 D.P.R. 230/2000). La seconda fase avrebbe dovuto implicare la costituzione di macro-bacini, in modo tale che ognuno dei sei ospedali psichiatrici giudiziari diventasse il punto di riferimento per gli internati delle regioni limitrofe. La terza fase, infine, avrebbe dovuto realizzare l'effettiva presa in carico, da parte dei servizi psichiatrici territoriali di ciascuno a regione, degli internati provenienti dal proprio territorio, valorizzando in tal modo la riabilitazione e il reinserimento nell'ambiente di appartenenza.

Successivamente, l'art. 3-ter del decreto-legge 211/2011 aveva fissato al **1° febbraio 2013** il termine per il definitivo superamento degli OPG; termine che, per i ritardi nella realizzazione delle strutture di accoglienza regionali, è stato in seguito prorogato al **1° aprile 2014** dal decreto legge 24/2013⁷.

Secondo quanto stabilito dal decreto-legge 211, le misure di sicurezza del ricovero in OPG o all'assegnazione a casa di cura e custodia si sarebbero dovute eseguire esclusivamente in strutture sanitarie, (ora denominate **Residenze per Esecuzione di Misure di Sicurezza - REMS**), da realizzarsi sulla base dei criteri attuativi contenuti in un decreto interministeriale. Resta fermo che le persone non più socialmente pericolose avrebbero dovuto essere dimesse e prese in carico, sul territorio, dai Dipartimenti di salute mentale⁸.

Per la realizzazione delle **REMS**, il [D.M. 1° ottobre 2012](#) ha successivamente fissato i requisiti specifici (strutturali, tecnologici ed organizzativi) delle strutture

⁶ D.Lgs. 22 giugno 1999 n. 230, *Riordino della medicina penitenziaria, a norma dell'articolo 5 della L. 30 novembre 1998, n. 419.*

⁷ D.L. 25 marzo 2013, n. 24, *Disposizioni urgenti in materia sanitaria*, convertito in legge, con modificazioni, dall'art. 1, comma 1, L. 23 maggio 2013, n. 57.

⁸ Sul punto, v. il documento della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome, [Organizzazione regionale della salute mentale](#), acquisito il 25 marzo 2014 dalle Commissioni giustizia e sanità del Senato nel corso dell'esame dell'[Affare assegnato OPG \(n. 234\)](#).

con funzioni terapeutico-riabilitative e socio riabilitative in favore di persone affette da disturbi mentali, autori di fatti che costituiscono reato, a cui viene assegnata la misura di sicurezza detentiva del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario 0 dell'assegnazione a casa di cura e custodia.

Il decreto ha stabilito che:

- la **gestione** interna di tali strutture è di **esclusiva competenza sanitaria**. Le REMS devono essere realizzate e gestite dal SSN nel rispetto di quanto previsto dagli Allegati A (*Linee di indirizzo per gli interventi del SSN a tutela della salute dei detenuti e degli internati negli istituti penitenziari e dei minorenni sottoposti a procedimento penale*) e C (*Linee di indirizzo per gli interventi negli OPG e nelle case di cura e custodia*) del [D.P.C.M. 1° aprile 2008](#);

