

DOSSIER O.P.G.

CHI C'È NEGLI OSPEDALI PSICHIATRICI GIUDIZIARI?

Le categorie giuridiche presenti negli Ospedali Psichiatrici Giudiziari sono essenzialmente le seguenti:

- Internati prosciolti per infermità mentale sottoposti al ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario in quanto socialmente pericolosi (art. 222 c.p.);
- Internati con infermità mentale sopravvenuta durante l'esecuzione di altra misura di sicurezza detentiva, per i quali sia stato ordinato l'internamento in ospedale psichiatrico giudiziario (art. 212 c.p.);
- Internati provvisori imputati, sottoposti alla misura di sicurezza provvisoria in ospedale psichiatrico giudiziario, in qualsiasi grado e stato del procedimento (art. 206 c.p.; 312 c.p.p.);
- Detenuti condannati in cui l'infermità di mente sia sopravvenuta durante l'esecuzione della pena (art. 148 c.p.) e detenuti minorati psichici (art. 111 D.P.R. 230/2000, Nuovo regolamento di esecuzione dell'O.P.);
- Detenuti dei quali deve essere accertata l'infermità psichica, per un periodo non superiore a 30 giorni (art. 112 c. 2 D.P.R. 230/2000, Nuovo regolamento di esecuzione dell'O.P.).

Per le ultime due categorie è prevista la creazione di sezioni di cura e riabilitazione presso ogni istituto di pena.

L'EVOLUZIONE NORMATIVA

1998

Il Parlamento delega al Governo il compito di "prevedere specifiche modalità per garantire il diritto alla salute delle persone detenute o internate mediante forme progressive di inserimento, con opportune sperimentazioni di modelli organizzativi anche eventualmente differenziati in relazione alle esigenze ed alle realtà del territorio, all'interno del Servizio sanitario nazionale, di personale e di strutture sanitarie dell'amministrazione penitenziaria" (Art. 5 L. N°419/1998).

In attuazione di tale delega viene emanato il D. LGS. N°230/1999 inizia il processo di progressivo trasferimento al Servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie precedentemente svolte dall'Amministrazione Penitenziaria.

2008

Viene emanato il [Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri](#) del 1 aprile 2008, disciplinante "le modalità, i criteri e le procedure per il trasferimento al Servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie, delle risorse finanziarie, dei rapporti di lavoro, delle attrezzature, arredi e beni strumentali relativi alla sanità penitenziaria".

Tutte le funzioni sanitarie svolte dal Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria e dal Dipartimento della Giustizia minorile del Ministero della Giustizia vengono trasferite al Servizio Sanitario Nazionale.

Le Regioni sono chiamate ad assicurare l'espletamento delle funzioni trasferite attraverso le Aziende Sanitarie locali comprese nel proprio territorio e nel cui ambito di competenza sono ubicati gli istituti e servizi penitenziari e i servizi minorili di riferimento.

Viene, inoltre, istituito "presso la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, apposito comitato paritetico interistituzionale".

Per quanto riguarda, specificamente, gli Ospedali Psichiatrici Giudiziari, le "Linee di indirizzo per gli interventi" sono previsti nell'Allegato C del DPCM.

Vengono individuate 3 fasi previste nelle quali articolare gli interventi regionali:

1° fase:

- Dimettere, in tempi brevi, gli internati che hanno concluso la misura di sicurezza con il coinvolgimento delle Regioni di residenza;
- Attivare delle sezioni di cura e riabilitazione all'interno delle carceri, al fine di riportarvi i ricoverati in OPG per disturbi psichici sopravvenuti durante l'esecuzione della pena;
- Assicurarsi che le osservazioni per l'accertamento delle infermità psichiche siano espletate negli istituti ordinari.

2° fase:

A distanza di un anno, distribuire gli attuali internati in modo da avvicinarli alle realtà geografiche di provenienza.

3° fase:

A distanza di due anni, restituire ad ogni Regione italiana la quota di internati in OPG che proviene dai loro territori, affinché ciascuna si assuma la responsabilità della loro presa in carico attraverso:

- Programmi terapeutici e riabilitativi da attuarsi all'interno di strutture come OPG con livelli diversificati di vigilanza o di strutture psichiatriche;
- L'affidamento ai servizi psichiatrici e sociali territoriali.

