Deliberazione Giunta Regionale 14 maggio 2013 n. 10/122
Approvazione del programma di utilizzo delle risorse destinate a Regione Lombardia con decreto del Ministero della Salute di concerto con il Ministero dell'Economia e delle finanze del 28 dicembre 2012 per la realizzazione di strutture sanitarie extraospedaliere per il superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari ai sensi dell'art. 3-ter della legge 17 febbraio 2012, n. 9.

(Lombardia, BUR 21 maggio 2013, n. 21)

LA GIUNTA REGIONALE

Visti:

- l'articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67 e successive modificazioni, che:

> autorizza l'esecuzione di un programma pluriennale di interventi in materia di ristrutturazione edilizia e di ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario pubblico e di realizzazione di residenze sanitarie assistenziali per anziani e soggetti non autosufficienti per l'importo complessivo di 24 miliardi di euro;

> prevede un cofinanziamento obbligatorio da parte delle Regioni per una quota non inferiore al 5% dell'importo di progetto;

- il D.M. 29 agosto 1989, n. 321 che definisce i criteri generali per la programmazione dei suddetti interventi;

Visto l'Accordo tra Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano del 28 febbraio 2008 per la "Definizione delle modalità e procedure per l'attivazione dei programmi di investimento in sanità " a integrazione dell'Accordo del 19 dicembre 2002;

Vista la Delib.G.R. n. 8/8726 del 22 dicembre 2008 di recepimento dell'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano del 28 febbraio 2008 sopracitato;

Richiamata la Delib.G.R. n. 7/6595 del 29 ottobre 2001 contenente i criteri guida per la programmazione dei fondi di edilizia sanitaria;

Richiamati:

- il decreto-legge n. 211 del 22 dicembre 2011, recante: "Interventi urgenti per il contrasto della tensione detentiva determinata dal sovraffollamento delle carceri", pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 297 del 22 dicembre 2011;

• la legge 17 febbraio 2012, n. 9, di conversione del decreto-legge 22 dicembre 2011, n. 211, pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale del 20 febbraio 2012, recante: "Interventi urgenti per il contrasto della tensione detentiva determinata dal sovraffollamento delle carceri" ed in particolare l'articolo 3-ter (3), dal titolo "Disposizioni per il definitivo superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari" che:

> al comma 1 fissa il termine per il "completamento del processo di superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari già previsto dall'allegato C del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 1° aprile 2008, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 126 del 30 maggio 2008, e dai conseguenti accordi sanciti dalla Conferenza unificata ai sensi dell'articolo 9 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, nelle sedute del 20 novembre 2008, 26 novembre 2009 e 13 ottobre 2011, secondo le modalità previste dal citato decreto e dai successivi accordi", al 1° febbraio 2013;

> al comma 2 stabilisce che entro il 31 marzo 2012, con decreto del Ministro della Salute adottato di concerto con il Ministro della Giustizia, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, verranno definiti, ad integrazione di quanto previsto dal decreto del Presidente della Repubblica 14 gennaio 1997, ulteriori requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi, anche con riguardo ai profili di sicurezza, relativi alle strutture destinate ad accogliere le persone cui sono applicate le misure di sicurezza del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario e dell'assegnazione a casa di cura e custodia;

> al comma 4 stabilisce che a decorrere dal 31 marzo 2013 "le misure di sicurezza del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario e dell'assegnazione a casa di cura e custodia sono eseguite esclusivamente all'interno delle strutture sanitarie di cui al comma 2";

> al comma 5 stabilisce che per la realizzazione di strutture sanitarie extraospedaliere per il superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari, "in deroga alle disposizioni vigenti relative al contenimento della spesa di personale, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano (...) possono assumere personale qualificato da dedicare anche ai percorsi terapeutico riabilitativi finalizzati al recupero e reinserimento sociale dei pazienti internati provenienti dagli ospedali psichiatrici giudiziari";

> al comma 6 destina alle Regioni per la realizzazione e riconversione delle strutture 120 milioni di euro per l'anno 2012 e 60 milioni di euro per l'anno 2013, per un totale di euro 180.000.000,00 mediante la procedura di attuazione del programma straordinario di investimenti di cui all'articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67;

> al comma 7 destina, al fine di concorrere alla copertura dei costi del personale, la somma di 38 milioni di euro per l'anno 2012 e 55 milioni di euro annui a decorrere dal 2013;

- il decreto del Ministero della Salute di concerto con il Ministero della Giustizia del 1° ottobre 2012 relativo ai "Requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi delle strutture residenziali destinate ad accogliere le persone cui sono applicate le misure di sicurezza del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario e dell'assegnazione a casa di cura e custodia";

- il decreto del Ministero della Salute di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze del 28 dicembre 2012, di riparto delle risorse previste dall'articolo 3-ter (3), comma 6, della legge 17 febbraio 2012, n. 9, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 32 del 7 febbraio 2013, che destina a Regione Lombardia le seguenti risorse:

- euro 21.524.551,32 per l'esercizio 2012

- euro 10.435.710,95 per l'esercizio 2013 per un totale di euro 31.960.262,27;

- l'art. 2, comma 1 del D.M. del 28 dicembre 2012, che invita le Regioni, entro 60 giorni dalla pubblicazione del decreto, avvenuta il 7 febbraio 2012, ossia entro il 7 aprile 2013 a presentare uno specifico programma di utilizzo delle risorse;

- l'art. 1, comma 1 del d.l. n. 24 del 25 marzo 2013, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 72 del 26 marzo 2013, che stabilisce il termine del 15 maggio 2013 per la presentazione del programma;

Richiamate:

- la lettera prot. n. 0018224 del 20 luglio 2012 con la quale il Ministero della Salute ha richiesto alle Regioni copia del programma per la realizzazione di strutture sanitarie extraospedaliere per il superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari ai sensi dell'art. 3-ter della legge 17 febbraio 2012 n. 9 (3);

- la nota prot. n. H1.2012.0026698 del 14 settembre 2012 con la quale l'Assessore alla Sanità ha trasmesso al Ministero della Salute il programma della Regione Lombardia per la realizzazione di strutture sanitarie extraospedaliere per il superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari ai sensi dell'art. 3-ter della legge 17 febbraio 2012 n. 9 (3);

- la lettera prot. n. DGPROGS 0004201 del 12 febbraio 2013 con la quale il Ministero della Salute:

> comunica che è stato pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 32 del 7 febbraio 2013 il decreto del Ministero della Salute di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze del 28 dicembre 2012, di riparto delle risorse previste dall'articolo l'articolo 3-ter, comma 6, della legge 17 febbraio 2012, n. 9 (3);

> invita le Regioni, entro sessanta giorni dalla pubblicazione di detto decreto, a presentare uno specifico programma di utilizzo delle risorse assegnate;

> precisa che la procedura di valutazione positiva del programma si conclude con l'emanazione da parte del Ministero della Salute di decreto di approvazione del programma e di assegnazione delle risorse;

Ritenuto necessario, così come richiesto dal Ministero della Salute, individuare gli interventi da finanziare nell'ambito delle risorse rese disponibili;

Considerato che la verifica condotta dai competenti uffici regionali ha portato ad individuare i seguenti progetti per la "Realizzazione di strutture sanitarie extraospedaliere per il superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari, ai sensi della legge n. 9 del 17 febbraio 2012, art. 3-ter" (3):

> "Riqualificazione dell'Ospedale Psichiatrico Giudiziario di Castiglione delle Stiviere" dell'Azienda Ospedaliera "Carlo Poma" di Mantova;

> "Riqualificazione dell'edificio "M-N" del Presidio Multi-specialistico di Mariano Comense" dell'Azienda Ospedaliera di Como;

> "Realizzazione di una struttura sanitaria extraospedaliera presso l'Ospedale di Leno" dell'Azienda Ospedaliera di Desenzano del Garda;

> "Recupero dei padiglioni "Forlanini" e "Ronconi" all'interno dell'ex Ospedale Psichiatrico di Limbiate" dell'Azienda Ospedaliera "Guido Salvini" di Garbagnate Milanese;

Richiamate le note:

- prot. n. 8326 del 25 febbraio 2013 dell'Azienda Ospedaliera "Carlo Poma" di Mantova;
- prot. n. 3510 del 14 febbraio 2013 dell'Azienda Ospedaliera di Como;
- prot. n. 2013U0005277 del 7 marzo 2013 dell'Azienda Ospedaliera di Desenzano del Garda;
- del 7 marzo 2013 dell'Azienda Ospedaliera "Guido Salvini" di Garbagnate Milanese;

con le quali sono state trasmesse le relazioni tecniche relative ai progetti di:

> "Riqualificazione dell'Ospedale Psichiatrico Giudiziario di Castiglione delle Stiviere" dell'Azienda Ospedaliera "Carlo Poma" di Mantova, per un importo di euro 16.766.909,38 (IVA inclusa);

> "Riqualificazione dell'edificio "M-N" del Presidio Multi-specialistico di Mariano Comense" dell'Azienda Ospedaliera di Como, per un importo di euro 6.500.000,00 (IVA inclusa);

> "Realizzazione di una struttura sanitaria extraospedaliera presso l'Ospedale di Leno" dell'Azienda Ospedaliera di Desenzano del Garda, per un importo di euro 9.150.000,00 (IVA inclusa);

> "Recupero dei padiglioni "Forlanini" e "Ronconi" all'interno dell'ex Ospedale Psichiatrico di Limbiate" dell'Azienda Ospedaliera "Guido Salvini" di Garbagnate Milanese, per un importo di euro 9.294.800,00 (IVA inclusa);

per un totale di euro 41.711.709,38;

Tenuto conto che le richieste di finanziamento sopra citate totalizzano un importo complessivo superiore rispetto alle risorse destinate a Regione Lombardia con decreto del Ministero della Salute di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze del 28 dicembre 2012, pari ad euro 31.960.262,27, ed al cofinanziamento obbligatorio del 5% da parte di Regione Lombardia per euro 1.682.119,07, per un totale di euro 33.642.381,34, e che pertanto gli interventi potranno essere finanziati solo parzialmente;

Valutato di assumere l'importo di euro 16.766.909,38 (IVA inclusa) dei lavori di "Riqualificazione dell'Ospedale Psichiatrico Giudiziario di Castiglione delle Stiviere" dell'Azienda Ospedaliera "Carlo Poma" di Mantova, relativi alla realizzazione di 120 posti letto, come base di calcolo per il parametro di euro 140.000,00/posto letto e di destinare perciò euro 5.600.000,00 (+/-10%) per ciascuno degli altri interventi, relativi alla realizzazione di 40 posti letto;

Ritenuto che, fermo restando la compatibilità con gli indirizzi normativi e la coerenza con le risorse disponibili, nel corso di attuazione del programma saranno dettagliatamente valutate le effettive esigenze in termini di posti letto, riservandosi ove ne risultasse necessario, la possibilità di proporre eventuali rimodulazioni al Ministero della Salute sia con riferimento al numero di posti letto totali da realizzare che alla localizzazione degli stessi;

Valutato che il gruppo di lavoro ha prodotto un programma di utilizzo delle risorse destinate a Regione Lombardia con decreto del Ministero della Salute di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze del 28 dicembre 2012 per la realizzazione di strutture sanitarie extraospedaliere per il superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari ai sensi dell'art. 3-ter della legge 17 febbraio 2012 n. 9 (3), che costituisce l'allegato A;

Richiamata la legge regionale 24 dicembre 2012, n. 21 con la quale, all'art. 2 comma 1 viene stabilito che "la società Infrastrutture Lombarde s.p.a. svolge attività di centrale di committenza ai sensi dell'articolo 33 del decreto legislativo 12 aprile 2006, n. 163 (Codice dei contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture in attuazione delle direttive 2004/17/CE e 2004/18/CE) in ordine agli interventi di interesse regionale e sino alla fase del collaudo, per conto della Regione, nonché, sulla base di convenzione, degli enti di cui agli allegati A1 e A2 della l.r. 30/2006, degli enti locali e degli organismi di diritto pubblico";

Ritenuto pertanto, in attuazione della legge regionale sopra richiamata, di individuare la società Infrastrutture Lombarde s.p.a. quale Stazione Appaltante per la realizzazione di tutti gli interventi di cui all'allegato A, dando atto che sussiste l'interesse regionale sull'intero programma per la realizzazione di strutture sanitarie extraospedaliere per il superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari;

Ritenuto di approvare:

- il programma di utilizzo delle risorse destinate a Regione Lombardia con decreto del Ministero della Salute di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze del 28 dicembre 2012 per la realizzazione di strutture sanitarie extraospedaliere per il superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari ai sensi dell'art. 3-ter della legge 17 febbraio 2012 n. 9 (3), che costituisce l'allegato A, quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

- i seguenti interventi:

- > "Riqualificazione dell'Ospedale Psichiatrico Giudiziario di Castiglione delle Stiviere" dell'Azienda Ospedaliera "Carlo Poma" di Mantova, per un importo di euro 16.766.909,38 (IVA inclusa);

- > "Riqualificazione dell'edificio "M-N" del Presidio Multi-specialistico di Mariano Comense" dell'Azienda Ospedaliera di Como, per un importo di euro 5.625.157,32 (IVA inclusa);

- > "Realizzazione di una struttura sanitaria extraospedaliere presso l'Ospedale di Leno" dell'Azienda Ospedaliera di Desenzano del Garda, per un importo di euro 5.625.157,32 (IVA inclusa);

> "Recupero dei padiglioni "Forlanini" e "Ronconi" all'interno dell'ex Ospedale Psichiatrico di Limbiate" dell'Azienda Ospedaliera "Guido Salvini" di Garbagnate Milanese, per un importo di euro 5.625.157,32 (IVA inclusa);

per un importo complessivo pari ad euro 33.642.381,34 come di seguito suddiviso:

> euro 31.960.262,27 a carico dello Stato, art. 3, comma 6, legge 17 febbraio 2012 n. 9;

> euro 1.682.119,07 a carico della Regione a valere sulle risorse disponibili sul cap. 6536 per gli esercizi 2013 e 2014 subordinatamente all'approvazione dei bilanci di previsione dei rispettivi esercizi delle aziende Ospedaliere coinvolte;

Vagliate ed assunte come proprie le predette valutazioni;

A voti unanimi espressi nelle forme di legge;

Delibera

(3) NDR: Il riferimento è da intendersi all'art. 3-ter del D.L. n. 211/2011, convertito, con modificazioni, dalla citata L. n. 9/2012.

Per tutte le motivazioni espresse in premessa:

1. di approvare:

- il programma di utilizzo delle risorse destinate a Regione Lombardia con decreto del Ministero della Salute di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze del 28 dicembre 2012 per la realizzazione di strutture sanitarie extraospedaliere per il superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari ai sensi dell'art. 3-ter della legge 17 febbraio 2012 n. 9 (4), che costituisce l'allegato A, quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

- i seguenti interventi:

- > "Riqualificazione dell'Ospedale Psichiatrico Giudiziario di Castiglione delle Stiviere" dell'Azienda Ospedaliera "Carlo Poma" di Mantova, per un importo di euro 16.766.909,38 (IVA inclusa);

- > "Riqualificazione dell'edificio "M-N" del Presidio Multi-specialistico di Mariano Comense" dell'Azienda Ospedaliera di Como, per un importo di euro 5.625.157,32 (IVA inclusa);

- > "Realizzazione di una struttura sanitaria extraospedaliere presso l'Ospedale di Leno" dell'Azienda Ospedaliera di Desenzano del Garda, per un importo di euro 5.625.157,32 (IVA inclusa);

- > "Recupero dei padiglioni "Forlanini" e "Ronconi" all'interno dell'ex Ospedale Psichiatrico di Limbiate" dell'Azienda Ospedaliera "Guido Salvini" di Garbagnate Milanese, per un importo di euro 5.625.157,32 (IVA inclusa);

per un importo complessivo pari ad euro 33.642.381,34;

2. di precisare che gli interventi sopra richiamati, per un ammontare complessivo di euro 33.642.381,34 trovano copertura finanziaria per:

- > euro 31.960.262,27 a carico dello Stato, art. 3, comma 6, legge 17 febbraio 2012 n. 9;

> euro 1.682.119,07 a carico della Regione a valere sulle risorse disponibili sul cap. 6536 per gli esercizi 2013 e 2014 subordinatamente all'approvazione dei bilanci di previsione dei rispettivi esercizi delle aziende Ospedaliere coinvolte;

3. di individuare la società Infrastrutture Lombarde s.p.a. quale Stazione Appaltante per la realizzazione di tutti gli interventi sopra richiamati, dando atto che sussiste l'interesse regionale sull'intero programma per la realizzazione di strutture sanitarie extraospedaliere per il superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari;

4. di dare mandato al Direttore generale Salute di sottoporre al Ministero della Salute il programma di utilizzo delle risorse destinate a Regione Lombardia con decreto del Ministero della Salute di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze del 28 dicembre 2012 per la realizzazione di strutture sanitarie extraospedaliere per il superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari ai sensi dell'art. 3-ter della legge 17 febbraio 2012 n. 9 (4);

5. di precisare che, fermo restando la compatibilità con gli indirizzi normativi e la coerenza con le risorse disponibili, nel corso di attuazione del programma saranno dettagliatamente valutate le effettive esigenze in termini di posti letto, riservandosi ove ne risultasse necessario, la possibilità di proporre eventuali rimodulazioni al Ministero della Salute sia con riferimento al numero di posti letto totali da realizzare che alla localizzazione degli stessi.

