

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

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

Pubblicato nella Gazzetta Ufficiale del 4 gennaio 2010, n. 2

Il documento è stato approvato nella seduta del Tavolo di consultazione permanente del 17 novembre 2009.



*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*
CONFERENZA UNIFICATA

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

Rep. n. 82 - CU del 26 novembre 2009

LA CONFERENZA UNIFICATA

Nell'odierna seduta del 26 novembre 2009:

VISTO l'articolo 9 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281 e, in particolare, il comma 2, lettera c), in base al quale questa Conferenza promuove e sancisce accordi tra Governo, Regioni, Province, Comuni e Comunità montane, al fine di coordinare l'esercizio delle rispettive competenze e svolgere in collaborazione attività di interesse comune;

VISTO l'articolo 2, comma 283, della Legge 24 dicembre 2007, n. 244 (Finanziaria 2008), il quale prevede che, al fine di dare completa attuazione al riordino della medicina penitenziaria, comprensivo dell'assistenza sanitaria negli Istituti penali minorili, nei centri di prima accoglienza, nelle comunità e degli ospedali psichiatrici giudiziari, con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro della salute e del Ministro della giustizia, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze e con il Ministro per le riforme e le innovazioni nella pubblica amministrazione, di intesa con la Conferenza Stato-Regioni, sono definite le modalità ed i criteri per il trasferimento dal Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria e dal Dipartimento della giustizia minorile del Ministero della giustizia al Servizio Sanitario Nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali, in materia di sanità penitenziaria;

VISTO il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 1° aprile 2008, emanato in attuazione del menzionato articolo 2, comma 283, della legge 244 del 2007, recante "Modalità e criteri per il trasferimento al Servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria";

CONSIDERATO che questa Conferenza, nella seduta del 31 luglio 2008, ha deliberato (Rep. Atti n. 81/CU) la costituzione del "Tavolo di consultazione permanente sulla sanità penitenziaria", di cui all'Allegato A del predetto D.P.C.M. 1° aprile 2008, tra i cui compiti è previsto anche l'espletamento dell'attività istruttoria dei provvedimenti, da sottoporre all'esame di questa medesima Conferenza, attuativi del più volte citato D.P.C.M. 1° aprile 2008, nonché la predisposizione di indirizzi per favorire la realizzazione di programmi di interventi nelle realtà territoriali e di strumenti volti a favorire il coordinamento fra Regioni, Provveditorati regionali dell'Amministrazione penitenziaria e Centri della giustizia minorile;





*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA UNIFICATA

CONSIDERATO che nel corso delle riunioni del Tavolo di consultazione permanente sulla sanità penitenziaria svoltesi nei giorni 11 marzo 2009 e 23 giugno 2009 è stata concordata, tra l'altro, l'attivazione di un apposito sottogruppo di lavoro per le problematiche afferenti l'assistenza ai minori sottoposti a provvedimento dell'autorità giudiziaria;

VISTA la nota in data 11 settembre 2009, con la quale le Regioni e le Province autonome hanno inviato, ai fini dell'avvio della relativa istruttoria da parte del suddetto Tavolo di consultazione, una prima bozza del documento indicato in oggetto;

VISTA la nuova versione del documento in parola elaborata dall'anzidetto sottogruppo di lavoro;

CONSIDERATO che l'esame di tale nuova versione del documento di cui trattasi è stato svolto nel corso della riunione del richiamato Tavolo di consultazione del 17 novembre 2009;

RILEVATO che la versione definitiva del documento in oggetto, Allegato sub A, parte integrante del presente atto, approvata dai componenti del Tavolo nel corso della predetta riunione, è stata diramata con lettera in data 18 novembre 2009;

ACQUISITO, nel corso dell'odierna seduta di questa Conferenza, l'assenso del Governo, delle Regioni e delle Province autonome di Trento e Bolzano e delle Autonomie locali;

SANCISCE ACCORDO

tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano e le Autonomie locali sul documento proposto dal Tavolo di consultazione permanente sulla sanità penitenziaria recante: "Linee di indirizzo per l'assistenza ai minori sottoposti a provvedimento dell'Autorità giudiziaria", Allegato sub A, parte integrante del presente atto.

IL SEGRETARIO
Cons. Ermenegilda Siniscalchi



IL PRESIDENTE
On. Dott. Raffaele Fitto



**LINEE DI INDIRIZZO PER L'ASSISTENZA AI MINORI SOTTOPOSTI A PROVVEDIMENTO
DELL'AUTORITA' GIUDIZIARIA**

Premessa

È ormai un patrimonio consolidato anche nel nostro Paese l'idea che la salute non sia solo assenza di malattia, ma sia inscindibilmente collegata agli aspetti sociali e culturali che costituiscono il patrimonio di base di ogni Comunità. In questa ottica, prevenire, curare e riabilitare si muovono dentro un unico paradigma di promozione della salute teso a favorire l'empowerment individuale e collettivo.

Nel caso dei minori autori di reato, questa idea di salute porta a leggere i comportamenti antisociali e devianti come possibili espressioni di un disagio di natura psico-sociale risultante da una "carenza di salute", piuttosto che come il derivato di uno specifico ed esclusivo attributo individuale-soggettivo.

Anche il DPR 448/1988, recante "Approvazione delle disposizioni sul processo penale a carico di imputati minorenni", prevede una impostazione siffatta, disegnando una organizzazione del Processo Penale Minorile volta a far uscire il prima possibile il minore dal circuito penale e attraverso un residuale ricorso alla detenzione a fronte di un marcato coinvolgimento della comunità, degli enti e delle istituzioni del territorio nella gestione delle problematiche adolescenziali, non solo penali.

Il DPR 448/1988 ha introdotto, a tal proposito, due importanti innovazioni che possono consentire l'integrazione, all'interno del processo di sviluppo adolescenziale, dell'esperienza di "transito" nel sistema penale, non solo limitando gli effetti dannosi di questa sulla costruzione dell'identità ma consentendo anche l'attivazione di processi di responsabilizzazione che incidano in modo significativo sul percorso attuale e futuro degli adolescenti e giovani adulti inseriti nel contesto penale.

Le innovazioni cui si accennava sopra riguardano le misure cautelari e l'istituto della messa alla prova.

Relativamente alle prime, la previsione di quattro possibilità di applicazione, dalle prescrizioni (art.20) che limitano la libertà personale solo per quanto attiene agli obblighi e/o divieti imposti dall'Autorità Giudiziaria Minorile (AGM), alla custodia cautelare in carcere (art. 23) applicabile in presenza di reati penalmente rilevanti, consentono di calibrare l'intervento giudiziario, orientato dalle esigenze processuali oltre che finalizzato alla tutela della collettività, anche sulle specifiche caratteristiche - personologiche, relazionali, di inclusione/esclusione sociale - del soggetto minorenne.

L'applicazione della messa alla prova (art.28) si fonda sulla possibilità di attuare un progetto d'intervento, anche articolato e complesso, attraverso il quale attivare un processo di trasformazione delle condizioni personali, relazionali, sociali che costituiscono il contesto all'interno del quale l'evento-reato assume un significato.

L'integrazione degli interventi

Nel quadro sinteticamente delineato, si collocano gli interventi di ordine sanitario, che pur mantenendo la propria specificità, sono parte dell'intervento integrato socio-sanitario-educativo che si attua all'interno del contesto penale, che caratterizza ulteriormente la qualità dell'azione dei soggetti coinvolti.

gh





*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA UNIFICATA

I "luoghi" nei quali tali interventi si attuano sono:

- il Centro di Prima accoglienza (CPA) ove i minorenni arrestati- fermati o accompagnati permangono per un massimo di 96 ore, in attesa dell'udienza del Giudice delle Indagini Preliminari di convalida dell'arresto;
- l'Istituto Penale per Minorenni (IPM) ove i minorenni in misura cautelare ex art.23 o condannati permangono per periodi più o meno lunghi;
- la comunità, dell'Amministrazione della Giustizia Minorile o privata convenzionata con questa, ove i minorenni possono essere collocati in misura cautelare ex art.22, in espiatione di pena -qualora vengano applicate misure sostitutive o alternative alla detenzione-, in messa alla prova, in misura di sicurezza;
- il luogo di residenza del minorenne qualora non vengano applicati provvedimenti restrittivi della libertà personale.

In ogni caso, i Servizi Minorili della Giustizia (CPA, IPM, USSM, Comunità), interagendo tra loro devono rispondere al mandato di affiancamento dell'Autorità Giudiziaria Minorile che si attua attraverso attività conoscitivo-valutative, progettuali, di controllo, frutto dell'interazione tra professionisti del servizio sociale, educatori, operatori sanitari e le sinergie promosse dai rispettivi servizi, enti, istituzioni.

Ciò considerando, appare indispensabile ottimizzare la presa in carico dei minori a partire da una valutazione multidisciplinare (che deve esser fatta da una equipe di operatori: medici, psicologi, educatori, assistenti sociali), da attuarsi anche in tempi successivi, che consenta di evidenziare le caratteristiche del minore e i suoi bisogni "assistenziali" (sanitari, educativi, sociali) rispetto ai quali costruire un programma di presa in carico che preveda tutti gli interventi ritenuti necessari, individuando contestualmente gli enti e gli operatori responsabili della loro attuazione. Tutti gli interventi (sanitari, educativi, sociali) devono essere valutati periodicamente, sempre dalla medesima equipe di riferimento, in rapporto alla loro efficacia.

La valutazione multidisciplinare congiunta consente di attuare anche tutti gli interventi necessari a risolvere situazioni di urgenza.

Da ciò consegue che, in particolare per i soggetti minorenni e giovani adulti che presentano disturbi psicopatologici, alcoldipendenza, tossicodipendenza o portatori di doppia diagnosi, sono necessarie non solo una valutazione specialistica -che si integri con quelle di diversa natura- da realizzarsi anche in tempi relativamente brevi, ma anche eventualmente l'immediato collocamento in strutture di cura -si pensi ad esempio a soggetti che presentano sindromi acute- o comunque la previsione di interventi terapeutici.

Particolare attenzione si crede vada riservata ai provvedimenti giudiziari che prevedono il collocamento in comunità.

Le criticità che tuttora si rilevano sul piano delle integrazione delle politiche degli interventi alimentano l'idea che il ricorso al collocamento in comunità possa essere l'unica risposta adeguata anche in termini di contenimento.

Dai dati disponibili, anche se la realtà nazionale si presenta eterogenea, il ricorso al collocamento in comunità, specie ex art.22 del DPR 448/1988, non appare spesso frutto di una valutazione il più possibile approfondita e congrua della situazione personale-familiare-sociale, oltre che penale, del minorenne.

Da ciò possono conseguire esperienze quanto mai dannose per i processi maturativi dei soggetti minorenni, quali il succedersi di inserimenti in diverse comunità, l'assenza di progettualità che dia un significato all'inserimento stesso, l'allontanamento unilaterale dal contesto familiare e sociale,

gh





*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA UNIFICATA

senza averne valutato le potenzialità di “contenitore favorevole” (tali contesti, adeguatamente “trattati” e sostenuti possono costituire i “luoghi” dell’intervento.

In questo scenario è utile sottolineare come il concetto di “sociale” debba essere declinato in due accezioni diverse. In primo luogo come sistema organizzato che eroga prestazioni sociali, con specifico riferimento alle competenze dei Comuni; in tale accezione va comunque ricordato che l’azione dei Comuni deve integrarsi, visto che ci stiamo occupando di bisogni complessi, con quella dei Servizi Minorili della Giustizia e dei Servizi Sanitari Specialistici.

In secondo luogo “sociale” è il paradigma di base per la lettura delle situazioni, così come viene anche richiamato da specifici riferimenti normativi, su tutti i combinati disposti dagli artt. 6 e 9 del già citato DPR 448/88¹. Muovendo da questo paradigma di base possono, di volta in volta emergere criticità di natura sia giudiziaria che sanitaria, a cui dare risposte appropriate. Va ancora una volta, sottolineata la peculiarità della condizione minorile e dell’evoluitività dei processi di maturazione psichica che la caratterizza; ciò rende fondamentale e imprescindibile una modalità integrata d’intervento dei servizi, sia della giustizia, che del sociale, che del sanitario.

Occorre allora prevedere una rete di servizi coerente con la complessità dell’universo giovanile, garantendo una risposta ad ogni livello della espressione del disagio.

Ovviamente una organizzazione interattiva così delineata richiede una soluzione di responsabilità e competenza di ciascuna Istituzione coinvolta e, a seconda degli accordi e delle organizzazioni in ciascuna Regione, deve prevedere anche una definizione delle risorse in campo che ciascuna delle stesse, e sulla base di principi di appropriatezza, può destinare .

Accordi e Protocolli di collaborazione

Il quadro sopra delineato deve trovare un contesto attuativo in specifici accordi a livello regionale, previsti all’interno dei Protocolli di collaborazione interistituzionale². I contenuti di tali accordi riguardano, in estrema sintesi:

- quando, da chi, come e dove debba essere effettuata la valutazione delle condizioni del soggetto, anche dal punto di vista sanitario;
- come debbano configurarsi le strutture di cura, recupero, riabilitazione, tenendo presente come la progettualità rivolta alla fascia d’età di cui si tratta, minori e giovani adulti fino a 21 anni, non possa prescindere dalla progettazione anche di interventi educativi e di inclusione sociale;

¹ Art. 6 (servizi minorili): *In ogni stato e grado del procedimento l'autorità giudiziaria si avvale dei servizi minorili dell'amministrazione della giustizia. Si avvale altresì di servizi di assistenza istituiti dagli enti locali.*

Art. 9 (accertamenti sulla personalità del minore) 1. *Il pubblico ministero e il giudice acquisiscono elementi circa le condizioni e le risorse personali, familiari, sociali e ambientali dei minorenni al fine di accertarne l'imputabilità e il grado di responsabilità, valutare la rilevanza sociale del fatto nonché dispone le adeguate misure penali e adottare gli eventuali provvedimenti civili .2. Agli stessi fini il pubblico ministero e il giudice possono sempre assumere informazioni da persone che abbiano avuto rapporti con il minorenne e sentire il parere di esperti, anche senza alcuna formalità.*

² Conferenza Unificata – Roma 20 novembre 2008 “*Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano e le Autonomie locali concernente la definizione delle forme di collaborazione relative alle funzioni della sicurezza ed i principi ed i criteri di collaborazione tra l'ordinamento sanitario e l'ordinamento penitenziario e della giustizia minorile in attuazione dell'articolo 7 del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 1° aprile 2008*”



*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA UNIFICATA

- come consolidare-attivare efficacemente processi di integrazione-strategica, progettuale, operativa- tra i soggetti, istituzionali e non, coinvolti nella presa in carico delle problematiche dell'area penale minorile.

Negli accordi regionali di cui sopra vanno individuati diversi percorsi terapeutici che devono sempre essere costruiti in raccordo fra i Servizi della Giustizia Minorile e quelli territoriali sociali e sanitari, tenendo conto di eventuali vincoli posti dall'Autorità Giudiziaria Minorile, con il fondamentale coinvolgimento attivo del minore.

Sono da prevedere momenti di monitoraggio e verifica adeguatamente ravvicinati.

Per quanto riguarda l'inserimento in comunità, a seconda delle necessità del minore e dello specifico progetto di intervento, esso può avvenire in comunità educative, del sociale o in comunità terapeutica.

Considerando, da un lato, la complessità del processo valutativo da cui far scaturire un piano di interventi appropriati alle esigenze "assistenziali" del minore, e, dall'altro, l'esigenza della magistratura di emettere provvedimenti tempestivi, è opportuno attivare o implementare, in rete con le strutture già esistenti, il funzionamento di comunità con caratteristiche specifiche che possano garantire l'osservazione del minore già nella fase iniziale del percorso.

Questa particolare tipologia di comunità ha il compito di accogliere anche in situazione di urgenza il minore autore di reato, per il quale vi sia il sospetto di una condizione psicopatologica; la comunità dovrà svolgere, nel periodo di ospitalità del soggetto, una osservazione atta a chiarire la situazione clinica del soggetto, necessaria alla stesura di un programma terapeutico riabilitativo e l'eventuale inserimento in una struttura comunitaria residenziale, terapeutica o socio educativa, appropriata per le necessità "assistenziali" riscontrate.

In caso di situazioni più complesse e attinenti a situazioni di disagio psichico più gravi o in fase acuta, caratterizzate da psicopatologia rilevante, grave disagio psico-relazionale, gravi disturbi del comportamento e precarietà del supporto familiare, si ritiene appropriata una tipologia di comunità terapeutica finalizzata ad un intervento terapeutico riabilitativo personalizzato e continuativo, costantemente monitorato e verificato da una équipe multi professionale, integrato con i diversi servizi responsabili per il minore e con il coinvolgimento della famiglia laddove possibile.

Va segnalato che le comunità residenziali, amministrate e gestite dal Servizio Sanitario Nazionale sono obbligatoriamente soggette ai criteri di accreditamento previste dalle norme nazionali e regionali.

Le presenti linee di indirizzo vengono adottate allo scopo di orientare, nell'ambito della propria autonomia, la programmazione degli interventi delle Regioni e delle Province Autonome di Trento e Bolzano, e delle Autonomie Locali e la stesura degli accordi di collaborazione necessari per definire le forme di collaborazione fra servizi sanitari, servizi sociali e servizi della Giustizia minorile per la presa in carico dei minori sottoposti a procedimento penale.





*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA UNIFICATA
Servizio III°: Sanità e politiche sociali

CONFERENZA UNIFICATA
Seduta del 26 novembre 2009
Elenco A - punti nn. 1,2 e 3 dell'o.d.g.

Oggetto:

- 1) Accordo sul documento proposto dal Tavolo di consultazione permanente sulla sanità penitenziaria recante: "Strutture sanitarie nell'ambito del sistema penitenziario italiano". **Codice sito: 4.10/2009/8-1**
Accordo ai sensi dell'articolo 9 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281.
- 2) Accordo sul documento proposto dal Tavolo di consultazione permanente sulla sanità penitenziaria recante: "Linee di indirizzo per l'assistenza ai minori sottoposti a provvedimento dell'Autorità giudiziaria". **Codice sito: 4.10/2009/8-2**
Accordo ai sensi dell'articolo 9 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281.
- 3) Accordo sul documento proposto dal Tavolo di consultazione permanente sulla sanità penitenziaria recante: "Dati sanitari, flussi informativi e cartella clinica anche informatizzata". **Codice sito: 4.10/2009/8-3**
Accordo ai sensi dell'articolo 9 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281.

La Conferenza Unificata, nella seduta del 31 luglio 2008, ha deliberato (Rep. Atti n. 81/CU) la costituzione del "Tavolo di consultazione permanente sulla sanità penitenziaria" di cui all'Allegato A al D.P.C.M. 1° aprile 2008 ("Modalità e criteri per il trasferimento al Servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie, di rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria"), emanato in attuazione dell'articolo 2, comma 283, della legge 24 novembre 2007, n. 244 (legge finanziaria 2008).

Al predetto Tavolo sono demandati, tra gli altri, il compito di predisporre indirizzi per favorire la realizzazione di programmi di interventi nelle realtà territoriali e quello di definire strumenti volti a favorire il coordinamento fra le Regioni, Provveditorati regionali dell'Amministrazione penitenziaria e Centri della giustizia minorile.

Nel corso delle riunioni del Tavolo di consultazione permanente sulla sanità penitenziaria svoltesi nei giorni 11 marzo 2009 e 23 giugno 2009 è stata concordata l'attivazione dei seguenti sottogruppi di lavoro:

- sottogruppo dedicato alla giustizia minorile per le problematiche evidenziate nella lettera prot. n. 7542 del 9 marzo u.s. del Ministero della Giustizia - Dipartimento Giustizia Minorile



*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA UNIFICATA

- Direzione Generale per l'attuazione dei provvedimenti giudiziari (riunione dell'11 marzo 2009);
- sottogruppi per le problematiche evidenziate nel documento elaborato dai rappresentanti del Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali: "Garantire l'uniformità degli interventi e delle prestazioni sanitarie e trattamenti nell'intero territorio nazionale" (approvato nel corso della riunione del 23 giugno 2009):
 - sottogruppo per le problematiche afferente i c.d. centri clinici;
 - sottogruppo per il monitoraggio del livello di attuazione del D.P.C.M. 1° aprile 2008;
 - sottogruppo sui flussi informativi (cartella clinica).

In data 11 settembre 2009, le Regioni e le Province autonome hanno fatto pervenire quattro documenti tematici propositivi elaborati dal Gruppo Tecnico Interregionale per la Salute in Carcere relativamente alle problematiche sopra richiamate:

- Strutture sanitarie e/o terapeutiche (Centri clinici CDT, custodia attenuata, sezioni speciali per disabili, infettivi, osservazione psichiatrica, OPG, ambulatori vari) ;
- Modello monitoraggio D.P.C.M. 1° aprile 2008;
- Cartella sanitaria informatizzata in carcere;
- Linee di indirizzo per l'assistenza ai minori sottoposti a provvedimento dell'Autorità giudiziaria.

In data 12 novembre 2009, le Regioni hanno inviato le versioni finali dei predetti documenti elaborate dai relativi sottogruppi di lavoro appositamente attivati al riguardo.

L'esame di tali documenti è stato svolto nel corso della riunione del più volte richiamato Tavolo del 17 novembre 2009.

Le versioni definitive dei documenti indicati in oggetto (Allegati A, B e C), congiuntamente elaborati ed approvate nel corso della predetta riunione del 17 novembre u.s., sono state diramate dalla Segreteria della Conferenza Stato-Regioni con lettera in data 18 novembre 2009.

Il documento recante "Modello di monitoraggio D.P.C.M. 1° aprile 2008", pure oggetto di un primo esame nella menzionata riunione del 17 novembre 2009 del Tavolo, è stato rinviato per ulteriori approfondimenti tecnici al riguardo.

Si sottopone all'esame della Conferenza Unificata, ai fini del perfezionamento dell'accordo, ai sensi dell'articolo 9 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281.

Il Segretario
Cons. Emenegilda Siniscalchi

LINEE DI INDIRIZZO PER L'ASSISTENZA AI MINORI SOTTOPOSTI A PROVVEDIMENTO DELL'AUTORITA' GIUDIZIARIA

Premessa

È ormai un patrimonio consolidato anche nel nostro Paese l'idea che la salute non sia solo assenza di malattia, ma sia inscindibilmente collegata agli aspetti sociali e culturali che costituiscono il patrimonio di base di ogni Comunità. In questa ottica, prevenire, curare e riabilitare si muovono dentro un unico paradigma di promozione della salute teso a favorire l'empowerment individuale e collettivo.

Nel caso dei minori autori di reato, questa idea di salute porta a leggere i comportamenti antisociali e devianti come possibili espressioni di un disagio di natura psico-sociale risultante da una "carezza di salute", piuttosto che come il derivato di uno specifico ed esclusivo attributo individuale-soggettivo.

Anche il DPR 448/1988, recante "Approvazione delle disposizioni sul processo penale a carico di imputati minorenni", prevede una impostazione siffatta, disegnando una organizzazione del Processo Penale Minorile volta a far uscire il prima possibile il minore dal circuito penale e attraverso un residuale ricorso alla detenzione a fronte di un marcato coinvolgimento della comunità, degli enti e delle istituzioni del territorio nella gestione delle problematiche adolescenziali, non solo penali.

Il DPR 448/1988 ha introdotto, a tal proposito, due importanti innovazioni che possono consentire l'integrazione, all'interno del processo di sviluppo adolescenziale, dell'esperienza di "transito" nel sistema penale, non solo limitando gli effetti dannosi di questa sulla costruzione dell'identità ma consentendo anche l'attivazione di processi di responsabilizzazione che incidano in modo significativo sul percorso attuale e futuro degli adolescenti e giovani adulti inseriti nel contesto penale.

Le innovazioni cui si accennava sopra riguardano le misure cautelari e l'istituto della messa alla prova.

Relativamente alle prime, la previsione di quattro possibilità di applicazione, dalle prescrizioni (art.20) che limitano la libertà personale solo per quanto attiene agli obblighi e/o divieti imposti dall'Autorità Giudiziaria Minorile (AGM), alla custodia cautelare in carcere (art. 23) applicabile in presenza di reati penalmente rilevanti, consentono di calibrare l'intervento giudiziario, orientato dalle esigenze processuali oltre che finalizzato alla tutela della collettività, anche sulle specifiche caratteristiche - personologiche, relazionali, di inclusione/esclusione sociale - del soggetto minorenne.

L'applicazione della messa alla prova (art.28) si fonda sulla possibilità di attuare un progetto d'intervento, anche articolato e complesso, attraverso il quale attivare un processo di trasformazione delle condizioni personali, relazionali, sociali che costituiscono il contesto all'interno del quale l'evento-reato assume un significato.

L'integrazione degli interventi

Nel quadro sinteticamente delineato, si collocano gli interventi di ordine sanitario, che pur mantenendo la propria specificità, sono parte dell'intervento integrato socio-sanitario-educativo che si attua all'interno del contesto penale, che caratterizza ulteriormente la qualità dell'azione dei soggetti coinvolti.

I "luoghi" nei quali tali interventi si attuano sono:

- il Centro di Prima accoglienza (CPA) ove i minorenni arrestati- fermati o accompagnati permangono per un massimo di 96 ore, in attesa dell'udienza del Giudice delle Indagini Preliminari di convalida dell'arresto;

- l'Istituto Penale per Minorenni (IPM) ove i minorenni in misura cautelare ex art.23 o condannati permangono per periodi più o meno lunghi;
- la comunità, dell'Amministrazione della Giustizia Minorile o privata convenzionata con questa, ove i minorenni possono essere collocati in misura cautelare ex art.22, in espiazione di pena -qualora vengano applicate misure sostitutive o alternative alla detenzione-, in messa alla prova, in misura di sicurezza;
- il luogo di residenza del minorenne qualora non vengano applicati provvedimenti restrittivi della libertà personale.

In ogni caso, i Servizi Minorili della Giustizia (CPA, IPM, USSM, Comunità), interagendo tra loro devono rispondere al mandato di affiancamento dell'Autorità Giudiziaria Minorile che si attua attraverso attività conoscitivo-valutative, progettuali, di controllo, frutto dell'interazione tra professionisti del servizio sociale, educatori, operatori sanitari e le sinergie promosse dai rispettivi servizi, enti, istituzioni.