L'indicazione è quella di istituire, in ogni Regione in cui sia presente un OPG, idonea struttura

sanitaria avente autonomia organizzativa, con la raccomandazione di dotarsi di presidi di sicurezza e vigilanza preferibilmente perimetrali o esterni ai reparti.

La riforma della sanità penitenziaria è andata incontro a lungaggini e difficoltà nella sua attuazione.

Oggi il passaggio degli OPG alla competenza dei Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) è avvenuto in tutte le Regioni nelle quali gli istituti sono ubicati, ad eccezione dell'OPG di Barcellona Pozzo di Gotto in provincia di Messina (la Sicilia, infatti, non ha ancora recepito il DPCM del 2008)

2008-2011

Nel 2008 viene istituita una Commissione Parlamentare di Inchiesta sull'efficienza e l'efficacia del servizio sanitario nazionale (cd. Commissione Marino).

Nella seduta del 20.7.2011, la Commissione approva la [Relazione sulle condizioni di vita e di cura all'interno degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari](#), nella quale vengono denunciate "le gravi e inaccettabili [...] carenze strutturali e igienico sanitarie rilevate in tutti gli OPG, ad eccezione di quello di Castiglione delle Stiviere e, in parte, di quello di Napoli".

La Commissione stabilisce gli interventi necessari per la completa attuazione del passaggio di competenza al Servizio Sanitario Nazionale (SSN).

Tra questi si segnalano:

- L'adeguamento a standard ospedalieri di tutti gli OPG, in un tempo massimo di sei mesi. In caso di mora, la Commissione può disporre provvedimenti autoritativi di chiusura.
- **Tendere al progressivo "superamento" degli OPG attraverso il rafforzamento delle strutture territoriali dei DSM e la creazione di strutture intermedie fra queste e l'OPG:** piccole comunità terapeutiche con livelli di sicurezza diversificati e distribuite su tutto il territorio nazionale **a diretta gestione dei DSM.**
Per il maggiore ricorso alle "misure alternative all'internamento" fondamentale risulta il raccordo tra Magistratura di Sorveglianza e servizi psichiatrici regionali. Le proroghe della misura di sicurezza detentiva, infatti, sono spesso effetto di una carenza di strutture residenziali e riabilitative esterne, che dovrebbero essere individuate dai DSM.
- **Realizzare tutte le misure e azioni indicate per la tutela della salute mentale negli istituti di pena, attraverso la creazione di appositi reparti di osservazione psichiatrica e per minorati psichici.**
- Implementare la creazione i progetti riabilitativi individuali.
- Utilizzare, se necessario, i poteri sostitutivi del Governo per l'attuazione del DPCM del 1 aprile 2008.

- **Abolire in via legislativa l'istituto giuridico della non imputabilità.**
- **Abolire la possibilità di mantenere l'internamento sine die dei soggetti ritenuti socialmente pericolosi, con contestuale fissazione di un tetto massimo di durata della misura di sicurezza detentiva** pari alla pena che sarebbe stata irrogata per il reato commesso se il soggetto fosse stato ritenuto imputabile.

La contenzione fisica o farmacologica viene considerata dai Commissari "antiterapeutica oltre che illegale", se utilizzata come "scorciatoia gestionale".

Si chiede la messa in opera di strategie sanitarie di prevenzione dei comportamenti violenti e delle situazioni "prevedibili" di necessità di contenimento.

FINE 2011

Entra in vigore il **Decreto Legge 22 dicembre 2011, n. 211** recante "Interventi urgenti per il contrasto della tensione detentiva determinata dal sovraffollamento delle carceri".

All'articolo 3 ter vengono introdotte le "Disposizioni per il definitivo superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari".

Viene prevista – entro il **31 marzo 2012** – l'adozione di un decreto di natura non regolamentare del Ministro della salute, in 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, che definisca ulteriori requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi, anche con riguardo ai profili di sicurezza, relative alle strutture che accoglieranno le persone cui sono applicate le misure di sicurezza dell'OPG.

La riforma interviene in assenza di una contestuale modifica della disciplina sostanziale delle misure di sicurezza personali detentive.