(4) NDR: Il riferimento è da intendersi all'art. 3-ter del D.L. n. 211/2011, convertito, con modificazioni, dalla citata L. n. 9/2012.

Allegato A

Regione Lombardia - Programma per la realizzazione di strutture sanitarie extraospedaliere per il superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari, ai sensi della L. 17 febbraio 2012, n. 9 art. 3-ter (5) e successive modificazioni. D.M. 28 dicembre 2008

1. Riassunto esplicativo del programma

Il presente progetto presentato da Regione Lombardia ha come scopo il rispetto delle disposizioni per il definitivo superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari in accordo al D.P.C.M. del 1° aprile 2008, alle successive intese assunte in sede di Conferenza Unificata Stato-Regioni (CU) e alla legge n. 9, art. 3-ter, del 17 febbraio 2012 (5).

Esso risponde altresì integralmente a quanto previsto nel D.M. del 1° ottobre 2012 in tema di "requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi delle strutture residenziali destinate ad accogliere le persone cui sono applicate le misure di sicurezza del ricovero in Ospedale Psichiatrico Giudiziario e dell'assegnazione a Case di cura e custodia" e si inserisce organicamente all'interno del quadro legislativo e programmatico che regola il Servizio Sanitario Regionale della Lombardia, in particolare per quanto si riferisce alla normativa in tema di tutela della salute mentale.

Sulla base dei dati di flusso registrati nell'OPG di Castiglione delle Stiviere nel periodo compreso fra il 2008 ed il 2012, tenuto anche conto dei cittadini lombardi oggi internati nei rimanenti 5 OPG italiani da assorbire inizialmente nel nuovo circuito residenziale, Regione Lombardia ha fissato in 240 il numero di posti letto da approntare; ha pertanto programmato l'attivazione di 12 residenze sanitarie da 20 p.l. ciascuna, che, nel loro complesso, saranno deputate ad espletare le misure di sicurezza già in capo all'OPG, in favore di cittadini di ambo i sessi residenti in Lombardia.

Dette residenze, prevalentemente in base ad un criterio geografico-territoriale, saranno distribuite in 4 poli ed avranno, lungo un asse nord-sud del territorio regionale, le seguenti ubicazioni:

1. Mariano Comense (CO)	(A.O. S. Anna di Como)
2. Limbiate (MI)	(A.O. Salvini di Garbagnate Milanese)
3. Leno (BS)	(A.O. di Desenzano del Garda)
4. Castiglione delle Stiviere (MN)	(A.O. Carlo Poma - Mantova)

che avranno ordinariamente come bacino di utenza rispettivamente:

1. residenti nelle Province di Varese, Como, Monza Brianza, Lecco, Sondrio
2. residenti nell'ASL Milano 1, e ASL Città di Milano
3. residenti nelle Province di: Bergamo e Brescia
4. residenti nei Comuni inclusi nell'ASL Milano 2 e delle Province di Pavia, Lodi, Cremona, Mantova.

Ricordato che il D.M. 1° ottobre 2012, allegato A, indica "la necessità di una implementazione di strutture adeguatamente diversificata al fine di assistere utenti con caratteristiche psicopatologiche variabili e diversificate", Regione Lombardia, sulla base delle caratteristiche cliniche, psicopatologiche e comportamentali della popolazione interessata e dei bisogni riabilitativi rilevati, facendo proprie le indicazioni del Gruppo di Approfondimento Tecnico regionale (GAT) in tema di superamento/chiusura dell'OPG, ha ritenuto opportuna una diversificazione dei livelli di assistenza, dei profili di sicurezza e dell'offerta riabilitativa nelle distinte residenze; ha pertanto previsto - anche in vista dell'assegnazione del personale dedicato e dell'accreditamento delle strutture - di organizzare le istituende residenze secondo tre diversi livelli di intensità:

- Residenza ad alta intensità terapeutico-riabilitativa e assistenziale (REMS-AI);
- Residenza per alta riabilitazione a media intensità assistenziale (REMS-MI);
- Residenza per alta riabilitazione a bassa intensità assistenziale (REMS-BI).

Tramite l'implementazione dei dispositivi di legge di rango nazionale, prevedendo le residenze sanitarie da attivare incluse a tutti gli effetti nei DSM in cui insistono, ed in rapporto di integrazione funzionale con le Aziende Ospedaliere, le ASL e i DSM di riferimento per i pazienti interessati, in un'ottica di deistituzionalizzazione rapida che responsabilizzi e metta in rete tutte le Agenzie ed i soggetti coinvolgibili, la programmazione regionale vuole favorire percorsi personalizzati tesi al recupero della salute mentale delle persone che usufruiranno della nuova offerta sostitutiva dell'OPG, rispettando la loro dignità e i loro diritti, assicurando la certezza e la buona qualità del prendersi cura al fine di ridurre, o quando possibile azzerare, la loro pericolosità sociale e realizzare per ognuna di esse, nel minor tempo possibile, una "dimissione sicura" che li restituisca al territorio, sede privilegiata per affrontare i problemi della salute, della cura, della riabilitazione delle persone con disturbi mentali.

a) Quadro finanziario

Il costo complessivo del programma, per la realizzazione edilizia delle 12 strutture da 20 posti letto previste, ammonta a euro 33.642.381,34, dei quali: euro 31.960.262,27 messi a disposizione dagli accordi assunti in sede di CU del 6 dicembre 2012 e successive modifiche ed integrazioni ex decretazione ministeriale, e il 5% messo a disposizione dalla Regione Lombardia per un importo pari a euro 1.682.119,07.

b) Quadro normativo nazionale e regionale di riferimento

- Costituzione della Repubblica italiana: artt. 32 e 27, comma 3;

- Legge 833 del 12 dicembre 1978;
- Legge Finanziaria 2008, n. 244 del 24 dicembre 2007
- D.P.C.M. 1° aprile 2008 e relativi Allegati;
- Legge 17 febbraio 2012, n. 9, art. 3-ter (5)
- Atti Conferenza Stato-Regioni del 28 novembre 2009, 13 ottobre 2011, 28 febbraio 2012, 6 dicembre 2012
- Legge 419/98: delega per il riordino del S. Sanitario Nazionale
- Titolo V della Costituzione;
- D.P.R. 230/2000 - Regolamento dell'Esecuzione Penale;
- Patto per la Salute 2010-2012 approvato da Comitato LEA li 2 agosto 2011
- Progetto Obiettivo " Tutela Salute Mentale 1998-2000 " (G.U. n. 274 del 22 novembre 1999);
- legge regionale n. 31 dell'11 luglio 1997;
- Piano Regionale Triennale per la Salute Mentale in attuazione del Piano Socio Sanitario regionale 2002-2004 (deliberazione della Regione Lombardia n. 7/17.513 del 17 maggio 2004) e successive integrazioni;
- Deliberazione n VIII/4221 del 28 febbraio 2007 sul riordino della residenzialità psichiatrica in attuazione della Delib.G.R. 17 maggio 2004 n. VII/17513 "Piano Regionale Triennale per la Salute Mentale";
- Delib.G.R. 02-20-2008 n. VIII/8120 "Sanità Penitenziaria - prime determinazioni in ordine al trasferimento al SSN del D.P.C.M. 1° aprile 2008";
- Delib.G.R. 1° dicembre 2010 n. IX/00937 "Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l'esercizio 2011" (cfr. allegato 10 "Sanità Penitenziaria") e le successive relative agli esercizi 2012 e 2013;
- Decreto DGS Lombardia n. 14230 del 21 dicembre 2009 "Linee guida regionali per la sanità penitenziaria;
- Decreto Ministro della Salute 1° ottobre 2012 (GU n. 270 del 19 novembre 2012);
- Decreto Ministero Salute di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze del 28 dicembre 2012 (GU n. 32 del 7 febbraio 2013);
- Circolare Ministero della Salute del 12 febbraio 2013 "Programma per la realizzazione di strutture sanitarie extraospedaliere per il superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari, ai sensi della legge 17 febbraio 2012, n. 9, art. 3-ter (5) e successive modificazioni. D.M. 28 dicembre 2012.

b.1) Sintesi del quadro normativo nazionale e regionale di riferimento.

Il presente programma attuativo della legge 9/12 si colloca in continuità con quanto già realizzato a seguito della promulgazione del D.P.C.M. dell'aprile 2008 e delle successive intese assunte in sede di Conferenza Unificata (CU); trova pertanto la sua ragione d'essere nei confluire di due distinte linee di indirizzo legislative: la prima riguardante la sanità penitenziaria, la seconda riguardante la regolamentazione delle prestazioni sanitarie di psichiatria.

Per quanto riguarda la sanità penitenziaria, si può affermare che, nella programmazione nazionale, le azioni tese ad assicurare alle persone detenute uguaglianza del diritto di accesso e fruizione di prestazioni sanitarie (prevenzione, diagnosi, cura delle malattie e riabilitazione) abbiano avuto inizio con il decreto legislativo n. 230 del 22 giugno 1999. Il D.P.C.M. 1° aprile 2008, in attuazione della legge 244/2007 (legge finanziaria 2008), ha disciplinato le procedure per il trasferimento al SSN delle funzioni sanitarie, delle risorse finanziarie, dei rapporti di lavoro, delle attrezzature, arredi e beni strumentali relativi alla sanità penitenziaria, disponendo il passaggio di tutte le competenze relative alle prestazioni sanitarie offerte a persone sottoposte a procedimento penale dall'Amministrazione Penitenziaria alle Regioni.

In Lombardia, le prime indicazioni attuative di quanto sancito in tema di sanità penitenziaria dal citato d.p.c.m., sono state fornite con Delib.G.R. del 1° ottobre 2008, n. VIII/8120, che, nel recepire contenuti e indicazioni del decreto di rango nazionale, ha disposto il trasferimento alle Aziende Ospedaliere nei cui territori insistevano istituti penitenziari e centri di giustizia minorile delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie, delle attrezzature e dei beni strumentali già in capo all'amministrazione penitenziaria.

Dopo questo primo atto, con il decreto n. 1677 del Direttore generale della Sanità, licenziato in data 20 febbraio 2009, è stato istituito l'"Osservatorio regionale sulla sanità penitenziaria" con la finalità di definire il modello organizzativo della sanità penitenziaria per assicurare la tutela della salute dei detenuti, dei minori sottoposti a procedimento penale e degli internati in OPG. Successivamente, con il decreto del 23 giugno 2009 n. 6270 del Direttore generale della Sanità, la Regione ha definito il proprio modello organizzativo per la sanità penitenziaria. Il 21 dicembre 2009 è stato poi approvato il decreto della Direzione generale Sanità n. 14.230 "Linee guida regionali per la sanità penitenziaria" con il quale sono state emanate le linee operative rilevanti per l'organizzazione dell'assistenza sanitaria erogata a favore di persone soggette a procedimento penale, in modo da garantire modalità omogenee di erogazione sul territorio regionale.

Con i decreti sopra specificati, e con nota del 24 maggio 2011 a firma congiunta fra D.g. Sanità e Provveditorato Regionale dell'Amministrazione Penitenziaria (PRAP), Regione Lombardia, per quanto attiene in particolare alla tutela della salute mentale,

- ha disposto la presenza di uno psichiatra per 20 ore mensili ogni 100 detenuti e di uno psicologo per 30 ore mensili ogni 100 detenuti;
- ha identificato, nell'istituto di pena San Vittore di Milano (dove, nel corso del 2012, sono stati effettuati 13.214 interventi in favore di 3.295 detenuti risultati affetti da patologia psichiatrica), quale "centro clinico regionale" uno specifico reparto, dotato attualmente di 8 posti letto elevabili fino a un massimo di 16, il Centro di Osservazione Neuropsichiatrica (CONP), presso cui sono transitati 154 detenuti nell'anno 2012 (di cui, fra l'altro, 26 inviati dal DAP e 25 inviati dal PRAP);
- ha conservato i cinque posti adibiti all'osservazione psichiatrica, già attivati a partire dall'anno 2005, nella casa circondariale di Monza,
- inoltre, con nota del 12 aprile 2013 del Provveditorato Regionale Lombardia, di cui al prot. n. 16468, "è stata programmata la realizzazione dell'articolazione dell'area sanitaria deputata all'accoglienza temporanea dei soggetti portatori di patologie psichiatriche presso la Casa Circondariale di Pavia, per un complessivo di 30/35 posti circa".

Rileva evidenziare, in conclusione di questo spazio dedicato al governo della sanità penitenziaria, che quanto programmato, disposto e attivato dalla regione Lombardia in materia di tutela della salute mentale nelle carceri soddisfa lo spirito e il dettato del D.P.C.M. 1° aprile 2008 sulla specifica questione e riscontra inoltre le determinazioni successivamente assunte in sede di CU del 13 ottobre 2011 finalizzate in particolare al superamento degli OPG, poiché le strutture sopra specificate hanno consentito e continuano a consentire di allocare convenientemente negli istituti di pena regionali persone storicamente destinate agli OPG come quelle di sesso maschile in osservazione psichiatrica (ex art. 112 dell'Ordinamento Penitenziario) e ad assistere in modo certamente più appropriato che in passato non poche persone con sopravvenuta infermità psichica nel corso della misura detentiva (ex art. 148 CP). Alla luce di quanto argomentato, il nominato

Centro clinico e quanto è/sarà a breve dedicato ai soggetti in osservazione psichiatrica devono essere, a tutti gli effetti, considerati inclusi nell'offerta ante operam (di cui si scriverà successivamente).

Per quanto riguarda l'inquadramento del problema dal punto di vista sanitario, va innanzitutto ricordato il contenuto dell'articolo 5, comma 1 del D.P.C.M. 1° aprile 2008 che ha previsto il trasferimento alle regioni delle funzioni sanitarie afferenti agli Ospedali Psichiatrici Giudiziari ubicati nei territorio delle medesime e ha chiamato le regioni a disciplinare gli interventi da attuare attraverso le aziende sanitarie, in conformità ai principi definiti dalle linee guida di cui all'allegato C allo stesso decreto.

I nuovi compiti e le connesse funzioni relative all'OPG di Castiglione delle Stiviere (MN) in capo alla Regione a partire dal citato decreto del 2008 hanno avuto ed hanno come cornice ordinatoria regionale la legge cardine del Servizio Sanitario della Lombardia n. 33 del 2009 "Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità", che fa sintesi di tutta la normativa regionale precedente in materia. In particolare l'art. 9 di tale legge (Requisiti per l'esercizio di attività sanitarie e sociosanitarie e accreditamento delle strutture sanitarie) dispone che "l'autorizzazione all'esercizio dell'attività sanitaria è rilasciata dall'ASL ed è richiesta per le strutture sanitarie di ricovero e cura, nonché per i centri di procreazione medicalmente assistita e per la residenzialità psichiatrica." Ciò significa che un ente terzo, rispetto alla Regione e alle Aziende ospedaliere proponenti i progetti, sarà chiamato, come di consueto, alla verifica del possesso e del mantenimento dei requisiti necessari per l'autorizzazione e l'accreditamento delle realizzande strutture, mediante una prima approfondita istruttoria e a successive periodiche visite ispettive.

Inoltre, l'art. 54 della legge sopra richiamata, in riferimento all'Organizzazione dei servizi psichiatrici, così recita:

1) La tutela socio-sanitaria delle persone con patologia psichiatrica si attua mediante l'istituzione dei dipartimenti di salute mentale (DSM).

2) Il dipartimento di salute mentale è la struttura organizzativo integrata e interdisciplinare che collega funzionalmente le unità operative di psichiatria e le unità operative di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, qualora afferenti.

3) L'unità operativa di psichiatria dispone dei seguenti presidi:

a) centri psico-sociali per le attività ambulatoriali terapeutiche e riabilitative;

b) un servizio psichiatrico di diagnosi e cura ubicato in una struttura ospedaliera con un numero di posti letto non inferiore a sette e non superiore a quanto previsto dalla normativa vigente;

c) strutture residenziali psichiatriche con un massimo di venti posti per struttura;

d) centri diurni.