Ciò considerando, appare indispensabile ottimizzare la presa in carico dei minori a partire da una valutazione multidisciplinare (che deve esser fatta da una équipe di operatori: medici, psicologi, educatori, assistenti sociali), da attuarsi anche in tempi successivi, che consenta di evidenziare le caratteristiche del minore e i suoi bisogni "assistenziali" (sanitari, educativi, sociali) rispetto ai quali costruire un programma di presa in carico che preveda tutti gli interventi ritenuti necessari, individuando contestualmente gli enti e gli operatori responsabili della loro attuazione. Tutti gli interventi (sanitari, educativi, sociali) devono essere valutati periodicamente, sempre dalla medesima équipe di riferimento, in rapporto alla loro efficacia.

La valutazione multidisciplinare congiunta consente di attuare anche tutti gli interventi necessari a risolvere situazioni di urgenza.

Da ciò consegue che, in particolare per i soggetti minorenni e giovani adulti che presentano disturbi psicopatologici, alcoldipendenza, tossicodipendenza o portatori di doppia diagnosi, sono necessarie non solo una valutazione specialistica -che si integri con quelle di diversa natura- da realizzarsi anche in tempi relativamente brevi, ma anche eventualmente l'immediato collocamento in strutture di cura -si pensi ad esempio a soggetti che presentano sindromi acute- o comunque la previsione di interventi terapeutici.

Particolare attenzione si crede vada riservata ai provvedimenti giudiziari che prevedono il collocamento in comunità.

Le criticità che tuttora si rilevano sul piano delle integrazione delle politiche degli interventi alimentano l'idea che il ricorso al collocamento in comunità possa essere l'unica risposta adeguata anche in termini di contenimento.

Dai dati disponibili, anche se la realtà nazionale si presenta eterogenea, il ricorso al collocamento in comunità, specie ex art.22 del DPR 448/1988, non appare spesso frutto di una valutazione il più possibile approfondita e congrua della situazione personale-familiare-sociale, oltre che penale, del minorenne.

Da ciò possono conseguire esperienze quanto mai dannose per i processi maturativi dei soggetti minorenni, quali il succedersi di inserimenti in diverse comunità, l'assenza di progettualità che dia un significato all'inserimento stesso, l'allontanamento unilaterale dal contesto familiare e sociale, senza averne valutato le potenzialità di "contenitore favorevole" (tali contesti, adeguatamente "trattati" e sostenuti possono costituire i "luoghi" dell'intervento).

In questo scenario è utile sottolineare come il concetto di "sociale" debba essere declinato in due accezioni diverse. In primo luogo come sistema organizzato che eroga prestazioni sociali, con specifico riferimento alle competenze dei Comuni; in tale accezione va comunque ricordato che l'azione dei Comuni deve integrarsi, visto che ci stiamo occupando di bisogni complessi, con quella dei Servizi Minorili della Giustizia e dei Servizi Sanitari Specialistici.

In secondo luogo "sociale" è il paradigma di base per la lettura delle situazioni, così come viene anche richiamato da specifici riferimenti normativi, su tutti i combinati disposti dagli artt. 6 e 9 del già citato DPR 448/88¹. Muovendo da questo paradigma di base possono, di volta in volta emergere criticità di natura sia giudiziaria che sanitaria, a cui dare risposte appropriate. Va ancora una volta, sottolineata la peculiarità della condizione minorile e dell'evoluitività dei processi di maturazione psichica che la caratterizza; ciò rende fondamentale e imprescindibile una modalità integrata d'intervento dei servizi, sia della giustizia, che del sociale, che del sanitario.

Occorre allora prevedere una rete di servizi coerente con la complessità dell'universo giovanile, garantendo una risposta ad ogni livello della espressione del disagio.

Ovviamente una organizzazione interattiva così delineata richiede una soluzione di responsabilità e competenza di ciascuna Istituzione coinvolta e, a seconda degli accordi e delle organizzazioni in ciascuna Regione, deve prevedere anche una definizione delle risorse in campo che ciascuna delle stesse, e sulla base di principi di appropriatezza, può destinare.

Accordi e Protocolli di collaborazione

Il quadro sopra delineato deve trovare un contesto attuativo in specifici accordi a livello regionale, previsti all'interno dei Protocolli di collaborazione interistituzionale². I contenuti di tali accordi riguardano, in estrema sintesi:

- quando, da chi, come e dove debba essere effettuata la valutazione delle condizioni del soggetto, anche dal punto di vista sanitario;
- come debbano configurarsi le strutture di cura, recupero, riabilitazione, tenendo presente come la progettualità rivolta alla fascia d'età di cui si tratta, minori e giovani adulti fino a 21 anni, non possa prescindere dalla progettazione anche di interventi educativi e di inclusione sociale;
- come consolidare-attivare efficacemente processi di integrazione-strategica, progettuale, operativa- tra i soggetti, istituzionali e non, coinvolti nella presa in carico delle problematiche dell'area penale minorile.

Negli accordi regionali di cui sopra vanno individuati diversi percorsi terapeutici che devono sempre essere costruiti in raccordo fra i Servizi della Giustizia Minorile e quelli territoriali sociali e sanitari, tenendo conto di eventuali vincoli posti dall'Autorità Giudiziaria Minorile, con il fondamentale coinvolgimento attivo del minore.

Sono da prevedere momenti di monitoraggio e verifica adeguatamente ravvicinati.

¹ Art. 6 (servizi minorili): *In ogni stato e grado del procedimento l'autorità giudiziaria si avvale dei servizi minorili dell'amministrazione della giustizia. Si avvale altresì di servizi di assistenza istituiti dagli enti locali.*

Art. 9 (accertamenti sulla personalità del minore) 1. *Il pubblico ministero e il giudice acquisiscono elementi circa le condizioni e le risorse personali, familiari, sociali e ambientali dei minorenni al fine di accertarne l'imputabilità e il grado di responsabilità, valutare la rilevanza sociale del fatto nonché dispone le adeguate misure penali e adottare gli eventuali provvedimenti civili.* 2. *Agli stessi fini il pubblico ministero e il giudice possono sempre assumere informazioni da persone che abbiano avuto rapporti con il minore e sentire il parere di esperti, anche senza alcuna formalità.*

² Conferenza Unificata - Roma 20 novembre 2008 "Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano e le Autonomie locali concernente la definizione delle forme di collaborazione relative alle funzioni della sicurezza ed i principi ed i criteri di collaborazione tra l'ordinamento sanitario e l'ordinamento penitenziario e della giustizia minorile in attuazione dell'articolo 7 del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 1° aprile 2008

Per quanto riguarda l'inserimento in comunità, a seconda delle necessità del minore e dello specifico progetto di intervento, esso può avvenire in comunità educative, del sociale o in comunità terapeutica.

Considerando, da un lato, la complessità del processo valutativo da cui far scaturire un piano di interventi appropriati alle esigenze "assistenziali" del minore, e, dall'altro, l'esigenza della magistratura di emettere provvedimenti tempestivi, è opportuno attivare o implementare, in rete con le strutture già esistenti, il funzionamento di comunità con caratteristiche specifiche che possano garantire l'osservazione del minore già nella fase iniziale del percorso.

Questa particolare tipologia di comunità ha il compito di accogliere anche in situazione di urgenza il minore autore di reato, per il quale vi sia il sospetto di una condizione psicopatologica; la comunità dovrà svolgere, nel periodo di ospitalità del soggetto, una osservazione atta a chiarire la situazione clinica del soggetto, necessaria alla stesura di un programma terapeutico riabilitativo e l'eventuale inserimento in una struttura comunitaria residenziale, terapeutica o socio educativa, appropriata per le necessità "assistenziali" riscontrate.

In caso di situazioni più complesse e attinenti a situazioni di disagio psichico più gravi o in fase acuta, caratterizzate da psicopatologia rilevante, grave disagio psico-relazionale, gravi disturbi del comportamento e precarietà del supporto familiare, si ritiene appropriata una tipologia di comunità terapeutica finalizzata ad un intervento terapeutico riabilitativo personalizzato e continuativo, costantemente monitorato e verificato da una équipe multi professionale, integrato con i diversi servizi responsabili per il minore e con il coinvolgimento della famiglia laddove possibile.

Va segnalato che le comunità residenziali, amministrare e gestite dal Servizio Sanitario Nazionale sono obbligatoriamente soggette ai criteri di accreditamento previste dalle norme nazionali e regionali.

Le presenti linee di indirizzo vengono adottate allo scopo di orientare, nell'ambito della propria autonomia, la programmazione degli interventi delle Regioni e delle Province Autonome di Trento e Bolzano, e delle Autonomie Locali e la stesura degli accordi di collaborazione necessari per definire le forme di collaborazione fra servizi sanitari, servizi sociali e servizi della Giustizia minorile per la presa in carico dei minori sottoposti a procedimento penale.

A series of handwritten signatures and initials in black ink, arranged horizontally across the bottom of the page. From left to right, there is a signature that appears to be 'Gru', followed by 'film', 'LP', 'Pina', 'P.H.', a stylized 'S', 'R.V.', and a large, sweeping signature that ends in a large 'U' shape.

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

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

Pubblicato nella Gazzetta Ufficiale del 4 gennaio 2010, n. 2

Il documento è stato approvato nella seduta del Tavolo di consultazione permanente del 17 novembre 2009.



*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*
CONFERENZA UNIFICATA

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

Rep. n. 83 - CU del 26 novembre 2009

LA CONFERENZA UNIFICATA

Nell'odierna seduta del 26 novembre 2009:

VISTO l'articolo 9 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281 e, in particolare, il comma 2, lettera c), in base al quale questa Conferenza promuove e sancisce accordi tra Governo, Regioni, Province, Comuni e Comunità montane, al fine di coordinare l'esercizio delle rispettive competenze e svolgere in collaborazione attività di interesse comune;

VISTO l'articolo 2, comma 283, della Legge 24 dicembre 2007, n. 244 (Finanziaria 2008), il quale prevede che, al fine di dare completa attuazione al riordino della medicina penitenziaria, comprensivo dell'assistenza sanitaria negli Istituti penali minorili, nei centri di prima accoglienza, nelle comunità e degli ospedali psichiatrici giudiziari, con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro della salute e del Ministro della giustizia, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze e con il Ministro per le riforme e le innovazioni nella pubblica amministrazione, di intesa con la Conferenza Stato-Regioni, sono definite le modalità ed i criteri per il trasferimento dal Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria e dal Dipartimento della giustizia minorile del Ministero della giustizia al Servizio Sanitario Nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali, in materia di sanità penitenziaria;

VISTO il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 1° aprile 2008, emanato in attuazione del menzionato articolo 2, comma 283, della legge 244 del 2007, recante "Modalità e criteri per il trasferimento al Servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria";

CONSIDERATO che questa Conferenza, nella seduta del 31 luglio 2008, ha deliberato (Rep. Atti n. 81/CU) la costituzione del "Tavolo di consultazione permanente sulla sanità penitenziaria", di cui all'Allegato A del predetto D.P.C.M. 1° aprile 2008, tra i cui compiti è previsto anche l'espletamento dell'attività istruttoria dei provvedimenti, da sottoporre all'esame di questa medesima Conferenza, attuativi del più volte citato D.P.C.M. 1° aprile 2008, nonché la predisposizione di indirizzi per favorire la realizzazione di programmi di interventi nelle realtà

gh





*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA UNIFICATA

territoriali e di strumenti volti a favorire il coordinamento fra Regioni, Provveditorati regionali dell'Amministrazione penitenziaria e Centri della giustizia minorile;

CONSIDERATO che nel corso delle riunioni del Tavolo di consultazione permanente sulla sanità penitenziaria svoltesi nei giorni 11 marzo 2009 e 23 giugno 2009 è stata concordata, tra l'altro, l'attivazione di un apposito sottogruppo di lavoro per le problematiche afferenti i flussi informativi sulla sanità penitenziaria;

VISTA la nota in data 11 settembre 2009, con la quale le Regioni e le Province autonome hanno inviato, ai fini dell'avvio della relativa istruttoria da parte del suddetto Tavolo di consultazione, una prima bozza del documento indicato in oggetto;

VISTA la nuova versione del documento in parola elaborata dall'anzidetto sottogruppo di lavoro;

CONSIDERATO che l'esame di tale nuova versione del documento di cui trattasi è stato svolto nel corso della riunione del richiamato Tavolo di consultazione del 17 novembre 2009;

RILEVATO che la versione definitiva del documento in oggetto, Allegato sub A, parte integrante del presente atto, approvata dai componenti del Tavolo nel corso della predetta riunione, è stata diramata con lettera in data 18 novembre 2009;

ACQUISITO, nel corso dell'odierna seduta di questa Conferenza, l'assenso del Governo, delle Regioni e delle Province autonome di Trento e Bolzano e delle Autonomie locali;

SANCISCE ACCORDO

tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano e le Autonomie locali sul documento proposto dal Tavolo di consultazione permanente sulla sanità penitenziaria recante: "Dati sanitari, flussi informativi e cartella clinica anche informatizzata".

IL SEGRETARIO
Cons. Ermenegilda Siniscalchi



IL PRESIDENTE
On. Dott. Raffaele Fitto



DATI SANITARI, FLUSSI INFORMATIVI E CARTELLA CLINICA ANCHE
INFORMATIZZATA

1. INTRODUZIONE

1.2 OBIETTIVI

Sono sostanzialmente due, in parte interconnessi:

1. la creazione di un sistema informativo nazionale e delle regioni sulla sanità penitenziaria
2. la informatizzazione della cartella clinica nelle carceri.

È opportuno mantenere separati i due obiettivi, tenuto conto che lo stesso passaggio al SSN comporta una serie di problematiche nel perseguimento di questo schema originario.

Se infatti la costruzione di un sistema informativo nazionale è cosa relativamente praticabile e della quale esistono numerosi equivalenti nella sanità odierna (ad es: quello sulla salute mentale, sulle tossicodipendenze, sulla specialistica, la farmaceutica ecc...), non altrettanto può dirsi per l'adozione sul territorio nazionale di un unico strumento informatizzato, che necessita del coinvolgimento di diversi attori.

Detto in altri termini un Sistema Informativo Nazionale può essere costruito anche senza la cartella clinica informatizzata nazionale, mentre l'adozione di una cartella informatizzata nazionale non è necessariamente propedeutica al sistema informativo nazionale, tanto è vero che i sistemi informativi citati (Salute, Mentale, Tossicodipendenze) si basano su cartelle informatizzate di livello regionale o addirittura di Asl.

1.3 NOTE SUL SISTEMA INFORMATIVO NAZIONALE

Si ritiene importante procedere alla costruzione di un sistema informativo nazionale quale strumento per il monitoraggio delle attività, la programmazione, la ricerca sui servizi, la mobilità economica delle prestazioni, la garanzia del passaggio delle informazioni in caso di trasferimento del detenuto/minore e molti altri usi nell'ottica di un sistema di sanità pubblica.

Il documento analizza vantaggi e criticità di due modelli di sistema informativo nazionale: il modello distribuito e quello centralizzato.

Nel primo le informazioni che costituiscono il debito informativo delle aziende USL e delle regioni (indipendentemente da come sono raccolte, se con supporto informatizzato o meno) sono depositate localmente in modo tracciabile (identificative della persona) e poi al livello regionale e nazionale in forma non tracciabile (tendenzialmente individuale a livello regionale e aggregata a livello nazionale).

Occorrerà definire con chiarezza il set di informazioni che costituiscono il debito informativo e gli indicatori che costituiscono il cruscotto di monitoraggio.

gh





*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*
CONFERENZA UNIFICATA

Le aggregazioni di dati saranno concordate dal tavolo di monitoraggio presso la Conferenza Unificata, in vista di una proficua collaborazione nella predisposizione di strategie di studio e di intervento in materia.

Non è superfluo osservare che, nei diversi livelli organizzativi dell'Amministrazione penitenziaria e della Giustizia minorile, le informazioni accessibili dal personale sanitario ivi comandato saranno solo ed esclusivamente quelle necessarie allo svolgimento delle attività istituzionali e che potranno essere utilizzate solo per tali finalità.

1.4 NOTE SULLA CARTELLA CLINICA INFORMATIZZATA

Anche in questo caso il documento confronta due modelli: il primo riguarda la costruzione di una cartella clinica informatizzata sviluppata tendenzialmente sul livello regionale o di singola Azienda Usl, il secondo vede la realizzazione di una cartella clinica nazionale.

Partendo da ipotesi realistiche, l'informatizzazione locale della singola struttura carceraria, può effettuarsi con un modello verticale, semplicemente estendendo gli applicativi in uso nella Asl competente per territorio, o con un modello orizzontale, cioè individuando un applicativo di tipo "dipartimentale" che gestisce unitariamente i trattamenti sanitari sul detenuto in carcere. Il modello orizzontale si presta alla definizione di una cartella clinica informatizzata regionale (vedi il modello delle tossicodipendenze), e anche nella definizione di una cartella nazionale

Ancora una volta l'opzione di costruire uno strumento unico nazionale sarebbe una novità assoluta, e come tale andrebbe giustificata e concordata con le regioni. E' pur vero che questo obiettivo è presente all'interno delle Linee Guida del DPCM 1.4.2008 e negli accordi ex art. 7, ma nel momento della sua pianificazione è opportuno riesaminare la questione in tutti i suoi aspetti tecnici (fattibilità in primis, ma anche costi e compatibilità con i sistemi aziendali).

In sintesi, dei due obiettivi esaminati dal documento, la costruzione del Sistema Informativo Nazionale sembra più raggiungibile. Le regioni ritengono praticabile nel giro di due/tre anni lo stesso percorso già utilizzato in altri settori sanitari e che ha portato alla definizione del debito informativo aziendale e regionale e la confluenza centralizzata di dati aggregati raccolti anche con sistemi diversi, pienamente utilizzabili per il monitoraggio delle attività, per la programmazione e per la mobilità.

Lo sviluppo e l'automazione dei processi sanitari in carcere, sarebbe quindi demandato al livello locale, anche con la definizione di cartelle cliniche di tipo dipartimentale definite comunque autonomamente all'interno delle singole regioni.

Più complesso è l'obiettivo della cartella informatizzata unica a livello nazionale, cosa che richiederebbe molto più tempo per la realizzazione tecnica e un accordo delle regioni nel modificare lo schema usuale decentrato di definizione degli strumenti di software.

L'Amministrazione penitenziaria a questo proposito mette a disposizione la cartella clinica già inserita nell'ambito del sistema informativo SIAP/AFIS, come contributo nella ricerca della soluzione migliore, ferma restando l'autonomia delle singole regioni (e delle singole ASL) di dotarsi di strumenti diversi ed autonomi.

2. DOCUMENTO

2.1 IL MODELLO REGIONALE PER LA CARTELLA INFORMATIZZATA

gh





*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA UNIFICATA

2.1.1 Scenario

Le attività sanitarie all'interno degli istituti di pena, nella previsione del DPCM, entrano nella competenza delle Aziende Sanitarie Locali nel cui territorio sono collocate. Gli ambulatori situati all'interno delle strutture penitenziarie, dal punto di vista delle Asl, diventano strutture territoriali (ambulatoriali, di ricovero, diagnostici), che mantengono specifiche peculiarità, ma che nello stesso momento necessitano di processi di integrazione nel collaudato sistema di erogazione delle prestazioni di cui ciascuna Azienda Sanitaria, all'interno della programmazione e delle direttive regionali, si è nel frattempo dotata.

Ne è un esempio l'attività per la tossicodipendenza che ha fatto sviluppare all'interno delle carceri ambulatori "in proiezione" del SerT territoriale competente, creando però di fatto un separazione con il resto della attività sanitaria erogata sul soggetto detenuto: facendo coesistere cioè una cartella sanitaria della Asl e una cartella sanitaria "interna" del carcere.

Nel momento in cui il DPCM sancisce che "La continuità terapeutica costituisce principio fondante per l'efficacia degli interventi di cura e deve essere garantita dal momento dell'ingresso in carcere e/o in una struttura minorile, durante gli eventuali spostamenti dei detenuti tra diversi Istituti penitenziari e strutture minorili, e dopo la scarcerazione e immissione in libertà", occorrerà progressivamente recuperare una visione del trattamento sociosanitario del soggetto detenuto nella sua completezza, elemento fondamentale per poterne condividere le informazioni nel passaggio libertà/detenzione/spostamenti/libertà.

L'attivazione di un sistema informativo nazionale sulla salute del detenuto presuppone necessariamente il (1) raggiungimento di uno standard minimo regionale sul trattamento del paziente (gestionale operativo) alimentato da cartelle cliniche informatizzate, propedeutico a (2) strumenti di condivisione delle informazioni sanitarie (patient file) e a (3) strumenti di analisi dei dati (datawarehouse), che rappresentano quindi i tre livelli individuati dal sottogruppo di lavoro come elementi portanti del sistema.

A questi aspetti occorre aggiungere le (4) problematiche strettamente tecnologiche riguardante il cablaggio dei locali che passano in competenza al Sistema Sanitario Regionale, la loro connessione alle reti geografiche delle Asl/Regione, la necessità o meno di avere "sale macchine" dedicate, i posti di lavoro (pc) per gli operatori.

Il tutto tenendo presente che saranno necessari livelli di integrazione tra la rete Giustizia e la rete Salute (es. le anagrafiche dei detenuti), e tra la cartella sanitaria informatizzata e altri applicativi operanti nelle asl (es. anagrafica pazienti, dipendenze, salute mentale, CUP ecc.)

2.1.2 La ricognizione dell'esistente

Il gruppo di lavoro ha dedicato specifiche sedute nella verifica degli strumenti software già disponibili, il loro livello di sviluppo, la rispondenza alle caratteristiche minime individuate, la possibilità del riuso da parte delle singole amministrazioni regionali.

La cartella informatizzata in ambito penitenziario è stata, infatti, oggetto di esperienze in alcune regioni, spesso con visione mirata a specifiche patologie (dipendenze, salute mentale), in alcuni casi utilizzando strumenti stand alone o piccole reti; in altri, creando dei sistemi integrati in ambito regionale, o cercando di attivare un sistema unico nazionale collegato all'anagrafica amministrativa del soggetto detenuto.

In particolare sono state esaminate la cartella in via di approntamento da parte del DAP e la cartella sperimentata in Regione Toscana. E' stata annotata l'esperienza dell'Emilia, anche in





*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA UNIFICATA

relazione ad un progetto nazionale che la vedeva capofila insieme alla Toscana nella definizione di un quadro informativo per la salute in carcere nel settore delle tossicodipendenze.

E' stato verificato che anche il Minorile aveva allo studio la realizzazione di uno strumento per la rilevazione delle informazioni sanitarie, nell'ambito dello sviluppo del proprio sistema informativo dei servizi minorili. A seguito del passaggio delle competenze in materia di sanità alle regioni, non si è proceduto a sviluppare ulteriori funzioni se non quelle già realizzate (visite mediche, monitoraggio delle tossicodipendenze, mod. 99). Secondo quanto sarà previsto dai protocolli operativi citati, le informazioni inerenti queste procedure possono essere rese accessibili al personale sanitario, personale che, con le stesse modalità, potrà accedere alle informazioni giuridiche e trattamentali. Il modello informativo elaborato è a disposizione delle strutture sanitarie che intendano utilizzarlo.

2.1.3 La Cartella Clinica Informatizzata

Le cartelle sanitarie (più o meno "cliniche") devono essere viste come uno strumento unitario del trattamento di un soggetto, a onere e supporto degli operatori sanitari che intervengono nel trattamento stesso. A onere, in quanto sono gli operatori sanitari che devono compilare in modo diligente i moduli di propria competenza che compongono la cartella; a supporto perché la cartella fornisce preziose informazioni sul come intervenire sul soggetto. L'utilità di una cartella cresce quanto più condivisa nell'uso: infatti a fronte della registrazione della propria attività, si ha a disposizione l'informazione riguardante l'intervento di tutti gli altri operatori. Se la cartella è informatizzata allora è disponibile ovunque ci sia un computer (velocità di accesso) ed è utilizzabile anche come strumento di comunicazione fra gli operatori (eliminazione della "carta di comunicazione" e riduzione dei "tempi di contatto" fra gli operatori (intesi sia in termini di km percorsi, che di tempi necessari per stabilire del contatto).

Altro compito della cartella informatizzata è quello di far registrare l'informazione una sola volta e di utilizzarla invece in tutti i contesti in cui questa è utile (nel trattamento, nella certificazione, nella analisi dei dati).

Per quanto detto sopra è evidente che lo strumento informatizzato è soprattutto uno strumento di gestione che entra pienamente nella competenza di una Azienda Sanitaria. Le regioni intervengono in questi casi facendo opera di standardizzazione in modo che gli operatori siano spinti non solo a vedere le stesse informazioni, ma anche ad attivare linee guida comuni.

Le opzioni disponibili quando si informatizza una struttura che deve erogare prestazioni sanitarie sono sostanzialmente due:

* **OPZIONE VERTICALE:** prevede che i software già attivi nelle altre strutture si estendano alla struttura penitenziaria nelle parti di competenza, estendendo i software di gestione del ricovero (ADT) verso i centri clinici, i software di gestione dell'ambulatorio medico verso i nuovi ambulatori, i software della gestione delle dipendenze in uso nei SerT per trattare i soggetti in carcere, così per la salute mentale ecc.

I modelli di riferimento nelle Aziende Sanitarie che seguono quest'approccio sono ritrovabili nei sistemi CUP, nei sistemi di gestione dei laboratori analisi (Lis), nelle diagnostiche per immagini (Ris), nella gestione dei ricoveri (Adt).

Criticità: Il modello verticale normalmente segue il lavoro del professionista sanitario: l'informazione sul paziente è frammentata, devono quindi essere previste metodologie di riunificazione delle informazioni fra i vari applicativi gestionali che consentano alla Asl competente di ricostruire una visione unitaria del trattamento.





*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA UNIFICATA

* **OPZIONE ORIZZONTALE:** prevede il trattamento unitario all'interno delle strutture carcerarie con una unica cartella sanitaria del detenuto che traccia temporalmente tutte le azioni e i trattamenti sanitari attivati sul soggetto ,

I modelli di riferimento nelle Aziende Sanitarie, che seguono questo approccio sono ritrovabili nei SerT, nei Servizi di Salute Mentale, nel Pronto Soccorso, nelle Cardiologie, il trattamento di ricovero, e in generale in tutti quei settori in cui il paziente sarà trattato per lungo periodo.

Criticità: Il modello orizzontale predilige la centralità del paziente: devono essere previsti modelli di comunicazione verso gli altri software in uso nella Azienda Sanitaria deputati alla gestione unitaria di una casistica: avremo quindi flussi automatizzati dalla cartella del detenuto verso il SerT per la gestione unitaria delle dipendenze, o verso il software di salute mentale, o di ricovero per la eventuale produzione della SDO

Entrambi i modelli dovrebbero anche consentire la consultazione telematica o l'acquisizione automatica in cartella per esempio dei risultati delle analisi di laboratorio, o dei referti Ris, o delle consulenze, senza impegnare l'operatore in lunghe e noiose operazioni di riscrittura manuale.