L'"Ospedale Psichiatrico Giudiziario" rimane, di conseguenza, la misura di sicurezza destinata agli autori di reato non imputabili e socialmente pericolosi, ma deve essere eseguita esclusivamente nelle nuove strutture ad hoc.

Le nuove strutture devono seguire i seguenti criteri:

- Esclusiva gestione sanitaria all'interno delle strutture;
- Attività perimetrale di sicurezza e di vigilanza esterna;
- Destinazione dei soggetti alle strutture ubicate nel territorio di provenienza.

La Legge di conversione del D.L. n°211/2011 (Legge n. 9/2012) farà poi slittare il termine per il completamento del superamento degli OPG al 1° febbraio 2013.

2012

Viene emanato il [Decreto del Ministro della Salute di concerto con il Ministro della Giustizia](#) 1 ottobre 2012 recante "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" (cd. REMS).

Nell'Allegato A si stabilisce che:

- a) La gestione interna delle strutture è di esclusiva competenza sanitaria.
Per quanto concerne l'attività perimetrale di sicurezza e vigilanza esterna, le Regioni e le Province Autonome, se necessario, attivano specifici accordi con le Prefetture al fine di garantire adeguati standard di sicurezza.
- b) Requisiti strutturali:
 - La struttura ha uno spazio verde esterno.
 - L'area abitativa ha un massimo di 20 posti letto. Le camere possono essere destinate ad una o due persone, fino ad un massimo di quattro ospiti nei casi di particolari esigenze strutturali o assistenziali. Deve essere presente un bagno con doccia in ogni camera.
 - Sono previsti locali di servizio comune e locali per le attività sanitarie. Si prevedono tutte le attrezzature necessarie allo svolgimento delle attività sanitarie e che garantiscono la sicurezza del paziente e della struttura.
- c) Requisiti organizzativi.
 - Il personale è organizzato come equipe di lavoro multi professionale, con medici psichiatri, psicologi, infermieri, terapisti della riabilitazione psichiatrica/educatori, OSS.
 - La responsabilità della gestione della struttura è assunta da un medico dirigente psichiatra.
 - L'organizzazione del lavoro si fonda sui principi del governo clinico, basati sulle linee guida professionali e i percorsi assistenziali.
 - Le Regioni adottano un piano di formazione del personale delle strutture sanitarie residenziali, con particolare attenzione ai rapporti con la Magistratura di sorveglianza.

2013

Entra in vigore il Decreto Legge n. 24/2013, recante "Disposizioni urgenti in materia sanitaria". Vengono introdotte delle modifiche all'articolo 3 ter del D.L. n°211/2011 convertito, con modificazioni, dalla legge n°9/2012:

- a) Il termine per la chiusura degli OPG viene prorogato al 1° aprile 2014.
- b) Vengono favoriti gli interventi di potenziamento dei servizi di salute mentale sul territorio, al fine di evitare il più possibile il ricovero in OPG o nelle strutture a carattere intermedio.
- c) La Regione è tenuta a presentare il Piano Sanitario Regionale della Salute Mentale tendente al superamento degli OPG entro il termine del 15 maggio 2013: in caso contrario, il Governo

provvede in via sostitutiva, anche attraverso la nomina di un commissario unico per tutte le regioni per le quali si rendano necessari gli interventi sostitutivi.

La Legge di conversione n. 57/2013 apporta alcune modifiche al Decreto Legge, affermando che il programma regionale deve definire, prioritariamente, tempi certi e impegni precisi per il superamento degli OPG.

Inoltre deve prevedere la dimissione di tutte le persone internate per le quali l'autorità giudiziaria abbia già escluso o escluda la pericolosità sociale, con l'obbligo per le ASL di presa in carico all'interno di progetti terapeutico-riabilitativi individuali che assicurino il diritto alla cura e al reinserimento sociale. L'assenza di strutture residenziali esterne non può quindi essere addotto a motivo di ulteriore proroga della misura di sicurezza detentiva.

2014

Entra in vigore il Decreto legge 31.3.2014, n. 52, recante "Disposizioni urgenti in materia di superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari".