Quindi la legge regionale della Lombardia già prevede la possibilità della diretta afferenza delle nuove residenze sanitarie previste dalla legge 9/12 al Dipartimento di Salute Mentale competente territorialmente, in linea con le previsioni del D.M. del 1° ottobre 2012 concertato dalle regioni e dal Ministero della Salute relativo ai requisiti delle strutture da realizzare

Sono poi da ricordare, quali ulteriori disposizioni regionali in materia di salute mentale:

- Il Piano Regionale Triennale per la Salute Mentale in attuazione del Piano Socio Sanitario regionale 2002-2004 (deliberazione della Regione Lombardia n. 7/17.513 del 17 maggio 2004) e successive integrazioni;

- La deliberazione n VMI/4221 del 28 febbraio 2007 sul riordino della residenzialità psichiatrica in attuazione della Delib.G.R. 17 maggio 2004 n. VII/17513 "Piano Regionale Triennale per la Salute Mentale"

Particolare rilevanza assumono le deliberazioni regionali delle Regole di sistema per gli anni più recenti 2011, 2012, 2013:

- Delib.G.R. 1° dicembre 2010 n. IX/00937 "Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l'esercizio 2011"
- Delib.G.R. 6 dicembre 2011 n. IX/2633 "Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l'esercizio 2012"
- Delib.G.R. 26 ottobre 2012 n. IX/4334 "Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l'esercizio 2013" e sua "Circolare attuativa" del 26 ottobre 2012.

Sintesi del lavoro di programmazione sanitaria svolto a livello regionale per favorire i processi di dimissione dall'OPG

Nel richiamare anche contenuti esposti più avanti, nel paragrafo "offerta ante operam", che riprende tale tematica, qui si intende proporre una sintesi dei passaggi istituzionali principali che hanno sostenuto il principio guida del superamento dell'OPG, con i criteri della gradualità e sicurezza del processo di dimissione, della progettualità della presa in carico individuale, della previsione di servizi idonei nel territorio e di crescita culturale nei DSM, in sintonia con le successive strategie applicative delle norme della legge 9/12.

- L'avvio di un primo gruppo di lavoro con l'elaborazione del documento "Progetto OPG - Regione Lombardia", maggio 2010/rev. 15 giugno 2010, in applicazione del D.P.C.M. 1° aprile 2008 sul superamento degli OPGe dell'accordo in CU Governo-Regioni del 19 novembre 2009
- La Delib.G.R. 1° dicembre 2010 n. IX/00937 che, in particolare, all'allegato 10 definisce la metodologia del processo di dimissione dei pazienti lombardi internati negli OPG con il coinvolgimento delle ASL, dei DSM e dell'OPG di Castiglione
- L'istituzione del Gruppo di Approfondimento Tecnico (GAT) il 7 febbraio 2011, per favorire e coordinare le modalità di attuazione del processo di dimissione dei pazienti lombardi ricoverati negli OPG, anche con individuazione di adeguati presidi residenziali
- L'attivazione del coordinamento di bacino con Piemonte e Valle d'Aosta
- L'elaborazione nel 2011 del documento "Strumenti e modalità di attuazione del processo di dimissione degli utenti lombardi dagli OPG secondo quanto disposto nella Delib.G.R. n. 937 del 1° dicembre 2010", ove è affrontato il tema dei requisiti di dimissibilità, documento poi condiviso a livello di bacino
- I tavoli di monitoraggio dei progetti individuali di dimissione (ASL con DSM), tuttora attivi, dei pazienti lombardi, avviati nel corso del 2011: su indicazione regionale, infatti, è stato attivato in ogni Azienda Sanitaria Locale un apposito Tavolo Tecnico per il monitoraggio del processo di dimissione dei pazienti lombardi dagli Ospedali Psichiatrici Giudiziari, con l'obiettivo di coordinare e monitorare il lavoro dei singoli Dipartimenti di Salute Mentale, che in Lombardia afferiscono alle Aziende Ospedaliere, presenti sul territorio. Nel 2011 la rilevazione effettuata, cui hanno risposto tutte le ASL e i DSM, indica che: a) i pazienti residenti ricoverati in OPG per i quali i DSM e/o le ASL hanno ricevuto richiesta di valutazione e/o hanno in corso una progettualità ai fini della dimissione e/o inserimento in struttura residenziale nel 2011 erano 144; b) i pazienti residenti dimessi da un OPG a partire dal 1° gennaio 2011 su progetto del DSM e/o autorizzazione della ASL erano 169. Risulta quindi che oltre 300 pazienti lombardi sono stati dimessi o hanno in corso un progetto per esserlo dal sistema OPG italiano nel 2011 e sono stati accolti tramite il sistema sanitario e di salute mentale regionale
- La continuità del processo dimissione nell'anno 2012, ad opera dei DSM e ASL regionali, che ha riguardato 114 cittadini lombardi, come risulta dai dati del relativo monitoraggio, oltre agli altri soggetti con progetti individuali in corso di attuazione

- la predisposizione e l'invio al Ministero della progettualità richiesta dalla legge 9/12 entro il 15 settembre 2012
- L'aggiornamento del GAT OPG in data 22 novembre 2012 con ricostituzione del gruppo, completato anche da rappresentanti dell'UEPE, del PRAP e delle ASL, e revisione degli obiettivi e delle strategie: garantire e monitorare la continuità del processo dimissione dei pazienti lombardi dall'OPG, avviato attraverso progetti di trattamento e riabilitativi individuali, e dall'altro lato pianificare la realizzazione delle strutture sanitarie alternative nell'ambito dei provvedimenti previsti dalla legge 9. Diversi pertanto i campi di interesse: la rilevazione epidemiologica, il monitoraggio dei processi, l'individuazione del percorso clinico dei pazienti autori di reato, l'offerta di servizi nel territorio, la programmazione delle nuove strutture e i relativi requisiti, la loro diversificazione e la graduazione d'intensità di cura, il coordinamento, la previsione del programma di formazione per operatori dei DSM
- L'elaborazione e implementazione, svolte nell'ambito del GAT, di un protocollo per la presa in carico congiunta dei pazienti OPG-DSM lombardi
- L'offerta di Strutture Residenziali per dimessi nelle Regole 2013 e la previsione del "potenziamento servizi territoriali", previsto dalla legge, per l'assistenza ai pazienti autori di reato nei DSM.

Da ultimo: il processo di dimissione dei pazienti lombardi ricoverati presso gli Ospedali Psichiatrici Giudiziari prosegue in modo organico con l'ausilio dei tavoli di monitoraggio istituiti presso tutte le ASL e con modalità stabilite dal protocollo di collaborazione fra OPG di Castiglione delle Stiviere e DSM lombardi. Tale processo e l'attuazione della legge 9/12 devono essere supportati prevedendo le necessarie risorse per la presa in carico dei pazienti da parte dei Centri territoriali. Nel 2013, pertanto, si darà impulso ai processi organizzativi e formativi per meglio definire, seguendo le linee del complesso lavoro elaborato dal GAT regionale sul superamento degli OPG, la funzione di presa in carico dei pazienti di competenza dei DSM presidiando il delicato raccordo con gli aspetti legali, in collaborazione con la Magistratura e gli uffici preposti di A. O. e ASL. Tali aspetti di trattamento territoriale e di inclusione sociale dei pazienti, di collegamento tra i vari Enti ed Istituzioni e di formazione degli operatori, richiedono la necessità di adeguare e modulare le risorse di personale dedicate nei Servizi territoriali, come priorità strategica, in coerenza con quanto previsto dalle norme attuative della legge 9/2012 e in particolare dall'Atto d'intesa della Conferenza Unificata Stato-Regioni del 7 febbraio 2013 sul riparto del finanziamento di parte corrente, nonché dal d.l. 24/13.

2. Analisi socio-sanitaria e bisogni identificati

2.1. Situazione del contesto e i bisogni che ne conseguono

Secondo i dati forniti dall'amministrazione penitenziaria i cittadini lombardi in OPG al 31 ottobre 2008 erano 241, ed i residenti lombardi che beneficiavano del regime di licenza finale esperimento (cfr. nota 1) erano 41.

Il quoziente rapportato a 100.000 residenti, oltre i 18 anni, (ISTAT al 1° gennaio 2009), rileva che la Lombardia esprime circa 3 pazienti in OPG e 0,5 in licenza finale esperimento sul territorio (tabella 1).

Tabella 1.

PROVENIENZA	QUOZIENTE LICENZA ESPERIMENTO SU 100.000	QUOZIENTE INTERNATI SU 100.000 RESIDENTI
Abruzzo	0,45	3,30
Basilicata	0,20	1,43
Calabria	0,43	2,55
Campania	0,30	3,68
Emilia-Romagna	0,35	1,66
Friuli V.G.	0,67	0,86
Lazio	0,47	2,99
Liguria	0,57	4,02

Lombardia	0,50	2,97
Marche	0,38	1,82
Molise	0,74	2,22
Piemonte	0,43	2,00
	0,27	1,69
Sardegna	0,92	3,46
Sicilia	0,59	3,95
Toscana	0,95	2,19
Trentino A.A.	0,61	1,82
Umbria	0,53	1,45
Valle d'Aosta	0,00	1,88
Veneto	0,34	1,77
ITALIA	0,49	2,73

Nota 1. La licenza finale esperimento rappresenta la messa alla prova sul territorio prima della valutazione della pericolosità effettuata dal magistrato [art. 53, legge 26 luglio 1975, n. 354 e succ. modificazioni] Il quoziente riportato colloca la Lombardia nella media dei valori di riferimento nazionale, rendendo meglio comprensibile il dato numerico assoluto di 241 soggetti registrato nei 2008 (sovrapponibile ai dati del quadriennio successivo), quale risultato da correlare alla maggiore popolazione regionale lombarda rispetto alle altre regioni italiane.

Rileva altresì segnalare che nell'OPG Castiglione si registra un elevatissimo numero di dimissioni realizzate negli ultimi anni come dimostrano i seguenti dati riferiti ai flussi in entrata e in uscita dall'OPG di Castiglione:

- anno 2010: ammessi = 154; dimessi 102 pazienti (in articolo 222,219, 206 CP e 312 CPP), una quota doppia di quella prevista in base agli impegni stabiliti in sede di Conferenza Stato-Regioni del novembre 2009;
- anno 2011; tot ammessi: 217 (154 U - 63 D); per le stesse tipologie giuridiche del 2010: ammessi = 196 (153 U - 43 D), di cui il 50% in Misura di sicurezza provvisoria; dimessi tot: 163 (94 U -69 D); per le tipologie ricordate, dimessi = 134 (92 M -42 D);
- anno 2012: ammessi tot. = 182 (121 U; 61 D); dimessi: 182 (119 U; 63 D), in sostanziale invarianza delle tipologia giuridica rispetto al 2011, con presenza in OPG al 31 dicembre 2012 di un numero di internati residenti in Lombardia pari a 172 (146 U - 26 D) su un totale di 288 pazienti presenti (206 U - 86 D).

Tali dati, che divengono ancora più significativi alla luce del fatto che il tempo medio di degenza a Castiglione è passato da 4,3 anni nei 2008 a 1,6 per gli uomini e 2,3 per le donne nel corso del triennio 2010-2012, testimoniano una forte tensione alla dimissione dei curanti, anche se allo stato attuale non riesce a controbilanciare l'elevato numero di invii diretti in OPG disposti dalla Magistratura.

È utile in questo contesto ricordare che l'uscita del paziente dall'OPG e il reinserimento nell'ambito territoriale di provenienza prevede di norma l'utilizzo del circuito e dell'offerta ordinariamente disponibile, ovvero di risorse umane e strutture (territoriali e residenziali) idonee e disponibili anche per pazienti non gravati da una Misura di Sicurezza; si deve anche sottolineare che si cerca di favorire l'esperienza residenziale in sedi che possano preludere e avvicinare al tempo stesso i luoghi di origine e il futuro ed eventuale luogo di reinserimento, essendo la vicinanza di luoghi conosciuti, così come le relazioni parentali ed amicali esistenti, un valore innegabile per i pazienti.

Lo stesso "circuito della normalità" è stato utilizzato anche dalla Magistratura quando ha disposto la misura alternativa all'internamento in OPG: al riguardo va però evidenziato che nel triennio 2010-2012 un numero di pazienti pari al 20-25% di quanti avevano beneficiato della Licenza Finale Esperimento (LFE) o della Libertà Vigilata (LV, misura alternativa non detentiva) è stato successivamente internato in OPG (di nuovo, nel caso di chi beneficiava della LFE, per la prima volta, nel caso di quanti beneficiavano della LV) per trasgressione degli obblighi.

In ragione dei richiamati re-ingressi o primi ingressi provenienti dal circuito ordinario, per ovviare almeno in parte alla condizione di sovraffollamento venutasi a creare nell'OPG lombardo a seguito della costituzione dei macro-bacini regionali previsti alla fase 2 dell'allegato C del D.P.C.M. del 2008 (che hanno portato a contare a Castiglione fino a 316 internati su una capienza tollerabile fissata a 223 p.l.), e soprattutto per garantire una dimissione "rapida" dall'OPG anche a persone - non necessariamente residenti in Lombardia - con un grado di pericolosità sociale attenuata, ma tuttavia ancora ben apprezzabile, è stata attivata nel 2011 una comunità sperimentale a valle dell'OPG (ben al di fuori della sua linea perimetrale): la "Struttura per l'esecuzione della LFE e della Libertà Vigilata" (SLiEV), costituita da 2 moduli - per un totale di 36 posti letto - destinati a pazienti di ambo i sessi in esecuzione penale esterna.

Ai fini di un'eshaustiva ricognizione dei bisogni, premessa indispensabile per ogni fondata programmazione, arricchita dalle rilevazioni della ricerca in corso con l'Istituto Superiore di Sanità, non si possono non considerare due ulteriori elementi:

il primo attiene alle caratteristiche cliniche, psicopatologiche e comportamentali della popolazione internata: nell'OPG di Castiglione essa è, al momento, compresa in un arco di età che va dai 18 ai 90 anni; al suo interno si trovano pazienti con diagnosi di schizofrenia resistente ai trattamenti (tot. dei pazienti inquadrabili nel gruppo della schizofrenia nell'ultimo triennio = 55%), portatori di ritardo mentale con alta espressività aggressiva (3%), molti in doppia diagnosi, una quota crescente (oggi pari al 33%) con diagnosi di disturbo di personalità (non pochi dei quali forse più correttamente da allocare in sentenza nel circuito carcerario), soggetti affetti dal morbo di Alzheimer o con importanti malattie fisiche (HIV, cardiopatie, etc.) concomitanti al disturbo psichiatrico;

il secondo elemento rimanda alla quota di cittadini residenti in Lombardia oggi internata nei 5 OPG italiani: tale quota - da riassorbire doverosamente nel nuovo circuito sostitutivo dell'OPG -, in base ai dati recentemente forniti dalle Regioni sede di OPG, al 31 dicembre 2012, ammonta a 36 soggetti.

In ultima analisi, stanti le dinamiche di flusso ed i bisogni evidenziati, il dato da considerare per programmare la nuova offerta da dedicare a pazienti gravati da misura di sicurezza detentiva non può discostarsi significativamente dal numero di residenti in regione Lombardia presenti attualmente nell'OPG di Castiglione: al 31 dicembre 2012 essi ammontano a 172 unità, di cui 146 uomini e 26 donne; prudenzialmente, (poiché nelle nuove residenze sanitarie accreditate non potrà darsi "in cronico", come è avvenuto e tuttora si verifica in OPG, lo scostamento delle presenze rispetto alle 20 unità previste), al numero (172) dei presenti al 31 dicembre 2012 bisognerà aggiungere una quota pari almeno al 20% del totale (34,4) della popolazione OPG, tenendo conto dei circa 500 liberi vigilati, a vario titolo presenti nel territorio regionale, considerabili a rischio di trasgressione degli obblighi con conseguente avvio di misura di sicurezza detentiva; a quanto già quantificato vanno sommati i 36 pazienti attualmente internati in altri OPG del territorio nazionale: si arriva così a un totale di posti letto da approntare pari a 240.

In tale numero saranno inclusi gli utenti di ambo i sessi provenienti da regioni e province autonome con le quali Regione Lombardia avrà stipulato appositi accordi. In particolare tale prospettiva riguarda la Provincia Autonoma di Bolzano e la Regione Valle d'Aosta con le quali è in corso la definizione degli atti necessari.