Le Regioni, e al loro interno le Aziende Sanitarie, armonizzeranno autonomamente la gestione informatica della salute in carcere secondo i modelli di cui sopra o la combinazione degli stessi, in relazione ai modelli organizzativi in essere, e le strategie seguite nella informatizzazione dei processi sanitari.

L'obiettivo "in progress", sarà quello di disegnare un modello (fisico o virtuale) che tenda a rendere disponibili per implementazioni successive i collegamenti di cui nello schema successivo. Sia cioè perseguibile nel tempo l'integrazione tra l'informazione anagrafica presente inizialmente solo nella Asl competente nel territorio, l'informazione anagrafica regionale, l'interfacciamento con l'anagrafica della Giustizia, per consentire lo scambio di informazioni fra i due sistemi all'interno di protocolli concordati e in linea con la normativa sulla privacy.

La cartella informatizzata regionale, sviluppata secondo il modello verticale o il modello orizzontale deve:

* essere rivolta esclusivamente a supportare il lavoro degli operatori sanitari nel trattamento corrente del soggetto detenuto

* colloquiare con gli altri applicativi,

* garantire la costruzione del basamento informativo minimo dal livello "struttura", a salire a quello di Asl, a quello "Dipartimentale" regionale

Sarà necessario definire un livello regionale unitario in termini di dizionario dati e di funzionalità.

In sintesi la cartella informatizzata regionale:

* integra tutte le attività rivolte alla salute del soggetto e svolte dalle varie figure professionali dell'ASL (medici, psicologi, assistenti sociali), e i trattamenti attuati;

* gestisce l'attività del medico, dalla visita di primo ingresso al trattamento in cella, con produzione automatica delle certificazioni sia verso il SSR che verso l'amministrazione penitenziaria;

* consente di registrare le prescrizioni e le terapie farmaceutiche e produce la stampa del "carrello" infermieristico per la somministrazione quotidiana;

* gestisce anche le problematiche connesse con la tossicodipendenza, le dipendenze in genere, la salute mentale;

* si integra con gli applicativi aziendali per le parti di competenza;

gh





*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA UNIFICATA

* fornisce i flussi di attività sia regionali (es. Specialistica, Farmaci Erogati Direttamente, Prestazioni riabilitative, Scheda Nosologica, che nazionali (SIND, Salute Mentale) o li integra per la parte di competenza;

* alimenta il sistema informativo regionale, anche in previsione del debito informativo verso NSIS.

* Consente, nel rispetto della normativa sulla privacy, l'alimentazione del "fascicolo sanitario nazionale" per quelle informazioni che si riterranno utili nell'accompagnare il soggetto detenuto nei suoi spostamenti interregionali, in sostituzione o in integrazione della documentazione cartacea

2.2 IL PERCORSO ASSISTENZIALE FRA REGIONI DIVERSE

2.2.1 Esigenza di condividere la base di conoscenza

Il soggetto detenuto che si sposta fra strutture penitenziarie appartenenti a regioni diverse, spesso per motivi di sicurezza, o per necessità di cure intensive, è accompagnato dalla documentazione sanitaria cartacea prodotta nei periodi precedenti. Questa può essere più o meno consistente in relazione alla durata del periodo pregresso trascorso in carcere, e più o meno utilizzabile in relazione alla diligenza con cui gli operatori sanitari ne hanno curato la compilazione. Inoltre occorre tenere presente che per molti soggetti soprattutto stranieri la problematica del fornire generalità diverse si riflette nella predisposizione di documentazione sanitaria frammentata e difficilmente riunificabile.

Una gestione informatizzata della cartella sanitaria o parti essa su uno standard nazionale può consentire di ridurre gradualmente fino a renderli marginali le problematiche di cui sopra:

* definendo uno standard informativo che consenta il trasferimento dei dati sanitari alla struttura informatica delle ASL competenti sulle diverse strutture penitenziarie in cui si muove il detenuto

* riunificando le informazioni sanitarie sull'anagrafica amministrativa del detenuto (che, quando collegata a elementi caratteristici quali le impronte digitali, consentono di risolvere le problematiche di aliasing), e sull'anagrafica nazionale degli assistibili (es. tessera Team) per consentire la continuità e il collegamento tra l'attività sanitaria erogata sul territorio e quella erogata in carcere.

Lo standard informativo minimo è opportuno sia definito anche in caso di "modello cartaceo" perché consente di rilevare con sicurezza le informazioni sanitarie ritenute indispensabili dallo standard stesso.

2.2.2 Il Fascicolo Sanitario Nazionale Informatizzato del Detenuto

Il fascicolo sanitario nazionale del detenuto raccoglie dalle cartelle gestionali informatizzate in uso nelle regioni tutti gli aspetti ritenuti utili per ricostruire la storia clinica del soggetto detenuto. A titolo di esempio, mentre la somministrazione quotidiana è un aspetto gestionale, la prescrizione della terapia (farmaco, posologia, durata) è una informazione utile del fascicolo sanitario.

Saranno quindi definite modalità di standardizzazione delle informazioni e della raccolta dei referti, o dei risultati di analisi provenienti da cartelle regionali probabilmente diversificate, e del loro invio al fascicolo sanitario.

Il fascicolo sanitario è collegato alla anagrafica amministrativa delle carceri in modo da garantire l'univocità dell'identità del soggetto, ed eventualmente la ricostruzione degli alias.

La modalità tecnica con cui si prevede la costruzione del fascicolo sanitario possono essere due, da considerare anche in relazione alla sicurezza, e alla responsabilità della tenuta della base di dati:





*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA UNIFICATA

* modello centralizzato: prevede la realizzazione di un unico database a livello nazionale collegato con l'anagrafica amministrativa del detenuto alimentato dalle cartelle elettroniche regionali con i moduli definiti.

* modello distribuito: prevede la realizzazione di un database di livello regionale (anche come componente integrata nella più complessiva "carta sanitaria del cittadino" che varie regioni stanno approntando). I database regionali in questo caso sono accedibili da chi ne possiede i diritti per il tramite dell'anagrafica amministrativa penitenziaria, che in questo caso funziona da "indice centralizzato)

Poiché la titolarità al trattamento dei dati sanitari è in capo alle Aziende Sanitarie, si ritiene in questa fase quello distribuito come unico modello da poter considerare ; la richiesta di informazioni sia inoltrata direttamente all'Asl competente e l'autorizzazione avvenga con decisione esplicita su ogni singola richiesta.

L'onere minimo previsto per ciascuna Asl/Regione (anche senza avere ancora realizzata la informatizzazione della cartella gestionale) è quella della messa a disposizione dello "standard informativo minimo" prodotto anche attraverso strumenti di videoscrittura e collegati/collegabili sia con il codice anagrafico amministrativo del detenuto, che con il codice fiscale/codice regionale.

Occorre quindi che un gruppo integrato con figure sanitarie produca il documento sugli standard minimi, mentre occorrerà definire opportunamente gli standard di alimentazione del fascicolo sanitario, che, dal punto di vista temporale deve prevedere l'acquisizione dei dati almeno in concomitanza ad ogni trasferimento/re immissione in libertà del detenuto.

Il fascicolo sanitario nazionale potrebbe essere peraltro definito come strumento di messa a disposizione dei dati sanitari sensibili relativi al soggetto detenuto da parte della Asl alla Amministrazione Penitenziaria e alla Giustizia Minorile per lo svolgimento dei propri compiti istituzionali, con le modalità, i limiti e nelle casistiche concordate, secondo quanto previsto nell'accordo approvato dalla CU n. 102 del 28/11/2008 al punto e. In questo caso gli standard di alimentazione e i contenuti devono essere definiti di conseguenza.

2.3 IL SISTEMA INFORMATIVO SULLA SALUTE IN CARCERE

2.3.1 L'analisi del possibile

La presa visione degli applicativi esistenti (Dap, Regione Toscana) è stata utile nel condividere la base di conoscenza sulle attività sanitarie erogate in carcere, sulle modalità operative, sui modelli organizzativi. La componente del Ministero della Salute deve quindi definire le necessità ma appare chiaro che per la definizione del debito informativo a regime, occorrerà individuare un gruppo tecnico specifico con un chiaro mandato sugli obiettivi che lavori, come negli altri progetti del NSIS, per un periodo adeguato.

Il sistema informativo sulla Salute in Carcere deve rappresentare uno strumento di analisi delle attività svolte dal SSN nell'ambito della salute nelle carceri ai fini di valutazione e programmazione dei servizi.

Deve garantire l'impossibilità di identificazione dei soggetti trattati.

Il sistema informativo regionale, visto come una estensione di NSIS, dovrà definire le informazioni utili dal punto di vista dell'analisi dell'attività sanitaria in carcere, in modo che possa da una parte alimentare NSIS, e dall'altra parte, attraverso strumenti di business intelligence, possa supportare sia le strutture regionali e le aziende sanitarie, che l'amministrazione della Giustizia.





*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA UNIFICATA

Nella prima fase di presa in carico delle attività da parte delle Aziende Sanitarie Locali, è prevedibile che le informazioni di tipo analitico che potranno essere rese disponibili siano quelle già in uso e prodotte per la descrizione delle attività sanitarie correnti: SDO (file A), Specialistica (file C), Riabilitazione (file E) ecc. Si ritiene quindi che questi flussi possano rappresentare il primo basamento informativo utilizzabile sul livello nazionale, oltre ad eventuali rilevazioni definibili ad hoc.

Il flusso informativo idoneo a regime a supportare i compiti attribuiti dall'allegato al DPCM sarà definito dal sottogruppo e successivamente sperimentato dalle regioni che nel tempo attueranno il processo di informatizzazione centrata sul soggetto detenuto

2.3.2 Obiettivi a regime

Obiettivo del sistema informativo è monitorare l'attività della Sanità Penitenziaria. Questo obiettivo generale viene perseguito attraverso alcuni obiettivi specifici:

* Quantificare il numero di soggetti che accedono al sistema e descrivere le loro principali caratteristiche socio-anagrafiche e di salute.

* Quantificare gli interventi posti in essere sui singoli soggetti e descrivere le loro principali caratteristiche in termini di tipologia, durata, esito

Quanto precede dovrà essere attuato secondo le norme vigenti in tema di regolamento privacy. Si prevede, analogamente ad altri settori già attivati, che i dati dovranno essere in formato individuale, ma privi degli elementi identificativi, essere cioè perfettamente anonimizzati.

A. Definizione del debito informativo nazionale.

Sono definite in questa sezione le informazioni necessarie a rilevare le attività rivolte al paziente detenuto secondo lo schema del CHI eroga, COSA eroga, QUANDO eroga, DOVE eroga:

i. Informazioni Anagrafiche (Anno di nascita, Provincia di nascita, Cittadinanza, Regione di residenza, ASL di residenza, Comune/Stato estero di residenza, Sesso, Stato civile, Titolo di studio, Occupazione precedente la carcerazione, ...)

ii. Stato giuridico (In attesa di giudizio, definitivo, sottoposto a regimi speciali ...) da verificare con garante privacy

iii. Informazioni da rilevare all'accesso alla struttura [data ingresso, provenienza (libertà, altro carcere...); patologie attive (mediche, psichiatriche, dipendenza/abuso...): diagnosi, data diagnosi, trattamenti in corso; situazione sierologica HIV, HBV, HCV e MTS...]

iv. Quadro diagnostico evolutivo successivo all'ingresso [patologie attive intercorse (mediche, psichiatriche, dipendenza...): diagnosi, data diagnosi, trattamenti in corso; situazione sierologica HIV, HBV, HCV e MTS...],

v. Prestazioni erogate [data, tipologia, sede (in carcere, esterna ambulatoriale, esterna ospedaliera), professionista/specialista erogante; referti degli accertamenti]

B. Dati di struttura

Questa tipologia di informazioni hanno impatto sia dal punto di vista informativo che dal punto di vista gestionale. Infatti a supporto di decisioni sul trasferimento dei detenuti occorre anche la conoscenza logistica e organizzativa della struttura destinata ad accogliere il detenuto. Queste informazioni quindi devono essere normalmente gestite nelle cartella informatizzate regionali ed eventualmente aggiornare con tempistica più cogente il sistema informativo:

i. Strutture

* Tipologia: (Ambulatorio, Reparto, Centro Riabilitativo ...) Utilizzare classificazione ISTAT per le strutture attivate.

* Prestazioni erogabili (Elenco e descrizione)





*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*
CONFERENZA UNIFICATA

- * Dotazioni strumentali (Elenco e descrizione)
- * Orario Giornaliero di funzionamento
- * Presenza del personale. Per ciascuna figura professionale: qualifica e orario giorno/settimana/mese.

ii. Personale

- * Struttura di appartenenza
- * Qualifica (medico, psicologo, educatore professionale, infermiere professionale, assistente sociale ...)
- * Disciplina (psichiatria, medicina interna, gastroenterologia, radiologia ...)
- * Tipologia di contratto (Dipendente, convenzionato, a contratto)
- * Orario settimanale e numero giorni/settimana di presenza nella struttura

2.4 ASPETTI TECNOLOGICI E LOGISTICI

I locali ad uso sanitario che passeranno in comodato gratuito alle Asl competenti, si trovano in buona parte già cablate e integrate nella rete dell'amministrazione penitenziaria. L'informatizzazione della cartella sanitaria a regime deve prevedere la disponibilità del posto cablato in tutti gli ambienti in cui operano figure sanitarie.

Le scelte possibili percorribili da ciascuna regione in questo caso sono essenzialmente tre:

1) Allargamento della rete di Asl. Quest'opzione prevede che la parte cablata dei locali sanitari sia staccata dalla rete della giustizia e connessa alla rete geografica di asl condividendone quindi le politiche di sicurezza. In questo caso sono le politiche di connettività della singola regione che dovranno consentire la gestione unificata dell'applicativo fra strutture carcerarie appartenenti ad Asl diverse.

2) Lasciare il cablaggio esistente di competenza alla Giustizia (che si è dichiarata disponibile). In questo caso la rete penitenziaria è vista come unitaria sul sistema dal sistema regionale che dovrà concordare le modalità di comunicazione preferibilmente interfacciando il sistema regionale come regolatore degli accessi da parte delle singole Asl.

3) Creare la rete sanitaria penitenziaria regionale. In questo caso le strutture penitenziarie regionali sono collegate in un anello geografico logico dotato di autonomia che sviluppa politiche di integrazione sia con la rete sanitaria regionale (o delle singole asl) che con la rete della Giustizia. Sono evidenti in questo caso le settorializzazioni delle politiche di sicurezza. L'inserimento del server su cui è posizionato il software applicativo nella rete di sanità penitenziaria regionale ne consente una gestione specifica e protetta.

La rete della Giustizia metterà quindi a disposizione le politiche di connessione con la rete regionale di riferimento e/o con le singole Asl, che comunque dovrà essere realizzata almeno per condividere l'anagrafica amministrativa della Giustizia.

Per quanto riguarda il posizionamento del server che gestisce la cartella informatizzata regionale le possibili soluzioni sono:

- * singola Asl/Area Vasta;
- * Asl capofila/Regione;
- * Giustizia in un proprio CED con rapporto di servizio rispetto alla Regione.

Infine occorre dimensionare la dotazione dei posti di lavoro (personal computer) che devono seguire uno standard nei minimi di dotazione individuati in 1 computer/stanza o almeno 1 computer ogni 2 operatori contemporaneamente presenti.





*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA UNIFICATA
Servizio III°: Sanità e politiche sociali

CONFERENZA UNIFICATA
Seduta del 26 novembre 2009
Elenco A - punti nn. 1,2 e 3 dell'o.d.g.

Oggetto:

- 1) Accordo sul documento proposto dal Tavolo di consultazione permanente sulla sanità penitenziaria recante: "Strutture sanitarie nell'ambito del sistema penitenziario italiano". **Codice sito: 4.10/2009/8-1**
Accordo ai sensi dell'articolo 9 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281.
- 2) Accordo sul documento proposto dal Tavolo di consultazione permanente sulla sanità penitenziaria recante: "Linee di indirizzo per l'assistenza ai minori sottoposti a provvedimento dell'Autorità giudiziaria". **Codice sito: 4.10/2009/8-2**
Accordo ai sensi dell'articolo 9 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281.
- 3) Accordo sul documento proposto dal Tavolo di consultazione permanente sulla sanità penitenziaria recante: "Dati sanitari, flussi informativi e cartella clinica anche informatizzata". **Codice sito: 4.10/2009/8-3**
Accordo ai sensi dell'articolo 9 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281.

La Conferenza Unificata, nella seduta del 31 luglio 2008, ha deliberato (Rep. Atti n. 81/CU) la costituzione del "Tavolo di consultazione permanente sulla sanità penitenziaria" di cui all'Allegato A al D.P.C.M. 1° aprile 2008 ("Modalità e criteri per il trasferimento al Servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie, di rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria"), emanato in attuazione dell'articolo 2, comma 283, della legge 24 novembre 2007, n. 244 (legge finanziaria 2008).

Al predetto Tavolo sono demandati, tra gli altri, il compito di predisporre indirizzi per favorire la realizzazione di programmi di interventi nelle realtà territoriali e quello di definire strumenti volti a favorire il coordinamento fra le Regioni, Provveditorati regionali dell'Amministrazione penitenziaria e Centri della giustizia minorile.

Nel corso delle riunioni del Tavolo di consultazione permanente sulla sanità penitenziaria svoltesi nei giorni 11 marzo 2009 e 23 giugno 2009 è stata concordata l'attivazione dei seguenti sottogruppi di lavoro:

- sottogruppo dedicato alla giustizia minorile per le problematiche evidenziate nella lettera prot. n. 7542 del 9 marzo u.s. del Ministero della Giustizia - Dipartimento Giustizia Minorile



*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA UNIFICATA

- Direzione Generale per l'attuazione dei provvedimenti giudiziari (riunione dell'11 marzo 2009);
- sottogruppi per le problematiche evidenziate nel documento elaborato dai rappresentanti del Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali: "Garantire l'uniformità degli interventi e delle prestazioni sanitarie e trattamenti nell'intero territorio nazionale" (approvato nel corso della riunione del 23 giugno 2009):
 - sottogruppo per le problematiche afferente i c.d. centri clinici;
 - sottogruppo per il monitoraggio del livello di attuazione del D.P.C.M. 1° aprile 2008;
 - sottogruppo sui flussi informativi (cartella clinica).

In data 11 settembre 2009, le Regioni e le Province autonome hanno fatto pervenire quattro documenti tematici propositivi elaborati dal Gruppo Tecnico Interregionale per la Salute in Carcere relativamente alle problematiche sopra richiamate:

- Strutture sanitarie e/o terapeutiche (Centri clinici CDT, custodia attenuata, sezioni speciali per disabili, infettivi, osservazione psichiatrica, OPG, ambulatori vari);
- Modello monitoraggio D.P.C.M. 1° aprile 2008;
- Cartella sanitaria informatizzata in carcere;
- Linee di indirizzo per l'assistenza ai minori sottoposti a provvedimento dell'Autorità giudiziaria.

In data 12 novembre 2009, le Regioni hanno inviato le versioni finali dei predetti documenti elaborate dai relativi sottogruppi di lavoro appositamente attivati al riguardo.

L'esame di tali documenti è stato svolto nel corso della riunione del più volte richiamato Tavolo del 17 novembre 2009.

Le versioni definitive dei documenti indicati in oggetto (Allegati A, B e C), congiuntamente elaborati ed approvate nel corso della predetta riunione del 17 novembre u.s., sono state diramate dalla Segreteria della Conferenza Stato-Regioni con lettera in data 18 novembre 2009.

Il documento recante "Modello di monitoraggio D.P.C.M. 1° aprile 2008", pure oggetto di un primo esame nella menzionata riunione del 17 novembre 2009 del Tavolo, è stato rinviato per ulteriori approfondimenti tecnici al riguardo.

Si sottopone all'esame della Conferenza Unificata, ai fini del perfezionamento dell'accordo, ai sensi dell'articolo 9 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281.

Il Segretario
Cons. Emenegilda Siniscalchi

DATI SANITARI, FLUSSI INFORMATIVI E CARTELLA CLINICA ANCHE INFORMATIZZATA

1. INTRODUZIONE

1.2 OBIETTIVI

Sono sostanzialmente due, in parte interconnessi:

1. la creazione di un sistema informativo nazionale e delle regioni sulla sanità penitenziaria
2. la informatizzazione della cartella clinica nelle carceri.

È opportuno mantenere separati i due obiettivi, tenuto conto che lo stesso passaggio al SSN comporta una serie di problematiche nel perseguimento di questo schema originario.

Se infatti la costruzione di un sistema informativo nazionale è cosa relativamente praticabile e della quale esistono numerosi equivalenti nella sanità odierna (ad es: quello sulla salute mentale, sulle tossicodipendenze, sulla specialistica, la farmaceutica ecc...), non altrettanto può dirsi per l'adozione sul territorio nazionale di un unico strumento informatizzato, che necessita del coinvolgimento di diversi attori.

Detto in altri termini un Sistema Informativo Nazionale può essere costruito anche senza la cartella clinica informatizzata nazionale, mentre l'adozione di una cartella informatizzata nazionale non è necessariamente propedeutica al sistema informativo nazionale, tanto è vero che i sistemi informativi citati (Salute, Mentale, Tossicodipendenze) si basano su cartelle informatizzate di livello regionale o addirittura di Asl.

1.3 NOTE SUL SISTEMA INFORMATIVO NAZIONALE

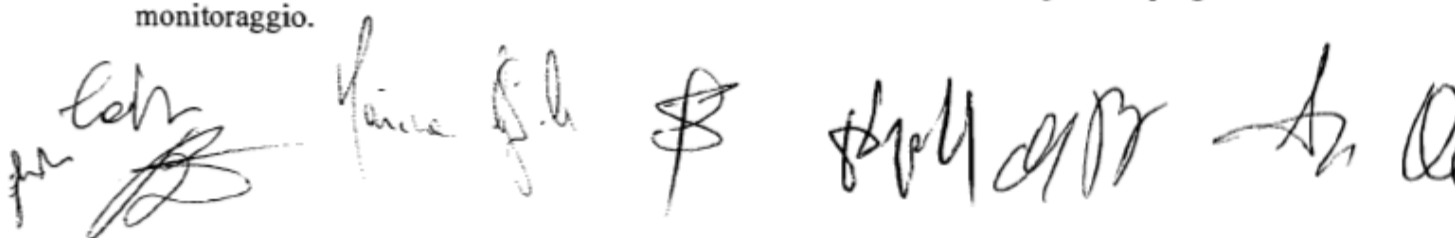
Si ritiene importante procedere alla costruzione di un sistema informativo nazionale quale strumento per il monitoraggio delle attività, la programmazione, la ricerca sui servizi, la mobilità economica delle prestazioni, la garanzia del passaggio delle informazioni in caso di trasferimento del detenuto/minore e molti altri usi nell'ottica di un sistema di sanità pubblica.

Il documento analizza vantaggi e criticità di due modelli di sistema informativo nazionale: il modello distribuito e quello centralizzato.

Nel primo le informazioni che costituiscono il debito informativo delle aziende USL e delle regioni (indipendentemente da come sono raccolte, se con supporto informatizzato o meno) sono depositate localmente in modo tracciabile (identificative della persona) e poi al livello regionale e nazionale in forma non tracciabile (tendenzialmente individuale a livello regionale e aggregata a livello nazionale).

Occorrerà definire con chiarezza il set di informazioni che costituiscono il debito informativo e gli indicatori che costituiscono il cruscotto di monitoraggio.

Questo sistema è analogo a tutti quelli già esistenti e sopra nominati, ed è pienamente in linea con i pronunciamenti del garante della privacy e funzionale a tutte le esigenze di programmazione e monitoraggio.



Nel modello centralizzato, la tracciabilità giunge anche ai livelli regionale e nazionale e consentirebbe in ipotesi di costruire il fascicolo unico del detenuto, che lo segue nei suoi eventuali trasferimenti da un carcere ad un altro, ed anche la lettura "centralizzata" dei dati sensibili.

Il vantaggio della integrazione e della possibilità di interpellare a più livelli va di pari passo con le difficoltà, costituendo di fatto una novità assoluta nella sanità nazionale. Tuttavia non può non tenersi conto della peculiarità delle funzioni svolte dall'amministrazione penitenziaria e delle esigenze legate sia alla sicurezza che al trattamento che inevitabilmente vanno ad intersecarsi con quelle legate alla salute e all'assistenza sanitaria.

A tal proposito giova ricordare che in capo all'Amministrazione penitenziaria e la Giustizia Minorile residuano alcune funzioni sanitarie, e cioè:

1) Trasferimento dei detenuti/minore per motivi di salute: in questo campo è evidente il concorso di competenze sanitarie e penitenziarie. La legge infatti prevede la competenza dell'amministrazione scrivente nei trasferimenti per ragioni di salute. In tale contesto la valutazione tecnica medica entra a far parte della valutazione complessiva discrezionale di individuazione della sede ritenuta più idonea dall'Autorità Penitenziaria.

2) Regioni a Statuto Speciale: le competenze sanitarie permangono in capo all'Amministrazione Penitenziaria e alla Giustizia minorile negli istituti delle regioni a statuto speciale e province autonome, nelle more dell'emanazione delle norme di attuazione degli statuti regionali.

3) Perizie: i medici sono chiamati a svolgere interventi di natura peritale in risposta a richieste di risarcimento per asserito danno biologico incorso a causa della detenzione, presentate dai detenuti o dai loro legali.

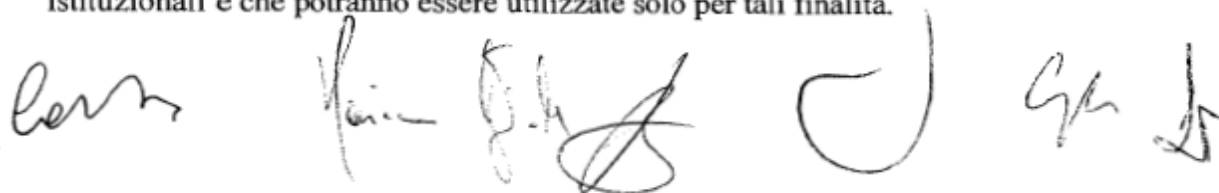
In riferimento all'esercizio di queste funzioni ed in particolare al trasferimento dei detenuti, sia in ambito regionale che sull'intero territorio nazionale, si conviene che l'Amministrazione penitenziaria e la Giustizia minorile hanno necessità di accedere a tutti i dati sanitari relativi al singolo detenuto, alla sua storia clinica e a tutte quelle informazioni indispensabili per una corretta collocazione dello stesso nell'ambito del sistema.