L'area abitativa di una **REMS** può avere un numero **massimo di 20 posti letto**, ed è articolata in camere destinate ad una o due persone e comunque fino ad un massimo di quattro ospiti. Il personale è organizzato come equipe di lavoro multi professionale, comprendente medici psichiatri, psicologi, infermieri, terapisti della riabilitazione psichiatrica/educatori, OSS. La responsabilità della gestione all'interno della struttura è assunta da un medico dirigente psichiatra. L'organizzazione del lavoro si fonda sui principi del governo clinico (*governance* clinico-assistenziale), in base ai quali le organizzazioni sanitarie devono impegnarsi per il miglioramento continuo della qualità dei servizi e del raggiungimento di *standard* assistenziali elevati. **Le REMS, nell'ambito delle direttive dei Dipartimenti di salute mentale delle ASL, devono adottare linee guida e procedure scritte di consenso professionale**. Le procedure scritte si riferiscono alle seguenti tematiche: definizione dei compiti di ciascuna figura professionale; modalità d'accoglienza del paziente; valutazione clinica e del funzionamento psico-sociale; definizione del programma individualizzato; criteri per il monitoraggio e la valutazione periodica dei trattamenti terapeutico/riabilitativi; gestione delle urgenze/emergenze; **modalità di raccordo col Dipartimento Cure primarie per garantire l'assistenza di base ai pazienti ricoverati nella struttura; modalità e criteri di raccordo con gli altri servizi del Dipartimento di salute mentale, i servizi per le tossicodipendenze, altri servizi sanitari, i servizi degli enti locali, le cooperative sociali, l'associazionismo, per programmare le attività di recupero e di inclusione sociale dei pazienti**, una volta revocata la misura di sicurezza detentiva; modalità di attivazione delle Forze dell'Ordine, nelle situazioni di emergenza attinenti alla sicurezza. Le Regioni devono anche adottare un piano di formazione del personale delle strutture sanitarie residenziali, mirato ad acquisire e a mantenere competenze cliniche, medico legali, e giuridiche.

- **l'adozione di programmi terapeutico-riabilitativi e di inclusione sociale** fondati su prove di efficacia per il raggiungimento degli obiettivi di salute e di riabilitazione assegnati alle REMS;
- la **presenza di una attività perimetrale di sicurezza e di vigilanza esterna**, che non costituisce competenza del SSN né dell'Amministrazione penitenziaria. Per garantire adeguati standard di sicurezza, le regioni e le

province autonome, se necessario, possono attivare specifici accordi con le prefetture.

Si ricorda che il 16 dicembre 2013 i Ministri della giustizia e della salute hanno trasmesso alle Camere la *Relazione sullo stato di attuazione dei programmi regionali relativi al superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari* ([doc. XXVII, n. 7](#)), secondo quanto previsto dal DL 211/2011.

Le modifiche introdotte dal Senato

Il testo del decreto legge 52/2014 è stato **modificato nel corso dell'esame al Senato** ([A.S. 1417](#)). Il Senato ha approvato modifiche che sottolineano l'importanza di misure alternative al ricovero in OPG, quali i progetti personalizzati di cura e riabilitazione.

In **sintesi**, le modifiche (di cui è, poi, dato conto più nello specifico) consistono nelle seguenti:

- adozione di **misura diversa dal ricovero in OPG anche nei riguardi dei seminfermi di mente** per i quali sarebbe previsto il ricovero in case di cura e di custodia;
- **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 **maggior rigore nell'accertamento della pericolosità sociale** che giustifica il ricovero in OPG;
- le regioni, senza nuovi o maggiori oneri a carico del bilancio dello Stato, organizzano **corsi di formazione per gli operatori del settore**, intesi alla progettazione ed all'organizzazione di percorsi terapeutico-riabilitativi ed al soddisfacimento delle esigenze di mediazione culturale;
- le **regioni, entro il 15 giugno 2014, possono modificare i programmi presentati**, e destinare parte delle risorse alla riqualificazione dei dipartimenti di salute mentale, e allo stesso tempo contenere il numero complessivo di posti letto da realizzare nelle REMS;
- il **rispetto delle impegni per il superamento degli OPG** vale come **adempimento del rispetto dei Livelli essenziali di assistenza (LEA)**, quindi rientra nel sistema premiale di riparto delle risorse destinate al SSN;
- i **percorsi terapeutico-riabilitativi individuali di dimissione** di ciascuno dei ricoverati negli ospedali psichiatrici giudiziari devono essere **predisposti e inviati** obbligatoriamente **al Ministero della salute** e alla **competente autorità giudiziaria entro 45 giorni** dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del decreto in esame;
- le **regioni**, attraverso i dipartimenti e i servizi di salute mentale delle proprie aziende sanitarie, **devono predisporre**, in accordo con gli ospedali psichiatrici giudiziari, **programmi individualizzati di dimissione** di ciascuna delle persone ricoverate negli OPG.
- per i pazienti per i quali sia stata accertata (dall'autorità giudiziaria competente, secondo le procedure già vigenti ed i relativi rinnovi temporali) la persistente pericolosità sociale, il **programma** deve **documentare in modo**

puntuale le ragioni che sostengono l'eccezionalità e la transitorietà del ricovero;