Vengono apportate ulteriori modifiche all'articolo 3 ter del D.L. n°211/2011 convertito, con modificazioni, dalla legge n°9/2012:

- a) Il termine per la definitiva chiusura degli OPG viene prorogato ulteriormente al 31 marzo 2015.
- b) Fino alla definitiva chiusura degli OPG, il giudice deve applicare la misura di sicurezza del ricovero in OPG come extrema ratio e solo nel caso in cui non ci sia altra misura idonea ad assicurare cure adeguate e ed a far fronte alla pericolosità sociale dell'autore di reato. Allo stesso modo deve provvedere il magistrato di sorveglianza chiamato ad accertare la pericolosità sociale del soggetto.
- c) Vengono previsti poteri sostitutivi del Governo nel caso in cui, dopo un semestre dall'entrata in vigore del decreto legge, la Regione non risulti in grado di completare il processo di superamento entro il semestre successivo.

In data 3.4.2014 la Commissione igiene e sanità del Senato ha approvato una [risoluzione](#) per impegnare il Governo secondo le seguenti linee direttive:

- Accelerare l'effettiva erogazione delle risorse destinate alla realizzazione del processo di definitivo superamento degli OPG.
- Introdurre una disposizione volta a fissare la durata massima della permanenza nelle REMS dei soggetti che saranno giudicati socialmente pericolosi (esclusi coloro che si trovano già in esecuzione di una misura di sicurezza detentiva).
- Vietare che le REMS possano accogliere persone in applicazione provvisoria della misura di sicurezza.
- Disporre che – qualora alla scadenza del termine del 1 aprile 2015 – ci siano ancora persone ricoverate in OPG, il Governo provveda in via sostitutiva al fine di assicurare il definitivo superamento degli OPG.
- Istituire una cabina di regia che veda rappresentate tutte le Istituzioni coinvolte nel processo di superamento degli OPG, con compiti di monitoraggio, stimolo e coordinamento e con obbligo di periodica relazione al Parlamento.

PROGETTI DI LEGGE SU IMPUTABILITÀ E MISURE DI SICUREZZA

- [DDL Grossi e altri senatori del 1983](#)
- [Schema DDL Commissione Pagliaro 1991 - art. 34-36](#)
- [DDL Riz e altri 1995 – art. 83-84](#)
- [DDL Corleone e altri](#)
- [DDL Emilia-Romagna - Toscana](#)
- [Schema DDL Commissione Grosso – art. 94 e ss.](#)
- [Schema DDL Commissione Nordio – art. 48-52](#)
- [Schema DDL Commissione Pisapia – art. 21](#)

LA REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Se non diversamente indicato, i dati di seguito presentati sono stati tratti da un intervento di Mila Ferri (Responsabile del Servizio salute mentale, dipendenze patologiche, salute nelle carceri – Regione Emilia Romagna) nel corso del Convegno Il percorso di superamento dell'OPG in Emilia-Romagna, tenutosi a Reggio Emilia nel mese di settembre 2013.

Al seguente indirizzo sono reperibili le relative slides:

<http://www.ausl.re.it/attachments/article/1717165/Reggio%20OPG%20settembre%202013.ppt#284,29,localizzazione>

Si vedano, inoltre, le [Relazioni sulla situazione penitenziaria in Emilia-Romagna](#).

2008

L'ospedale psichiatrico giudiziario di Reggio Emilia ha sede in via Settembrini n. 8, nella periferia della città.

Il direttore dell'OPG è il dott. Paolo Madonna, il direttore sanitario è la dott.ssa Valeria Calevro.

L'istituto è composto da sette sezioni.

Alla data del 31.12.2008 le persone presenti sono 316, a fronte di una capienza regolamentare di 132 persone e di una capienza "tollerabile" di 254 persone¹.

Il personale sanitario risulta così composto:

- 1 direttore psichiatra;
- 1 medico igienista dipendente;
- 1 psichiatra clinico dipendente;
- 10 contratti di consulenti psichiatri;
- 8 infermieri dipendenti;
- 28 infermieri parcellisti;
- 4 Operatori Socio-Sanitari parcellisti;
- 6 medici di guardia;
- 3 medici incaricati part time.

Nel corso dell'anno 2008 si registrano 177 episodi di contenzione meccanica.