2.2 Offerta Ante Operam

- Ospedale Psichiatrico Giudiziario e territorio regionale: modalità operative attuali

In forza dell'articolo 5, comma 1 del D.P.C.M. del 2008, che ha previsto il trasferimento alle regioni delle funzioni sanitarie afferenti agli ospedali psichiatrici giudiziari ubicati nel territorio delle medesime, l'OPG di Castiglione - sin dal 1939, anno di attivazione, caratterizzato per essere integralmente organizzato su base esclusivamente sanitaria e gestito pertanto senza personale dipendente dal Ministero di Giustizia (Polizia Penitenziaria) - è divenuto a tutti gli effetti presidio della regione Lombardia. Quest'ultima, in quanto sede di OPG, a seguito degli accordi assunti in sede di Conferenza Unificata Stato-Regioni (CU) del 16 novembre 2009, è divenuta regione capofila del macro bacino di utenti di sesso maschile residenti in Lombardia, Piemonte e Valle d'Aosta, con il compito di provvedere a mantenere il coordinamento delle regioni afferenti al bacino stesso affinché provvedano al recupero sul territorio dei pazienti ricoverati in OPG residenti nelle loro regioni e dimissibili; il nosocomio giudiziario lombardo ha continuato ad essere l'unico punto di

accoglienza per le donne d'Italia dal momento che mai è stato istituito uno specifico punto di accoglienza per le donne del bacino centro-sud previsto in sede di CU.

Ricordato che l'Ospedale Psichiatrico Giudiziario di Castiglione delle Stiviere (MN), in ragione dei macro bacini individuati, ha maggior numero di persone ricoverate nei diversi OPG italiani, ha definito un proprio progetto ("Progetto OPG - Regione Lombardia", maggio 2010/rev. 15 giugno 2010) per il conseguimento dell'obiettivo previsto delle dimissioni con le modalità, i tempi e le risorse necessarie, anche attivando presso la Direzione generale Sanità (DGS) un gruppo di lavoro specifico: il Gruppo Approfondimento Tecnico (GAT-OPG).

Esso considera i programmi da realizzare per i pazienti lombardi dimissibili sia dall'OPG Castiglione delle Stiviere sia dagli altri OPG, nonché quelli relativi ai pazienti piemontesi, nei rispetto dell'informazione e condivisione dei progetti di trasferimento e inclusione nel tessuto assistenziale regionale delle persone affette da disturbi mentali e soggette a provvedimenti di giustizia, anche al fine di definirne priorità temporali ed eventuali criticità.

Tenendo conto delle difficoltà, spesso legate agli aspetti sociali e familiari, a reinserire la maggior parte dei pazienti al loro domicilio e della necessità di fornire ai DSM strumenti idonei a farsene carico, tale progetto articolato coinvolge la Regione, le ASL con gli OCSM e i DSM lombardi, e in particolare il DSM dell'A.O. Poma di Mantova, sia utilizzando più ampiamente risorse già presenti nel sistema sia attivando nuovi servizi, se necessario anche ipotizzando forme assistenziali innovative che forniscano adeguate risposte ai bisogni specifici dei pazienti.

Come capofila del bacino di utenza dell'O.P.G. Regione Lombardia, per tramite della Direzione generale Sanità, ha mantenuto e mantiene il coordinamento con le Regioni afferenti al bacino stesso, ovvero Piemonte e Valle d'Aosta, affinché provvedano al recupero sul territorio dei pazienti ricoverati in OPG residenti nelle loro regioni e dimissibili.

L'O.P.G. di Castiglione delle Stiviere coordina i programmi relativi ai pazienti ricoverati negli OPG valutati idonei alla dimissione, operando in collaborazione con il Gruppo di lavoro OPG della DGS.

A tale scopo l'O.P.G. di Castiglione funge da snodo per i progetti inerenti sia il rientro dei pazienti lombardi inseriti negli altri OPG italiani sia la dimissibilità dei ricoverati con residenza lombarda, piemontese o valdostana dell'OPG di Castiglione. L'OPG pertanto provvede periodicamente alla puntuale segnalazione dei nominativi dei pazienti alle regioni ed alle ASL lombarde competenti territorialmente, ed ha il compito di monitorare costantemente le presenze di ricoverati afferenti al bacino di Castiglione presso altri OPG italiani, oltre che di segnalare alle ASL i nominativi di nuovi casi oggetto di misure di sicurezza detentiva da sentenza della Magistratura.

Allo stesso modo le ASL e i DSM delle A. O. lombarde lavorano con la collaborazione dell'OPG castiglioneese alla programmazione del reinserimento nel territorio dei pazienti lombardi presenti sia nel nominato istituto che negli altri O.P.G. italiani: nell'ambito dei Tavoli Tecnici per il monitoraggio del processo di dimissione dei pazienti lombardi dagli Ospedali Psichiatrici Giudiziari le ASL provvedono periodicamente ad inviare ad ogni Dipartimento di Salute Mentale l'elenco dei residenti nell'area di competenza che risultano inseriti presso gli OPG italiani, con l'indicazione, se già individuata dalle strutture di provenienza, della loro dimissibilità valutata in accordo con la Direzione dell'OPG di Castiglione. I DSM concordano con l'OPG di Castiglione i programmi delle attività relative ai ricoverati in OPG valutati dimissibili, con indicazione sintetica dei percorsi personalizzati, individuati o previsti e con relativa tempistica.

Esaustiva illustrazione dell'attuale modalità di collaborazione e raccordo fra OPG di Castiglione e DSM della Lombardia per garantire una presa in carico integrata finalizzata al miglior percorso del paziente internato è contenuta in uno specifico "Protocollo" a cui si rimanda per opportuna conoscenza (si veda l'Allegato1), licenziato dal Gruppo Approfondimento Tecnico (GAT-OPG) su impulso della DGS, e recepito dalle Aziende Ospedaliere e dalle ASL regionali ai fini di una sua fattiva implementazione.

- Ulteriori azioni di Regione Lombardia finalizzate all'attuazione del D.P.C.M. 1° aprile 2008

La Regione Lombardia si è mossa con solerzia e determinazione per l'attuazione dei disposti del D.P.C.M. 1° aprile 2008, e degli accordi successivamente stipulati in sede di Conferenza Unificata tra il Governo, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano e le autonomie locali. Infatti, in accordo con quanto stabilito in sede di Conferenza Unificata, si è provveduto al progressivo accoglimento dei pazienti con residenza lombarda ricoverati presso OPG di altre regioni, potenziando l'organico della struttura castiglione che, anche per questo motivo, si è dovuta organizzare per offrire accoglienza a un numero ordinariamente prossimo ai 300 pazienti nel triennio 2010-2012. Tale sforzo organizzativo è stato sostenuto di pari passo dalle iniziative che la Regione ha messo in campo.

Si è attivato il coordinamento del bacino di afferrimento all'OPG di Castiglione delle Stiviere, che comprende oltre alla Lombardia le Regioni Piemonte e Valle d'Aosta, che ha visto diverse azioni congiunte delle Regioni coinvolte, prima tra tutte la attivazione dei relativi DSM per la presa in carico dei pazienti di competenza per residenza, che hanno iniziato lo scorso dicembre a defluire verso i territori di appartenenza.

Le ASL e le AO, con i relativi Dipartimenti di Salute Mentale, sono stati sollecitati ad attivarsi verso i pazienti dimissibili, e ciò si è concretizzato con un forte aumento delle prese in carico della sanità territoriale (si vedano i dati del monitoraggio riportati in precedenza), a fronte di una media di dimissioni che pochi anni fa ruotava attorno alle poche unità/anno.

È stato redatto dal gruppo di lavoro regionale un documento di taglio fortemente scientifico-tecnico che ha definito il concetto di "dimissibilità" e che è stato condiviso e validato sia dal coordinamento degli psichiatri lombardi che dai colleghi delle Regioni di bacino, sul quale hanno manifestato interesse non solo i tecnici delle altre regioni, ma anche importanti poli Universitari (Milano Bicocca, Bari, Roma-La Sapienza, Palermo e Catania) per un'applicazione in sede nazionale degli stessi criteri (cfr. Allegato 2).

La DGS ha (più recentemente) dato impulso affinché il GAT-OPG licenziasse un "protocollo di collaborazione tra l'OPG di Castiglione delle Stiviere dell'A.O. Poma di Mantova e le Aziende Sanitarie e Ospedaliere della Regione Lombardia per la presa in carico congiunta degli internati nell'OPG dall'ingresso alla dimissione".

Con Delib.G.R. 4334/2012 e s.m. di cui alla circolare attuativa Delib.G.R. 4334/202 del 26-20-2012, Regione Lombardia ha previsto la possibilità di stipulare "accordi convenzionali con la struttura residenziale accreditata di durata annuale" in casi definiti tra i quali ricadono le strutture che accolgano pazienti lombardi dimessi dagli Ospedali Psichiatrici Giudiziari secondo quanto previsto dall'accordo sancito tra Governo e Regioni in coerenza con quanto disposto dal D.P.C.M. del 1° aprile 2008.

In precedenza, la Delib.G.R. 937/2010 ha previsto la "destinazione all'area della tutela della salute mentale di risorse aggiuntive pari a euro 15 milioni che verranno utilizzate per la prosecuzione dei programmi innovativi triennali, territoriali e formativi, avviati nei 2009 e per la definizione di nuovi progetti di rilevanza regionale, con particolare riguardo allo sviluppo di iniziative finalizzate alle dimissioni dei pazienti lombardi ricoverati negli Ospedali Psichiatrici Giudiziari". In linea coerente, con l'attivazione della SLiEV (si veda nel paragrafo precedente), costata alla Regione 2.500.000 di euro per la ristrutturazione edilizia e per la messa a disposizione del personale ad essa dedicato, personale il cui costo annuale ammonta circa a 1.500.000 milioni di euro, la Lombardia non ha inteso dare solo una risposta alla situazione di sovraffollamento creatasi nell'OPG di Castiglione, ma ha voluto inoltre concretamente avviare la costituzione di un circuito virtuoso dedicato al percorso del paziente psichiatrico autore di reato. Un circuito professionalmente qualificato che, in un'ottica di deistituzionalizzazione rapida, ricalcasse l'articolazione del circuito residenziale attivato, diffusamente nel territorio italiano, a seguito della chiusura degli Ospedali Psichiatrici completatasi sul finire del secolo scorso.

- Offerta territoriale

Un numero di dimissioni prossimo alla cifra di 400 realizzato dall'équipe dell'OPG di Castiglione nel triennio 2010-2012 non si sarebbe potuto conseguire in assenza della ricca rete di presidi per la tutela e la promozione della salute mentale presente in regione Lombardia: una rete che, per l'essenziale, consta di 30 Dipartimenti di salute mentale (DSM), comprendenti più di 100 CPS, 54 SPDC (807 posti letto), e un'offerta di 2439 posti in Strutture residenziali (SR) distribuiti su tutto il territorio regionale e gestiti da 151 strutture accreditate (pubbliche afferenti ad Aziende Ospedaliere o private): un'offerta residenziale, articolata tra

Comunità riabilitative (CR) e Comunità protette (CP), oltre a circa 300 posti in semi-residenzialità e ai programmi di residenzialità leggera (più di 400).

Né quella mole di dimissioni si sarebbe potuta realizzare se la Regione non avesse dato un forte impulso al percorso di restituzione territoriale dei pazienti internati con formali note alle ASL e ai DSM, finalizzate appunto all'assunzione di diretta responsabilità rispetto alla presa in carico prima e alla dimissione poi dei pazienti internati.

2.3 Strategia adottata rispetto ai bisogni identificati

La programmazione strategica che regione Lombardia intende adottare per ottemperare agli adempimenti previsti dalla legge 9 del febbraio 2012 e a quanto disposto nel decreto attuativo dal Ministero della Salute si colloca in continuità con leggi, disposizioni, regole e valori che dal 1997 ne orientano le scelte in materia di assistenza sanitaria.

In sede di individuazione del bisogno di residenzialità sostitutiva dell'OPG, si è mostrato che, realisticamente, si dovrà programmare un'offerta che consenta di lavorare con un numero di pazienti lombardi di ambo i sessi in Misura di Sicurezza detentiva che si situa attorno alle 240 unità. In tal senso il presente programma tiene conto della realizzazione di 12 strutture da 20 posti ciascuna, da attivare in modo progressivo, tenendo anche conto dell'andamento del bisogno riscontrato.

Questa prima fondamentale indicazione risulta però inadeguata rispetto a una predisposizione dell'offerta pensata in funzione della complessità e della diversità della popolazione giudiziaria: un'importante traccia da seguire per muoversi in direzione di una più articolata risposta ai bisogni di salute viene dall'allegato A del D.M. 1° ottobre 2012, legge n. 9/2012, art. 3-ter (5) dove si legge:

"si ha riguardo alle strutture residenziali sanitarie per l'esecuzione della misura di sicurezza che esplicano funzioni terapeutico-riabilitative e socio riabilitative in favore di persone affette da disturbi mentali, autori di fatto che costituiscono reato, a cui viene applicata dalla magistratura a misura di sicurezza detentiva". (...) Considerando che i pazienti destinatari di che trattasi possono presentare caratteristiche psicologiche significativamente variabili, (...) ferma restando la gestione sanitaria, ne assicurano consequenzialmente un'implementazione adeguatamente diversificata, anche in termini strutturali, organizzativi, dei profili di sicurezza e di vigilanza esterna, nonché per livelli di protezione, idonea a rispondere alle diverse caratteristiche psicopatologiche ed alla loro evoluzione. (...).

Rispetto al dettato del d.m., si sottolinea innanzitutto che il Gruppo di Approfondimento Tecnico regionale (GAT) sul tema OPG, in considerazione della composizione della popolazione attualmente internata a Castiglione già illustrata in un precedente paragrafo, ritiene del tutto opportuna una diversificazione dei livelli di assistenza, dell'offerta riabilitativa e dei profili di sicurezza in relazione alle diverse caratteristiche cliniche, psicopatologiche e comportamentali dell'utenza da garantire nelle distinte residenze.

Alla luce ed in ragione di ciò, le strutture regionali preposte individuano tre diversi livelli di intensità assistenziale all'interno delle 12 strutture sanitarie che, nel loro complesso, saranno deputate ad espletare le misure di sicurezza già in capo all'OPG.

- Residenze ad Alta intensità terapeutico-riabilitativa e assistenziale (REMS-AI);
- Residenze per alta riabilitazione a media intensità assistenziale (REMS-MI);
- Residenze per alta riabilitazione a bassa intensità assistenziale (REMS-BI).

Tutte le strutture garantiranno un'offerta di assistenza di alto grado sulle 24 ore.

Le 3 (tre) Residenze ad alta intensità terapeutico-assistenziale e riabilitativa, con accordi da perfezionare con il Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria (DAP) ed il Provveditorato Regionale della Lombardia (PRAP), a regime, saranno deputate ad accogliere tutti gli internati di ambo i sessi residenti in Lombardia per la prima volta assegnati nelle nuove residenze sanitarie sostitutive degli OPG, tutti gli internati ad elevata

pericolosità sociale anche provenienti dagli altri cinque OPG italiani, i pazienti con rilevanti turbe comportamentali e/o resistenti ai trattamenti; in ultima analisi, esse si dovranno far carico dei nuovi ingressi, almeno nel primo periodo dei pazienti assegnati alle nuove residenze per trasgressione degli obblighi previsti dalla licenza finale esperimento (LFE) o dalla libertà vigilata (LV) già comminata come misura alternativa alla detenzione, dei pazienti più gravi e gravosi, ordinariamente degli internati considerabili non dimissibili nel medio periodo. Dette strutture saranno affidate al gruppo di lavoro di Castiglione delle Stiviere in ragione ed in forza dell'apprezzabile sapere e saper fare - unico in Italia - maturato nel tempo nel trattamento di internati di ambo i sessi in misura di sicurezza detentiva, all'interno di strutture gestite esclusivamente da personale dipendente dell'azienda ospedaliera e integralmente organizzate secondo quanto previsto dalla normativa sanitaria di riferimento.

Le altre due tipologie di residenze sanitarie saranno invece dedicate, ordinariamente nel rispetto del bacino di utenza che sarà a breve esplicitato, a persone internate meno gravose dal punto di vista gestionale, con un bisogno di trattamento riabilitativo rilevante almeno quanto quello psichiatrico o assistenziale, prevalentemente considerabili alla luce del percorso attuato, nelle "Residenze per alta riabilitazione a media intensità assistenziale", dimissibili nel medio periodo, nelle "Residenze per alta riabilitazione a bassa intensità assistenziale" dimissibili nel breve periodo.

Il presente progetto considera inoltre fondamentale il criterio del collegamento funzionale, insieme a quello della diversificazione e della graduazione, delle nuove residenze (REMS).

Ogni volta che ne esistano le condizioni (giuridiche, cliniche e gestionali), quale che sia il livello di intensità assistenziale della residenza di accoglienza, non sarà in ogni caso preclusa al gruppo di lavoro dedicato la facoltà di una dimissione "diretta, senza indugi e senza passaggi intermedi" degli internati verso il territorio di appartenenza. Anche a regime, è inoltre data facoltà ai gruppi di lavoro delle 12 residenze da approntare, di usufruire della SLiEV (ubicata a Castiglione d/S), che, a regime, si intende ancora dedicare a pazienti autori di reato in esecuzione penale esterna, per facilitare "l'uscita dalla misura detentiva", ovvero per facilitare il percorso di dimissione (atto che, riguardato sotto il profilo giuridico, si dà solo quando l'interessato passi dall'originaria misura di sicurezza detentiva a una non detentiva) e quindi il recupero di diritti giuridici.