- **impossibilità del protrarsi sia delle misure di sicurezza 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;
- **insediamento**, presso il Ministero della salute, **e funzionalità, entro trenta giorni**, di un **organismo di coordinamento per il superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari** composto da rappresentanti del Ministero della salute, del Ministero della giustizia, delle regioni e delle province autonome; il nuovo organismo si raccorda con l'esistente Comitato paritetico interistituzionale (di cui all'art. 5, comma 2, del DPCM 1° aprile 2008)⁹
- previsione di una **relazione trimestrale alle Camere** del Ministro della salute e del Ministro della giustizia **sul superamento degli OPG.**

Più in dettaglio, il Senato ha integrato il contenuto dell'articolo 1, comma 1, lett. b) del decreto-legge, aggiungendo allo stesso articolo 1 quattro nuovi commi (1-*bis*, 1-*ter*, 1-*quater* e 2-*bis*). Una ulteriore modifica ha interessato il comma 3 dello stesso articolo 1.

E' anzitutto riformulato il secondo periodo del comma 4 dell'art. 3-*ter* del DL 211/2011 (**art. 1, comma 1, lett. b**) del D.L. in esame) che, **nel testo iniziale** del decreto legge 52/2014, prevede che il giudice disponga, di regola, nei confronti dell'infermo di mente una misura di sicurezza diversa dal ricovero in OPG. Tale misura è, quindi, assolutamente residuale e può essere disposta dal giudice solo quando siano acquisiti elementi tali da cui risulti l'inidoneità di ogni altra misura ad assicurare cure adeguate ed a far fronte alla pericolosità sociale del soggetto. Allo stesso modo provvede il magistrato di sorveglianza *ex art. 679 c.p.p.*, in sede di accertamento della pericolosità sociale del soggetto cui applicare una eventuale misura di sicurezza.

La disposizione si limita in parte ad esplicitare, sul piano della formulazione legislativa, quanto già costituisce norma vigente per effetto della **sentenza della Corte costituzionale n. 253 del 2003**, che ha dichiarato costituzionalmente illegittimo l'art. 222 del codice penale nella parte in cui precludeva al giudice - che in concreto ravvisi l'inidoneità della misura del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario a rispondere alle esigenze di cura e tutela della persona interessata, da un lato, e di controllo e contenimento della sua pericolosità sociale dall'altro lato - di adottare un'altra fra le misure previste dalla legge, e in specie la misura della libertà vigilata, accompagnata, ai

⁹ Si tratta del Comitato istituito presso la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano per verificare l'attuazione delle Linee guida di cui all'Allegato C dello stesso DPCM 1° aprile 2008 per gli interventi negli OPG e nelle case di cura e custodia.

sensi dell'art. 228, secondo comma, del codice penale, da prescrizioni idonee nella specie ad evitare le occasioni di nuovi reati.

Il nuovo testo approvato dal Senato **ha esteso tale disciplina ai seminfermi di mente** e quindi anche alla misura di sicurezza del **ricovero in casa di cura e di custodia** (cui i primi, ex art. 219-222 c.p., sono destinati dopo aver scontato la condanna o dopo l'estinzione della pena, previa valutazione della persistente pericolosità sociale). Va, infatti, considerato che le modalità esecutive delle misure di sicurezza della casa di cura e custodia e dell'ospedale psichiatrico giudiziario sono sostanzialmente coincidenti, non esistendo di fatto autonomi istituti denominati case di cura e custodia, ma soltanto sezioni di casa di cura e custodia presso gli O.P.G. (v. art. 62, L. 354/1975).