Il servizio sanitario regionale fornisce inoltre, a livello di singolo istituto, centro di prima accoglienza, comunità ministeriale, tutte le informazioni sanitarie relative al singolo detenuto, necessarie ad una corretta allocazione, gestione e trattamento, nonché per le finalità istituzionali di competenza. Le modalità di comunicazione delle informazioni sono demandate al protocollo operativo fra la singola struttura o servizio minorile.

Al contempo, la direzione dell'istituto comunica alle ASL di competenza, con le modalità definite dallo stesso protocollo operativo, i dati giudiziari, quando necessitino per la gestione sanitaria del detenuto.

Le aggregazioni di dati saranno concordate dal tavolo di monitoraggio presso la Conferenza Unificata, in vista di una proficua collaborazione nella predisposizione di strategie di studio e di intervento in materia.

Non è superfluo osservare che, nei diversi livelli organizzativi dell'Amministrazione penitenziaria e della Giustizia minorile, le informazioni accessibili dal personale sanitario ivi comandato saranno solo ed esclusivamente quelle necessarie allo svolgimento delle attività istituzionali e che potranno essere utilizzate solo per tali finalità.



1.4 NOTE SULLA CARTELLA CLINICA INFORMATIZZATA

Anche in questo caso il documento confronta due modelli: il primo riguarda la costruzione di una cartella clinica informatizzata sviluppata tendenzialmente sul livello regionale o di singola Azienda Usl, il secondo vede la realizzazione di una cartella clinica nazionale.

Partendo da ipotesi realistiche, l'informatizzazione locale della singola struttura carceraria, può effettuarsi con un modello verticale, semplicemente estendendo gli applicativi in uso nella Asl competente per territorio, o con un modello orizzontale, cioè individuando un applicativo di tipo "dipartimentale" che gestisce unitariamente i trattamenti sanitari sul detenuto in carcere. Il modello orizzontale si presta alla definizione di una cartella clinica informatizzata regionale (vedi il modello delle tossicodipendenze), e anche nella definizione di una cartella nazionale

Ancora una volta l'opzione di costruire uno strumento unico nazionale sarebbe una novità assoluta, e come tale andrebbe giustificata e concordata con le regioni. E' pur vero che questo obiettivo è presente all'interno delle Linee Guida del DPCM 1.4.2008 e negli accordi ex art. 7, ma nel momento della sua pianificazione è opportuno riesaminare la questione in tutti i suoi aspetti tecnici (fattibilità in primis, ma anche costi e compatibilità con i sistemi aziendali).

In sintesi, dei due obiettivi esaminati dal documento, la costruzione del Sistema Informativo Nazionale sembra più raggiungibile. Le regioni ritengono praticabile nel giro di due/tre anni lo stesso percorso già utilizzato in altri settori sanitari e che ha portato alla definizione del debito informativo aziendale e regionale e la confluenza centralizzata di dati aggregati raccolti anche con sistemi diversi, pienamente utilizzabili per il monitoraggio delle attività, per la programmazione e per la mobilità.

Lo sviluppo e l'automazione dei processi sanitari in carcere, sarebbe quindi demandato al livello locale, anche con la definizione di cartelle cliniche di tipo dipartimentale definite comunque autonomamente all'interno delle singole regioni.

Più complesso è l'obiettivo della cartella informatizzata unica a livello nazionale, cosa che richiederebbe molto più tempo per la realizzazione tecnica e un accordo delle regioni nel modificare lo schema usuale decentrato di definizione degli strumenti di software.

L'Amministrazione penitenziaria a questo proposito mette a disposizione la cartella clinica già inserita nell'ambito del sistema informativo SIAP/AFIS, come contributo nella ricerca della soluzione migliore, ferma restando l'autonomia delle singole regioni (e delle singole ASL) di dotarsi di strumenti diversi ed autonomi.

2. DOCUMENTO

2.1 IL MODELLO REGIONALE PER LA CARTELLA INFORMATIZZATA

2.1.1 Scenario

Le attività sanitarie all'interno degli istituti di pena, nella previsione del DPCM, entrano nella competenza delle Aziende Sanitarie Locali nel cui territorio sono collocate. Gli ambulatori situati all'interno delle strutture penitenziarie, dal punto di vista delle Asl, diventano strutture territoriali (ambulatoriali, di ricovero, diagnostici), che mantengono specifiche peculiarità, ma che nello stesso momento necessitano di processi di integrazione nel collaudato sistema di erogazione delle prestazioni di cui ciascuna Azienda Sanitaria, all'interno della programmazione e delle direttive regionali, si è nel frattempo dotata.

Ne è un esempio l'attività per la tossicodipendenza che ha fatto sviluppare all'interno delle carceri ambulatori "in proiezione" del SerT territoriale competente, creando però di fatto un



separazione con il resto della attività sanitaria erogata sul soggetto detenuto: facendo coesistere cioè una cartella sanitaria della Asl e una cartella sanitaria "interna" del carcere.

Nel momento in cui il DPCM sancisce che "La continuità terapeutica costituisce principio fondante per l'efficacia degli interventi di cura e deve essere garantita dal momento dell'ingresso in carcere e/o in una struttura minorile, durante gli eventuali spostamenti dei detenuti tra diversi Istituti penitenziari e strutture minorili, e dopo la scarcerazione e immissione in libertà", occorrerà progressivamente recuperare una visione del trattamento sociosanitario del soggetto detenuto nella sua completezza, elemento fondamentale per poterne condividere le informazioni nel passaggio libertà/detenzione/spostamenti/libertà.

L'attivazione di un sistema informativo nazionale sulla salute del detenuto presuppone necessariamente il (1) raggiungimento di uno standard minimo regionale sul trattamento del paziente (gestionale operativo) alimentato da cartelle cliniche informatizzate, propedeutico a (2) strumenti di condivisione delle informazioni sanitarie (patient file) e a (3) strumenti di analisi dei dati (datawarehouse), che rappresentano quindi i tre livelli individuati dal sottogruppo di lavoro come elementi portanti del sistema.

A questi aspetti occorre aggiungere le (4) problematiche strettamente tecnologiche riguardante il cablaggio dei locali che passano in competenza al Sistema Sanitario Regionale, la loro connessione alle reti geografiche delle Asl/Regione, la necessità o meno di avere "sale macchine" dedicate, i posti di lavoro (pc) per gli operatori.

Il tutto tenendo presente che saranno necessari livelli di integrazione tra la rete Giustizia e la rete Salute (es. le anagrafiche dei detenuti), e tra la cartella sanitaria informatizzata e altri applicativi operanti nelle asl (es. anagrafica pazienti, dipendenze, salute mentale, CUP ecc.)

2.1.2 La ricognizione dell'esistente

Il gruppo di lavoro ha dedicato specifiche sedute nella verifica degli strumenti software già disponibili, il loro livello di sviluppo, la rispondenza alle caratteristiche minime individuate, la possibilità del riuso da parte delle singole amministrazioni regionali.

La cartella informatizzata in ambito penitenziario è stata, infatti, oggetto di esperienze in alcune regioni, spesso con visione mirata a specifiche patologie (dipendenze, salute mentale), in alcuni casi utilizzando strumenti stand alone o piccole reti; in altri, creando dei sistemi integrati in ambito regionale, o cercando di attivare un sistema unico nazionale collegato all'anagrafica amministrativa del soggetto detenuto.

In particolare sono state esaminate la cartella in via di approntamento da parte del DAP e la cartella sperimentata in Regione Toscana. E' stata annotata l'esperienza dell'Emilia, anche in relazione ad un progetto nazionale che la vedeva capofila insieme alla Toscana nella definizione di un quadro informativo per la salute in carcere nel settore delle tossicodipendenze.

E' stato verificato che anche il Minorile aveva allo studio la realizzazione di uno strumento per la rilevazione delle informazioni sanitarie, nell'ambito dello sviluppo del proprio sistema informativo dei servizi minorili. A seguito del passaggio delle competenze in materia di sanità alle regioni, non si è proceduto a sviluppare ulteriori funzioni se non quelle già realizzate (visite mediche, monitoraggio delle tossicodipendenze, mod. 99). Secondo quanto sarà previsto dai protocolli operativi citati, le informazioni inerenti queste procedure possono essere rese accessibili al personale sanitario, personale che, con le stesse modalità, potrà accedere alle informazioni giuridiche e trattamentali. Il modello informativo elaborato è a disposizione delle strutture sanitarie che intendano utilizzarlo.

2.1.3 La Cartella Clinica Informatizzata

Le cartelle sanitarie (più o meno "cliniche") devono essere viste come uno strumento unitario del trattamento di un soggetto, a onere e supporto degli operatori sanitari che intervengono nel trattamento stesso. A onere, in quanto sono gli operatori sanitari che devono compilare in modo

The image shows a row of handwritten signatures and a stamp. From left to right: a signature that appears to be 'L. Rossi', a signature that appears to be 'P. Rossi', a signature that appears to be 'G. Rossi', a circular stamp, a signature that appears to be 'G. Rossi', and a signature that appears to be 'R. Rossi'.

diligente i moduli di propria competenza che compongono la cartella; a supporto perché la cartella fornisce preziose informazioni sul come intervenire sul soggetto. L'utilità di una cartella cresce quanto più condivisa nell'uso: infatti a fronte della registrazione della propria attività, si ha a disposizione l'informazione riguardante l'intervento di tutti gli altri operatori. Se la cartella è informatizzata allora è disponibile ovunque ci sia un computer (velocità di accesso) ed è utilizzabile anche come strumento di comunicazione fra gli operatori (eliminazione della "carta di comunicazione" e riduzione dei "tempi di contatto" fra gli operatori (intesi sia in termini di km percorsi, che di tempi necessari per stabilire del contatto).

Altro compito della cartella informatizzata è quello di far registrare l'informazione una sola volta e di utilizzarla invece in tutti i contesti in cui questa è utile (nel trattamento, nella certificazione, nella analisi dei dati).

Per quanto detto sopra è evidente che lo strumento informatizzato è soprattutto uno strumento di gestione che entra pienamente nella competenza di una Azienda Sanitaria. Le regioni intervengono in questi casi facendo opera di standardizzazione in modo che gli operatori siano spinti non solo a vedere le stesse informazioni, ma anche ad attivare linee guida comuni.

Le opzioni disponibili quando si informatizza una struttura che deve erogare prestazioni sanitarie sono sostanzialmente due:

* **OPZIONE VERTICALE:** prevede che i software già attivi nelle altre strutture si estendano alla struttura penitenziaria nelle parti di competenza, estendendo i software di gestione del ricovero (ADT) verso i centri clinici, i software di gestione dell'ambulatorio medico verso i nuovi ambulatori, i software della gestione delle dipendenze in uso nei SerT per trattare i soggetti in carcere, così per la salute mentale ecc.

I modelli di riferimento nelle Aziende Sanitarie che seguono quest'approccio sono ritrovabili nei sistemi CUP, nei sistemi di gestione dei laboratori analisi (Lis), nelle diagnostiche per immagini (Ris), nella gestione dei ricoveri (Adt),.

Criticità: Il modello verticale normalmente segue il lavoro del professionista sanitario: l'informazione sul paziente è frammentata, devono quindi essere previste metodologie di riunificazione delle informazioni fra i vari applicativi gestionali che consentano alla Asl competente di ricostruire una visione unitaria del trattamento.

* **OPZIONE ORIZZONTALE:** prevede il trattamento unitario all'interno delle strutture carcerarie con una unica cartella sanitaria del detenuto che traccia temporalmente tutte le azioni e i trattamenti sanitari attivati sul soggetto ,

I modelli di riferimento nelle Aziende Sanitarie, che seguono questo approccio sono ritrovabili nei SerT, nei Servizi di Salute Mentale, nel Pronto Soccorso, nelle Cardiologie, il trattamento di ricovero, e in generale in tutti quei settori in cui il paziente sarà trattato per lungo periodo.

Criticità: Il modello orizzontale predilige la centralità del paziente: devono essere previsti modelli di comunicazione verso gli altri software in uso nella Azienda Sanitaria deputati alla gestione unitaria di una casistica: avremo quindi flussi automatizzati dalla cartella del detenuto verso il SerT per la gestione unitaria delle dipendenze, o verso il software di salute mentale, o di ricovero per la eventuale produzione della SDO

Entrambi i modelli dovrebbero anche consentire la consultazione telematica o l'acquisizione automatica in cartella per esempio dei risultati delle analisi di laboratorio, o dei referti Ris, o delle consulenze, senza impegnare l'operatore in lunghe e noiose operazioni di riscrittura manuale.

Le Regioni, e al loro interno le Aziende Sanitarie, armonizzeranno autonomamente la gestione informatica della salute in carcere secondo i modelli di cui sopra o la combinazione degli stessi, in relazione ai modelli organizzativi in essere, e le strategie seguite nella informatizzazione dei processi sanitari.

L'obiettivo "in progress", sarà quello di disegnare un modello (fisico o virtuale) che tenda a rendere disponibili per implementazioni successive i collegamenti di cui nello schema successivo. Sia cioè perseguibile nel tempo l'integrazione tra l'informazione anagrafica presente inizialmente solo nella Asl competente nel territorio, l'informazione anagrafica regionale, l'interfacciamento con l'anagrafica della Giustizia, per consentire lo scambio di informazioni fra i due sistemi all'interno di protocolli concordati e in linea con la normativa sulla privacy.

La cartella informatizzata regionale, sviluppata secondo il modello verticale o il modello orizzontale deve:

- * essere rivolta esclusivamente a supportare il lavoro degli operatori sanitari nel trattamento corrente del soggetto detenuto
- * colloquiare con gli altri applicativi,
- * garantire la costruzione del basamento informativo minimo dal livello "struttura", a salire a quello di Asl, a quello "Dipartimentale" regionale

* Sarà necessario definire un livello regionale unitario in termini di dizionario dati e di funzionalità.

In sintesi la cartella informatizzata regionale:

- * integra tutte le attività rivolte alla salute del soggetto e svolte dalle varie figure professionali dell'ASL (medici, psicologi, assistenti sociali), e i trattamenti attuati;
- * gestisce l'attività del medico, dalla visita di primo ingresso al trattamento in cella, con produzione automatica delle certificazioni sia verso il SSR che verso l'amministrazione penitenziaria;
- * consente di registrare le prescrizioni e le terapie farmaceutiche e produce la stampa del "carrello" infermieristico per la somministrazione quotidiana;
- * gestisce anche le problematiche connesse con la tossicodipendenza, le dipendenze in genere, la salute mentale;
- * si integra con gli applicativi aziendali per le parti di competenza;
- * fornisce i flussi di attività sia regionali (es. Specialistica, Farmaci Erogati Direttamente, Prestazioni riabilitative, Scheda Nosologica, che nazionali (SIND, Salute Mentale) o li integra per la parte di competenza;
- * alimenta il sistema informativo regionale, anche in previsione del debito informativo verso NSIS.
- * Consente, nel rispetto della normativa sulla privacy, l'alimentazione del "fascicolo sanitario nazionale" per quelle informazioni che si riterranno utili nell'accompagnare il soggetto detenuto nei suoi spostamenti interregionali, in sostituzione o in integrazione della documentazione cartacea

2.2 IL PERCORSO ASSISTENZIALE FRA REGIONI DIVERSE

2.2.1 Esigenza di condividere la base di conoscenza

Il soggetto detenuto che si sposta fra strutture penitenziarie appartenenti a regioni diverse, spesso per motivi di sicurezza, o per necessità di cure intensive, è accompagnato dalla documentazione sanitaria cartacea prodotta nei periodi precedenti. Questa può essere più o meno consistente in relazione alla durata del periodo pregresso trascorso in carcere, e più o meno utilizzabile in relazione alla diligenza con cui gli operatori sanitari ne hanno curato la compilazione. Inoltre occorre tenere presente che per molti soggetti soprattutto stranieri la problematica del fornire generalità diverse si riflette nella predisposizione di documentazione sanitaria frammentata e difficilmente riunificabile.

Una gestione informatizzata della cartella sanitaria o parti essa su uno standard nazionale può consentire di ridurre gradualmente fino a renderli marginali le problematiche di cui sopra:

* definendo uno standard informativo che consenta il trasferimento dei dati sanitari alla struttura informatica delle ASL competenti sulle diverse strutture penitenziarie in cui si muove il detenuto

* riunificando le informazioni sanitarie sull'anagrafica amministrativa del detenuto (che, quando collegata a elementi caratteristici quali le impronte digitali, consentono di risolvere le problematiche di aliasing), e sull'anagrafica nazionale degli assistibili (es. tessera Team) per consentire la continuità e il collegamento tra l'attività sanitaria erogata sul territorio e quella erogata in carcere.

Lo standard informativo minimo è opportuno sia definito anche in caso di "modello cartaceo" perché consente di rilevare con sicurezza le informazioni sanitarie ritenute indispensabili dallo standard stesso.

2.2.2 Il Fascicolo Sanitario Nazionale Informatizzato del Detenuto

Il fascicolo sanitario nazionale del detenuto raccoglie dalle cartelle gestionali informatizzate in uso nelle regioni tutti gli aspetti ritenuti utili per ricostruire la storia clinica del soggetto detenuto. A titolo di esempio, mentre la somministrazione quotidiana è un aspetto gestionale, la prescrizione della terapia (farmaco, posologia, durata) è una informazione utile del fascicolo sanitario.

Saranno quindi definite modalità di standardizzazione delle informazioni e della raccolta dei referti, o dei risultati di analisi provenienti da cartelle regionali probabilmente diversificate, e del loro invio al fascicolo sanitario.

Il fascicolo sanitario è collegato alla anagrafica amministrativa delle carceri in modo da garantire l'univocità dell'identità del soggetto, ed eventualmente la ricostruzione degli alias.

La modalità tecnica con cui si prevede la costruzione del fascicolo sanitario possono essere due, da considerare anche in relazione alla sicurezza, e alla responsabilità della tenuta della base di dati:

* modello centralizzato: prevede la realizzazione di un unico database a livello nazionale collegato con l'anagrafica amministrativa del detenuto alimentato dalle cartelle elettroniche regionali con i moduli definiti.

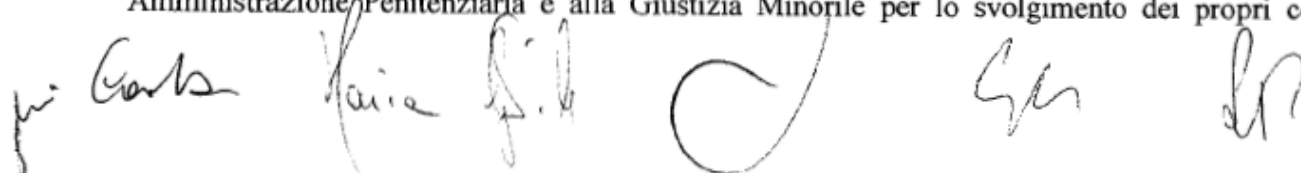
* modello distribuito: prevede la realizzazione di un database di livello regionale (anche come componente integrata nella più complessiva "carta sanitaria del cittadino" che varie regioni stanno approntando). I database regionali in questo caso sono accedibili da chi ne possiede i diritti per il tramite dell'anagrafica amministrativa penitenziaria, che in questo caso funziona da "indice centralizzato)

Poiché la titolarità al trattamento dei dati sanitari è in capo alle Aziende Sanitarie, si ritiene in questa fase quello distribuito come unico modello da poter considerare ; la richiesta di informazioni sia inoltrata direttamente all'Asl competente e l'autorizzazione avvenga con decisione esplicita su ogni singola richiesta.

L'onere minimo previsto per ciascuna Asl/Regione (anche senza avere ancora realizzata la informatizzazione della cartella gestionale) è quella della messa a disposizione dello "standard informativo minimo" prodotto anche attraverso strumenti di videoscrittura e collegati/collegabili sia con il codice anagrafico amministrativo del detenuto, che con il codice fiscale/codice regionale.

Occorre quindi che un gruppo integrato con figure sanitarie produca il documento sugli standard minimi, mentre occorrerà definire opportunamente gli standard di alimentazione del fascicolo sanitario, che, dal punto di vista temporale deve prevedere l'acquisizione dei dati almeno in concomitanza ad ogni trasferimento/re immissione in libertà del detenuto.

Il fascicolo sanitario nazionale potrebbe essere peraltro definito come strumento di messa a disposizione dei dati sanitari sensibili relativi al soggetto detenuto da parte della Asl alla Amministrazione Penitenziaria e alla Giustizia Minorile per lo svolgimento dei propri compiti



istituzionali, con le modalità, i limiti e nelle casistiche concordate, secondo quanto previsto nell'accordo approvato dalla CU n. 102 del 28/11/2008 al punto e. In questo caso gli standard di alimentazione e i contenuti devono essere definiti di conseguenza.

2.3 IL SISTEMA INFORMATIVO SULLA SALUTE IN CARCERE

2.3.1 L'analisi del possibile

La presa visione degli applicativi esistenti (Dap, Regione Toscana) è stata utile nel condividere la base di conoscenza sulle attività sanitarie erogate in carcere, sulle modalità operative, sui modelli organizzativi. La componente del Ministero della Salute deve quindi definire le necessità ma appare chiaro che per la definizione del debito informativo a regime, occorrerà individuare un gruppo tecnico specifico con un chiaro mandato sugli obiettivi che lavori, come negli altri progetti del NSIS, per un periodo adeguato.

Il sistema informativo sulla Salute in Carcere deve rappresentare uno strumento di analisi delle attività svolte dal SSN nell'ambito della salute nelle carceri ai fini di valutazione e programmazione dei servizi.

Deve garantire l'impossibilità di identificazione dei soggetti trattati.

Il sistema informativo regionale, visto come una estensione di NSIS, dovrà definire le informazioni utili dal punto di vista dell'analisi dell'attività sanitaria in carcere, in modo che possa da una parte alimentare NSIS, e dall'altra parte, attraverso strumenti di business intelligence, possa supportare sia le strutture regionali e le aziende sanitarie, che l'amministrazione della Giustizia.

Nella prima fase di presa in carico delle attività da parte delle Aziende Sanitarie Locali, è prevedibile che le informazioni di tipo analitico che potranno essere rese disponibili siano quelle già in uso e prodotte per la descrizione delle attività sanitarie correnti: SDO (file A), Specialistica (file C), Riabilitazione (file E) ecc. Si ritiene quindi che questi flussi possano rappresentare il primo basamento informativo utilizzabile sul livello nazionale, oltre ad eventuali rilevazioni definibili ad hoc.

Il flusso informativo idoneo a regime a supportare i compiti attribuiti dall'allegato al DPCM sarà definito dal sottogruppo e successivamente sperimentato dalle regioni che nel tempo attueranno il processo di informatizzazione centrata sul soggetto detenuto

2.3.2 Obiettivi a regime

Obiettivo del sistema informativo è monitorare l'attività della Sanità Penitenziaria. Questo obiettivo generale viene perseguito attraverso alcuni obiettivi specifici:

* Quantificare il numero di soggetti che accedono al sistema e descrivere le loro principali caratteristiche socio-anagrafiche e di salute.

* Quantificare gli interventi posti in essere sui singoli soggetti e descrivere le loro principali caratteristiche in termini di tipologia, durata, esito

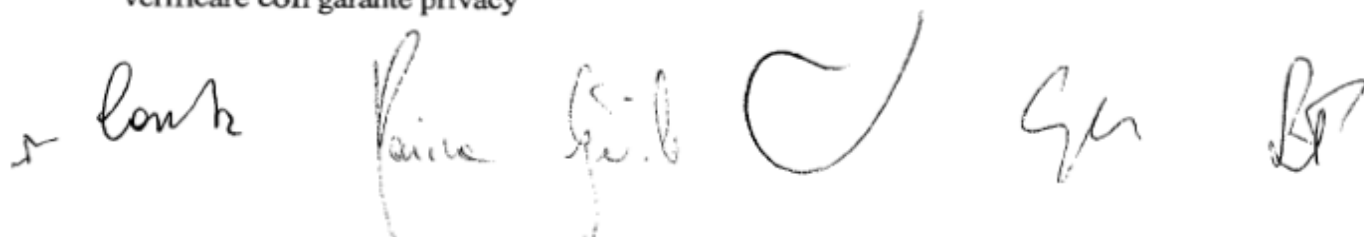
Quanto precede dovrà essere attuato secondo le norme vigenti in tema di regolamento privacy. Si prevede, analogamente ad altri settori già attivati, che i dati dovranno essere in formato individuale, ma privi degli elementi identificativi, essere cioè perfettamente anonimizzati.

A. Definizione del debito informativo nazionale.

Sono definite in questa sezione le informazioni necessarie a rilevare le attività rivolte al paziente detenuto secondo lo schema del CHI eroga, COSA eroga, QUANDO eroga, DOVE eroga:

i. Informazioni Anagrafiche (Anno di nascita, Provincia di nascita, Cittadinanza, Regione di residenza, ASL di residenza, Comune/Stato estero di residenza, Sesso, Stato civile, Titolo di studio, Occupazione precedente la carcerazione, ...)

ii. Stato giuridico (In attesa di giudizio, definitivo, sottoposto a regimi speciali ...) da verificare con garante privacy



iii. Informazioni da rilevare all'accesso alla struttura [data ingresso, provenienza (libertà, altro carcere...); patologie attive (mediche, psichiatriche, dipendenza/abuso...): diagnosi, data diagnosi, trattamenti in corso; situazione sierologica HIV, HBV, HCV e MTS...]

iv. Quadro diagnostico evolutivo successivo all'ingresso [patologie attive intercorse (mediche, psichiatriche, dipendenza...): diagnosi, data diagnosi, trattamenti in corso; situazione sierologica HIV, HBV, HCV e MTS...],

v. Prestazioni erogate [data, tipologia, sede (in carcere, esterna ambulatoriale, esterna ospedaliera), professionista/specialista erogante; referti degli accertamenti]

B. Dati di struttura

Questa tipologia di informazioni hanno impatto sia dal punto di vista informativo che dal punto di vista gestionale. Infatti a supporto di decisioni sul trasferimento dei detenuti occorre anche la conoscenza logistica e organizzativa della struttura destinata ad accogliere il detenuto. Queste informazioni quindi devono essere normalmente gestite nelle cartella informatizzate regionali ed eventualmente aggiornare con tempistica più cogente il sistema informativo:

i. Strutture

* Tipologia: (Ambulatorio, Reparto, Centro Riabilitativo ...) Utilizzare classificazione ISTAT per le strutture attivate.

* Prestazioni erogabili (Elenco e descrizione)

* Dotazioni strumentali (Elenco e descrizione)

* Orario Giornaliero di funzionamento

* Presenza del personale. Per ciascuna figura professionale: qualifica e orario giorno/settimana/mese.

ii. Personale

* Struttura di appartenenza

* Qualifica (medico, psicologo, educatore professionale, infermiere professionale, assistente sociale ...)