Ancora alla luce ed in ragione delle indicazioni statistiche e dell'epidemiologia dei bisogni rilevati, le 12 strutture identificate nel seguente programma potranno essere sostanzialmente divise così:

- 3 Residenze ad Alta intensità terapeutico-riabilitativa e assistenziale;
- 6 Residenze per alta riabilitazione a media intensità assistenziale;
- 3 Residenze per alta riabilitazione a bassa intensità assistenziale.

Le strutture in questione vanno considerate e si configurano come sovra-zonali, non potendosi far coincidere il concetto di "territorio" per come inteso e declinato nel "Progetto Obiettivo Tutela Salute Mentale 1998-2000" con la distribuzione delle residenze sanitarie sostitutive degli OPG su base regionale voluta dall'allegato C del D.P.C.M. 1° aprile 2008 e indirettamente confermata dalla "facoltà" data alle Regioni, nella Circolare Ministero della Salute del 12 febbraio 2013, "di stipulare appositi accordi per la realizzazione di strutture comuni nelle quali ospitare i soggetti internati provenienti dalle regioni medesime".

Nondimeno non si prescinde da un criterio geografico-territoriale nell'individuazione delle possibili ubicazioni delle istituende residenze; detto criterio non può però essere l'unico a guidare la programmazione, dovendo invece essere opportunamente integrato da altri che rimandano in primis alle competenze di chi deve lavorare nelle nuove strutture (criterio dell'efficacia) e poi da criteri di ordine in senso lato economico (criterio dell'efficienza). A partire da ciò, l'individuazione dell'ubicazione delle strutture e la loro caratterizzazione funzionale ha tenuto conto dei seguenti fattori:

- 1) Distribuzione geografica sul territorio.
- 2) Competenze professionali pre-esistenti.

- 3) Disponibilità di strutture esistenti; costi di ristrutturazione e tempi di approntamento;
- 4) Disponibilità teorica di personale da impiegarvi.
- 5) Vicinanza ad Aziende Ospedaliere.

Sulla scorta dei criteri esplicitati, le residenze sanitarie saranno distribuite in 4 poli ed avranno, lungo un asse nord-sud del territorio regionale, le seguenti ubicazioni:

1. Mariano Comense (CO)	(A.O. S. Anna di Como)
2. Limbiate (MI)	(A.O. Salvini di Garbagnate Milanese)
3. Leno (BS)	(A O. di Desenzano del Garda)
4. Castiglione delle Stiviere (MN)	(A.O. Carlo Poma - Mantova)

che avranno ordinariamente come bacino di utenza rispettivamente

1. residenti nelle Province di Varese, Como, Monza Brianza, Lecco, Sondrio
2. residenti nell'ASL Milano 1 e ASL Città di Milano
3. residenti nelle Province di Bergamo e Brescia
4. - per le REMS-AI internati di ambo i sessi di tutto il territorio della Lombardia;
- per le REMS-MI: residenti nell'ASL Milano 2 e nelle Province di Pavia, Lodi, Cremona, Mantova.

Rispetto all'organizzazione funzionale (si veda anche nei singoli progetti presentati dalle Aziende Ospedaliere coinvolte nello sforzo progettuale):

- i poli di Mariano Comense, Limbiate e Leno si doteranno tutti di un modulo articolato in due residenze:

1 (una) Residenza per alta riabilitazione a media intensità assistenziale;

1 (una) Residenza per alta riabilitazione a bassa intensità assistenziale;

- il polo di Castiglione delle Stiviere si articolerà in

3 (tre) Residenze ad alta intensità terapeutico-riabilitativa e assistenziale;

3 (tre) Residenze per alta riabilitazione a media intensità assistenziale.

2.4 Obiettivi del Programma

Può essere definito obiettivo generale del programma che si sta presentando la creazione di un articolato circuito residenziale regionale, per il superamento dell'OPG di Castiglione delle Stiviere ai sensi della legge 9/12 e del D.M. 1° ottobre 2012, dedicato a pazienti di ambo i sessi residenti in Lombardia cui sia stata comminata in sentenza una misura di sicurezza detentiva, ai sensi dei vigenti CP e CPP.

Le residenze in realizzazione hanno le caratteristiche specifiche di strutture sanitarie nella quali si erogano prevalentemente prestazioni di psichiatria; la loro strutturazione terrà conto però delle peculiarità specifiche della popolazione in accesso ad esse, adeguando, innovando ed integrando percorsi e modalità tipici delle comunità residenziali terapeutiche già esistenti sul territorio regionale (che con la SLiEV, costituiscono già parte di quel circuito che si vuole attrezzare) alle specificità delle persone accolte.

Va da sé: la modifica della storica offerta (che in Lombardia si configura già oggi come "sanitaria") può essere considerata condizione necessaria ma non sufficiente di per sé al fine di conseguire, anche una "modifica dello stato sanitario della popolazione di riferimento". Verso tale direzione, in Lombardia, si muoverà pertanto compiutamente solo quando si saranno raggiunti una serie di obiettivi parziali rappresentati da:

- realizzazione delle nuove 12 unità residenziali sanitarie a diversa intensità assistenziale e riabilitativa programmate per la risposta ai bisogni "allocativi" della popolazione di riferimento, inclusa quella oggi internata in altri OPG da riassorbire doverosamente nel territorio lombardo; nelle more che ciò sia fatto, sarà indispensabile

- l'adozione di quel "piano di formazione del personale" cui fa esplicito riferimento il decreto ministeriale attuativo della legge 9/12 a partire da un'acquisizione di un bagaglio di professionalità (ad oggi circoscritto a una singola esperienza esemplare) sarà possibile perseguire gli obiettivi operativi in capo alla responsabilità esecutiva dei DSM;

- obiettivi consistenti nel licenziare quelle procedure e quelle linee-guida esplicitate nel D.M. del 2012 (a cui si rimanda per la loro elencazione), che, nella loro implementazione pratica, possono costituire la giusta cornice entro cui realizzare percorsi appropriati e in quanto tali utili per ogni singola persona internata al recupero di salute e diritti, a partire dal consapevole sforzo di assolvere al mandato del D.P.C.M. dell'1 aprile 2008 e riscontrare lo spirito della legge 9/12 teso a garantire ai pazienti inseriti a vario titolo giuridico nelle REMS piani individualizzati di cura aventi come obiettivo finale il reinserimento sociale e la continuità del trattamento nel territorio, sede privilegiata per affrontare i problemi della salute, della cura, della riabilitazione delle persone con disturbi mentali.

2.5 Interventi progettuali e costi stimati per le attività sanitarie e per le misure di sicurezza

Caratteristiche generali delle strutture da realizzare (tenendo conto delle necessità assistenziali, di riabilitazione psico-sociale e di sicurezza)

Le residenze sanitarie da realizzare saranno distribuite in 4 poli ed avranno, lungo un asse nord-sud del territorio regionale, le seguenti ubicazioni:

- Mariano Comense (CO), per i residenti nelle Province di Varese, Como, Monza Brianza, Lecco, Sondrio;

- Limbiate (MI), per i residenti nell'ASL Milano 1 e ASL Città di Milano;

- Leno (BS), per i residenti nelle Province di Bergamo e Brescia;

- Castiglione delle Stiviere (MN), per i residenti nell'ASL Milano 2 e nelle Province di Pavia, Lodi, Cremona, Mantova (REMS- MI) e per gli internati di ambo i sessi di tutto il territorio della Lombardia (REMS-AI).

Rispetto all'organizzazione funzionale:

- i poli di Mariano Comense, Limbiate e Leno si doteranno tutti di un modulo articolato in due residenze:

- 1 (una) Residenza per alta riabilitazione a media intensità assistenziale;

- 1 (una) Residenza per alta riabilitazione a bassa intensità assistenziale;

- il polo di Castiglione delle Stiviere si articolerà in:

- 3 (tre) Residenze ad alta intensità terapeutico-riabilitativa e assistenziale;

- 3 (tre) Residenze per alta riabilitazione a media intensità assistenziale.

Numero dei posti letto:

Il Programma prevede 240 posti letto complessivi, così suddivisi:

- 120 p.l. relativi all'intervento di "Riqualificazione dell'Ospedale Psichiatrico Giudiziario di Castiglione delle Stiviere" dell'Azienda Ospedaliera "Carlo Poma" di Mantova;
- 40 p.l. relativi all'intervento di "Riqualificazione dell'edificio "M-N" del Presidio Multi-specialistico di Mariano Comense" dell'Azienda Ospedaliera di Como;
- 40 p.l. relativi all'intervento di "Realizzazione di una struttura sanitaria extraospedaliera presso l'Ospedale di Leno" dell'Azienda Ospedaliera di Desenzano del Garda;
- 40 p.l. relativi all'intervento di "Recupero dei padiglioni "Forlanini" e "Ronconi" all'interno dell'ex Ospedale Psichiatrico di Limbiate" dell'Azienda Ospedaliera "Guido Salvini" di Garbagnate Milanese;

Superficie lorda piana per posto letto:

Castiglione delle Stiviere 7.800,00 mq/120 p.l. (= 65 mq/p.l.)

Mariano Comense 1.908,00 mq/40 p.l. (= 48 mq/p.l.)

Leno 2.000,00 mq/40 p.l. (= 50 mq/p.l.)

Limbiate 2.446,00 mq/40 p.l. (= 61 mq/p.l.)

La media è di 56 mq/p.l.

Valutazione sulla dimensione e composizione delle risorse umane:

Le realizzande strutture saranno sotto il coordinamento dei Dipartimenti di Salute Mentale presso cui insistono, a prescindere dalla natura del soggetto che effettuerà la gestione, che potrà essere anche affidata ad un privato in sperimentazione pubblico/privato.

Detto che seguirà, a seguito di atto ministeriale ordinatorio, debito documento regionale in cui si specificherà puntualmente la dimensione e la composizione delle risorse umane da assegnare alle distinte tipologie di REMS dianzi specificate, si segnala che regione Lombardia sta valutando di aumentare in tutte e tre le tipologie organizzative contemplate nel presente programma la quantità delle risorse umane previste come "requisito minimo" o come "dotazione necessaria" per le residenze sanitarie sostitutive degli OPG nel D.M. Salute del 1° ottobre 2012.

Tale intento origina dalla valutazione che in sede di GAT-OPG è stata fatta a fronte di tutto quanto sarà in capo alle future REMS; detta valutazione ha dato luogo ad un qualificato documento di proposta, dedicato in particolare a quanto necessario per garantire la "funzione sicurezza", di cui si riporta in questa sede un ampio stralcio.

- La funzione sicurezza

In sintonia con quanto noto delle esperienze internazionali di riferimento, la funzione "garanzia della sicurezza" è organizzata attorno a tre domini fondamentali: sicurezza fisica (ambientale), procedurale, relazionale. Di seguito daremo conto di cosa si intende e cosa si può fare per ogni dominio.

1. La sicurezza di tipo fisico riguarda gli aspetti più evidenti di pianificazione di un servizio forense e include:

a) presidi volti a impedire/prevenire le fughe e b) presidi volti a prevenire agiti auto-lesivi.

a) fra essi si possono annoverare:

- la presenza e il tipo della linea perimetrale (ad esempio, nel caso dell'OPG di Castiglione, sbarre in successione stretta, alte circa quattro metri);

- i sistemi di allarme in caso di fuga (non presenti a Castiglione);

la chiusura delle porte che danno all'esterno dei reparti di degenza (in OPG solo in orario notturno);

- sistemi di telecamere (a Castiglione solo in pochi luoghi lontani dalla vista degli operatori);

b) fra essi sono compresi:

- i vetri antisfondamento o le inferriate alle finestre delle stanze di degenza non ubicate a piano terra;

- la presenza di bracci cedevoli nelle docce dei bagni.

2. La sicurezza procedurale, nella letteratura di settore, riguarda in generale le procedure che vengono attuate all'interno dell'ambiente fisico stabilito; comprende ad esempio:

- la selezione quali/quantitativa dei pazienti per struttura;

- il rapporto quantitativo staff/paziente;

- il numero ed il tipo di oggetti personali che il paziente può tenere con sé (con particolare riferimento per l'accesso a utensili potenzialmente utilizzabili come arma);

- frequenza e tipo di osservazione fatta per ciascun paziente;

- la supervisione/restrizione delle visite esterne;

- la possibilità di accesso (interno ed esterno) ad alcolici e/o a sostanze d'abuso.

Essendo le nuove residenze da organizzarsi secondo un modello integralmente sanitario, si ricorda infine, in tema di sicurezza, che bisognerà dare regolare adempimento a tutto quanto previsto dalla legge 81/2008 riguardo alla sicurezza delle strutture (presenza scale anti-incendio, rilevatori incendio, sblocco centralizzato delle porte di uscita in caso di calamità, materassi ignifughi etc. etc.) e degli operatori (procedure per la prevenzione del rischio biologico, della prevenzione/gestione delle infezioni ospedaliere etc. etc.).

3. La sicurezza relazionale concerne la comprensione approfondita dei pazienti in cura da parte dello staff e la capacità di far fronte alle situazioni di rischio; questo dominio viene unanimemente considerato il più importante di tutti.

Esso include: le capacità di riconoscere le situazioni a rischio, ovvero di comprendere le modalità in cui si dispiega il comportamento inadeguato (come ad esempio, la non-accettazione o l'evitamento attivo degli interventi del personale) e/o pericoloso del paziente (il riferimento è alle forme che può assumere l'escalation dell'aggressività) all'interno della struttura e di gestire le situazioni caratterizzate da manifesto comportamento aggressivo e violento.

Sintetizzando quanto riportato sui 3 domini, si può affermare che anche se, ovviamente, si dovrà porre maggiore o minore enfasi sugli elementi che rientrano nei domini 1. (sicurezza fisica) e 2. (sicurezza procedurale) per arrivare al livello di sicurezza che si vuole raggiungere e garantire nelle istituende REMS, il dominio 3., (sicurezza relazionale) è quello che va considerato con maggiore riguardo. È dominio, giova ripeterlo, presidiato integralmente dagli operatori, ovvero dalla loro capacità professionale, risultato delle competenze formative acquisite e dell'esperienza di lavoro maturata, e dalla loro "giusta quantità" nella definizione degli organici da assegnare alle nuove residenze psichiatrico-forensi in relazione ai livelli di intensità di assistenza che si vuole assicurare in ognuna di esse. Entrambi i fattori: capacità e quantità di

personale sufficiente a fronte del compito, risultano indispensabili per il buon dispiegarsi della "funzione sicurezza".

Per quanto riguarda il personale necessario, il punto di riferimento per la dotazione minima è ovviamente il D.M. 1° ottobre 2012. Adeguate valutazioni in proposito saranno però effettuate in corso d'opera, al fine di rendere sempre più adeguata la risposta sanitaria di questa nuova tipologia di offerta.

Indicazione delle specifiche competenze necessarie alla piena funzionalità dei servizi sanitari operativi:

Lavorare in una residenza deputata all'esecuzione delle Misure di sicurezza detentive richiede un sapere e un saper fare ordinariamente non posseduto dalle varie figure professionali individuate nel D.M. Sanità del 1° ottobre 2012. Il sapere di base di cui è corredato il bagaglio professionale va quindi integrato almeno da conoscenze degli articoli del Codice Penale, del Codice di Procedura Penale e dell'Ordinamento Penitenziario che regolano i percorsi in ingresso ed in uscita nonché la degenza in struttura degli internati. A questo si deve aggiungere un sapere che fornisca le capacità di riconoscere le situazioni a rischio, ovvero di comprendere le modalità in cui si dispiega in una data situazione il comportamento inadeguato e/o pericoloso del paziente all'interno della struttura e di gestire le situazioni caratterizzate da manifesto comportamento aggressivo e violento.

Regione Lombardia si impegna a garantire nel 2013 a 125 operatori dei DSM il bagaglio formativo necessario sulla scorta di quanto sarà proposto dal Gruppo di Approfondimento Tecnico regionale. A tal fine, ovvero per lo svolgimento di un modulo formativo da realizzare nel secondo semestre del 2013 che consenta l'acquisizione da parte degli operatori delle:

- conoscenze giuridiche e normative che ordinano i percorsi-paziente
- capacità di risk assessment
- capacità di risk management e in particolare di tecniche di de-escalation del comportamento aggressivo e violento.

ha stanziato, per il 2013 la somma di 25.000 euro (v. Allegato 3) con la previsione di replicare l'iniziativa nel primo semestre del 2014 destinandola in particolare agli operatori delle istituende REMS.