L'OPG di Reggio Emilia si segnala per un meritorio esperimento di apertura delle celle durante gli orari diurni.

Sempre nel 2008 viene inaugurato un reparto a regime "aperto" – l'"Antares" – ed a gestione esclusivamente sanitaria, grazie ad un progetto sperimentale della Regione Emilia-Romagna, del Comune di Reggio Emilia e dell'AUSL locale.

Gli altri quattro reparti sono a regime chiuso, con pazienti che rimangono in cella giorno e notte (salvo le ore di uscita programmate).

Nella [Relazione sulle condizioni di vita e di cura all'interno degli ospedali psichiatrici giudiziari](#) della Commissione parlamentare d'inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del servizio sanitario nazionale, è riportato il resoconto del sopralluogo effettuato all'OPG di Reggio Emilia in data 23 luglio 2010.

Diverse le criticità riscontrate:

- Scadenti condizioni strutturali a causa di copiose infiltrazioni e segni d'umidità, servizi igienici vecchi ed in cattivo stato di manutenzione, locali doccia sudici, con pavimenti e pareti costantemente bagnati a causa, verosimilmente, della scarsa areazione".
- Sono ospitati 274 pazienti a fronte di una capienza ufficiale di 132 persone ed una capienza "tollerabile" di 254 persone.
- Nel reparto denominato "Antares", ovvero il reparto a regime "aperto" sito al secondo piano, sono funzionanti solo tre impianti doccia a fronte di 58 ospiti.
- Viene accertata la presenza di un paziente in regime di contenzione, previa adozione di letto metallico fissato al pavimento ed apposite fasce. Il paziente si trovava in quella condizione da cinque giorni. Si rileva l'assenza di un campanello per richiamare l'attenzione degli operatori sanitari e l'impossibilità di regolare l'inclinazione della testiera del letto.
- Il Direttore riferisce che il sovraffollamento della struttura è causato anche dall'assenza di strutture alternative sul territorio.

¹ Fonte: Ministero della Giustizia, D.A.P., Ufficio per lo sviluppo e la gestione del Sistema Informativo Automatizzato – Sezione Statistica

2010

La Commissione parlamentare d'inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del servizio sanitario nazionale effettua una seconda visita all'OPG di Reggio Emilia in data 6 dicembre 2010.

La delegazione afferma che l'OPG si presenta nelle stesse condizioni precedentemente rilevate e gli operatori riferiscono che, in mattinata, un internato si trovava in regime di contenzione.

Diverse lamentele riguardano il mancato funzionamento di alcuni scarichi dei bagni e la mancata erogazione di acqua calda.

2010-2013

Tra il 2010 e il 2013 la Regione Emilia Romagna predispone una serie di misure per incentivare il percorso di superamento degli OPG.

In estrema sintesi, si segnalano i seguenti interventi:

- Vengono realizzate attività di raccordo con le altre Regioni di bacino (Emilia-Romagna, Marche, Veneto, Friuli-Venezia Giulia, Province autonome di Trento e Bolzano) volte a definire le modalità di dimissioni e contestuale reinserimento delle persone presenti in OPG nei territori di residenza.
- Viene costituito un tavolo di studio con la Magistratura di sorveglianza per favorire la condivisione di percorsi di presa in carico da parte dei Servizi sanitari territoriali competenti e un gruppo di lavoro con i professionisti delle Aziende Usl per mettere a punto i programmi territoriali di dimissione dall'OPG e monitorarne le attività.
- Vengono inoltre implementati i rapporti con la Residenza Sanitaria Psichiatrica "Casa Zacchera", poco distante dal Borgo di Sadurano (FC), per l'accoglienza di internati in OPG residenti in Emilia Romagna, in licenza finale di esperimento, fase propedeutica alle dimissioni.
In proposito si veda: <http://www.assemblea.emr.it/garanti/notizie/oltre-gli-opg-a-forli-il-modello-a-cui-ispirarsi>
- Viene inoltre aperto un Reparto di osservazione psichiatrica presso il Carcere di Piacenza (in data 17.02.2012) e attivata, presso l'AUSL di Bologna, una struttura residenziale sanitaria per detenuti che necessitano di perizia psichiatrica (l'ex Roncati di Viale Pepoli).