* Disciplina (psichiatria, medicina interna, gastroenterologia, radiologia ...)

* Tipologia di contratto (Dipendente, convenzionato, a contratto)

* Orario settimanale e numero giorni/settimana di presenza nella struttura

2.4 ASPETTI TECNOLOGICI E LOGISTICI

I locali ad uso sanitario che passeranno in comodato gratuito alle Asl competenti, si trovano in buona parte già cablate e integrate nella rete dell'amministrazione penitenziaria. L'informatizzazione della cartella sanitaria a regime deve prevedere la disponibilità del posto cablato in tutti gli ambienti in cui operano figure sanitarie.

Le scelte possibili percorribili da ciascuna regione in questo caso sono essenzialmente tre:

1) Allargamento della rete di Asl. Quest'opzione prevede che la parte cablata dei locali sanitari sia staccata dalla rete della giustizia e connessa alla rete geografica di asl condividendone quindi le politiche di sicurezza. In questo caso sono le politiche di connettività della singola regione che dovranno consentire la gestione unificata dell'applicativo fra strutture carcerarie appartenenti ad Asl diverse.

2) Lasciare il cablaggio esistente di competenza alla Giustizia (che si è dichiarata disponibile). In questo caso la rete penitenziaria è vista come unitaria sul sistema dal sistema regionale che dovrà concordare le modalità di comunicazione preferibilmente interfacciando il sistema regionale come regolatore degli accessi da parte delle singole Asl.

3) Creare la rete sanitaria penitenziaria regionale. In questo caso le strutture penitenziarie regionali sono collegate in un anello geografico logico dotato di autonomia che sviluppa politiche di integrazione sia con la rete sanitaria regionale (o delle singole asl) che con la rete della Giustizia. Sono evidenti in questo caso le settorializzazioni delle politiche di sicurezza. L'inserimento del

server su cui è posizionato il software applicativo nella rete di sanità penitenziaria regionale ne consente una gestione specifica e protetta.

La rete della Giustizia metterà quindi a disposizione le politiche di connessione con la rete regionale di riferimento e/o con le singole Asl, che comunque dovrà essere realizzata almeno per condividere l'anagrafica amministrativa della Giustizia.

Per quanto riguarda il posizionamento del server che gestisce la cartella informatizzata regionale le possibili soluzioni sono:

- * singola Asl/Area Vasta;
- * Asl capofila/Regione;
- * Giustizia in un proprio CED con rapporto di servizio rispetto alla Regione.

Infine occorre dimensionare la dotazione dei posti di lavoro (personal computer) che devono seguire uno standard nei minimi di dotazione individuati in 1 computer/stanza o almeno 1 computer ogni 2 operatori contemporaneamente presenti.

lms
pm

Paola

g. d.

○

gh

dt

2.10 Accordo, ai sensi dell'articolo 9 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, concernente la definizione di specifiche aree di collaborazione e gli indirizzi di carattere prioritario sugli interventi negli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG) e nelle Case di Cura e Custodia (CCC) di cui all'Allegato C al D.P.C.M. 1° aprile 2008.

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

Pubblicato nella Gazzetta Ufficiale del 4 gennaio 2010, n. 2

Il documento è stato approvato nella seduta del Comitato paritetico interistituzionale del 17 novembre 2009 e successivamente comunicato al Tavolo di consultazione permanente nella seduta del 17 novembre 2009 (ai sensi dell'art. 2, comma 3 della delibera della Conferenza Unificata del 31 luglio 2008).



*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*
CONFERENZA UNIFICATA

Accordo, ai sensi dell'articolo 9 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, concernente la definizione di specifiche aree di collaborazione e gli indirizzi di carattere prioritario sugli interventi negli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG) e nelle Case di Cura e Custodia (CCC) di cui all'Allegato C al D.P.C.M. 1° aprile 2008.

Rep. n. 84 - *CU* del 26 novembre 2009

LA CONFERENZA UNIFICATA

Nell'odierna seduta del 26 novembre 2009:

VISTO l'articolo 9 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281 e, in particolare, il comma 2, lettera c), in base al quale questa Conferenza promuove e sancisce accordi tra Governo, Regioni, Province, Comuni e Comunità montane, al fine di coordinare l'esercizio delle rispettive competenze e svolgere in collaborazione attività di interesse comune;

VISTO l'articolo 2, comma 283, della Legge 24 dicembre 2007, n. 244 (Finanziaria 2008), il quale prevede che, al fine di dare completa attuazione al riordino della medicina penitenziaria, comprensivo dell'assistenza sanitaria negli Istituti penali minorili, nei centri di prima accoglienza, nelle comunità e degli ospedali psichiatrici giudiziari, con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro della salute e del Ministro della giustizia, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze e con il Ministro per le riforme e le innovazioni nella pubblica amministrazione, di intesa con la Conferenza Stato-Regioni, sono definite le modalità ed i criteri per il trasferimento dal Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria e dal Dipartimento della giustizia minorile del Ministero della giustizia al Servizio Sanitario Nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali, in materia di sanità penitenziaria;

VISTO il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 1° aprile 2008, emanato in attuazione del menzionato articolo 2, comma 283, della legge 244 del 2007, recante "Modalità e criteri per il trasferimento al Servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria";

VISTO, in particolare, l'articolo 5, comma 2, del citato D.P.C.M. 1° aprile 2008, il quale prevede l'istituzione di un apposito Comitato paritetico interistituzionale per l'attuazione delle linee di indirizzo per gli interventi specifici negli Ospedali psichiatrici giudiziari (OPG) e nelle Case di Cura e Custodia (CCC) di cui all'Allegato C al medesimo D.P.C.M. 1° aprile 2008;





*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*
CONFERENZA UNIFICATA

CONSIDERATO che nel predetto Allegato C al D.P.C.M. 1° aprile 208 si prevede, tra l'altro, che tramite specifici Accordi vengono definiti la tipologia assistenziale e le forme della sicurezza, gli standard di organizzazione e i rapporti di collaborazione tra le amministrazioni coinvolte;

RILEVATO che questa Conferenza, nella seduta del 31 luglio 2008, ha deliberato (Rep. Atti n. 81/CU) la costituzione del Comitato paritetico interistituzionale, previsto dal citato articolo 5, comma 2, del D.P.C.M. 1° aprile 2008, a cui sono demandati la predisposizione degli indirizzi sugli adempimenti di cui al richiamato Allegato C al medesimo D.P.C.M., nonché degli strumenti necessari per supportare il programma di superamento graduale degli O.P.G. e favorire le forme di collaborazione tra il Ministero della giustizia ed il Servizio sanitario nazionale a livello nazionale, regionale e locale;

VISTO, in particolare, l'articolo 2, comma 3, dell'anzidetta Delibera della Conferenza Unificata del 31 luglio 208, il quale prevede che i documenti elaborati dal Comitato paritetico interistituzionale sono comunicati al Tavolo di consultazione permanente di cui all'articolo 1 della medesima Delibera anche ai fini del successivo esame da parte di questa Conferenza;

CONSIDERATO che i rappresentanti delle Regioni, nel corso della riunione del Comitato svoltasi il 12 febbraio 2009, hanno consegnato un documento recante "Ipotesi per l'assunzione di responsabilità del Servizio Sanitario Nazionale su salute mentale nelle carceri e gestione sanitaria degli OPG";

RILEVATO che, in esito agli approfondimenti condotti nella suddetta riunione, le Regioni medesime hanno successivamente predisposto una versione aggiornata del citato documento con tre allegati concernenti, rispettivamente, una elencazione di specifiche "aree di collaborazione" tra responsabili del Sistema sanitario e responsabili dell'Amministrazione penitenziaria, l'esposizione di talune problematiche connesse con la tematica afferente i modelli organizzativi all'interno degli OPG, talune proposte in materia di "territorialità" e, in particolare, di definizione dei criteri per l'individuazione delle competenze nei percorsi di dimissione;

VISTA la predetta nuova versione del documento in parola, la quale è stata esaminata dal Comitato nel corso della riunione del 6 maggio 2009;

CONSIDERATO che il Ministero della Giustizia – Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria, con lettera del 18 maggio 2009, ha inviato un documento, approvato dal Gruppo di lavoro ministeriale per lo studio delle problematiche relative al passaggio di competenze alle Regioni della gestione sanitaria degli OPG, recante: "Contributo alla discussione sul documento proposto dal gruppo di lavoro ristretto delle Regioni in sede di Comitato paritetico interistituzionale";

RILEVATO che, in relazione a tali osservazioni del Ministero della Giustizia, le Regioni hanno a loro volta elaborato un nuovo documento con talune proposte di lavoro, che è stato esaminato dal Comitato nel corso della riunione svoltasi il 3 giugno 2009 e che, con riguardo alle problematiche ed alle proposte di soluzione ivi evidenziate, è stata concordata l'attivazione di un apposito sottogruppo di lavoro interno al Comitato medesimo;





*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*
CONFERENZA UNIFICATA

CONSIDERATO che, in data 12 novembre 2009, le Regioni hanno inviato un documento elaborato dal predetto sottogruppo di lavoro concernente una proposta di accordo da sancire in Conferenza Unificata su talune questioni che rivestono carattere di particolare urgenza;

RILEVATO che, nel corso della riunione tecnica del Comitato paritetico interistituzionale svoltasi in data 17 novembre 2009, i componenti del Comitato medesimo hanno congiuntamente elaborato ed approvato la versione definitiva dell'anzidetta proposta di accordo, che è stata diramata a cura della Segreteria della Conferenza Stato-Regioni con lettera in data 18 novembre 2009;

CONSIDERATO che, ai sensi dell'articolo 2, comma 3, della Delibera della Conferenza Unificata del 31 luglio 2009 (Rep Atti N. 81/CU), lo schema di accordo in parola è stato comunicato al Tavolo di consultazione permanente sulla sanità penitenziaria nel corso della riunione di quest'ultimo svoltasi in data 17 novembre 2009;

ACQUISITO, nel corso dell'odierna seduta di questa Conferenza, l'assenso del Governo, delle Regioni e delle Province autonome di Trento e Bolzano e delle Autonomie locali;

SANCISCE ACCORDO

tra il Governo, le Regione e le Province autonome e le Autonomie locali nei termini di seguito riportati:

Il Ministero della Giustizia, il Ministero del Lavoro, della salute e delle politiche sociali, le Regioni, le Province autonome di Trento e di Bolzano e le autonomie locali, ciascuno nell'ambito delle proprie competenze e nel rispetto delle proprie autonomie e delle specifiche potestà organizzative e programmatiche, in attuazione delle linee di indirizzo per gli interventi negli OPG e nelle CCC di cui all'allegato C del DPCM 1 aprile 2008, concordano quanto segue:

- 1- Sulla base di una ricognizione condotta dal Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria (DAP) risulta che nel mese di Giugno 2009 vi erano negli OPG 399 internati maschi e 14 donne dimissibili, in regime di proroga per mancanza di alternative all'esterno. Le regioni si impegnano a raggiungere l'obiettivo di circa 300 dimissioni entro la fine del 2010, mediante un piano tra loro coordinato da avviarsi entro due mesi dalla approvazione del presente accordo, utilizzando anche le risorse rese disponibili dal Ministero della Salute per il finanziamento dei progetti regionali per gli obiettivi di piano;
- 2- Il Ministero della Giustizia – DAP si impegna ad inviare gli internati agli OPG secondo i bacini di utenza come ridefiniti al successivo punto 4, a partire da due mesi dalla





*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA UNIFICATA

- approvazione del presente accordo, fatte salve motivate eccezioni anche inerenti gravi ragioni di ordine e di sicurezza;
- 3- Al fine di prevenire contenziosi relativi alla attribuzione di competenza territoriale si conviene che il Dipartimento di Salute Mentale (DSM) territorialmente competente per il singolo internato è individuato in quello presso il quale la persona aveva la residenza prima dell'ingresso nel circuito penitenziario; in caso di internati senza fissa dimora farà fede l'abituale dimora prima dell'internamento; in caso di contenzioso farà fede la ricostruzione della competenza fatta dall'Amministrazione Penitenziaria;
- 4- I bacini di utenza dei singoli OPG, individuati in via orientativa nell'allegato C al DPCM 1 aprile 2008, sono così ridefiniti:

CASTIGLIONE DELLE STIVIERE

Utenza maschile delle seguenti regioni:

Lombardia
Valle d'Aosta
Piemonte

Utenza femminile delle seguenti regioni:

Piemonte, Valle d'Aosta, Lombardia, PPAA Trento e Bolzano, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Emilia-Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Sardegna

REGGIO EMILIA

Utenza maschile delle seguenti regioni:

Emilia-Romagna
PPAA Trento e Bolzano
Friuli Venezia Giulia
Veneto
Marche

MONTELUPO FIORENTINO

Utenza maschile delle seguenti regioni:

Toscana
Umbria
Liguria
Sardegna

CAMPANIA (NAPOLI E AVERSA)

Utenza maschile delle seguenti regioni:

Campania
Abruzzo
Molise
Lazio

BARCELLONA POZZO DI GOTTO

Utenza maschile delle seguenti regioni:





*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*
CONFERENZA UNIFICATA

Sicilia
Calabria
Basilicata
Puglia

Utenza femminile delle seguenti regioni:

Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Puglia, Basilicata, Calabria, Sicilia

- 5- Al fine di realizzare quanto previsto dalle fasi II e III del percorso delineato nell'allegato C al DPCM 1 aprile 2008, si identificano e si adottano modelli organizzativi negli OPG e nelle strutture ad essi alternative, nonché si definiscono accordi tra il Ministero della Giustizia – DAP e le Regioni che insistono nei bacini sopra definiti.

L'applicazione di quanto concordato nei punti che precedono, i quali risultano tra loro interdipendenti e con obiettivi raggiungibili solo sinergicamente, sarà oggetto di apposito monitoraggio da parte del Ministero della Giustizia, del Ministero del Lavoro della salute e delle politiche sociali e delle Regioni e Province autonome, i cui risultati saranno verificati dal Comitato paritetico interistituzionale, anche al fine di individuare le misure correttive per apprestare soluzioni alle criticità eventualmente emergenti.

IL SEGRETARIO
Cons. Ermenegilda Siniscalchi



IL PRESIDENTE
On. Dott. Raffaele Fitto



*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*
CONFERENZA UNIFICATA

Servizio III°: Sanità e politiche sociali

CONFERENZA UNIFICATA
Seduta del 26 novembre 2009
Elenco A - punto n. 4 dell'o.d.g.

Oggetto: Accordo concernente la definizione di specifiche aree di collaborazione e gli indirizzi di carattere prioritario sugli interventi negli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG) e nelle Case di Cura e Custodia (CCC) di cui all'Allegato C al D.P.C.M. 1° aprile 2008. **Codice sito: 4.10/2009/9-1**
Accordo ai sensi dell'articolo 9 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281.

Finalità del provvedimento: L'articolo 2, comma 283, della Legge 24 dicembre 2007, n. 244 (Finanziaria 2008) prevede che, al fine di dare completa attuazione al riordino della medicina penitenziaria, comprensivo dell'assistenza sanitaria negli Istituti penali minorili, nei centri di prima accoglienza, nelle comunità e degli ospedali psichiatrici giudiziari, con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro della salute e del Ministro della giustizia, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze e con il Ministro per le riforme e le innovazioni nella pubblica amministrazione, di intesa con la Conferenza Stato-Regioni, sono definite le modalità ed i criteri per il trasferimento dal Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria e dal Dipartimento della giustizia minorile del Ministero della giustizia al Servizio Sanitario Nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali, in materia di sanità penitenziaria.

L'Intesa sullo schema di D.P.C.M. di cui trattasi è stata a suo tempo perfezionata nella seduta della Conferenza Stato-Regioni del 20 marzo 2008 (Rep. Atti n. 91).

L'articolo 5, comma 2, del D.P.C.M. 1 aprile 2008 ("Modalità e criteri per il trasferimento al Servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie, di rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria"), emanato in attuazione del menzionato articolo 2, comma 283, della legge n. 244/2007, prevede l'istituzione di un apposito Comitato paritetico interistituzionale per l'attuazione delle linee di indirizzo per gli interventi specifici negli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG) e nelle Case di Cura e Custodia (CCC) di cui all'Allegato C al medesimo D.P.C.M. 1 aprile 2008.

Nel predetto Allegato C si prevede, tra l'altro, che, tramite specifici Accordi in sede di Conferenza, vengono definite la tipologia assistenziale e le forme della sicurezza, gli standard di organizzazione e i rapporti di collaborazione tra le amministrazioni coinvolte.

Lo schema di accordo indicato in oggetto, elaborato dal Comitato paritetico interistituzionale previsto dal predetto art. 5 comma 2, del D.P.C.M. 1 aprile 2008, concerne:

- l'impegno delle Regioni a raggiungere l'obiettivo di circa 300 dimissioni entro la fine del 2010, mediante un piano tra loro coordinato da avviarsi entro due mesi dall'approvazione dell'accordo;



*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*
CONFERENZA UNIFICATA

- la ridefinizione dei bacini di utenza dei singoli OPG, individuati solo in via orientativa nell'allegato C al D.P.C.M. 1 aprile 2008;
- l'impegno dell'Amministrazione Penitenziaria ad inviare gli internati agli OPG secondo i bacini di utenza come sopra ridefiniti a partire da due mesi dall'approvazione dell'Accordo;
- indirizzi per l'individuazione del Dipartimento di Salute Mentale (DSM) territoriale competente per il singolo internato;
- l'impegno del Ministero della Giustizia, del Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali delle Regioni e Province autonome a monitorare l'applicazione di quanto concordato nell'Accordo e di riferire al riguardo al Comitato paritetico interistituzionale, anche al fine di individuare le misure correttive per apprestare soluzioni alle criticità eventualmente emergenti.

Istruttoria: La Conferenza Unificata, nella seduta del 31 luglio 2008, ha deliberato (Rep. Atti 81/CU) la costituzione del Comitato paritetico interistituzionale previsto dall'articolo 5, comma 2, del D.P.C.M. 1 aprile 2008.

Al predetto Comitato sono demandati i seguenti compiti:

- a) predisposizione degli indirizzi sugli adempimenti di cui allegato C al D.P.C.M. 1 aprile 2008 al fine di promuovere azioni omogenee sull'intero territorio nazionale;
- b) predisposizione degli strumenti necessari per supportare il programma di superamento graduale degli OPG e favorire le forme di collaborazione tra il Ministero della Giustizia ed il Servizio sanitario nazionale a livello nazionale, regionale e locale.

I rappresentanti delle Regioni, nel corso della riunione del Comitato svoltasi il 12 febbraio 2009, hanno consegnato un documento recante "Ipotesi per l'assunzione di responsabilità del Servizio Sanitario Nazionale su salute mentale nelle carceri e gestione sanitaria degli OPG".

In esito agli approfondimenti condotti nella suddetta riunione, le Regioni medesime hanno successivamente predisposto una versione aggiornata del citato documento con tre allegati concernenti, rispettivamente, una elencazione di specifiche "aree di collaborazione" tra responsabili del Sistema sanitario e responsabili dell'Amministrazione penitenziaria, l'esposizione di talune problematiche connesse con la tematica afferente i modelli organizzativi all'interno degli OPG, talune proposte in materia di "territorialità" e, in particolare, di definizione dei criteri per l'individuazione delle competenze nei percorsi di dimissione.

Tale nuova versione del documento in parola è stata esaminata dal Comitato nel corso della riunione del 6 maggio u.s.

Successivamente, il Ministero della Giustizia – Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria, con lettera del 18 maggio u.s., ha inviato un documento, approvato dal Gruppo di lavoro ministeriale per lo studio delle problematiche relative al passaggio di competenze alle Regioni della gestione sanitaria degli OPG, recante: "Contributo alla discussione sul documento proposto dal gruppo di lavoro ristretto delle Regioni in sede di Comitato paritetico interistituzionale".



*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*
CONFERENZA UNIFICATA

In relazione a tali osservazioni del Ministero della Giustizia, le Regioni hanno a loro volta elaborato un nuovo documento con talune proposte di lavoro.

I documenti da ultimo menzionati sono stati esaminati dal Comitato nel corso della riunione svoltasi il 3 giugno 2009 e, con riguardo alle problematiche ed alle proposte di soluzione ivi evidenziate, è stata concordata l'attivazione di un apposito sottogruppo di lavoro interno al Comitato medesimo.

In data 12 novembre 2009, le Regioni hanno inviato una nuova stesura del documento elaborato dal predetto sottogruppo di lavoro concernente una proposta di accordo da sancire in Conferenza Unificata su talune questioni che rivestono carattere di particolare urgenza.

Nel corso della riunione tecnica del Comitato paritetico interistituzionale svoltasi in data 17 novembre 2009, i componenti del Comitato medesimo hanno congiuntamente elaborato ed approvato la versione definitiva dello schema di accordo indicato in oggetto (Allegato A), che è stata diramata a cura della Segreteria della Conferenza Stato-Regioni con lettera in data 18 novembre 2009.

Ai sensi dell'articolo 2, comma 3, della Delibera della Conferenza Unificata del 31 luglio 2009 (Rep Atti N. 81/CU), lo schema di accordo in parola è stato comunicato al Tavolo di consultazione permanente sulla sanità penitenziaria nel corso della riunione di quest'ultimo svoltasi in data 17 novembre 2009 u.s..

Si sottopone all'esame della Conferenza Unificata ai fini del perfezionamento dell'accordo ai sensi dell'articolo 9 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281.

Il Segretario
Cons. Ermenegilda Siniscalchi

Accordo concernente definizione di specifiche aree di collaborazione e indirizzi di carattere prioritario sugli interventi negli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG) e nelle Case di Cura e Custodia (CCC) di cui all'allegato C al DPCM 1 aprile 2008

La CONFERENZA UNIFICATA

Sancisce accordo

tra il Governo, le Regione e le Province autonome e le Autonomie locali nei termini di seguito riportati:

Il Ministero della Giustizia, il Ministero del Lavoro, della salute e delle politiche sociali, le Regioni, le Province autonome di Trento e di Bolzano e le autonomie locali, ciascuno nell'ambito delle proprie competenze e nel rispetto delle proprie autonomie e delle specifiche potestà organizzative e programmatiche, in attuazione delle linee di indirizzo per gli interventi negli OPG e nelle CCC di cui all'allegato C del DPCM 1 aprile 2008, concordano quanto segue:

- 1- Sulla base di una ricognizione condotta dal Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria (DAP) risulta che nel mese di Giugno 2009 vi erano negli OPG 399 internati maschi e 14 donne dimissibili, in regime di proroga per mancanza di alternative all'esterno. Le regioni si impegnano a raggiungere l'obiettivo di circa 300 dimissioni entro la fine del 2010, mediante un piano tra loro coordinato da avviarsi entro due mesi dalla approvazione del presente accordo, utilizzando anche le risorse rese disponibili dal Ministero della Salute per il finanziamento dei progetti regionali per gli obiettivi di piano;
- 2- Il Ministero della Giustizia – DAP si impegna ad inviare gli internati agli OPG secondo i bacini di utenza come ridefiniti al successivo punto 4, a partire da due mesi dalla approvazione del presente accordo, fatte salve motivate eccezioni anche inerenti gravi ragioni di ordine e di sicurezza;
- 3- Al fine di prevenire contenziosi relativi alla attribuzione di competenza territoriale si conviene che il Dipartimento di Salute Mentale (DSM) territorialmente competente



per il singolo internato è individuato in quello presso il quale la persona aveva la residenza prima dell'ingresso nel circuito penitenziario; in caso di internati senza fissa dimora farà fede l'abituale dimora prima dell'internamento; in caso di contenzioso farà fede la ricostruzione della competenza fatta dall'Amministrazione Penitenziaria;

- 4- I bacini di utenza dei singoli OPG, individuati in via orientativa nell'allegato C al DPCM 1 aprile 2008, sono così ridefiniti:

CASTIGLIONE DELLE STIVIERE

Utenza maschile delle seguenti regioni:

Lombardia
Valle d'Aosta
Piemonte

Utenza femminile delle seguenti regioni:

Piemonte, Valle d'Aosta, Lombardia, PPAA Trento e Bolzano, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Emilia-Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Sardegna

REGGIO EMILIA

Utenza maschile delle seguenti regioni:

Emilia-Romagna
PPAA Trento e Bolzano
Friuli Venezia Giulia
Veneto
Marche

MONTELUPO FIORENTINO

Utenza maschile delle seguenti regioni:

Toscana
Umbria
Liguria
Sardegna

CAMPANIA (NAPOLI E AVERSA)

Utenza maschile delle seguenti regioni:

Campania
Abruzzo
Molise
Lazio

BARCELLONA POZZO DI GOTTO

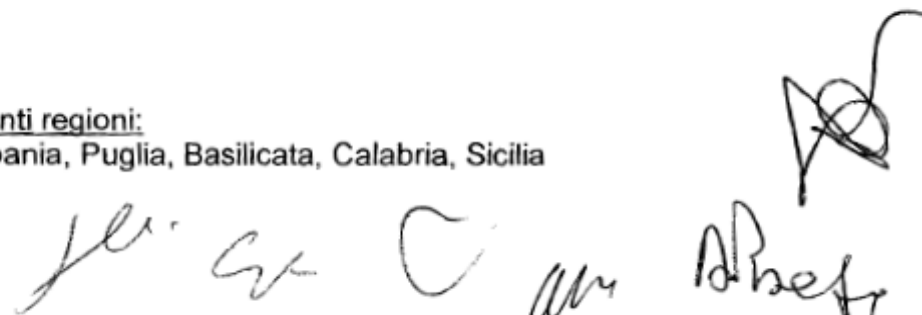
Utenza maschile delle seguenti regioni:

Sicilia
Calabria
Basilicata
Puglia

Utenza femminile delle seguenti regioni:

Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Puglia, Basilicata, Calabria, Sicilia

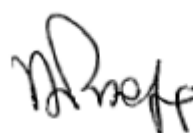
2



- 5- Al fine di realizzare quanto previsto dalle fasi II e III del percorso delineato nell'allegato C al DPCM 1 aprile 2008, si identificano e si adottano modelli organizzativi negli OPG e nelle strutture ad essi alternative, nonché si definiscono accordi tra il Ministero della Giustizia – DAP e le Regioni che insistono nei bacini sopra definiti.

L'applicazione di quanto concordato nei punti che precedono, i quali risultano tra loro interdipendenti e con obiettivi raggiungibili solo sinergicamente, sarà oggetto di apposito monitoraggio da parte del Ministero della Giustizia, del Ministero del Lavoro della salute e delle politiche sociali e delle Regioni e Province autonome, i cui risultati saranno verificati dal Comitato paritetico interistituzionale, anche al fine di individuare le misure correttive per apprestare soluzioni alle criticità eventualmente emergenti.