Tra le misure di sicurezza diverse dall'OPG che il giudice può disporre, sono state aggiunte dal Senato **anche quelle applicate in via provvisoria**. La custodia cautelare nei riguardi dell'imputato infermo o seminfermo di mente nonché la verifica della sua pericolosità sociale potranno quindi essere disposte ed eseguite secondo le modalità di cui all'articolo 286 c.p.p., ossia mediante *ricovero provvisorio in idonea struttura di servizio psichiatrico ospedaliero* e quindi non negli OPG; questi ultimi non potranno così ricevere nuovi ricoverati.

Viene, inoltre, precisato che **l'accertamento della pericolosità sociale** del soggetto, che giustifica il ricovero in OPG (o casa di cura e di custodia), **è effettuato solo in base alle qualità soggettive della persona e senza tener conto delle sue condizioni di vita individuali, familiari e sociali** (ovvero le condizioni di cui all'art. 133, secondo comma, n. 4), del codice penale).

L'irrogazione della misura di sicurezza non potrebbe, quindi, essere conseguenza dello stato di marginalità socioeconomica in cui l'infermo o seminfermo di mente verrebbe a trovarsi a seguito della dimissione dall'istituto. La misura dovrebbe aver luogo o protrarsi solo in base alla specifica valutazione della situazione personale dell'infermo di mente e consentirebbe di orientare il giudizio di pericolosità sociale alla valutazione del caso singolo e delle condizioni psichiche dell'imputato infermo o seminfermo di mente.

Una ulteriore integrazione al testo introdotta dal Senato precisa che **non si può basare la pericolosità sociale della persona sulla sola mancanza di programmi terapeutici individuali**. Finalità della modifica è quella di indurre i servizi di salute mentale a sviluppare piani terapeutici individualizzati e personalizzati, volti a garantire le dimissioni di soggetti spesso ricoverati in ospedale psichiatrico giudiziario solo per mancanza di concrete situazioni alternative.

Anche il **comma 1-bis** dell'art. 1 del D.L. 52/2014, **inserito nel corso dell'esame al Senato, modifica l'articolo 3-ter** del decreto legge 211/2011, aggiungendo un periodo al comma 6.

L'articolo 3-ter, comma 6, del decreto legge 211/2011 specifica che le risorse destinate al superamento degli OPG devono essere ripartite tra le regioni con un decreto del Ministro della salute, di concerto con il MEF, previa intesa sancita dalla Conferenza Stato-regioni¹⁰. Le risorse così stabilite dal riparto per ogni singola regione, devono essere a questa assegnate con un decreto del Ministro della salute che contestualmente approva lo specifico programma di utilizzo proposto dalla medesima regione.

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).

Il decreto legge 211/2011 ha anche disposto 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 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 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 Ministero¹¹.

All'erogazione delle risorse si provvede per stati di avanzamento dei lavori.

¹⁰ Comitato Interministeriale Per La Programmazione Economica, Delibera 8 marzo 2013, *Fondo sanitario nazionale 2013 - Ripartizione della quota destinata al finanziamento di parte corrente degli oneri relativi al superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari*. (Delibera n. 15/2013). La delibera ripartisce tra le regioni e le province autonome l'importo di **55.000.000 euro per il 2013**. Successivamente il decreto 27 dicembre 2013, del Ministero dell'economia e delle Finanze, *Rideterminazione proporzionale del riparto per l'anno 2013, del finanziamento, degli oneri per il superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari, effettuati con delibera CIPE 8 marzo 2013*, pubblicato sulla G.U. n. 55 del 7 marzo 2014 ha rideterminato gli importi in riduzione per un valore pari a 4.500.000 euro.

¹¹ Sul punto, si veda il documento della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome, [Nota in merito alla chiusura degli ospedali psichiatrici giudiziari](#), acquisito il 25 marzo 2014 dalle Commissioni giustizia e sanità del Senato nel corso dell'esame dell'Affare assegnato OPG (n. 234).