Modalità che si intendono adottare per il reperimento delle risorse umane:

le modalità che si intendono concretamente adottare per il reperimento delle risorse umane, nonché la loro esatta e definitiva quantificazione, come convenuto nella CU Stato-Regioni del 26 febbraio 2013, sarà oggetto di relazione illustrativa dedicata, che sarà prodotta a seguito di specifico atto proveniente ed atteso dal Ministero della Salute.

In generale, il reperimento delle risorse umane avrà luogo ricorrendo tra l'altro alle risorse messe a disposizione dalla legge 17 febbraio 2012, n. 9, art. 3-ter (5), per l'assunzione in deroga di personale qualificato da dedicare anche ai percorsi terapeutico riabilitativi finalizzati al recupero e reinserimento sociale dei pazienti internati provenienti dagli OPG, e sarà inserito all'interno della programmazione delle Aziende Ospedaliere coinvolte.

Intervento di "Riquilificazione dell'Ospedale Psichiatrico Giudiziario di Castiglione delle Stiviere" dell'Azienda Ospedaliera "Carlo Poma" di Mantova:

Breve descrizione:

L'intervento prevede una sostanziale riquilificazione dell'O.P.G. di Castiglione delle Stiviere che superi l'odierna strutturazione caratterizzata da grandi reparti di degenza in favore di una configurazione che rispetti i requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi delle strutture residenziali previsti nel decreto del Ministero della Salute di concerto con il Ministero della Giustizia del 1° ottobre 2012.

L'intervento prevede opere di ristrutturazione ai vari piani dei seguenti fabbricati:

Arcobaleno, per la realizzazione di n. 2 nuclei di 20 p.l. ciascuno;

Morelli, per la realizzazione di n. 1 nucleo di 20 p.l.;

Acquarius, per la realizzazione di n. 1 nucleo di 20 p.l.;

Virgilio, per la realizzazione di n. 2 nuclei di 20 p.l. ciascuno;

per un totale di 120 p.l. complessivi.

Ubicazione geografica:

Comune di Castiglione delle Stiviere (MN)

Soggetto attuatore:

Regione Lombardia - Infrastrutture Lombarde s.p.a.

Popolazione servita:

Soggetti sottoposti a misure di sicurezza detentive residenti in Lombardia nelle Province di Pavia, Lodi, Cremona, Mantova e ASL Milano 2

Tipologia di intervento:

Ristrutturazione

Livello di progettazione:

Progetto preliminare

Numero dei posti letto:

120 p.l. complessivi

Costi stimati per le attività sanitarie e per le misure di sicurezza:

per attività sanitarie euro 10.134.030/anno per lavori euro 16.766.909,38 (IVA inclusa)

Stima dei tempi di progettazione e di appaltabilità :

8 mesi

Stima dei tempi di realizzazione dell'opera:

12 mesi (per nucleo)

Indicatori di realizzazione:

data di affidamento delle opere;

data di inizio dei lavori;

stato avanzamento lavori;

tempi di ultimazione previsti;

eventuali varianti e sospensioni in corso d'opera;

data del collaudo/certificato di regolare esecuzione;

tempi di attivazione della struttura;

eventuali variazioni dei costi di realizzazione.

Indicatori di efficacia:

Si premette che viene richiesto di esplicitare gli indicatori di efficacia in ognuno dei progetti sviluppati dalle 4 Aziende Ospedaliere; al riguardo si ritiene che "la lista" di indicatori da presentare non possa non essere uguale in ognuno dei 4 progetti proprio perché essi sono tutti inclusi, compresi ed inquadrati all'interno del programma regionale che deve volere e prevedere una sua sostanziale uniformità di implementazione nelle varie sedi individuate per la realizzazione delle REMS. In ragione di ciò, quanto viene di seguito indicato nella presente scheda è da ritenersi del tutto simile a quanto si sarebbe indicato nelle rimanenti altre 3, dove invece si troverà, alla voce "indicatori di efficacia, un esplicito rimando alla scheda riferita al programma presentato dall'Azienda Ospedaliera C. Poma di Mantova.

Indicatori di efficacia

Evidenza

- nel Programma di Organizzazione Aziendale (POA) dell'inclusione delle REMS nei DSM presso cui insistono;
- della preparazione, entro il dicembre del 2015, e, in ogni caso, non oltre il primo semestre del 2016 delle linee-guida e delle procedure da parte dei DSM di cui al decreto ministeriale 1° ottobre 2012 attuativo della legge 9/12;
- degli outcomes clinici;
- protocollo di collegamento con le altre strutture per la tutela della salute mentale - protocollo sulla sicurezza correlato alla tipologia dei pazienti
- protocollo sul risk assessment all'interno del quale devono essere considerate, tra le altre, le tematiche relative a: le possibilità di accesso, il numero e la tipologia degli oggetti personali in custodia del paziente, le regole relative a restrizione e supervisione delle visite, le restrizioni per alcolici e sostanze d'abuso
- protocolli di accoglimento, trattamento, dimissione per le REMS
- Per ogni utente viene elaborato, in raccordo con il DSM competente, un Progetto Terapeutico Riabilitativo (PTR) contenuto nella cartella clinica che descriva obiettivi, tempi, verifiche previste dal programma riabilitativo, attività necessarie a realizzare gli obiettivi definiti.
- Esiste un documento di programmazione annuale delle spese in relazione agli obiettivi, al fine di assicurare lo svolgimento delle attività di riabilitazione
- Esiste un Piano per la formazione del personale mirato ad acquisire e a mantenere competenze cliniche, medico-legali e giuridiche, con particolare attenzione ai rapporti con la Magistratura di sorveglianza, per la gestione dei soggetti affetti da disturbo mentale autori di reato

Riguardo all'attività, gli indicatori numerici potranno essere i seguenti:

- n. di nuovi ricoveri ogni sei mesi;
- n. di giornate di assistenza/anno;
- n. di prestazioni riabilitative di diversa tipologia erogate/anno;
- n. di progetti di dimissioni elaborati ogni sei mesi;
- n. di dimissioni effettuate/anno.

Intervento di "Riqualificazione di dell'edificio "M-N" del Presidio Multi-specialistico di Mariano Comense" dell'Azienda Ospedaliera di Como:

Breve descrizione:

L'intervento consiste nell'adeguamento dell'edificio denominato "M+N" all'interno del Presidio Multi-specialistico di Mariano Comense.

Sono previsti interventi di trasformazione interna dei locali, messa in sicurezza dell'area esterna ed adeguamenti impiantistici vari per ottenere n. 2 moduli da 20 posti letto ciascuno.

Ubicazione geografica:

Mariano Comense (CO)

Soggetto attuatore:

Regione Lombardia - Infrastrutture Lombarde s.p.a.

Popolazione servita:

Soggetti sottoposti a misure di sicurezza detentive residenti in Lombardia nelle Province di Varese, Como, Monza Brianza, Lecco, Sondrio

Tipologia di intervento:

Ristrutturazione

Livello di progettazione:

Documento preliminare alla progettazione (DPP)

Numero dei posti letto:

40 p.l. complessivi

Costi stimati per le attività sanitarie e per le misure di sicurezza:

per attività sanitarie euro 3.263.748,28/anno

per lavori euro 5.625.157,32 (IVA inclusa)

Stima dei tempi di progettazione e di appaltabilità :

8 mesi

Stima dei tempi di realizzazione dell'opera:

16-24 mesi

Indicatori di realizzazione:

data di affidamento delle opere;

data di inizio dei lavori;

stato avanzamento lavori;

tempi di ultimazione previsti;

eventuali varianti e sospensioni in corso d'opera;

data del collaudo/certificato di regolare esecuzione;

tempi di attivazione della struttura;

eventuali variazioni dei costi di realizzazione.

Indicatori di efficacia:

Si veda alla stessa voce nella scheda del programma presentato dall'Azienda Ospedaliera C. Poma di Mantova.

Intervento di "Realizzazione di una struttura sanitaria extraospedaliera presso l'Ospedale di Leno" dell'Azienda Ospedaliera di Desenzano del Garda

Breve descrizione:

Il progetto prevede l'edificazione di un nuovo corpo di fabbrica di circa 2000 mq di S.L.P. disposti su due piani, all'interno dell'area dell'Ospedale di Leno. L'edificio ospiterà 2 moduli da 20 p.l. ciascuno nel rispetto dei requisiti di cui al Decreto del Ministero della Salute di concerto con il Ministero della Giustizia del 1° ottobre 2012.

Ubicazione geografica:

Leno (BS)

Soggetto attuatore:

Regione Lombardia - Infrastrutture Lombarde s.p.a.

Popolazione servita:

Soggetti sottoposti a misure di sicurezza detentive residenti nelle Province di Bergamo e Brescia

Tipologia di intervento:

Nuova costruzione

Livello di progettazione:

Progetto preliminare

Numero dei posti letto:

40 p.l. complessivi

Costi stimati per le attività sanitarie e per le misure di sicurezza:

per attività sanitarie euro 3.799.000,00/anno

per lavori euro 5.625.157,32 (IVA inclusa)

Stima dei tempi di progettazione e di appaltabilità :

9 mesi

Stima dei tempi di realizzazione dell'opera:

12 mesi (per modulo)

Indicatori di realizzazione:

data di affidamento delle opere;

data di inizio dei lavori;

stato avanzamento lavori;

tempi di ultimazione previsti;

eventuali varianti e sospensioni in corso d'opera;

data del collaudo/certificato di regolare esecuzione;

tempi di attivazione della struttura;

eventuali variazioni dei costi di realizzazione.

Indicatori di efficacia:

Si veda alla stessa voce nella scheda del programma presentato dall'Azienda Ospedaliera C. Poma di Mantova.

Intervento di "Recupero dei padiglioni "Forlanini" e "Ronzoni" all'interno dell'ex Ospedale Psichiatrico di Limbiate" dell'Azienda Ospedaliera "Guido Salvini" di Garbagnate Milanese

Breve descrizione:

Il progetto prevede la ristrutturazione dei padiglioni denominati "Ronzoni" e "Forlanini" all'interno dell'ex O.P.G. di Limbiate. Sono previsti interventi di redistribuzione degli spazi interni e adeguamenti impiantistici vari per ottenere n. 2 nuclei di 20 p.l. ciascuno.

Ubicazione geografica:

Limbiate (MB)

Soggetto attuatore:

Regione Lombardia - Infrastrutture Lombarde s.p.a.

Popolazione servita:

Soggetti sottoposti a misure di sicurezza detentive residenti nell'ASL Milano 1 e ASL Città di Milano

Tipologia di intervento:

Ristrutturazione

Livello di progettazione:

Studio di fattibilità

Numero dei posti letto:

40 p.l. complessivi

Costi stimati per le attività sanitarie e per le misure di sicurezza:

per attività sanitarie euro 3.799.000,00/anno

per lavori euro 5.625.157,32 (IVA inclusa)

Stima dei tempi di progettazione e di appaltabilità :

8 mesi

Stima dei tempi di realizzazione dell'opera:

22 mesi

Indicatori di realizzazione:

data di affidamento delle opere;

data di inizio dei lavori;

stato avanzamento lavori;

tempi di ultimazione previsti;

eventuali varianti e sospensioni in corso d'opera;

data del collaudo/certificato di regolare esecuzione;

tempi di attivazione della struttura;

eventuali variazioni dei costi di realizzazione.

Indicatori di efficacia:

Si veda alla stessa voce nella scheda del programma presentato dall'Azienda Ospedaliera C. Poma di Mantova.

3. Sostenibilità degli interventi

3.1 Sostenibilità economica e finanziaria degli interventi di edilizia

Il costo complessivo del programma, per la realizzazione edilizia delle 12 strutture da 20 posti letto previste, ammonta a euro 33.642.381,34, dei quali: euro 31.960.262,27 messi a disposizione dagli accordi assunti in sede di CU del 6 dicembre 2012 e successive modifiche ed integrazioni ex decretazione ministeriale, e il 5% messo a disposizione dalla Regione Lombardia per un importo pari a euro 1.682.119,07.

3.2 Sostenibilità amministrativa e gestionale

Per l'attivazione del presente Programma, tenuto conto, fra l'altro, dell'esigenza di realizzare un'attendibile analisi di fattibilità degli interventi e di conseguenza di garantirne l'effettiva sostenibilità economica e finanziaria, amministrativa e gestionale, nonché delle risorse umane, i progetti relativi agli interventi sono stati corredati dalla seguente documentazione:

1. Relazione tecnico-sanitaria relativa a:

- localizzazione territoriale ed urbanistica;
- analisi dello stato di fatto;
- descrizione degli interventi di progetto;
- caratteristiche igienico-sanitarie;
- stima dei costi;
- tempi di realizzazione;

2. Elaborati grafici per l'individuazione dell'intervento (planimetria generale e schemi grafici funzionali con una scala fra 1:500 e 1:200);

3. Quadro tecnico economico;

4. Cronoprogramma dell'intervento;

5. Schede tecniche per il monitoraggio con indicati:

- codice CUP;
- richiedente;
- soggetto attuatore;
- ubicazione;
- popolazione servita
- tipologia intervento
- proprietà

- n. posti letto
- livello progettazione
- dimensionamento
- costi stimati
- stima tempi progettazione e appaltabilità
- stima tempi per realizzazione opera

3.3. Sostenibilità di risorse umane

Il valore delle prestazioni sanitarie da erogare nelle strutture del presente programma sarà stimato, come di norma per le comunità residenziali accreditate, con una diaria, che in base ai livelli di intensità terapeutico-riabilitativa ed assistenziale potrà consistere in circa 200 euro per giornata di degenza.

A regime il costo totale potrà quindi essere calcolato come di seguito: 240 (numero pazienti ospitati) * 200 euro/giorno * 365 giorni/anno = 17.520.000 euro/anno. Tale costo è approssimabile a quello attualmente sostenuto per la struttura di Castiglione delle Stiviere.

4. Sistema di Indicatori idonei a fornire informazioni sul raggiungimento degli obiettivi

- Evidenza dell'adozione di un programma di formazione ad hoc del personale dei DSM entro l'anno 2013;
- evidenza delle prime esecuzioni delle Misure di Sicurezza detentive nelle nuove residenze sanitarie;
- evidenza degli atti regionali dell'accreditamento delle strutture (entro dicembre 2015) e successivamente del monitoraggio effettuato con periodiche ispezioni dalle ASL della regione Lombardia territorialmente competenti;
- evidenza della preparazione, entro il dicembre del 2015, delle linee-guida e delle procedure da parte dei DSM di cui al Decreto Ministeriale 1° ottobre 2012 attuativo della legge 9/12.

5. Sistemi di Monitoraggio del Programma

5.1 L'attività regionale di monitoraggio degli interventi

L'Azione della Regione, finalizzata allo sviluppo e al riequilibrio territoriale, trasversale alle diverse direzioni generali e resa coerente dagli atti di programmazione generale tra cui il Piano Strategico Regionale, si esplica attraverso le classiche tre fasi principali della metodologia PDCA:

- Programmazione;
- Attuazione;
- Verifica dell'utilizzo delle risorse.

La Direzione generale Salute è attiva da parecchi anni nella fase di verifica in particolare sperimentando strumenti di analisi relativi a:

- L'attuazione dell'investimento - verifica in corso d'attuazione;
- gli effetti di breve periodo dell'investimento - verifica delle realizzazioni;

- gli effetti di medio/lungo periodo dell'investimento - verifica d'impatto.

La verifica in corso di attuazione è finalizzata a garantire in itinere la coerenza e l'efficacia dell'investimento rispetto agli obiettivi di programma, per quanto individuabile durante la fase di attuazione, individuando tempestivamente eventuali problemi ed azioni correttive.

Il raggiungimento degli obiettivi del programma dipende sensibilmente dalla disponibilità di informazioni adeguate, coerenti ed affidabili sullo stato di attuazione dell'investimento e sul mantenimento della coerenza durante l'intero periodo di attuazione che, considerata la durata delle opere più significative, può essere influenzata dalle diverse esternalità.

Le informazioni principali sono fornite dal monitoraggio, con il quale si intende il complesso di procedure, tecniche ed attività volte alla rilevazione dei dati relativi allo stato di attuazione finanziaria, fisica e procedurale dell'investimento.

Un monitoraggio efficace permette di conseguire tre finalità:

- consentire la verifica dei progressi realizzativi dell'investimento e quindi lo stato di avanzamento effettivo a livello finanziario, fisico e procedurale;
- fornire gli elementi informativi necessari per l'attività di controllo (che si esplica anche con le verifiche in loco);
- fornire la base informativa per l'attività di verifica degli impatti dell'investimento.