Roma, 17 Novembre 2009



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

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

La proposta di deliberazione CIPE è stata approvata nella seduta del Tavolo di consultazione permanente del 17 novembre 2009.



*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*
CONFERENZA UNIFICATA

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

Rep. Atti n. 575 del 26/11/2008

LA CONFERENZA UNIFICATA

Nella odierna seduta del 26 novembre 2009:

VISTO il decreto legislativo 15 dicembre 1997, n. 446, che, all'articolo 39, comma 1, demanda al CIPE, su proposta del Ministro della sanità, d'intesa con la Conferenza Stato – Regioni, l'assegnazione annuale alle Regioni e alle Province autonome delle quote del fondo sanitario nazionale di parte corrente.

VISTO l'articolo 115, comma 1, lett. a), del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, il quale dispone che il riparto delle risorse per il finanziamento del Servizio sanitario nazionale avvenga previa intesa con la Conferenza Stato – Regioni.

VISTO l'articolo 2, comma 283, della legge 24 dicembre 2007, n. 244 (Finanziaria 2008) il quale prevede che, al fine di dare attuazione al riordino della medicina penitenziaria comprensivo dell'assistenza sanitaria negli istituti penali minorili, nei centri di prima accoglienza, nelle comunità e negli ospedali psichiatrici giudiziari, con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro della salute e del Ministro della giustizia, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze e con il Ministro per le riforme e le innovazioni nella pubblica amministrazione, di intesa con la Conferenza Stato – Regioni, sono definite le modalità ed i criteri per il trasferimento dal Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria e dal Dipartimento della giustizia minorile del Ministero della giustizia al Servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali, in materia di sanità penitenziaria.

VISTA l'intesa sullo schema di D.P.C.M. di cui trattasi, perfezionata nella seduta del 20 marzo 2008 (Rep. atti n. 91);

VISTO il comma 1 dell'articolo 6 del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 1° aprile 2008 ("Modalità e criteri per il trasferimento al Servizio Sanitario Nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria"), emanato in attuazione del menzionato art. 2, comma 283, della legge n. 244/2007, che prevede che, ai fini dell'esercizio da parte del Servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie afferenti alla medicina penitenziaria, le risorse finanziarie trasferite nelle disponibilità del Servizio sanitario nazionale sono quantificate complessivamente in 157,8 milioni di euro per l'anno 2008, in 162,8 milioni di euro per l'anno 2009 e in 167,8 milioni di euro a decorrere dall'anno 2010;





*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA UNIFICATA

VISTO il comma 2 del predetto articolo 6 del D.P.C.M. 1° aprile 2008 che stabilisce, inoltre, che, in fase di prima applicazione del D.P.C.M. medesimo, le risorse finanziarie di cui al menzionato comma 1 sono ripartite tra le Regioni, sulla base anche della tipologia delle strutture penitenziarie e dei servizi minorili presenti sul territorio di competenza, nonché dei flussi di accesso ai medesimi, secondo criteri definiti in sede di Conferenza Stato – Regioni;

CONSIDERATO che questa Conferenza, nella seduta del 31 luglio 2008, ha deliberato (Rep. Atti n. 81/CU) la costituzione del "Tavolo di consultazione permanente sulla sanità penitenziaria", di cui all'Allegato A del più volte detto D.P.C.M. 1° aprile 2008, tra i cui compiti è previsto anche l'espletamento dell'attività istruttoria dei provvedimenti, da sottoporre all'esame di questa Conferenza medesima, attuativi del D.P.C.M. in parola, ivi compreso quello previsto dal richiamato articolo 6;

VISTA la nota in data 26 ottobre 2009 con la quale il Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali ha trasmesso la proposta indicata in oggetto;

VISTA la lettera del 6 novembre 2009 con la quale la predetta proposta è stata diramata alle Regioni e Province autonome e all'ANCI, all'UPI e all'UNCEM;

CONSIDERATO che, nel corso della riunione del Tavolo di consultazione permanente svoltasi il 17 novembre 2009, i componenti del Tavolo medesimo hanno espresso assenso tecnico sulla proposta di deliberazione CIPE in oggetto;

ACQUISITO, nel corso dell'odierna seduta, l'assenso del Governo, delle Regioni e delle Province Autonome di Trento e di Bolzano e dell'ANCI, dell'UPI e dell'UNCEM sulla proposta di deliberazione in esame, nel testo trasmesso dal Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali, Allegato A, parte integrante del presente atto;

SANCISCE INTESA

sulla proposta del Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali di deliberazione CIPE concernente il riparto per l'anno 2009 delle risorse finanziarie trasferite nelle disponibilità del Servizio Sanitario Nazionale, ai sensi dell'articolo 6 del DPCM 1° aprile 2008, ai fini dell'esercizio delle funzioni sanitarie afferenti alla medicina penitenziaria, come da Allegato A, parte integrante del presente atto.

IL SEGRETARIO
Cons. Ermenegilda Siniscalchi



IL PRESIDENTE
On.le Dott. Raffaele Fitto

Allegato A



Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali

Settore Salute

Dipartimento della Qualità

Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, dei livelli di assistenza e dei principi etici di sistema
Uff. IV°

Proposta di deliberazione per il CIPE

Oggetto: Fondo Sanitario Nazionale 2009: ripartizione della quota destinata al finanziamento della sanità penitenziaria. Richiesta di intesa alla Conferenza Stato-Regioni.

L'articolo 2, comma 283 della legge 244/07 ha previsto che con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro della salute e del Ministro della giustizia, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze e con il Ministro per le riforme e le innovazioni nella pubblica amministrazione, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano vengano definite le modalità ed i criteri per il trasferimento, dal Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria e dal Dipartimento della giustizia minorile del Ministero della giustizia al Servizio sanitario nazionale, di tutte le funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali, afferenti alla sanità penitenziaria, stanziando a tal proposito l'importo di euro 157,8 milioni per l'anno 2008, 162,8 milioni per il 2009 e 167,8 milioni a decorrere dal 2010.

Con la presente proposta si provvedono a ripartire i predetti 162,8 milioni di euro da trasferire nelle disponibilità del Servizio sanitario nazionale sul capitolo di spesa del Fondo sanitario nazionale per il finanziamento delle spese che le Aziende sanitarie locali devono sostenere per effetto del sopradescritto trasferimento di funzioni.

Il suddetto importo di 162,8 milioni di euro è costituito per :

- a) 147,8 mln di euro dalle somme iscritte nel capitolo dello stato di previsione della spesa del Ministero della Giustizia e trasferite al FSN;
- b) 15 mln di euro dalle somme iscritte nel capitolo dello stato di previsione della spesa del Ministero della Salute e trasferite al FSN.

Il criterio di riparto della somma complessiva stanziata per l'anno 2009 è agganciato:



- a) per 1/3 sulla base di criteri di riparto che sono stati appositamente individuati, al fine di assicurare una ripartizione il più possibile congrua rispetto al fabbisogno di ciascuna regione, nel momento in cui la sanità penitenziaria è passata dalle competenze del Ministero della Giustizia a quelle del Ssn. Tali criteri risultano innovativi rispetto a quelli prettamente storici utilizzati in sede di riparto per il 2008 allorché si era ritenuto di proporzionare la quota spettante alla "spesa storica" sostenuta nel 2006 dai Dipartimenti del Ministero della Giustizia.

Con detti nuovi criteri è stata valorizzata maggiormente la presenza degli OPG e dei Centri clinici nelle singole regioni, alle quali è stata assicurata una quota di finanziamento ad hoc parametrata alle necessità di avviare un programma specifico di riorganizzazione dei servizi; inoltre, si è tenuto conto del peso percentuale delle presenze dei detenuti al 31.07.2006 rideterminato con i seguenti 2 fattori di correzione:

- n° di ingressi dei detenuti per regioni Anno 2007 comunicato dal Ministero della Giustizia
- n° di strutture penitenziarie di 3° livello (fino a 200 detenuti) per regioni comunicato dal Ministero della Giustizia che devono comunque sostenere costi fissi di personale e di struttura, indipendentemente dal numero di accesso dei detenuti.

I nuovi criteri prendono come riferimento le somme complessivamente messe a disposizione per il 2009, pari a **162,8 mln** di euro e assume che le stesse debbano essere così ripartite:

- per **23,093** mln di euro quale quota a favore delle **RSO** e delle **RSS** per la copertura degli oneri relativi agli OPG (cfr. Colonna A tabella riparto allegato);
- per **8,675** mln di euro quale quota a favore delle **RSO** e delle **RSS** per la copertura degli oneri relativi ai Centri clinici (cfr. Colonna B tabella riparto allegato);
- per **131,032** mln di euro quale quota residuale dopo aver finanziato le regioni nelle quali insistono gli OPG ed i Centri clinici in proporzione al peso percentuale delle presenze di detenuti sul territorio corretto sulla base dei 2 fattori di correzione sopradescritti (cfr. Colonna C tabella riparto allegato);

- b) per 2/3 alla spesa storica 2006 ricostruita a regime per il 2008 sulla base delle risorse disponibili per detto anno, così come effettuato in sede di riparto delle risorse finanziarie a titolo di competenza per il medesimo anno 2008.

Anche detto criterio storico prende come riferimento le somme complessivamente messe a disposizione per il 2009, pari a **162,8 mln** di euro e assume che le stesse debbano essere ripartite per **154,117** mln di euro (cfr. Colonna E della tabella di riparto allegata) nel seguente modo:

- **128,453** mln di euro in proporzione alla spesa storica 2008 a regime alle sole **Regioni a statuto ordinario (RSO)**, comprensivi dei maggiori oneri per il personale che le Aziende sanitarie locali del Servizio sanitario nazionale dovranno sostenere per effetto dell'inquadramento nei propri ruoli di complessivi 518 unità di personale a tempo indeterminato, quantificati su base annua secondo i criteri desumibili dalla relazione tecnica al DPCM 1° aprile 2008;
- **25,664** mln di euro quale importo che *continua a gravare sul capitolo del Ministero della Giustizia*, per far fronte alle esigenze finanziarie delle **Regioni a statuto speciale e province autonome di Trento e Bolzano (RSS)**, in applicazione di quanto previsto dall'articolo 8 di



detto DPCM del 1° aprile 2008 che stabilisce che il trasferimento delle funzioni dell'Amministrazione penitenziaria e della Giustizia minorile alle Province Autonome di Trento e Bolzano ed alle Regioni a statuto speciale avverrà solo di seguito all'emanazione delle norme di attuazione secondo i loro rispettivi statuti e che, pertanto, l'onere del personale dipendente di tali regioni e province autonome resta a carico del Ministero della Giustizia.

Per i restanti **8,862 mln** di euro (cfr. Colonna F della tabella di riparto allegata) nel seguente altro modo:

- **6,471** mln di euro quale quota a favore delle **RSO** per la copertura degli oneri relativi ai Centri clinici e degli OPG, *a valere sulla quota parte di stanziamento del Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali*. Tale finalizzazione si rende necessaria al fine di rispondere alla necessità di rispondere alle specifiche esigenze di sicurezza che si impongono nei confronti di alcune categorie di detenuti (fra i quali quelli soggetti sottoposti al regime penitenziario di cui all'art. 41bis del Codice Penale in quanto esponenti della criminalità organizzata di stampo mafioso), collaboratori di giustizia ed altri ristretti a regime di elevato indice di vigilanza (per quanto attiene i Centri clinici) e della necessità di avviare un programma specifico di riorganizzazione dei servizi e di azioni per la tutela della salute mentale che richiede un significativo investimento di risorse professionali e finanziarie (per quanto attiene gli OPG);
- **2,211** milioni di euro quale quota da accantonare (**e da non ripartire in questa sede**), *a valere sulla quota parte di stanziamento del Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali*, per far fronte alle esigenze finanziarie delle RSS per la copertura dei maggiori oneri del personale e degli OPG, nel caso in cui le stesse dovessero adottare i regolamenti di attuazione nel corso del 2009.

Il risultato di tale "criterio misto" è riportato nella colonna (H) della tabella di riparto. Con l'adozione di tale "criterio misto" si è inteso avviare un percorso di superamento graduale del criterio della "spesa storica" ed il conseguente definitivo passaggio ai "nuovi criteri" a partire dal 2011.

Dell'intera somma di euro **162,8** mln (colonna H della tabella di riparto) si è ritenuto necessario distinguere, infine, la quota spettante alle Regioni a statuto ordinario da quelle a statuto speciale (ivi comprese le province autonome) al fine di individuare la quota effettivamente da ripartire in questa sede.

Difatti:

- **135,452** mln di euro sono risorse spettanti alle RSO sulla base del criterio misto sopradescritto (colonna I della tabella di riparto);
- **27,248** mln di euro residuali sono risorse in favore delle RSS e province autonome così composte:
 - **25,137** mln di euro quale quota ordinaria finora sostenuta dal Ministero della Giustizia, a valere sui propri capitoli di bilancio, con decorrenza 1° gennaio 2009, nelle more dell'adozione dei regolamenti di attuazione da parte delle RSS e delle province autonome (colonna M della tabella di riparto);

gh



- 2,21 mln di euro, quale quota da accantonare a valere sulle risorse del FSN, per coprire le maggiori esigenze finanziarie derivanti dal trasferimento della sanità penitenziaria al Ssn, nell'ipotesi che le RSS e le province autonome adottino i regolamenti di attuazione dal 1° gennaio 2009 (colonna L della tabella di riparto).

Si allega la relativa tabella di riparto.

Roma,

Il Ministro





*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA UNIFICATA

Servizio III^o: Sanità e politiche sociali

CONFERENZA UNIFICATA

Seduta del 26 novembre 2009

Elenco A - punto n. 5 dell'o.d.g.

Oggetto: Intesa sulla proposta del Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali di deliberazione CIPE concernente il riparto per l'anno 2009 delle risorse finanziarie trasferite nelle disponibilità del Servizio Sanitario Nazionale, ai sensi dell'articolo 6 del DPCM 1° aprile 2008, ai fini dell'esercizio delle funzioni sanitarie afferenti alla medicina penitenziaria. **Codice sito:** **4.10/2008/142**

Intesa ai sensi dell'articolo 115, comma 1, lettera a), del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112.

Finalità del provvedimento: L'articolo 2, comma 283, della legge 24 dicembre 2007, n. 244 (Finanziaria 2008) prevede che, al fine di dare attuazione al riordino della medicina penitenziaria comprensivo dell'assistenza sanitaria negli istituti penali minorili, nei centri di prima accoglienza, nelle comunità e negli ospedali psichiatrici giudiziari, con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro della salute e del Ministro della giustizia, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze e con il Ministro per le riforme e le innovazioni nella pubblica amministrazione, di intesa con la Conferenza Stato – Regioni, sono definite le modalità ed i criteri per il trasferimento dal Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria e dal Dipartimento della giustizia minorile del Ministero della giustizia al Servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali, in materia di sanità penitenziaria.

L'intesa sullo schema di D.P.C.M. di cui trattasi è stata a suo tempo perfezionata nella seduta del 20 marzo 2008 (Rep. atti n. 91).

L'articolo 6 del D.P.C.M. 1° aprile 2008 ("Modalità e criteri per il trasferimento al Servizio Sanitario Nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria"), emanato in attuazione del menzionato art. 2, comma 283, della legge n. 244/2007, prevede, al primo comma, che, ai fini dell'esercizio da parte del Servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie afferenti alla medicina penitenziaria, le risorse finanziarie trasferite nelle disponibilità del Servizio sanitario nazionale sono quantificate complessivamente in 157,8 milioni di euro per l'anno 2008, in 162,8 milioni di euro per l'anno 2009 e in 167,8 milioni di euro a decorrere dall'anno 2010.

Il comma 2 del predetto articolo 6 del D.P.C.M. 1° aprile 2008 stabilisce, inoltre, che, in fase di prima applicazione del D.P.C.M. medesimo, le risorse finanziarie di cui al menzionato comma 1 sono ripartite tra le Regioni, sulla base anche della tipologia delle strutture penitenziarie e dei servizi minorili presenti sul territorio di competenza, nonché dei flussi di accesso ai medesimi, secondo criteri definiti in sede di Conferenza Stato – Regioni.



*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*
CONFERENZA UNIFICATA

Il decreto legislativo 15 dicembre 1997, n. 446, all'articolo 39, comma 1, demanda al CIPE, su proposta del Ministro della sanità, d'intesa con la Conferenza Stato – Regioni, l'assegnazione annuale alle Regioni e alle Province autonome delle quote del fondo sanitario nazionale di parte corrente.

L'articolo 115, comma 1, lett. a), del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, dispone che il riparto delle risorse per il finanziamento del Servizio sanitario nazionale avvenga previa intesa con la Conferenza Stato – Regioni.

In attuazione delle predette disposizioni, il Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali, con nota in data 26 ottobre 2009, ha inviato la proposta di deliberazione CIPE in oggetto, per il riparto della somma di 162,8 milioni di euro trasferita, per l'anno 2009, nelle disponibilità del Servizio sanitario nazionale ai fini dell'esercizio delle funzioni sanitarie relative alla medicina penitenziaria.

Con la medesima nota, il predetto Ministero ha fatto presente di avere acquisito l'assenso tecnico del Ministero dell'economia e delle finanze sulla proposta di deliberazione CIPE in parola.

Il suddetto importo di 162,8 milioni di euro è costituito, per 147,8 milioni di euro, dalle somme iscritte nel capitolo dello stato di previsione della spesa del Ministero della Giustizia e trasferite al FSN e, per 15 milioni di euro, dalle somme iscritte nel capitolo dello stato di previsione della spesa del Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali e trasferite al FSN.

La Tabella, allegata alla proposta di deliberazione CIPE in oggetto, esplicita la menzionata metodologia adottata per la ripartizione di cui trattasi.

In particolare, la ripartizione della somma complessivamente stanziata per l'anno 2009 è articolata:

- per **1/3** sulla base di nuovi criteri di riparto, individuati al fine di assicurare una ripartizione il più possibile congrua rispetto al fabbisogno di ciascuna Regione, che risultano innovativi rispetto a quelli prettamente storici utilizzati in sede di riparto per il 2008 allorché si era ritenuto di proporzionare la quota spettante alla "spesa storica" sostenuta nell'anno 2006 dal Ministero della giustizia; con detti nuovi criteri è stata valorizzata maggiormente la presenza degli OPG e dei Centri clinici nelle singole Regioni ai quali è stata assicurata una quota di finanziamento ad hoc parametrata alle necessità di avviare un programma specifico di riorganizzazione dei servizi; inoltre, si è tenuto conto del peso percentuale delle presenze dei detenuti al 31 luglio 2006 rideterminato con due fattori di correzione: a) il numero di ingressi dei detenuti per Regioni nell'anno 2007; b) il numero di strutture penitenziarie di III livello (fino a 200 detenuti) per Regioni, le quali devono comunque sostenere costi fissi di personale e di struttura indipendentemente dal livello di accesso dei detenuti.
- per i restanti **2/3** sulla base della spesa storica 2006 ricostruita per l'anno 2009 alla stregua delle risorse finanziarie disponibili per detto anno.

Il risultato di tale "criterio misto" è riportato nella colonna H della predetta Tabella allegata alla proposta di deliberazione CIPE. Con l'adozione del "criterio misto" si è inteso avviare un percorso di superamento graduale del criterio della spesa storica ed il conseguente definitivo passaggio ai predetti nuovi criteri a decorrere dall'anno 2011.



*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA UNIFICATA

Occorre tener presente, infine, che l'articolo 8 del pluricitato D.P.C.M. 1° aprile 2008 stabilisce che, con le modalità previste dai rispettivi statuti e dalle correlate norme di attuazione, si provvede a trasferire alle Regioni a Statuto speciale e alle Province autonome di Trento e Bolzano le funzioni, i compiti, le risorse umane, finanziarie e organizzative trasferiti dal D.P.C.M. medesimo alle Regioni a Statuto ordinario e che, nelle more, l'onere del personale dipendente di dette Regioni e Province autonome resta a carico del Ministero della giustizia.

In considerazione della disposizione da ultimo richiamata, la predetta Tabella espone anche la somma di 2,21 milioni di euro (v. colonna L della Tabella di riparto) spettante alle Regioni a Statuto speciale e alle Province autonome nell'eventualità che vengano adottati i regolamenti di attuazione con efficacia decorrente dal 1° gennaio 2009.

La colonna M della Tabella espone 21,137 milioni di euro quale quota ordinaria finora sostenuta dal Ministero della giustizia, a valere nei propri capitoli di bilancio, con decorrenza dal 1° gennaio 2009, nelle more dell'adozione dei regolamenti di attuazione da parte delle Regioni a statuto speciale e delle Province Autonome.

Istruttoria: L'articolo 6, comma 2, del D.P.C.M. 1° aprile 2008 prevede che le risorse finanziarie di cui al comma 1 sono ripartite tra le Regioni secondo criteri definiti in sede di Conferenza Stato-Regioni. La Conferenza Unificata, nella seduta del 31 luglio 2008, ha deliberato (Rep. Atti n. 81/CU) la costituzione del "Tavolo di consultazione permanente sulla sanità penitenziaria", di cui all'Allegato A del più volte detto D.P.C.M. 1° aprile 2008, tra i cui compiti è previsto anche l'espletamento dell'attività istruttoria dei provvedimenti, da sottoporre all'esame della Conferenza Unificata medesima, attuativi del D.P.C.M. in parola, ivi compreso quello previsto dal richiamato articolo 6.

Con nota in data 26 ottobre 2009, il Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali ha trasmesso la proposta indicata in oggetto, diramata con lettera della Segreteria della Conferenza Stato - Regioni del 6 novembre 2009.

Nel corso della riunione del Tavolo di consultazione permanente svoltosi il 17 novembre 2009, i componenti del Tavolo medesimo hanno espresso assenso tecnico sulla proposta di deliberazione CIPE in oggetto.

Si sottopone all'esame della Conferenza Unificata per il perfezionamento dell'intesa ai sensi dell'articolo 115, comma 1, lettera a), del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112.

Il Segretario
Cons. Ermenegilda Siniscalchi

2.12 Accordo, ai sensi dell'articolo 9 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, sul documento proposto dal Tavolo di consultazione permanente sulla sanità penitenziaria recante: "Monitorare l'attuazione del D.P.C.M. 1° aprile 2008 concernente le modalità ed i criteri per il trasferimento al Servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria".

Rep. atti n. 59/CU dell'8 luglio 2010

Pubblicato nella Gazzetta Ufficiale del 26 luglio 2010, n. 172

Il documento è stato approvato nella seduta del Tavolo di consultazione permanente del 14 giugno 2010.



*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*
CONFERENZA UNIFICATA

Accordo, ai sensi dell'articolo 9 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, sul documento proposto dal Tavolo di consultazione permanente sulla sanità penitenziaria recante: "Monitorare l'attuazione del D.P.C.M. 1° aprile 2008 concernente le modalità ed i criteri per il trasferimento al Servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria".

Rep. n. 59/CU del 8/07/2010

LA CONFERENZA UNIFICATA

Nell'odierna seduta dell'8 luglio 2010:

VISTO l'articolo 9 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281 e, in particolare, il comma 2, lettera c), in base al quale questa Conferenza promuove e sancisce accordi tra Governo, Regioni, Province, Comuni e Comunità montane, al fine di coordinare l'esercizio delle rispettive competenze e svolgere in collaborazione attività di interesse comune;

VISTO l'articolo 2, comma 283, della Legge 24 dicembre 2007, n. 244 (Finanziaria 2008), il quale prevede che, al fine di dare completa attuazione al riordino della medicina penitenziaria, comprensivo dell'assistenza sanitaria negli Istituti penali minorili, nei centri di prima accoglienza, nelle comunità e degli ospedali psichiatrici giudiziari, con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro della salute e del Ministro della giustizia, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze e con il Ministro per le riforme e le innovazioni nella pubblica amministrazione, di intesa con la Conferenza Stato-Regioni, sono definite le modalità ed i criteri per il trasferimento dal Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria e dal Dipartimento della giustizia minorile del Ministero della giustizia al Servizio Sanitario Nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali, in materia di sanità penitenziaria;

VISTO il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 1° aprile 2008, emanato in attuazione del menzionato articolo 2, comma 283, della legge 244 del 2007, recante "Modalità e criteri per il trasferimento al Servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria";

CONSIDERATO che questa Conferenza, nella seduta del 31 luglio 2008, ha deliberato (Rep. Atti n. 81/CU) la costituzione del "Tavolo di consultazione permanente sulla sanità penitenziaria", di cui all'Allegato A del predetto D.P.C.M. 1° aprile 2008, tra i cui compiti è previsto anche l'espletamento dell'attività istruttoria dei provvedimenti, da sottoporre all'esame di questa medesima Conferenza, attuativi del più volte citato D.P.C.M. 1° aprile 2008, nonché il monitoraggio del livello di attuazione di quest'ultimo e la valutazione dell'efficacia e dell'efficienza degli interventi a tutela della salute dei detenuti, degli internati e dei minori sottoposti a





*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*
CONFERENZA UNIFICATA

provvedimento penale anche utilizzando i dati del sistema informativo nazionale sulla salute dei detenuti;

VISTO l'Accordo sancito nella seduta di questa Conferenza del 20 novembre 2008 (Rep. Atti n. 108) concernente la definizione delle forme di collaborazione relative alle fruizioni della sicurezza ed i principi ed i criteri di collaborazione tra l'ordinamento sanitario e l'ordinamento penitenziario e della giustizia minorile;

CONSIDERATO che nel corso delle riunioni del Tavolo di consultazione permanente sulla sanità penitenziaria svoltesi nei giorni 11 marzo 2009 e 23 giugno 2009 è stata concordata, tra l'altro, l'attivazione di un apposito sottogruppo di lavoro per il monitoraggio del livello di attuazione del DPCM 1° aprile 2008;

VISTA la nota in data 11 settembre 2009, con la quale le Regioni e le Province autonome hanno inviato, ai fini dell'avvio della relativa istruttoria da parte del suddetto sottogruppo di lavoro, una prima bozza del documento indicato in oggetto;

VISTA la nuova versione del documento in parola elaborata dal menzionato sottogruppo di lavoro;

CONSIDERATO che l'esame di tale nuova versione del documento di cui trattasi è stato svolto nel corso delle riunioni del richiamato Tavolo di consultazione del 17 novembre 2009 e del 20 gennaio 2010;

RILEVATO che, nel corso della riunione del più volte detto Tavolo di consultazione svoltasi il 20 gennaio 2010, è stata congiuntamente elaborata ed approvata una nuova versione del documento in oggetto e che, nella medesima riunione, inoltre, è stata concordata l'attivazione di un sottogruppo di lavoro dedicato alle problematiche del diritto alla salute ed alle cure dei detenuti tossicodipendenti;

CONSIDERATO che lo schema di accordo in oggetto è stato iscritto all'ordine del giorno della seduta della Conferenza Unificata del 27 gennaio 2010, che non si è tenuta;

VISTA la nota in data 18 marzo 2010 con la quale il predetto nuovo sottogruppo di lavoro sulle problematiche della tossicodipendenze in carcere ha inviato un documento concernente un'ipotesi di scheda di rilevazione sui detenuti tossicodipendenti al 31 dicembre 2009;

CONSIDERATO che, nel corso della riunione del richiamato Tavolo di consultazione svoltasi il 23 marzo 2010, è stato dato mandato al più volte detto sottogruppo di lavoro sulle problematiche della tossicodipendenza in carcere di predisporre una nuova versione dello schema di accordo indicato in oggetto che contenga anche la menzionata scheda relativa alla rilevazione dei dati sui detenuti tossicodipendenti;





*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*
CONFERENZA UNIFICATA

VISTA la nota dell'11 maggio 2010, diramata in pari data, con la quale il predetto sottogruppo di lavoro sulle problematiche della tossicodipendenze in carcere ha inviato tale nuova versione del documento di cui trattasi integrato con la scheda relativa alla "Rilevazione sui detenuti tossicodipendenti adulti al 31 dicembre 2009".