La modifica introdotta dal Senato stabilisce che le **regioni e le province autonome possono modificare i programmi presentati in precedenza, impiegando le risorse destinate al superamento degli OPG per:**

- organizzare corsi di formazione per gli operatori del settore, finalizzati alla progettazione e alla organizzazione di percorsi terapeutico-riabilitativi e alle esigenze di mediazione culturale. Tale attività non deve generare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica, ma deve essere realizzata nell'ambito delle risorse destinate alla formazione;
- **entro il 15 giugno 2014**, le regioni possono **modificare i programmi presentati in precedenza, impiegando le risorse** loro assegnate per:
 1. la **riqualificazione dei dipartimenti di salute mentale**;
 2. il **contenimento del numero complessivo di posti letto da realizzare nelle REMS**;
 3. la **realizzazione o riqualificazione delle sole strutture pubbliche**.

Tale ultima specifica (realizzazione o riqualificazione delle sole strutture pubbliche), esclude interventi su strutture private accreditate e convenzionate con la regione o con le province autonome di riferimento.

Nell'articolo 3-ter del decreto legge 211/2011 viene introdotto anche il **comma 8.1** che stabilisce che, fino al superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari, **l'attuazione delle disposizioni relative al superamento degli OPG costituisce adempimento ai fini della verifica del Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza.**

Con l'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 sono stati individuati gli adempimenti a carico delle Regioni per l'accesso al maggior finanziamento delle risorse destinate al SSN per gli anni 2005, 2006, 2007 e 2008. L'Intesa ha sancito l'impegno reciproco tra Stato e Regioni per garantire il rispetto del principio della uniforme erogazione dei Livelli essenziali di assistenza in condizioni di appropriatezza ed efficienza, coerentemente con le risorse programmate dal SSN. A tal fine, è stato istituito, presso il Ministero della Salute, il Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei Livelli essenziali di Assistenza, cui è affidato il compito di monitorare l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza, verificando che si rispettino le condizioni di appropriatezza e di compatibilità con le risorse messe a disposizione per il SSN. Per la valutazione annuale degli adempimenti, il Comitato predispose un Questionario, corredato di note esplicative, che è trasmesso alle Regioni tramite il Tavolo adempimenti presso il Ministero dell'economia e delle finanze. A partire dalla documentazione prodotta dalle Regioni si tengono riunioni tecniche istruttorie ai fini della certificazione o meno degli adempimenti.

Il **comma 1-ter** dell'art. 1 del D.L. in esame, **introdotto nel corso dell'esame al Senato**, stabilisce che i percorsi terapeutico-riabilitativi individuali di dimissione di ciascuna delle persone ricoverate negli ospedali psichiatrici giudiziari alla data di entrata in vigore della legge di conversione del decreto legge in esame,

devono essere **predisposti e inviati** obbligatoriamente al **Ministero della salute** e alla **competente autorità giudiziaria entro quarantacinque giorni** dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del decreto in esame. I **programmi** sono **predisposti** dalle regioni e dalle province autonome attraverso i competenti **dipartimenti e servizi di salute mentale** delle proprie **aziende sanitarie**, in **accordo e con il concorso delle direzioni degli ospedali psichiatrici giudiziari**. Inoltre, a sottolineare che il ricovero in OPG deve essere una misura eccezionale, per i **pazienti per i quali è stata accertata la persistente pericolosità sociale**, il **programma documenta** in modo puntuale le **ragioni che sostengono l'eccezionalità e la transitorietà del prosieguo del ricovero**.

Sul punto, il documento della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome, [Ospedale Psichiatrico Giudiziario: Presenze e flussi - Anni 2012 e 2013](#), acquisito il 25 marzo 2014 dalle Commissioni giustizia e sanità del Senato nel corso dell'esame dell'Affare assegnato OPG (n. 234), riporta i seguenti dati:

Flusso entrati e usciti dagli OPG per anno

OPG	2012		2013	
	entrati	usciti	entrati	usciti
Reggio Emilia	71	102	89	87
Castiglione S.	168	119	158	152
Montelupo F.	73	94	69	70
Aversa	84	104	108	100
Secondigliano	90	84	72	71
Barcellona P.G.	147	130	108	79
Italia	633	633	604	559

Il **comma 1-quater**, anch'esso **introdotto dal Senato** nell'art. 1 del D.L. 52, dispone che sia le misure di sicurezza detentive (provvisorie o definitive) che i ricoveri nelle REMS **non possono protrarsi per una durata superiore al tempo stabilito per la pena detentiva prevista per il reato commesso - fatta eccezione per i reati per i quali la legge stabilisce la pena dell'ergastolo - avuto riguardo alla previsione edittale massima**. La *ratio* della norma è quella di impedire che le misure di sicurezza, come avvenuto finora, possono avere durata superiore a quella della pena che sarebbe stata irrogata all'autore del reato nel caso in cui questo fosse stato ritenuto imputabile.