2013

Alla data del 31.8.2013, le persone presenti nell'OPG di Reggio Emilia sono 173: 14 imputati, 42 condannati, 117 internati. Gli stranieri sono 43².

In base alle Regioni di provenienza, le persone sono suddivise come segue:

² Fonte: Ministero della Giustizia, D.A.P., Ufficio per lo sviluppo e la gestione del Sistema Informativo Automatizzato – Sezione Statistica

Emilia-Romagna: 34

Veneto: 36

Trento e Bolzano: 7

Friuli Venezia Giulia: 8

Marche: 9

Totale bacino: 94

Lombardia: 38

Piemonte: 9

Altre regioni: 23

Totale extrabacino: 74

Rispetto al passato, si segnala un'implementazione del personale sanitario stabilmente collocato, che risulta così composto:

- 1 direttore psichiatra;
- 6 psichiatri clinici dipendenti;
- 3 psicologi dipendenti;
- 32,5 infermieri dipendenti;
- 5 tecnici della riabilitazione psichiatrica dipendenti;
- 22 OSS dipendenti;
- 6 medici di guardia;
- 3 medici di medicina generale (ex incaricati) part time.

Rispetto al passato, gli episodi di contenzione risultano fortemente ridotti: sono 18 nel 2012, 1 nei mesi tra gennaio e marzo 2013.

I reparti aperti e a gestione sanitaria sono quattro ed è rimasto un solo reparto chiuso, il "Centaurò".

Alla fine di marzo del 2013, l'Azienda USL di Reggio Emilia presenta il **Progetto preliminare per il superamento dell'ospedale psichiatrico giudiziario**.

Il progetto prevede la costruzione, a Reggio Emilia, di una struttura composta da tre REMS (Residenze per l'Esecuzione di Misure di Sicurezza):

1. **struttura per uomini ad alta intensità medica**, con 10 posti letto.
2. **struttura per uomini di riabilitazione**, con 20 posti letto.
3. **struttura per donne ad alta intensità medica**, con 10 posti letto.

Il basso numero di posti letto è prevista per garantire standard assistenziali più elevati.

Ogni camera sarà dotata di un letto e di un bagno privato. Sono inoltre previsti ampi spazi diurni di reparto e per attività comuni.

La sicurezza verrà garantita dal rapporto operatori-pazienti e dalla collaborazione con la Prefettura, in caso di necessità.

Le tre REMS verranno ubicate nella stessa area, in un terreno di proprietà dell'AUSL, nelle adiacenze

del centro storico (Località Due Maestà, via Montessori, Reggio-Emilia).

Il finanziamento del programma per la realizzazione delle REMS viene approvato dall'Assemblea Legislativa della Regione Emilia Romagna (su proposta della Giunta regionale) in data 10.9.2013 e dal Ministero della Salute in data 9 ottobre 2013.

Il progetto preliminare dell'azienda USL di Reggio Emilia e la deliberazione della Regione Emilia-Romagna sono reperibili qui:

http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pagineAree_3855_listaFile_itemName_8_file.pdf

Il Decreto del Ministero della Salute del 9 ottobre 2013 è reperibile qui:

http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pagineAree_3855_listaFile_itemName_8_file.pdf

Durante il seminario "*Impegni per il superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari. Per non sprecare una occasione di crescita civile del Paese*", tenutosi a Roma il 27 marzo 2014, l'Assessore alla Sanità della Regione Emilia-Romagna, Carlo Lusenti, in qualità di rappresentante delle Regioni, ha precisato che esistono ancora degli ostacoli alla definitiva chiusura degli OPG.

La sua attenzione si sofferma sul flusso d'ingressi, ancora troppo elevato: si parla di 633 persone entrate nel 2012 e di 604 nel 2013 su 1.000 presenze.

L'Assessore chiede alla Magistratura d'intervenire per la riduzione di questo numero.

Viene infine auspicata la creazione di una "*cabina di regia che metta insieme le istituzioni coinvolte, dalla giustizia alla salute, dalle Regioni al Parlamento, alle associazioni*".

Questa proposta risulta accolta nella [Risoluzione della Commissione Igiene e Sanità del Senato](#) del 3.4.2014.