In tal modo, esso rappresenta uno strumento fondamentale a supporto dell'attività di controllo, dell'attività di riprogrammazione, dell'ottimizzazione della gestione dell'investimento e, infine, dell'analisi e valutazione degli effetti.

Sistemi di monitoraggio regionale

Si riporta lo schema sinottico dei sistemi di monitoraggio in attuazione utili per la verifica degli investimenti in sanità.

	Nome	Periodicità	Indicatori
1	Rilevazione semestrale	Semestrale	Procedurali, finanziari
2	"Modulo C"	Annuale	Procedurali, finanziari
3	Flussi finanziari e revoche contributi	Annuale	Finanziari
4	Accreditamento	Annuale	Procedurali, fisici
5	Accordi di Programma	Annuale	Procedurali

In tal modo tutti gli interventi di edilizia e tecnologie sanitarie vengono sottoposti a monitoraggio semestrale al fine di prevenire immobilizzazioni ingiustificate di capitali e, eventualmente, riorientare gli investimenti.

Oltre alle rilevazioni degli interventi sul patrimonio, ogni sei mesi, le iniziative di trasformazione delle strutture sanitarie che fruiscono di un contributo pubblico, sono sottoposte ad attività di monitoraggio, consistente nella raccolta, analisi e verifica di informazioni relative ad ogni singolo intervento avviato con particolare riguardo ai seguenti elementi:

- la localizzazione e il dimensionamento degli interventi;
- la data di consegna dei lavori;

- i tempi di ultimazione previsti;
- i tempi di attivazione;
- eventuali varianti e sospensioni in corso d'opera;
- eventuali variazioni dei costi di realizzazione.

L'attività descritta rappresenta la fase conoscitiva indispensabile a definire i fenomeni in atto e le difficoltà attuative che maggiormente influenzano negativamente i processi edificatori determinando ritardi nei tempi di esecuzione e conseguenti aumenti di costi.

In tal modo è anche possibile ipotizzare e attivare meccanismi correttivi in grado di eliminare errori, distorsioni e anche "cattive abitudini", o almeno di attenuarne gli effetti indesiderati (es. varianti in corso d'opera). Tutti gli elementi sembrano infatti convivere in un processo di causa ed effetto di cui è difficile distinguere i contorni.

Rispetto al passato più recente, l'attuale normativa disciplina più attentamente le fattispecie modificative e i relativi importi ammissibili, accentuando le caratteristiche di eccezionalità delle varianti in corso d'opera. L'introduzione di obiettivi di mandato della direzione strategica aziendale legati alla corretta realizzazione delle opere con i tempi e con i costi programmati ha costituito ulteriore elemento di stimolo a operare con la massima tempestività.

Inoltre, particolare attenzione è rivolta al monitoraggio disciplinato secondo il "Modulo C" dell'Accordo per la semplificazione delle procedure per l'attivazione dei programmi di investimento in sanità, sancito in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni, e le Province Autonome di Trento e Bolzano in data 19 dicembre 2002, integrato dall'Accordo Stato-Regioni del 28 febbraio 2008.

Il monitoraggio avviene attraverso:

- l'aggiornamento, per via telematica, dei dati tecnici, economici e finanziari delle schede-intervento utilizzando l'applicativo "Osservatorio degli investimenti pubblici in Sanità".

Successivamente, a validazione dei dati ottenuta dal Ministero della Salute:

- viene redatto il "Modulo C" e trasmesso ai soggetti sottoscrittori dell'Accordo.

PROGRAMMAZIONE SANITARIA E IMPEGNI REGIONALI DELLA FASE TRANSITORIA

All'interno di una continua riflessione di Enti, Istituzioni, Soggetti ed Organismi interessati dedicata all'impatto organizzativo del presente programma e dei successivi atti di Governo nazionale sul futuro dei servizi, con riguardo sia alle nuove strutture, sia ai DSM e ai servizi territoriali/ASL, Regione Lombardia dispiegherà la sua azione lungotermine linee strategiche, funzionalmente e sinergicamente collegate, cui sono connesse altrettanti impegni ed adempimenti:

1. implementazione delle dimissioni dagli OPG anche al fine di ridurre consistentemente la popolazione;
2. implementazione del programma regionale per la realizzazione delle REMS;
3. valorizzazione dei Servizi di Salute Mentale (SSM) nel territorio.

1. - quanto alle dimissioni dagli OPG, l'obiettivo che si vuol perseguire è almeno quello di mantenere e, ove esistano le condizioni della dimissibilità, di incrementare l'elevatissimo (prossimo a 400 nel triennio 2010-2012, solo considerando i dati di flusso dell'OPG di Castiglione d/S) numero di uscite dagli OPG dei pazienti internati, così riscontrando quanto si legge all'art. 1 del d.l. 25 marzo 2013, n. 24 e successive modificazioni apportate in sede di conversione.

A tal fine

- richiama e conferma tutti gli atti di governo e di indirizzo emanati in Regione che chiamano, per quanto di competenza, tutte le Aziende Ospedaliere, le ASL, e i DSM all'assunzione di piena responsabilità in favore dei percorsi di dimissione del paziente giudiziario internato anche al fine di favorire l'esecuzione di misure di sicurezza alternative al ricovero in OPG o all'assegnazione in CCC;
- raccomanda la piena e fattiva implementazione dell'allegato "Protocollo tra OPG di Castiglione delle Stiviere dell'Azienda Ospedaliera C.Poma e le Aziende Sanitarie e Ospedaliere lombarde per la presa in carico congiunta degli internati nell'OPG";
- riconferma il Delib.G.R. 4334/2012 e s.m. di cui alla Circolare attuativa Delib.G.R. 4334/202 del 26-20-2012, con cui Regione Lombardia ha previsto la possibilità di stipulare "accordi convenzionali con la struttura residenziale accreditata di durata annuale" in casi definiti tra i quali ricadono le strutture che accolgono pazienti lombardi dimessi dagli Ospedali Psichiatrici Giudiziari secondo quanto previsto dall'accordo sancito tra Governo e Regioni in coerenza con quanto disposto dal D.P.C.M. dell'1 aprile 2008;
- conferma compiti e funzioni dei "Tavoli di Monitoraggio" insediati presso ogni ASL della Lombardia;
- impegna l'Osservatorio Regionale per la Sanità Penitenziaria a seguire in particolare l'iter finalizzato alla realizzazione dell'area sanitaria deputata all'accoglienza temporanea di soggetti portatori di patologie psichiatriche presso la Casa circondariale di Pavia.

2. - nell'ambito dell'implementazione del presente Programma, Regione Lombardia

- individua la Società Regionale "Infrastrutture Lombarde" come Stazione Appaltante per la realizzazione delle residenze sanitarie sostitutive degli OPG entro e non oltre il corrente 2013;
- impegna l'Agenzia delegata all'organizzazione dei Corsi di Formazione ad hoc per operatori dei DSM, avendone già stabilito la copertura economica, ad effettuare la prima tranche di detto corso entro il corrente 2013 e la seconda tranche entro il primo semestre del 2014;
- demanda agli Uffici competenti l'avvio dell'istruttoria per l'accreditamento delle istituende REMS, prevedendo in particolare di individuarne requisiti di personale che possano corrispondere sia alle esigenze di sicurezza sia terapeutico-riabilitative migliorativi rispetto ai requisiti minimi/necessari previsti dal D.M. 1° ottobre 2012.

3. - al fine di potenziare i SSM presenti nel territorio, Regione Lombardia

- impegna i Gruppi di Approfondimento Tecnico regionali dedicati alla psichiatria di valutare l'impatto organizzativo sul futuro dei servizi, riguardo sia le nuove strutture sia i DSM e servizi territoriali/ASL anche al fine di stabilire ulteriori risorse economiche e di personale (formato anche alle competenze specifiche) da assegnare ai SSM deputati a incrementare la realizzazione dei percorsi finalizzati all'uscita dall'OPG e all'effettiva presa in carico dei malati da parte dei DSM.

(5) NDR: Il riferimento è da intendersi all'art. 3-ter del D.L. n. 211/2011, convertito, con modificazioni, dalla citata L. n. 9/2012.

Allegato 1

Protocollo (provvisorio) tra OPG di Castiglione delle Stiviere dell'A.O. Poma di Mantova e le aziende sanitarie e ospedaliere della Regione Lombardia per la presa in carico congiunta degli internati nell'OPG dall'ingresso alla dimissione

Premessa

Il presente protocollo si intende valido sino alla piena attuazione della legge n. 9/2012 e delle nuove strutture sanitarie, ivi previste, "destinate ad accogliere le persone cui sono applicate le misure di sicurezza del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario e dell'assegnazione a casa di cura e custodia".

Inoltre per la sua adeguata implementazione va previsto il coinvolgimento della Magistratura di sorveglianza e dell'UEPE territorialmente competenti.

Finalità del Protocollo

Il protocollo e i suoi contenuti sono coerenti con le normative nazionale e regionali in tema di Salute Mentale (v. riferimenti allegati): in particolare (v. D.P.C.M. 1° aprile 2008, all. C), là dove prevede che ciascuna Regione assuma la responsabilità della presa in carico della popolazione interessata attraverso programmi terapeutici e riabilitativi da attuarsi all'interno della struttura giudiziaria "in preparazione alla dimissione e all'inserimento nel contesto sociale di appartenenza".

Il protocollo, condiviso tra la struttura ad oggi denominata OPG di Castiglione d/S (da ora in avanti identificata e nominata nel presente protocollo come OPG) dell'A.O. Poma di Mantova e le Aziende Sanitarie e Ospedaliere della Regione Lombardia con i relativi Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) di riferimento, ha l'obiettivo di assicurare ai pazienti destinatari dell'intervento, inseriti in OPG, piani di cura individualizzati e l'integrazione della presa in carico per perseguire una dimissione sicura.

Destinatari dell'intervento

I cittadini/pazienti di ambo i sessi residenti in Regione Lombardia.

Articolazione degli interventi nelle diverse fasi

1. La valutazione dei pazienti ammessi

a) L'équipe dell'OPG si impegna a segnalare entro 10 giorni al Responsabile del DSM e alla Direzione Sanitaria dell'ASL competenti per territorio:

i l'avvenuto ingresso del paziente;

ii i dati giudiziari, le condizioni cliniche, con le eventuali comorbilità correlate ad abuso di sostanze o a disturbi psico-organici (quali ritardo mentale e demenza);

iii la notifica dei nominativi degli operatori di riferimento del paziente in OPG.

b) Il Responsabile del DSM notificherà al Responsabile dell'OPG e, tramite lui, all'équipe di riferimento:

i entro i successivi 30 giorni, se trattasi di paziente già in contatto con il servizio, il nominativo degli operatori del CPS di riferimento territoriale incaricati ad occuparsi del caso, che dovranno inviare agli operatori di riferimento dell'OPG una relazione informativa concernente il paziente, il più possibile completa, sottoscritta dal responsabile del CPS o suo delegato;

ii entro i successivi 30 giorni, se il paziente non fosse mai stato in contatto con il servizio, il nominativo degli operatori del CPS incaricati di assumere le informazioni sul paziente da famigliari o altri soggetti e agenzie, tra cui l'UEPE, i quali dovranno aprire una cartella clinica e, compatibilmente alla difficoltà nell'assunzione delle informazioni, inviare entro 60 giorni la stessa relazione con le stesse modalità di cui sopra;

iii entro i successivi 30 giorni, se il paziente non fosse noto al CPS ma risultasse in carico o conosciuto per competenza da altro servizio dell'ASL (quale SERT o s. disabilità), l'indicazione di tale servizio e il nominativo degli operatori del CPS incaricati di effettuare l'istruttoria informativa di cui sopra, i quali dovranno inviare la

stessa relazione entro 60 giorni, corredata dalle notizie fornite dagli operatori già coinvolti sul caso e redatta in collaborazione con ASL. La partecipazione di ASL è fondamentale anche allo scopo di favorire - dopo la fase iniziale - sia il trattamento e la presa in carico dei soggetti con disturbi legati a dipendenza patologica o a ritardo mentale da parte dei competenti servizi territoriali dell'ASL, sia i necessari processi integrativi.

2. Il trattamento

a. Entro e non oltre 6 mesi dall'ingresso in OPG la micro-équipe dell'OPG e gli operatori del CPS incaricati del caso si incontreranno preferibilmente presso la sede OPG al fine di effettuare una valutazione clinica congiunta, prevedere l'ipotizzabile percorso giudiziario del paziente, qualora sia ancora in via di definizione, e concordare il possibile Progetto Terapeutico Riabilitativo (PTR) in coerenza con il PTI (Piano di Trattamento Individuale).

b. Sarà anche definita tra le due équipes la modalità e la scadenza degli scambi di informazioni che comprenderanno le verifiche sull'andamento del PTR, il suo aggiornamento o la sua eventuale correzione in corso d'opera.

c. Salvo necessità di rivalutazione o di modificazioni di programma, che devono comportare incontri straordinari tra le équipes, di norma gli incontri di verifica avvengono con cadenza almeno annuale.

3. Il processo di dimissione

L'andamento favorevole del trattamento e del progetto terapeutico-riabilitativo, di cui sopra, costituisce la base clinica per elaborare un programma di dimissione condiviso, che dovrà considerare i seguenti punti.

a. Il riesame della pericolosità sociale:

a 1 mese dalla data fissata per il riesame della pericolosità sociale le due équipes (OPG e CPS) svolgono una valutazione comune finalizzata a individuare e stabilire criteri utili, da riportare nella relazione medica firmata congiuntamente dallo psichiatra OPG e del CPS, per supportare la decisione del magistrato; l'esito ordinario di questo riesame può essere, in alternativa, nella proroga della MdS, nella concessione della Licenza Finale Esperimento (LE) o della Libertà Vigilata (LV) o di altra misura non detentiva, oppure nella revoca anticipata.

b. Proroga della MdS: la micro-équipe dell'OPG concorderà con gli operatori CPS incaricati del caso un nuovo calendario di incontri per definire le modalità di prosecuzione dell'intervento secondo quanto previsto al punto 2 (Trattamento) in base alla nuova situazione.

c. Licenza Esperimento:

i con tale MdS (misura di sicurezza) applicata, gli operatori dell'OPG continuano a essere i referenti tecnici del Magistrato di Sorveglianza;

ii le équipes OPG e CPS concorrono ad assicurare ai pazienti interessati i percorsi più idonei al conseguimento di gradi progressivamente più elevati di responsabilizzazione e di autonomia finalizzati al recupero di salute, facoltà e diritti per arrivare all'attenuazione della pericolosità sociale e successivamente alla revoca della MdS, oltre che per evitare il rischio di recidive;

iii in caso di invio in struttura residenziale (SR), l'équipe territoriale del CPS dovrà redigere il PTI e condividere la stesura del PTR secondo gli obiettivi congiuntamente concordati con l'équipe dell'OPG e definiti con gli operatori della SR ove è inserita la persona in licenza esperimento;

iv la collaborazione tra le due équipes permane soprattutto se si verificassero situazioni critiche verso gli obiettivi di cui al punto precedente (ii) in funzione della prevenzione di recidive;

v. Il referente principale degli operatori dell'OPG continua a essere il DSM territorialmente competente e l'équipe dedicata del CPS territorialmente competente, che dovrà inoltre avere la collaborazione degli

operatori della residenza eventualmente utilizzata nel programma di riabilitazione per poter implementare il PTI elaborato del CPS stesso.

b. Libertà Vigilata

Qualora il riesame abbia come esito la concessione della Libertà Vigilata (misura non detentiva) o abbia come esito la revoca della Misura di Sicurezza la presa in carico integrata viene a cessare in quanto il paziente viene formalmente dimesso dalla sede in cui ha avuto luogo la Misura di Sicurezza detentiva e cessa la competenza dell'OPG, mentre il programma terapeutico può continuare presso il servizio territoriale competente. In ogni caso occorre prevedere l'attivazione dell'UEPE territoriale per quanto di competenza.

Disposizione transitoria

Per i pazienti già internati per i quali non sia operativa la procedura prevista dal Protocollo e per quanti già godono del beneficio della Licenza Finale Esperimento, le parti interessate (OPG, DSM/CPS, ASL) si impegnano a condividere e realizzare, ciascuna per la sua parte, una presa in carico integrata, un programma di dimissione e un accompagnamento esterno che segua nella sostanza quanto sopra indicato.

Internati di cui non è immediatamente chiara la residenza

La CU del 13 ottobre 2011 ha stabilito "il principio di iniziale costante competenza del DSM presso la quale la persona aveva la residenza o l'abituale dimora al momento dell'applicazione della misura di sicurezza". Stabilita secondo tale indicazione la corretta afferenza dell'internato, si procede come al punto 1; si raccomanda particolarmente di segnalare il paziente all'ASL di riferimento del DSM e di attivare in tempi brevi l'UEPE.