Agli effetti del comma 1-quater, la pena è determinata in base alla disciplina dell'art 278 c.p.p cioè avuto riguardo alla pena stabilita dalla legge per ciascun reato consumato o tentato senza tener conto della continuazione, della recidiva e delle circostanze del reato; si tiene conto, invece, agli stessi effetti, dell'aggravante della *minorata difesa* (art. 61, n. 5, c.p.) e dell'attenuante della *speciale tenuità* del danno patrimoniale o del lucro conseguito (art. 62, n. 4, c.p.)

nonché delle circostanze per le quali la legge stabilisce una pena di specie diversa da quella ordinaria del reato e di quelle ad effetto speciale.

Il **comma 2-bis**, anch'esso **aggiunto dal Senato** nell'art. 1 del decreto legge 52/2014, **prevede l'istituzione** presso il Ministero della salute e rende attivo, entro 30 giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del decreto legge in esame, **di un organismo di coordinamento per il superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari** composto da rappresentanti del Ministero della salute, del Ministero della giustizia, delle regioni e delle province autonome. L'organismo di coordinamento esercita funzioni di monitoraggio e di coordinamento delle iniziative assunte per garantire il completamento del processo di superamento degli OPG e si raccorda con il citato Comitato paritetico interistituzionale (cfr. nota 10). La partecipazione alle sedute dell'organismo di coordinamento non dà luogo alla corresponsione di compensi, gettoni, emolumenti, indennità o rimborsi spese comunque denominati.

Ogni tre mesi, a partire dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto, il **Ministro della salute e il Ministro della giustizia trasmettono alle Camere una relazione sul superamento degli OPG.**

Il **comma 3** quantifica nella misura di 4,38 milioni di euro per il 2014 e di 1,46 milioni per il 2015 gli **oneri finanziari derivanti dalla proroga** di un anno della chiusura degli OPG. Ai fini della copertura degli oneri suddetti, il comma 3 riduce nelle misure corrispondenti l'autorizzazione di spesa per il superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari di cui all'articolo 3-ter, comma 7, del D.L. 211/2011 (si tratta della disposizione che a sua volta individua le diverse modalità di copertura degli oneri derivanti dal processo di superamento degli OPG).

La modifica introdotta dal Senato ha precisato che la riduzione dell'autorizzazione di spesa riguarda i medesimi anni 2014 e 2015.

Si rammenta che lo stesso art. 3-ter, per il processo di superamento degli OPG, ha autorizzato la spesa nel limite massimo complessivo di 38 milioni di euro per l'anno 2012 e 55 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2013.

Con il successivo D.M. 28 dicembre 2012 del Ministro della Salute è stata pubblicata la tabella di ripartizione fra le Regioni - per il biennio 2012-2013 - delle risorse disponibili per l'attuazione della chiusura degli OPG (e rideterminate in 173, 8 mln di euro).

La ripartizione è stata prevista sulla base dei seguenti criteri:

- popolazione residente al 1° gennaio 2011 (50% delle risorse);
- numero dei soggetti internati negli Ospedali psichiatrici giudiziari (OPG) suddivisi per Regione di residenza, al 31 dicembre 2011 (50% delle risorse).

Il D.M. è stato pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale il 7 febbraio 2013. Il decreto prevede che le risorse siano assegnate alle Regioni con successivo decreto del Ministro della salute, di approvazione di uno specifico programma di utilizzo, proposto da ogni singola

Regione (entro 60 gg. dalla data di pubblicazione del D.M.). All'erogazione delle risorse si provvede per stati di avanzamento dei lavori.