RILEVATO che, nel corso della riunione del più volte detto Tavolo di consultazione svoltasi il 17 maggio 2010, è stata congiuntamente elaborata ed approvata la nuova versione del documento in parola e che la stessa è stata diramata con nota del 19 maggio 2010;

CONSIDERATO che lo schema di accordo in oggetto è stato iscritto all'ordine del giorno della seduta della Conferenza Unificata del 27 maggio 2010 e che la stessa non ha avuto luogo;

VISTA la lettera del 27 maggio 2010 con la quale il Dipartimento Politiche antidroga ha rappresentato che nella versione approvata dal Tavolo di consultazione permanente sulla sanità penitenziaria nel corso della riunione del 17 maggio u.s., sono state rilevate talune criticità afferenti, in particolare, la rilevazione dei dati sui detenuti tossicodipendenti;

CONSIDERATO che, nel corso della riunione tecnica del richiamato Tavolo di consultazione svoltasi il 14 giugno 2010, per l'esame delle problematiche evidenziate dal predetto Dipartimento, i componenti del Tavolo medesimo, all'unanimità, hanno convenuto sulla necessità che, nelle more degli ulteriori approfondimenti che saranno condotti, nel più breve tempo possibile, relativamente alla questione della rilevazione dei dati sui detenuti tossicodipendenti, si provveda comunque a proporre, per l'esame della Conferenza Unificata, la versione definitiva dello schema di Accordo in oggetto priva della "Scheda n. 7" relativa alla predetta rilevazione;

RILEVATO che la versione definitiva del documento in oggetto, Allegato sub A, parte integrante del presente atto, approvata dai componenti del Tavolo nel corso della predetta riunione del 14 giugno 2010, è stata diramata con lettera in data 16 giugno 2010;

ACQUISITO, nel corso dell'odierna seduta di questa Conferenza, l'assenso del Governo, delle Regioni e delle Province autonome di Trento e Bolzano e delle Autonomie locali;

SANCISCE ACCORDO

tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano e le Autonomie locali sul documento recante: "Monitorare l'attuazione del D.P.C.M. 1° aprile 2008 concernente le modalità ed i criteri per il trasferimento al Servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria", Allegato sub A, parte integrante del presente atto.

IL SEGRETARIO
Cons. Ermenegilda Siniscalchi



IL PRESIDENTE
On. Dott. Raffaele Fitto

Allegato A

**MONITORARE L'ATTUAZIONE DEL D.P.C.M. 1° aprile 2008 recante
"Modalità e criteri per il trasferimento al Servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie,
di rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in
materia di sanità penitenziaria".**

Premessa

A decorrere dal 14 giugno 2008, in attuazione del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 1 aprile 2008, sono state trasferite al Servizio Sanitario Nazionale tutte le competenze sanitarie della medicina generale, specialistica, i rapporti di lavoro e le risorse economiche e strumentali finora in capo al Ministero della Giustizia (le materie relative alle tossicodipendenze e alla medicina preventiva erano già state affidate al SSN con il D. Lgs. n. 230/1999).

Detto trasferimento costituisce un processo particolarmente impegnativo per tutte le istituzioni interessate, in primo luogo per le Regioni e le Province Autonome e le Aziende sanitarie, ma anche per l'Amministrazione della Giustizia.

Il documento programmatico di principale riferimento per la realizzazione dei servizi e la programmazione delle attività sanitarie, è costituito dalle *"Linee di indirizzo per gli interventi del Servizio Sanitario Nazionale a tutela della salute dei detenuti e degli internati negli istituti penitenziari, e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale"* (Allegato A, parte integrante del DPCM 1 aprile 2008).

Alle Regioni e alle Province Autonome è assegnato il compito di organizzare i servizi sanitari in rapporto alla tipologia degli istituti di pena, per garantire risposte appropriate, efficienti ed efficaci ai bisogni di salute della popolazione carceraria e dei minori sottoposti a provvedimento penale.

Altrettanto importante, quale documento di coordinamento, è l'Accordo 20 novembre 2008 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano e le Autonomie locali concernente *la definizione delle forme di collaborazione relative alle funzioni della sicurezza ed i principi ed i criteri di collaborazione tra l'ordinamento sanitario e l'ordinamento penitenziario e della giustizia minorile*.

In tale Accordo sono individuate le aree e le tematiche che necessitano di specifici Protocolli di collaborazione tra le Amministrazioni sanitarie e quelle della Giustizia, sia a livello regionale che tra Aziende sanitarie e singoli istituti e servizi, tenendo conto delle rispettive competenze istituzionali, allo scopo di creare ogni opportuna sinergia per rendere il più efficaci possibili gli interventi sanitari e gli interventi trattamentali e di recupero, propri dell'Amministrazione della Giustizia.

Entrambi i documenti citati sottolineano l'importanza di un monitoraggio costante delle azioni programmatiche e del funzionamento dei servizi sanitari predisposti, in termini di efficienza ed efficacia, a fronte, da un lato, della complessità e delle criticità del processo di trasferimento delle risorse umane, strumentali e finanziarie; dall'altro della necessità di adeguamenti programmatici, sia regionali che aziendali, per portare progressivamente a regime il sistema dei servizi, tenendo conto degli standards assistenziali e dei bisogni di salute.

Il compito di tale monitoraggio è attribuito alle Regioni a statuto ordinario per le competenze proprie in ambito sanitario secondo quanto sancito dal DPCM del 1 aprile 2008.

I dati rilevati devono poi essere sottoposti all'attenzione dell'Osservatorio permanente interistituzionale per la Salute in Carcere (ovvero del PRAP e del CGM, laddove gli osservatori non siano stati ancora istituiti) nei territori regionali di competenza e da questo opportunamente valutati ai fini della loro condivisione.

Per le Regioni a statuto speciale e le Province autonome di Trento e Bolzano, che non hanno ancora recepito il DPCM 1 aprile 2008, i dati relativi agli istituti per adulti e i servizi per minori sono rilevati dai Provveditorati regionali dell'amministrazione penitenziaria e dai Centri per la Giustizia Minorile, dandone opportuna comunicazione alle Regioni e alle Province autonome interessate.

g



Il trattamento dei dati di cui trattasi è svolto per finalità conoscitive. Esso deve svolgersi, in ogni caso, con soli dati aggregati, meramente quantitativi, e comunque anonimi.

Proprio in funzione del proprio ruolo di coordinamento, in attesa che vada a regime un Sistema Informativo Nazionale per la sanità penitenziaria¹, il Tavolo di consultazione ritiene di dover dare indicazioni sui dati che è necessario rilevare per una prima valutazione dello stato di attuazione del DPCM 1 aprile 2008, rispetto all'assetto organizzativo e al funzionamento dei servizi sanitari nei vari territori regionali.

In una seconda fase, la rilevazione dovrà contenere, insieme ai dati sull'organizzazione dei servizi, dati riferiti alle attività e alle prestazioni, onde consentire sia una valutazione della qualità organizzativa, sia una valutazione della qualità dei processi assistenziali e degli esiti, tramite l'utilizzo di un appropriato set di indicatori.

Una prima rilevazione

Entro il 31 luglio 2010, dovranno essere forniti:

- informazioni sulla eventuale emanazione di un documento programmatico regionale per la gestione della sanità penitenziaria nel proprio territorio
- informazioni sullo stato degli Accordi fra Amministrazione regionale e Amministrazione della Giustizia (PRAP e CGM), concernenti le tematiche indicate nell'Accordo 20.11.2008
- informazioni, per ciascun istituto per adulti e ciascun servizio per minori, concernenti:
 - stato degli Accordi fra Azienda sanitaria e singolo istituto/servizio (atti convenzionali e accordi di collaborazione, sulle tematiche indicate nell'Accordo 20.11.2008)
 - dati sull'organizzazione e sul personale transitato ai sensi del DPCM 1 aprile 2008

Di seguito vengono elencate più nel dettaglio le informazioni da rilevare

¹ Organizzare le conoscenze epidemiologiche (dalle Linee di indirizzo – Allegato A)

Onde disporre di una elaborazione nazionale dei dati rilevati dalle Regioni, viene istituito il Sistema Informativo Nazionale sulla salute dei detenuti e dei minori sottoposti a provvedimento penale, nell'ambito del Nuovo Sistema Informativo Sanitario del Ministero della Salute;

Le funzioni principali del sistema informativo nazionale possono sintetizzarsi nelle seguenti:

- monitoraggio dell'attività dei servizi sanitari, analisi del volume di prestazioni e dei pattern di trattamento e valutazioni epidemiologiche sulle caratteristiche dell'utenza
- supporto alle attività gestionali dei servizi sanitari, per valutare il grado di efficienza e di utilizzo delle risorse
- supporto alla costruzione di indicatori di struttura, processo ed esito sia a livello regionale che nazionale
- supporto alla ricerca e al Miglioramento Continuo di Qualità



Istituti penitenziari per adulti

per ciascun istituto indicare

- stipula convenzione sull'utilizzo dei locali
- avvenuta presa in carico di attrezzature
- stipula Accordi di collaborazione
- personale e ore di lavoro
- discipline specialistiche presenti
- presenza delle seguenti strutture o servizi e, ove appropriato, numero di posti letto:
 - Ambulatori interni
 - Infermerie
 - Centri diagnostico-terapeutici
 - Reparti per HIV
 - Reparti per disabili
 - Servizi/sezioni/reparti di psichiatria (infermi e/o minorati psichici ed osservazione)
 - Reparti ed Istituti a 'Custodia Attenuata' per Tossicodipendenti (ICATT)

La rilevazione è completata da presenza o meno nel territorio regionale di Strutture sanitarie esterne (reparti ospedalieri dedicati al ricovero di detenuti e internati)

Strutture e servizi della Giustizia minorile

per ciascun Istituto penale per minori indicare

- stipula convenzione sull'utilizzo di locali idonei
- presa in carico di attrezzature
- stipula Accordi di collaborazione
- personale e ore di lavoro
- discipline specialistiche presenti

per ciascun Centro di Prima Accoglienza indicare

- stipula convenzione sull'utilizzo di locali idonei
- presa in carico di attrezzature
- stipula Accordi di collaborazione
- personale e ore di lavoro
- discipline specialistiche presenti

Rilevare inoltre:

- numero delle comunità terapeutiche (strutture residenziali sanitarie) utilizzate, per progetti personalizzati di cura e riabilitazione di minori sottoposti a provvedimento penale, suddivise in pubbliche e private accreditate/autorizzate.
- numero delle comunità ministeriali socio educative

per le comunità terapeutiche, rilevare:

- numero di minori presenti
- tipologia di pazienti
- personale e ore di lavoro

per le comunità socio educative ministeriali, rilevare:

- numero di minori presenti
- personale sanitario (appartenente al Servizio sanitario nazionale) che presta assistenza sanitaria in favore dei minori ospitati e ore di lavoro

In appendice vengono forniti i *fac simile* delle schede di rilevazione.

Trasmissione dei dati

Le schede di rilevazione raccolte dalle Regioni a statuto ordinario ed approvate dai rispettivi Osservatori permanenti interistituzionali nonché le schede relative alle Regioni a statuto speciale e

le Province autonome di Trento e Bolzano raccolte dai Provveditorati regionali dell'amministrazione penitenziaria e dai Centri per la Giustizia Minorile sono trasmesse al Ministero della Salute che provvede alla loro elaborazione, nella prospettiva dell'attivazione del Sistema Informativo Sanitario Nazionale per la Sanità Penitenziaria. I dati elaborati sono messi a disposizione del Tavolo di consultazione permanente presso la Conferenza Unificata.

L'attività di monitoraggio, coordinata dal gruppo di lavoro allo scopo costituito, è strettamente complementare alle attività degli altri gruppi di lavoro costituiti in seno al Tavolo, concernenti l'implementazione dei contenuti dei seguenti documenti, oggetto di specifico Accordo in Conferenza Unificata il 26 novembre 2009:

- Strutture e servizi sanitari
- La cartella clinica informatizzata
- Linee di indirizzo per l'assistenza ai minori sottoposti a provvedimento dell'autorità giudiziaria.

Tali documenti forniscono indicazioni mirate a programmare l'organizzazione dei servizi e degli interventi sanitari.

La cartella clinica, in particolare, assume importanza cruciale quale fonte di dati epidemiologici sulla prevalenza delle patologie nella popolazione di riferimento, e sulle prestazioni erogate. Tali informazioni costituiscono la base per gli atti di programmazione necessari per il governo del sistema.

Le azioni successive

Anche sulla base dei dati che saranno rilevati nella prima fase, il Tavolo di consultazione nazionale adotta un programma di lavoro mirato a sostenere e sviluppare le azioni necessarie a garantire la qualità dei servizi², provvedendo, tramite il gruppo di lavoro attivato ad hoc, a perfezionare il modello di rilevazione, definendo ulteriormente il quadro dei dati da rilevare, ritenuti necessari ed utili per la descrizione del sistema e del suo funzionamento, tramite, come già detto in premessa, opportuni indicatori.

Rimandando al documento programmatico che definirà l'organizzazione del Sistema Informativo Nazionale per la Sanità penitenziaria, da sottoporre all'approvazione della Conferenza Unificata, si anticipano i contenuti su cui è necessario porre l'attenzione.

Innanzitutto è necessario verificare che vengano definiti i modelli organizzativi all'interno dei singoli istituti e servizi, sulla base di specifici standards, in rapporto alle caratteristiche degli istituti di pena, tenendo in debito conto le esigenze della sicurezza, così come delineato nelle *"Linee di indirizzo per gli interventi del Servizio Sanitario Nazionale a tutela della salute dei detenuti e degli internati negli istituti penitenziari, e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale"* (Allegato A, parte integrante del DPCM 1 aprile 2008).

In secondo luogo deve essere verificata l'erogazione di tutte le prestazioni necessarie per la prevenzione, la cura e la riabilitazione, con particolare attenzione a bisogni di salute specifici, collegati allo stato di detenzione.

In terzo luogo va verificata la qualità dei processi che deve essere garantita con l'adozione degli strumenti del *governo clinico* (*"clinical governance"*), primi fra tutti linee guida e percorsi assistenziali.

Coerentemente con i contenuti dell'Accordo 20 novembre 2008 sulle aree di collaborazione fra operatori dell'area sanitaria e operatori dell'Amministrazione penitenziaria e della Giustizia minorile, è opportuno adottare, anche attivando idonei progetti di formazione, linee guida e procedure condivise per una buona pratica clinica, almeno per quanto riguarda i seguenti temi,

² La valutazione della qualità si riferisce alla qualità delle strutture (tutto quanto attiene alla qualità e quantità dei servizi, del personale, dell'organizzazione, in base a standard definiti), alla qualità dei processi (quello che viene fatto dagli operatori) ed alla qualità degli esiti (quello che succede al paziente)

La qualità dei processi è legata all'adozione, da parte degli operatori, di modelli operativi basati su prove di efficacia, ciò prescindendo dalla quantità di risorse disponibili. Tuttavia, la scarsità di risorse, con cui spesso si confrontano gli operatori, comporta la necessità di valutare l'efficacia nella pratica (i migliori risultati ottenibili con le risorse disponibili), rispetto all'efficacia teorica (i risultati ottenibili potendo adottare le cure migliori disponibili).



presa in carico:

- modalità di accoglimento e di valutazione della domanda dell'utente;
- criteri per la valutazione dei nuovi giunti e primi ingressi ;
- tenuta e aggiornamento della cartella clinica;
- criteri per il monitoraggio periodico delle condizioni generali di salute
- criteri per il monitoraggio e la valutazione periodici dei trattamenti terapeutico/riabilitativi

continuità assistenziale:

- modalità di trasmissione di cartella clinica e predisposizione di una relazione per il servizio "ricevente", in caso di trasferimento ad altro istituto o servizio minorile residenziale, o in caso di applicazione di misure alternative;
- criteri e modalità di invio in strutture di cura esterne (reparti ospedalieri, comunità terapeutiche etc.)
- modalità per assicurare gli interventi di emergenza/urgenza 24 ore su 24 in ogni giorno dell'anno;

Inoltre, linee guida e percorsi assistenziali devono essere adottati per aree specifiche, quali:

- Interventi per i soggetti tossicodipendenti
- Interventi per i soggetti con disturbi mentali
- Prevenzione dei suicidi, specie per i nuovi giunti e primi ingressi;
- Prevenzione delle malattie infettive



APPENDICE

Sono allegate sette schede:

1. Scheda 1 - Dati sulla programmazione regionale
2. Scheda 2 - Dati sulle attività sanitarie negli Istituti penali per adulti (compilare una scheda per ogni singolo Istituto)
3. Scheda 3 – Dati sui Reparti o Servizi ospedalieri esterni, dedicati al ricovero di detenuti/internati
4. Scheda 4 - Dati sulle attività sanitarie negli Istituti penali per minori – IPM - e nei Centri di prima accoglienza – CPA - (compilare una scheda per ogni singolo IPM e CPA)
5. Scheda 5 - Dati sulle comunità ministeriali "socio educative" che ospitano minori sottoposti a provvedimento penale (compilare una scheda per ciascuna comunità)
6. Scheda 6 - Dati sulle comunità terapeutiche (strutture sanitarie residenziali e semiresidenziali) che ospitano minori sottoposti a provvedimento penale (compilare una scheda per ciascuna comunità)

Tutte le schede di rilevazione raccolte devono essere firmate:

- la scheda 1 dal responsabile regionale
- la scheda 2 dal responsabile sanitario e dal direttore dell'istituto
- la scheda 3 dal responsabile sanitario dell'ospedale
- la scheda 4 dal responsabile sanitario e dal direttore dell'IPM o del CPA
- la scheda 5 dal responsabile della comunità ministeriale
- la scheda 6 dal responsabile della comunità terapeutica



Assistenza sanitaria ai detenuti e ai minori sottoposti a provvedimento penale

SCHEDA N°1

PROGRAMMAZIONE REGIONALE

Regione.....

Osservatorio regionale permanente sulla sanità penitenziaria, istituito in data.....

**ATTI PROGRAMMATICI
alla data del 31 dicembre 2009**

La Regione ha deliberato documenti programmatici mirati a dare indirizzi alle Aziende sanitarie per la gestione della sanità penitenziaria nel proprio territorio?

SI NO

se SI, specificare le tematiche oggetto di programmazione

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

**ACCORDI QUADRO
alla data del 31 dicembre 2009**

È stato predisposto l'atto formale propedeutico al trasferimento delle attrezzature, degli arredi, dei beni strumentali di cui all'art. 4 DPCM 1 aprile 2009?

SI NO

Sono stati stipulati protocolli/accordi di collaborazione con il PRAP e con il CGM, ai sensi dell'Accordo del 20 novembre 2008?

SI NO

se SI, riportare l'oggetto e gli estremi di ciascun protocollo/accordo

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.

FIRMA del Responsabile della Regione



Assistenza sanitaria ai detenuti e ai minori sottoposti a provvedimento penale

SCHEMA N°2

Assistenza sanitaria negli Istituti penitenziari (per adulti)
(compilare una scheda per ogni singolo Istituto)

Regione:

Azienda sanitaria di riferimento territoriale:

Denominazione dell'Istituto di pena:

ATTI DI GESTIONE AZIENDALE
alla data del 31 dicembre 2009

L'Azienda sanitaria ha deliberato atti di gestione per l'organizzazione dell'assistenza sanitaria in questo istituto?

SI NO

se SI, specificare l'oggetto e gli estremi delle delibere/atti

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.

ACCORDI E CONVENZIONI
alla data del 31 dicembre 2009

E' stata stipulata una convenzione per l'individuazione dei locali da dedicare alle attività sanitarie? (Conferenza Unificata "Approvazione, ai sensi dell'articolo 4, comma 2, del D.P.C.M. 1 aprile 2008, dello schema di convenzione tipo per l'utilizzo da parte delle Aziende ASL, nel cui territorio sono ubicati gli istituti e i servizi penitenziari di riferimento, dei locali adibiti all'esercizio delle funzioni sanitarie - Roma 29 aprile 2009")

SI NO

È stato attuato il trasferimento delle attrezzature, degli arredi, dei beni strumentali ai sensi dell'art. 4 DPCM 1 aprile 2009?

SI NO

Sono stati stipulati protocolli/accordi di collaborazione fra il direttore dell'Azienda sanitaria e il direttore dell'Istituto, ai sensi dell'Accordo del 20 novembre 2008?

SI NO

se SI, riportare l'oggetto e gli estremi di ciascun protocollo/accordo

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.



DATI ORGANIZZATIVI

PERSONALE SANITARIO in servizio	Personale presente al 30 settembre 2008 (transitato ai sensi del DPCM del 1 aprile 2008)		Personale presente al 31 dicembre 2009	
	N°	Totale ore mensili	N°	Totale ore mensili
Medici incaricati (legge 740/1970)				
Medici di guardia medica (SIAS) (1)				
Psicologi di ruolo				
Psicologi a contratto				
Infermieri di ruolo				
Infermieri a contratto				
Personale tecnico di ruolo				
Personale tecnico a contratto				
Personale ausiliario di ruolo				
Personale ausiliario a contratto				

(1) Sono i medici del Servizio Integrativo di Assistenza Sanitaria (SIAS) assunti a contratto dall'Amministrazione della Giustizia

h



Denominazione Istituto penale adulti:
 Scheda 2

ELENCO DISCIPLINE SPECIALISTICHE	Periodo 1 gennaio 2008 - 30 settembre 2008		Periodo 1 gennaio 2009 - 30 settembre 2009	
	SI/NO	se SI numero prestazioni pro capite (3)	SI/NO	se SI numero prestazioni pro capite (3)
1 Anestesia				
2 Cardiologia				
3 Chirurgia Generale				
4 Chirurgia plastica				
5 Chirurgia vascolare - Angiologia				
6 Dermatologia				
7 Diagnostica per immagini - Radiologia diagnostica				
8 Diagnostica per immagini - Medicina nucleare				
9 Endocrinologia				
10 Gastroenterologia - Chirurgia ed endoscopia digestiva				
11 Laboratorio analisi chimico cliniche e microbiologiche				
12 Malattie infettive				
13 Medicina fisica e riabilitazione - Fisiocinesiterapia				
14 Nefrologia				
15 Neurochirurgia				
16 Neurologia				
17 Oculistica				
18 Odontostomatologia - Chirurgia maxillo facciale				
19 Oncologia Patologia clinica (laboratorio analisi)				
20 Ortopedia e traumatologia				
21 Ostetricia e Ginecologia				
22 Otorinolaringoiatria				
23 Pneumologia				
24 Psichiatria				
25 Radioterapia				
26 Urologia				
Altro				

(3) calcolata sul numero dei soggetti presenti nell'Istituto nel periodo considerato (il numero dei soggetti presenti nel periodo considerato è costituito dalla somma del numero dei soggetti che erano già presenti dal 31 dicembre dell'anno precedente più il numero dei nuovi entrati in tutto l'arco di tempo considerato)



STRUTTURE SANITARIE PRESENTI NELL'ISTITUTO
alla data del 31 dicembre 2009

Nell'istituto sono presenti:

Ambulatorio SI NO

Infermeria SI NO

Centri diagnostico-terapeutici SI NO

Se SI indicare il n° di posti.....

Reparti per HIV SI NO

Se SI indicare il n° di posti.....

Reparti per disabili SI NO

Se SI indicare il n° di posti.....

Reparti di osservazione psichiatrica SI NO

Se SI indicare il n° di posti.....

Sezioni/reparti di psichiatria (infermi e/o minorati psichici) SI NO

Se SI indicare il n° di posti.....

Custodie attenuate per Tossicodipendenti SI NO

Se SI indicare il n° di posti

IL RESPONSABILE SANITARIO

IL DIRETTORE DELL'ISTITUTO



Assistenza sanitaria ai detenuti e ai minori sottoposti a provvedimento penale

SCHEDA N°3

Reparti/servizi ospedalieri esterni
(compilare una scheda per ogni singolo reparto/servizio)

Regione:

Azienda sanitaria di riferimento territoriale:

denominazione dell'Ospedale:

Tipologia 1:

reparto ospedaliero autonomo (disciplina ospedaliera: "detenuti")

n. posti letto:

presenza polizia penitenziaria 24 h

SI NO

Tipologia 2:

camere blindate in reparto ospedaliero

n. posti letto:

presenza polizia penitenziaria 24 h

SI NO

IL RESPONSABILE SANITARIO

gh



Assistenza sanitaria ai detenuti e ai minori sottoposti a provvedimento penale

SCHEDA N°4

Assistenza sanitaria negli Istituti penali minorili (IPM), nei Centri di prima accoglienza (CPA)
(compilare una scheda per ogni singolo IPM e CPA)

Regione:

Azienda sanitaria di riferimento territoriale:

Denominazione dell'Istituto o CPA :

ATTI DI GESTIONE
alla data del 31 dicembre 2009

L'Azienda sanitaria ha deliberato atti di gestione per l'organizzazione dell'assistenza sanitaria in questa struttura?

SI NO

se SI, specificare l'oggetto e gli estremi delle delibere

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.