Quadro normativo nazionale e regionale di riferimento

- Costituzione della Repubblica italiana: artt. 32 e 27, comma 3;
- Legge 833 del 12 dicembre 1978;
- D.P.C.M. 1° aprile 2008 e relativi Allegati;
- Legge 17 febbraio 2012, n. 9, art. 3-ter (6);
- Atti Conferenza Stato-Regioni del 28 novembre 2009, 13 ottobre 2011 e 28 febbraio 2012;
- Legge 419/1998: delega per il riordino del Servizio Sanitario Nazionale;
- Titolo V della Costituzione;
- D.P.R. 230/2000 - Regolamento dell'Esecuzione Penale;
- Patto per la Salute 2010-2012 approvato da Comitato LEA li 2 agosto 2011;
- Progetto Obiettivo "Tutela Salute Mentale 1998-2000"(GU 274, 22 novembre 1999);
- legge regionale n. 31 11 luglio 1997;
- Piano Regionale Triennale per la Salute Mentale in attuazione del Piano Socio Sanitario regionale 2002-2004 (deliberazione della Regione Lombardia n. 7/17.513 del 17-05 2004) e successive integrazioni;
- Codice Penale e Codice di Procedura Penale.

(6) NDR: Il riferimento è da intendersi all'art. 3-ter del D.L. n. 211/2011, convertito, con modificazioni, dalla citata L. n. 9/2012.

Allegato 2

Strumenti e modalità di attuazione del processo di dimissione degli utenti lombardi dagli OPG secondo quanto disposto nella Delib.G.R. n. 937 del 1° dicembre 2010 (Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio-sanitario regionale per l'esercizio 2011)

Un primo modello per programmare e attuare un progetto di dimissione da OPG e reinserimento nell'ambito territoriale di provenienza del paziente segue le modalità ordinarie e già normalmente sperimentate dai DSM, in collaborazione con il magistrato e con i colleghi degli OPG, e consiste nell'utilizzare le risorse e le strutture disponibili (territoriali e residenziali) e idonee al programma individuale del paziente elaborato sulla base dei bisogni evidenziati.

Un secondo modello invece prevede l'individuazione di programmi individuali con modalità specifiche, rispondenti al bisogno di pazienti con caratteristiche cliniche e giuridiche più complesse, ed è orientato a organizzare una progettualità sperimentale che comprenda la possibilità di allestire delle strutture comunitarie residenziali adeguate ad accogliere, assistere e trattare una casistica con un grado di pericolosità sociale ancora presente. In merito a ciò, scopo di questa bozza è di delineare alcune indicazioni volte a definire:

- 1) le caratteristiche dei pazienti in relazione alla dimissibilità
- 2) i requisiti strutturali e organizzativi delle comunità sperimentali di cui sopra

1) VALUTAZIONE DI DIMISSIBILITÀ

Criterio generale: il paziente è dimissibile qualora si diano le condizioni giuridiche, cliniche e socio-sanitarie che configurino una sostanziale diminuzione della pericolosità sociale e la possibilità di una gestione alternativa sicura al di fuori dell'OPG a seguito della disposizione di un Magistrato

DIMISSIBILITÀ GIURIDICA

Dal punto di vista giuridico è fondamentale esaminare tipo e durata delle misure di sicurezza (MdS).

I pazienti con MdS provvisorie (ovvero misure di sicurezza comminate prima che il reato sia passato in giudicato con sentenza, misure comminate in caso di sopraggiunta infermità mentale in carcere), per esempio, non possono essere dimessi.

Sono invece dimissibili i pazienti con misure di sicurezza detentive in OPG (soggetti non imputabili per vizio totale di mente, socialmente pericolosi, per i quali non siano state disposte misure alternative; soggetti imputabili ma condannati a pena diminuita per vizio parziale di mente e socialmente pericolosi; soggetti per i quali sia fallita la libertà vigilata).

In questi casi la misura di sicurezza comminata è revocabile qualora sia del tutto cessata la pericolosità sociale.

In situazione di attenuazione della pericolosità sociale può essere concessa una misura non detentiva, la libertà vigilata oppure, qualora la pericolosità sociale persista in maggior grado e non si voglia percorrere la via della misura non detentiva, può essere disposto il regime di licenza esperimento (6 mesi prima della data di scadenza misura di sicurezza).

DIMISSIBILITÀ CLINICA

La valutazione della pericolosità sociale va fatta sulla base di indicatori interni ed esterni:

INDICATORI INTERNI:

- presenza e persistenza di una sintomatologia psicotica florida e riccamente partecipata a livello emotivo, alla luce della quale il reato ha assunto "valore di malattia"; co-occorrenza di comorbidità; doppia diagnosi; personalità premorbosa
- insufficiente o assente consapevolezza di malattia (Insight)
- scarsa o nulla aderenza alle prescrizioni sanitarie (adherence)
- mancata o inadeguata risposta alle prescrizioni sanitarie praticate, purché adeguate sotto il profilo qualitativo e al range terapeutico ed effettivamente somministrate (compliance)
- presenza di segni di disorganizzazione cognitiva e di impoverimento ideo-affettivo e psico-motorio (sensibile compromissione delle abilità sociali e delle risorse premorbose) che impediscano un compenso accettabile e affidabile (destrutturazione della personalità)
- progressione della gravità delle condotte
- bassa soglia di acting out a fronte di frustrazioni inevitabili e/o di modesta portata
- forte e persistente intolleranza delle regole della vita in OPG, incluse le inevitabili "intrusioni" degli operatori motivate dal dovere di osservare e far osservare il regolamento penitenziario
- impossibilità di fruire di permessi e licenze senza la presenza di operatori
- rifiuto di partecipare a programmi trattamentali e occupazionali (laddove ce ne sia offerta)
- uno o più tentativi di fuga -apprezzabile rischio di agiti autosoppressivi dopo l'uscita dall'OPG
- sostanziale non comprensione/accettazione degli obblighi e dei vincoli di tipo giuridico, in particolare mancata accettazione della durata variabile della MdS (essendo la pericolosità sociale soggetta a riesame) rispetto alla "pena" che non può essere prorogata. Si tratta in quest'ultimo caso di un indicatore connesso alla valutazione non della pericolosità sociale in OPG ma delle situazioni di grave criticità (ragionevolmente prevedibili e non rare) che i pazienti possono incontrare nel percorso dopo l'OPG.

Al contrario sono indicatori interni correlati positivamente alla dimissibilità:

- buon compenso clinico o anche solo sensibile attenuazione della sintomatologia che ha determinato il passaggio all'atto
- ripristino di una sufficiente consapevolezza di malattia
- recupero di capacità di analisi, di critica e di giudizio adeguate
- possibilità di ottenere, da parte del paziente una spontanea, attendibile accettazione degli interventi terapeutici, compreso quello di tipo farmacologico e buona compliance alle terapie
- capacità ordinaria di istituire relazioni basate sul rispetto degli altri

- capacità di risolvere i conflitti con la negoziazione, ovvero senza ricorrere non solo a modi ma anche, prevalentemente, a termini aggressivi

INDICATORI ESTERNI:

- caratteristiche dell'ambiente familiare di appartenenza (accettazione, rifiuto, indifferenza, etc.)
- caratteristiche dell'ambiente sociale di appartenenza (supportività, rifiuto, etc. da parte delle reti sociali informali)
- esistenza e adeguatezza dei servizi psichiatrici territoriali di riferimento (o di altri specialisti, presso case di cura o nel settore privato)
- disponibilità da parte di tali servizi alla presa in carico e capacità di formulare progetti terapeutici
- tipo, livello e grado di accettazione del rientro del soggetto nell'ambiente in cui viveva prima del reato
- opportunità alternative di sistemazione logistica
- soluzione di specifici problemi concorrenti alla genesi e alla dinamica dell'atto
- reperimento o ripresa di un'attività lavorativa e di altre attività socialmente utili per una positiva (re)integrazione

In APPENDICE viene riportata una scala, proposta dall'OPG di Castiglione delle Stiviere e aggiornabile, che sintetizza gli indicatori sopra riportati

2) IPOTESI DI REQUISITI FUNZIONALI DI COMUNITÀ RESIDENZIALI SPERIMENTALI PER DIMESSI DAGLI OPG

Riferimento agli attuali criteri di accreditamento: CRA con adeguamento delle indicazioni strutturali, organizzative e procedurali

CARATTERISTICHE STRUTTURALI (sicurezza fisica)

La struttura ha una ricettività massima di 16 posti letto.

È collocata in un'area con adeguata accessibilità e prossimità a centro abitato.

Dispone di un'area esterna recintata di almeno mille metri quadri.

Dispone di sistemi di sicurezza oltre a quelli obbligatori (antincendio, uscite di sicurezza) quali chiusura delle porte, sistemi di allarme, telecamere o comunque visualizzazione notturna del perimetro, vetri antisfondamento al piano superiore, docce con bracci cedevoli.

Dispone di una stanza dedicata agli incontri con i familiari, gli avvocati, ecc.

Dispone di uno spazio dedicato alle attività di gruppo, di laboratorio, ecc.

CARATTERISTICHE ORGANIZZATIVE (sicurezza relazionale)

La struttura garantisce un'offerta assistenziale di alto grado sulle 24 ore.

L'organico è costituito da:

- 2 psichiatri

La presenza del medico psichiatra nelle 12 ore diurne deve essere intesa: dal lunedì al venerdì 8 ore (nella fascia 8-20) di presenza attiva e le restanti 4 ore di pronta disponibilità. Nella giornata di sabato e domenica le 12 ore diurne devono essere intese come pronta disponibilità

- 6 IP professionali

È opportuno prevedere 3 operatori per turno.

Nell'ambito del personale di assistenza deve essere presente almeno 1 infermiere professionale nell'arco delle 24 ore

Prima dell'immissione attiva nel servizio gli IP frequentano un training formativo di 2 mesi in OPG

- 12 OS (2 presenti sulle 24 ore)

Nell'ambito del personale di assistenza devono essere presenti almeno 2 OS nell'arco delle 24 ore

- 2 educatori/terapisti della riabilitazione

Deve essere garantita la presenza dell'educatore/terapista della riabilitazione per 8 ore al giorno (nella fascia 8-20) dal lunedì al venerdì e per 4 ore al giorno il sabato e la domenica.

- 1 psicologo

Deve essere garantita la presenza dello psicologo per almeno 18 ore alla settimana

- 1 assistente sociale

L'attività dell'assistente sociale deve essere dedicata per almeno 15 ore settimanali

Il personale sanitario e parasanitario effettua stage formativi di perfezionamento di almeno 10 giorni consecutivi l'anno.

CARATTERISTICHE PROCEDURALI (sicurezza procedurale)

Deve esistere un protocollo condiviso sul risk assessment all'interno del quale devono essere considerate, tra le altre, le tematiche relative a:

- le possibilità di accesso
- il numero e la tipologia degli oggetti personali in custodia del paziente
- le regole relative a restrizione e supervisione delle visite
- le restrizioni per alcolici e sostanze d'abuso

Per ogni utente viene elaborato, in raccordo con il DSM competente, un Progetto Terapeutico Riabilitativo (PTR) contenuto nella cartella clinica che descriva obiettivi, tempi, verifiche previste dal programma riabilitativo, attività necessarie a realizzare gli obiettivi definiti.

NB: si sottolinea l'importanza di rispettare le indicazioni della Delib.G.R. n. 937/2010 (Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio-sanitario regionale per l'esercizio 2011), particolarmente in merito alla definizione del progetto riabilitativo individuale del paziente da elaborare in stretto collegamento con i

collegi dell'OPG di Castiglione, nonché di specificare il ruolo dell'assistente sociale come interfaccia con la Magistratura e con il programma di reinserimento nella rete familiare-sociale.

APPENDICE

L'OPG di Castiglione delle Stiviere ha proposto di sintetizzare la misura degli indicatori, interni ed esterni, per la valutazione della pericolosità sociale nella scala di seguito riportata.

Si tratta di uno strumento aggiornabile, a oggi sperimentale che pertanto, pur all'interno della sua importante funzione valutativa, va considerato come uno strumento al servizio della condivisa assunzione di responsabilità del percorso clinico del paziente tra équipe dell'OPG ed équipe del DSM

Tabella di indicatori, criteri e punteggi per la valutazione della pericolosità sociale in rapporto alla fine della degenza in OPG (VPSO) - Secondo Rivellini - Straticò

Indicatore clinico	Criterio	Barrare il punteggio prefissato se il criterio è riscontrato
Valutazione clinica - cut off - BPRS versione italiana 4.0	La somministrazione della BPRS nell'ultimo mese ha attribuito punteggio totale < = 41	1
	La somministrazione della BPRS nell'ultimo mese ha attribuito punteggio totale compreso tra 53 e 41	0
	La somministrazione della BPRS nell'ultimo mese ha attribuito punteggio totale > = 53	-1
Stabilizzazione clinica di decorso	Stabile da almeno 6 mesi	1
Modalità ricaduta clinica	Documentate ricadute cliniche negli ultimi 6 mesi, con segni premonitori	0
	Documentate ricadute cliniche negli ultimi 6 mesi, senza segni premonitori	-1
	Negli ultimi 6 mesi ha fatto uso di sostanze stupefacenti	-2
Addiction	Negli ultimi 6 mesi ha mostrato comportamenti indice di tossicofilia	-1
	Negli ultimi 6 mesi ha mostrato comportamenti di disordine/ compulsività nella gestione del denaro	0
	Negli ultimi 6 mesi non ha mostrato segni e/o comportamenti di dipendenza	1
Insight sul provvedimento della MdS	Riconosce l'obbligo di sottoporsi a trattamento in OPG. Comprende che la MdSD è diversa dalla carcerazione e comporta che l'equipe deve rendere conto al giudice sull'esito del percorso di cura e riabilitazione	1
Insight sul rapporto tra disturbo e reato	Riconosce al reato il valore di malattia o comunque espressione di profondo disagio personale	1
Compliance farmacologica	Ha accettato di norma, negli ultimi 6 mesi, la terapia farmacologica	1
Via di somministrazione terapia	Ha assunto, negli ultimi 6 mesi, soltanto terapia per OS	1
Adherence ai trattamenti riabilitativi	Ha prodotto, negli ultimi 6 mesi, sufficiente continuità e responsabilità nell'impegno verso i trattamenti proposti	2

Punteggio Totale Area Clinica (Cut off consigliato = 5)

Indicatore Relazionale	Criterio	Barrare il punteggio prefissato se il criterio è riscontrato
Rapporti con lo staff	Ha adottato, di norma, negli ultimi 6 mesi, le regole della vita in OPG, senza entrare in rilevanti conflitti verbali con lo staff	1
Rapporti con altri pazienti	Ha gestito, di norma correttamente, negli ultimi 6 mesi, il rapporto con gli altri/altre pazienti	1
Comportamenti antisociali	Ha aggredito fisicamente un operatore negli ultimi 6 mesi	-3
	Ha aggredito fisicamente uno o più pazienti negli ultimi 6 mesi	-2
	Ha adottato comportamenti configurabili quali reati negli ultimi 6 mesi (piccoli furti, piccole estorsioni)	-1
Gestione uscite negli ultimi 6 mesi	Mai uscito dall'OPG	-1
	Già uscito/a con operatore, senza accusare vissuti negativi e/o produrre comportamenti irresponsabili	0
	Già uscito/a, con parente, senza accusare vissuti negativi e/o produrre comportamenti irresponsabili, almeno 3 volte	1
Rapporto del paziente con il DSM competente	Già uscito/a da solo, senza accusare vissuti negativi e/o produrre comportamenti irresponsabili, almeno 3 volte	2
	Il paziente negli ultimi 6 mesi è rientrato in OPG per fallimento L.F.E./L.V.	-1
	Il paziente negli ultimi 3 mesi è stato visitato almeno una volta in una struttura del DSM competente	1

Punteggio Totale Area Relazionale (Cut off consigliato = 4)

Punteggio Totale VPSO (cut off consigliato = 9)

Legenda

La scala indaga su due macro aree: la clinica e la relazionale

Lo score positivo massimo raggiungibile è pari a 15 punti

Lo score negativo massimo raggiungibile è pari a -13

Il cut off clinico consigliato per la dimissione protetta è stimato a punti 5

Il cut off relazionale consigliato per la dimissione protetta è stimato a punti 4

Il cut off totale consigliato per la dimissione protetta è stimato a punti 9

Avvertenza: secondo l'esperienza dei professionisti OPG e la letteratura sull'argomento, la macro area relazionale incide maggiormente nella valutazione della Pericolosità Sociale, dunque sul buon esito a medio termine della dimissione dall'OPG. In ragione di ciò è consigliabile che il cut off totale minimo pari a 9, sia raggiunto ottenendo almeno 4 punti nella macro area relazionale.

Allegato 3

Vedi: Scheda evento formativo - Piano 2013 rivolto ai professionisti del SSR