ACCORDI E CONVENZIONI
alla data del 31 dicembre 2009

E' stata stipulata una convenzione per l'individuazione dei locali da dedicare alle attività sanitarie? (Conferenza Unificata "Approvazione, ai sensi dell'articolo 4, comma 2, del D.P.C.M. 1 aprile 2008, dello schema di convenzione tipo per l'utilizzo da parte delle Aziende ASL, nel cui territorio sono ubicati gli istituti e i servizi penitenziari di riferimento, dei locali adibibili all'esercizio delle funzioni sanitarie - Roma 29 aprile 2009")

SI NO

È stato attuato il trasferimento delle attrezzature, degli arredi, dei beni strumentali di cui all'art. 4 DPCM 1 aprile 2009?

SI NO

Sono stati stipulati protocolli/accordi di collaborazione fra il direttore dell'Azienda sanitaria e il direttore dell'Istituto o CPA, ai sensi dell'Accordo 20 novembre 2008?

SI NO

se SI, riportare l'oggetto e gli estremi di ciascun protocollo/accordo

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.



13

DATI ORGANIZZATIVI

PERSONALE SANITARIO in servizio	Personale presente al 30 settembre 2008 (transitato ai sensi del DPCM del 1 aprile 2008)		Personale presente al 31 dicembre 2009	
	N°	Totale ore settimanali	N°	Totale ore settimanali
Medici incaricati (legge 740/1970)				
Medici di guardia medica (SIAS) (1)				
Psicologi di ruolo				
Psicologi a contratto				
Infermieri di ruolo				
Infermieri a contratto				
Personale tecnico di ruolo				
Personale tecnico a contratto				
Personale ausiliario di ruolo				
Personale ausiliario a contratto				

(1) Sono i medici del Servizio Integrativo di Assistenza Sanitaria (SIAS) assunti a contratto dall'Amministrazione della Giustizia



Denominazione IPM o CPA:
 Scheda 4

ELENCO DISCIPLINE SPECIALISTICHE	Periodo 1 gennaio 2008 - 30 settembre 2008		Periodo 1 gennaio 2009 - 30 settembre 2009	
	SI/NO	se SI numero prestazioni pro capite (3)	SI/NO	se SI numero prestazioni pro capite (3)
1 Anestesia				
2 Cardiologia				
3 Chirurgia Generale				
4 Chirurgia plastica				
5 Chirurgia vascolare - Angiologia				
6 Dermatologia				
7 Diagnostica per immagini - Radiologia diagnostica				
8 Diagnostica per immagini - Medicina nucleare				
9 Endocrinologia				
10 Gastroenterologia - Chirurgia ed endoscopia digestiva				
11 Laboratorio analisi chimico cliniche e microbiologiche				
12 Medicina fisica e riabilitazione - Fisiocinesiterapia				
13 Nefrologia				
14 Neurochirurgia				
15 Neurologia				
16 Oculistica				
17 Odontostomatologia - Chirurgia maxillo facciale				
18 Oncologia Patologia clinica (laboratorio analisi)				
19 Ortopedia e traumatologia				
20 Ostetricia e Ginecologia				
21 Otorinolaringoiatria				
22 Pneumologia				
23 Psichiatria				
24 Radioterapia				
25 Urologia				
Altro				

(3) calcolata sul numero dei minori presenti nell'Istituto nel periodo considerato (il numero dei minori presenti nel periodo considerato è costituito dalla somma del numero dei minori presenti dall'anno precedente più il numero dei nuovi entrati in tutto l'arco di tempo considerato)

IL RESPONSABILE SANITARIO

IL DIRETTORE DELL'ISTITUTO O DEL CPA



gh

Assistenza sanitaria ai detenuti e ai minori sottoposti a provvedimento penale

SCHEDA N°5

Assistenza sanitaria nelle Comunità ministeriali socio educative
(compilare una scheda per ogni singola struttura che è stata operativa nel 2009)
Situazione alla data del 31 dicembre 2009

Regione:

Azienda sanitaria di riferimento territoriale:

Comunità ministeriale (denominazione):

Indirizzo:

Numero di minori sottoposti a provvedimento penale presenti al 31.12.2009 (1):

(1) il numero dei minori presenti nell'anno è costituito dalla somma del numero dei soggetti presenti dall'anno precedente più il numero dei nuovi entrati nel corso dell'anno.

PERSONALE SANITARIO (1)	al 31 dicembre 2009	
	N°	Totale ore settimanali
Medici		
Psicologi		
Altre figure professionali (specificare sotto)	XXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXX

(1) personale sanitario appartenente al Servizio sanitario nazionale, che presta assistenza sanitaria in favore dei minori ospitati

IL RESPONSABILE DELLA COMUNITA' MINISTERIALE
(nome, cognome e qualifica)

gh



Assistenza sanitaria ai minori sottoposti a provvedimento penale

SCHEDA N°6

Assistenza sanitaria nelle Comunità terapeutiche (strutture sanitarie residenziali e semiresidenziali)

(compilare una scheda per ogni singola struttura che è stata operativa nel 2009)
Situazione alla data del 31 dicembre 2009

Regione:

Azienda sanitaria di riferimento territoriale:

Comunità terapeutica (denominazione):

Tipologia:

pubblica

privata accreditata

privata autorizzata

Indirizzo:

Numero di minori sottoposti a provvedimento penale presenti al 31.12.2009:

Tipologia di pazienti:

minori con tossicodipendenza

minori con disturbi mentali

minori con tossicodipendenza e concomitante disturbo mentale (c.d. doppia diagnosi)

DATI ORGANIZZATIVI

PERSONALE SANITARIO	al 31 dicembre 2009	
	N°	Totale ore settimanali
Medici		
Psicologi		
Altre figure professionali (specificare sotto)	XXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXX

IL RESPONSABILE DELLA COMUNITA' TERAPEUTICA
(nome, cognome e qualifica)





Servizio III°: Sanità e politiche sociali

CONFERENZA UNIFICATA

Seduta dell'8 luglio 2010

Punto n. 17 dell'o.d.g.

Oggetto: Accordo sul documento proposto dal Tavolo di consultazione permanente sulla sanità penitenziaria recante: "Monitorare l'attuazione del D.P.C.M. 1° aprile 2008 concernente le modalità ed i criteri per il trasferimento al Servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria". **Codice sito: 4.10/2009/8-4**

Accordo ai sensi dell'articolo 9 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281.

La Conferenza Unificata, nella seduta del 31 luglio 2008, ha deliberato (Rep. Atti n. 81/CU) la costituzione del "Tavolo di consultazione permanente sulla sanità penitenziaria" di cui all'Allegato A al D.P.C.M. 1° aprile 2008 ("Modalità e criteri per il trasferimento al Servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie, di rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria"), emanato in attuazione dell'articolo 2, comma 283, della legge 24 novembre 2007, n. 244 (legge finanziaria 2008).

Al predetto Tavolo sono demandati, tra gli altri, il monitoraggio del livello di attuazione del predetto D.P.C.M., nonché il compito di predisporre indirizzi per favorire la realizzazione di programmi di interventi nelle realtà territoriali e quello di definire strumenti volti a favorire il coordinamento fra le Regioni, Provveditorati regionali dell'Amministrazione penitenziaria e Centri della giustizia minorile.

Nel corso delle riunioni del Tavolo di consultazione permanente sulla sanità penitenziaria svoltesi nei giorni 11 marzo 2009 e 23 giugno 2009 è stata concordata l'attivazione dei seguenti sottogruppi di lavoro:

- sottogruppo dedicato alla giustizia minorile per le problematiche evidenziate nella lettera prot. n. 7542 del 9 marzo u.s. del Ministero della Giustizia - Dipartimento Giustizia Minorile - Direzione Generale per l'attuazione dei provvedimenti giudiziari (riunione dell'11 marzo 2009);
- sottogruppi per le problematiche evidenziate nel documento elaborato dai rappresentanti del Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali: "Garantire l'uniformità degli interventi e delle prestazioni sanitarie e trattamenti nell'intero territorio nazionale" (approvato nel corso della riunione del 23 giugno 2009);
- sottogruppo per le problematiche afferente i c.d. centri clinici;
- sottogruppo per il monitoraggio del livello di attuazione del D.P.C.M. 1° aprile 2008;
- sottogruppo sui flussi informativi (cartella clinica).



*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*
CONFERENZA UNIFICATA

In data 11 settembre 2009, le Regioni e le Province autonome hanno fatto pervenire quattro documenti tematici propositivi elaborati dal Gruppo Tecnico Interregionale per la Salute in Carcere relativamente alle problematiche sopra richiamate, tra i quali:

- Strutture sanitarie e/o terapeutiche (Centri clinici CDT, custodia attenuata, sezioni speciali per disabili, infettivi, osservazione psichiatrica, OPG, ambulatori vari) ;
- Modello monitoraggio D.P.C.M. 1° aprile 2008;
- Cartella sanitaria informatizzata in carcere;
- Linee di indirizzo per l'assistenza ai minori sottoposti a provvedimento dell'Autorità giudiziaria.

In data 12 novembre 2009, le Regioni hanno inviato le versioni finali dei predetti documenti elaborate dai relativi sottogruppi di lavoro appositamente attivati al riguardo.

L'esame di tali documenti è stato svolto nel corso della riunione del più volte richiamato Tavolo del 17 novembre 2009.

Nel corso della predetta riunione del 17 novembre 2009, sono state congiuntamente elaborate ed approvate le versioni definitive dei documenti concernenti:

- Strutture sanitarie e/o terapeutiche (Centri clinici CDT, custodia attenuata, sezioni speciali per disabili, infettivi, osservazione psichiatrica, OPG, ambulatori vari) ;
- Linee di indirizzo per l'assistenza ai minori sottoposti a provvedimento dell'Autorità giudiziaria;
- Cartella sanitaria informatizzata in carcere.

Gli Accordi su tali documenti sono stati sanciti nella seduta della Conferenza Unificata del 26 novembre 2009 (rispettivamente, Atti Rep. n. 81-CU, Rep. n. 82-CU, Rep. n. 83-CU)

Il documento recante "Modello di monitoraggio D.P.C.M. 1° aprile 2008", pure oggetto di un primo esame nella menzionata riunione del 17 novembre 2009 del Tavolo, è stato rinviato in quella sede per ulteriori approfondimenti tecnici al riguardo.

Nel corso della riunione del più volte richiamato Tavolo, svoltasi in data 20 gennaio 2010, è stata congiuntamente elaborata ed approvata una nuova versione del documento di cui trattasi; nella medesima riunione, inoltre, è stata concordata l'attivazione di un ulteriore sottogruppo di lavoro dedicato alle problematiche del diritto alla salute ed alle cure dei detenuti tossicodipendenti.

L'argomento è stato iscritto all'ordine del giorno della seduta della Conferenza Unificata del 27 gennaio 2010, che non si è tenuta.

In data 18 marzo 2010 è pervenuto un documento elaborato dal predetto nuovo sottogruppo di lavoro concernente un'ipotesi di scheda di rilevazione sui detenuti tossicodipendenti al 31 dicembre 2009.



*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*
CONFERENZA UNIFICATA

Tale documento è stato esaminato nel corso della riunione del Tavolo svoltosi il 23 marzo 2010. In detta riunione si è dato mandato al più volte detto sottogruppo di lavoro sulle problematiche della tossicodipendenze in carcere di predisporre una versione definitiva dello schema di accordo indicato in oggetto che contenga anche la menzionata scheda relativa alla rilevazione dei dati sui detenuti tossicodipendenti.

Nel corso della riunione in parola, il rappresentante della Segreteria della Conferenza ha avuto modo di richiamare l'attenzione sulla necessità di integrare lo schema di accordo di cui trattasi con puntuali indicazioni sulle finalità della raccolta di dati che interessano, sulle modalità della loro trasmissione e sul fatto che, in ogni caso, il contesto dei dati trattati deve essere costituito da informazioni meramente quantitative ed anonime.

In data 11 maggio 2010 è pervenuta una nuova versione dello schema di accordo in oggetto integrato con la scheda relativa alla "Rilevazione sui detenuti tossicodipendenti adulti al 31 dicembre 2009".

Tale nuova versione è stata diramata dalla Segreteria della Conferenza Stato-Regioni con lettera in data 11 maggio 2010.

Con l'accordo in parola si forniscono le prime indicazioni sui dati che è necessario rilevare per conoscere e valutare lo stato di attuazione del D.P.C.M. 1° aprile 2008 con particolare riguardo all'assetto organizzativo ed al funzionamento dei servizi sanitari sui vari territori regionali. Il compito di tale monitoraggio è attribuito alle Regioni e Province autonome, che sottoporranno all'approvazione degli Osservatori permanenti interistituzionali per la Salute in carcere, istituiti presso i rispettivi territori le relative schede di rilevazione. I dati elaborati, per il tramite del Ministero della salute, saranno messi a disposizione del Tavolo di consultazione permanente sulla sanità penitenziaria.

La versione definitiva del documento di cui trattasi, congiuntamente elaborata ed approvata nel corso della riunione del Tavolo del 17 maggio u.s., è stata diramata dalla Segreteria della Conferenza Stato-Regioni con lettera in data 19 maggio 2010.

L'argomento è stato iscritto all'ordine del giorno della seduta della Conferenza Unificata del 27 maggio 2010, che non si è tenuta.

Con lettera del 27 maggio 2010, il Dipartimento Politiche antidroga, ha rappresentato che, a seguito di ulteriori approfondimenti condotti sullo schema di accordo in oggetto, nella versione approvata dal Tavolo di consultazione permanente sulla sanità penitenziaria nel corso della riunione del 17 maggio u.s., sono state rilevate talune criticità afferenti, in particolare, la rilevazione dei dati sui detenuti tossicodipendenti.

Nel corso della riunione tecnica del Tavolo di consultazione permanente sulla sanità penitenziaria svoltasi in data 14 giugno 2010, per l'esame delle problematiche evidenziate dal Dipartimento politiche antidroga, i componenti del Tavolo medesimo hanno convenuto sulla necessità che, nelle



*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*
CONI LR-177A UNIFICATA

more degli ulteriori approfondimenti che saranno condotti, nel più breve tempo possibile, relativamente alla questione della rilevazione dei dati sui detenuti tossicodipendenti, si provveda comunque a proporre, per l'esame della Conferenza Unificata, la versione definitiva dello schema di Accordo in oggetto priva della "Scheda n. 7" relativa alla predetta rilevazione.

La predetta versione del documento di cui trattasi (Allegato 1) è stata diramata dalla Segreteria della Conferenza Stato-Regioni con lettera in data 16 giugno 2010.

Si sottopone all'esame della Conferenza Unificata, ai fini del perfezionamento dell'accordo, ai sensi dell'articolo 9 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281.

Il Segretario
Cons. Ermenegilda Siniscalchi

**MONITORARE L'ATTUAZIONE DEL D.P.C.M. 1° aprile 2008 recante
"Modalità e criteri per il trasferimento al Servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie,
di rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in
materia di sanità penitenziaria".**

Premessa

A decorrere dal 14 giugno 2008, in attuazione del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 1 aprile 2008, sono state trasferite al Servizio Sanitario Nazionale tutte le competenze sanitarie della medicina generale, specialistica, i rapporti di lavoro e le risorse economiche e strumentali finora in capo al Ministero della Giustizia (le materie relative alle tossicodipendenze e alla medicina preventiva erano già state affidate al SSN con il D. Lgs. n. 230/1999).

Detto trasferimento costituisce un processo particolarmente impegnativo per tutte le istituzioni interessate, in primo luogo per le Regioni e le Province Autonome e le Aziende sanitarie, ma anche per l'Amministrazione della Giustizia.

Il documento programmatico di principale riferimento per la realizzazione dei servizi e la programmazione delle attività sanitarie, è costituito dalle *"Linee di indirizzo per gli interventi del Servizio Sanitario Nazionale a tutela della salute dei detenuti e degli internati negli istituti penitenziari, e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale"* (Allegato A, parte integrante del DPCM 1 aprile 2008).

Alle Regioni e alle Province Autonome è assegnato il compito di organizzare i servizi sanitari in rapporto alla tipologia degli istituti di pena, per garantire risposte appropriate, efficienti ed efficaci ai bisogni di salute della popolazione carceraria e dei minori sottoposti a provvedimento penale.

Altrettanto importante, quale documento di coordinamento, è l'Accordo 20 novembre 2008 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano e le Autonomie locali concernente *la definizione delle forme di collaborazione relative alle funzioni della sicurezza ed i principi ed i criteri di collaborazione tra l'ordinamento sanitario e l'ordinamento penitenziario e della giustizia minorile*.

In tale Accordo sono individuate le aree e le tematiche che necessitano di specifici Protocolli di collaborazione tra le Amministrazioni sanitarie e quelle della Giustizia, sia a livello regionale che tra Aziende sanitarie e singoli istituti e servizi, tenendo conto delle rispettive competenze istituzionali, allo scopo di creare ogni opportuna sinergia per rendere il più efficaci possibili gli interventi sanitari e gli interventi trattamentali e di recupero, propri dell'Amministrazione della Giustizia.

Entrambi i documenti citati sottolineano l'importanza di un monitoraggio costante delle azioni programmatiche e del funzionamento dei servizi sanitari predisposti, in termini di efficienza ed efficacia, a fronte, da un lato, della complessità e delle criticità del processo di trasferimento delle risorse umane, strumentali e finanziarie; dall'altro della necessità di adeguamenti programmatici, sia regionali che aziendali, per portare progressivamente a regime il sistema dei servizi, tenendo conto degli standards assistenziali e dei bisogni di salute.

Il compito di tale monitoraggio è attribuito alle Regioni a statuto ordinario per le competenze proprie in ambito sanitario secondo quanto sancito dal DPCM del 1 aprile 2008.

I dati rilevati devono poi essere sottoposti all'attenzione dell'Osservatorio permanente interistituzionale per la Salute in Carcere (ovvero del PRAP e del CGM, laddove gli osservatori non siano stati ancora istituiti) nei territori regionali di competenza e da questo opportunamente valutati ai fini della loro condivisione.

Per le Regioni a statuto speciale e le Province autonome di Trento e Bolzano, che non hanno ancora recepito il DPCM 1 aprile 2008, i dati relativi agli istituti per adulti e i servizi per minori sono rilevati dai Provveditorati regionali dell'amministrazione penitenziaria e dai Centri per la Giustizia Minorile, dandone opportuna comunicazione alle Regioni e alle Province autonome interessate.

Il trattamento dei dati di cui trattasi è svolto per finalità conoscitive. Esso deve svolgersi, in ogni caso, con soli dati aggregati, meramente quantitativi, e comunque anonimi.

Proprio in funzione del proprio ruolo di coordinamento, in attesa che vada a regime un Sistema Informativo Nazionale per la sanità penitenziaria¹, il Tavolo di consultazione ritiene di dover dare indicazioni sui dati che è necessario rilevare per una prima valutazione dello stato di attuazione del DPCM 1 aprile 2008, rispetto all'assetto organizzativo e al funzionamento dei servizi sanitari nei vari territori regionali.

In una seconda fase, la rilevazione dovrà contenere, insieme ai dati sull'organizzazione dei servizi, dati riferiti alle attività e alle prestazioni, onde consentire sia una valutazione della qualità organizzativa, sia una valutazione della qualità dei processi assistenziali e degli esiti, tramite l'utilizzo di un appropriato set di indicatori.

Una prima rilevazione

Entro il 31 luglio 2010, dovranno essere forniti:

- informazioni sulla eventuale emanazione di un documento programmatico regionale per la gestione della sanità penitenziaria nel proprio territorio
- informazioni sullo stato degli Accordi fra Amministrazione regionale e Amministrazione della Giustizia (PRAP e CGM), concernenti le tematiche indicate nell'Accordo 20.11.2008
- informazioni, per ciascun istituto per adulti e ciascun servizio per minori, concernenti:
 - stato degli Accordi fra Azienda sanitaria e singolo istituto/servizio (atti convenzionali e accordi di collaborazione, sulle tematiche indicate nell'Accordo 20.11.2008)
 - dati sull'organizzazione e sul personale transitato ai sensi del DPCM 1 aprile 2008

Di seguito vengono elencate più nel dettaglio le informazioni da rilevare

¹ Organizzare le conoscenze epidemiologiche (dalle Linee di indirizzo – Allegato A)

Onde disporre di una elaborazione nazionale dei dati rilevati dalle Regioni, viene istituito il Sistema Informativo Nazionale sulla salute dei detenuti e dei minori sottoposti a provvedimento penale, nell'ambito del Nuovo Sistema Informativo Sanitario del Ministero della Salute:

Le funzioni principali del sistema informativo nazionale possono sintetizzarsi nelle seguenti:

- monitoraggio dell'attività dei servizi sanitari, analisi del volume di prestazioni e dei pattern di trattamento e valutazioni epidemiologiche sulle caratteristiche dell'utenza
- supporto alle attività gestionali dei servizi sanitari, per valutare il grado di efficienza e di utilizzo delle risorse
- supporto alla costruzione di indicatori di struttura, processo ed esito sia a livello regionale che nazionale
- supporto alla ricerca e al Miglioramento Continuo di Qualità

Istituti penitenziari per adulti

per ciascun istituto indicare

- stipula convenzione sull'utilizzo dei locali
- avvenuta presa in carico di attrezzature
- stipula Accordi di collaborazione
- personale e ore di lavoro
- discipline specialistiche presenti
- presenza delle seguenti strutture o servizi e, ove appropriato, numero di posti letto:
 - Ambulatori interni
 - Infermerie
 - Centri diagnostico-terapeutici
 - Reparti per HIV
 - Reparti per disabili
 - Servizi/sezioni/reparti di psichiatria (infermi e/o minorati psichici ad osservazione)
 - Reparti ed Istituti a 'Custodia Attenuata' per Tossicodipendenti (ICATT)

La rilevazione è completata da presenza o meno nel territorio regionale di Strutture sanitarie esterne (reparti ospedalieri dedicati al ricovero di detenuti e internati)

Strutture e servizi della Giustizia minorile

per ciascun Istituto penale per minori indicare

- stipula convenzione sull'utilizzo di locali idonei
- presa in carico di attrezzature
- stipula Accordi di collaborazione
- personale e ore di lavoro
- discipline specialistiche presenti

per ciascun Centro di Prima Accoglienza indicare

- stipula convenzione sull'utilizzo di locali idonei
- presa in carico di attrezzature
- stipula Accordi di collaborazione
- personale e ore di lavoro
- discipline specialistiche presenti

Rilevare inoltre:

- numero delle comunità terapeutiche (strutture residenziali sanitarie) utilizzate, per progetti personalizzati di cura e riabilitazione di minori sottoposti a provvedimento penale, suddivise in pubbliche e private accreditate/autorizzate.
- numero delle comunità ministeriali socio educative

per le comunità terapeutiche, rilevare:

- numero di minori presenti
- tipologia di pazienti
- personale e ore di lavoro

per le comunità socio educative ministeriali, rilevare:

- numero di minori presenti
- personale sanitario (appartenente al Servizio sanitario nazionale) che presta assistenza sanitaria in favore dei minori ospitati e ore di lavoro

In appendice vengono forniti i fac simile delle schede di rilevazione.

Trasmissione dei dati

Le schede di rilevazione raccolte dalle Regioni a statuto ordinario ed approvate dai rispettivi Osservatori permanenti interistituzionali nonché le schede relative alle Regioni a statuto speciale e

le Province autonome di Trento e Bolzano raccolte dai Provveditorati regionali dell'amministrazione penitenziaria e dai Centri per la Giustizia Minorile sono trasmesse al Ministero della Salute che provvede alla loro elaborazione, nella prospettiva dell'attivazione del Sistema Informativo Sanitario Nazionale per la Sanità Penitenziaria. I dati elaborati sono messi a disposizione del Tavolo di consultazione permanente presso la Conferenza Unificata.

L'attività di monitoraggio, coordinata dal gruppo di lavoro allo scopo costituito, è strettamente complementare alle attività degli altri gruppi di lavoro costituiti in seno al Tavolo, concernenti l'implementazione dei contenuti dei seguenti documenti, oggetto di specifico Accordo in Conferenza Unificata il 26 novembre 2009:

- Strutture e servizi sanitari
- La cartella clinica informatizzata
- Linee di indirizzo per l'assistenza ai minori sottoposti a provvedimento dell'autorità giudiziaria.

Tali documenti forniscono indicazioni mirate a programmare l'organizzazione dei servizi e degli interventi sanitari.

La cartella clinica, in particolare, assume importanza cruciale quale fonte di dati epidemiologici sulla prevalenza delle patologie nella popolazione di riferimento, e sulle prestazioni erogate. Tali informazioni costituiscono la base per gli atti di programmazione necessari per il governo del sistema.

Le azioni successive

Anche sulla base dei dati che saranno rilevati nella prima fase, il Tavolo di consultazione nazionale adotta un programma di lavoro mirato a sostenere e sviluppare le azioni necessarie a garantire la qualità dei servizi², provvedendo, tramite il gruppo di lavoro attivato ad hoc, a perfezionare il modello di rilevazione, definendo ulteriormente il quadro dei dati da rilevare, ritenuti necessari ed utili per la descrizione del sistema e del suo funzionamento, tramite, come già detto in premessa, opportuni indicatori.

Rimandando al documento programmatico che definirà l'organizzazione del Sistema Informativo Nazionale per la Sanità penitenziaria, da sottoporre all'approvazione della Conferenza Unificata, si anticipano i contenuti su cui è necessario porre l'attenzione.

Innanzitutto è necessario verificare che vengano definiti i modelli organizzativi all'interno dei singoli istituti e servizi, sulla base di specifici standards, in rapporto alle caratteristiche degli istituti di pena, tenendo in debito conto le esigenze della sicurezza, così come delineato nelle *"Linee di indirizzo per gli interventi del Servizio Sanitario Nazionale a tutela della salute dei detenuti e degli internati negli istituti penitenziari, e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale"* (Allegato A, parte integrante del DPCM 1 aprile 2008).

In secondo luogo deve essere verificata l'erogazione di tutte le prestazioni necessarie per la prevenzione, la cura e la riabilitazione, con particolare attenzione a bisogni di salute specifici, collegati allo stato di detenzione.

In terzo luogo va verificata la qualità dei processi che deve essere garantita con l'adozione degli strumenti del *governo clinico* (*"clinical governance"*), primi fra tutti linee guida e percorsi assistenziali.

Coerentemente con i contenuti dell'Accordo 20 novembre 2008 sulle aree di collaborazione fra operatori dell'area sanitaria e operatori dell'Amministrazione penitenziaria e della Giustizia minorile, è opportuno adottare, anche attivando idonei progetti di formazione, linee guida e procedure condivise per una buona pratica clinica, almeno per quanto riguarda i seguenti temi,

² La valutazione della qualità si riferisce alla qualità delle strutture (tutto quanto attiene alla qualità e quantità dei servizi, del personale, dell'organizzazione, in base a standard definiti), alla qualità dei processi (quello che viene fatto dagli operatori) ed alla qualità degli esiti (quello che succede al paziente)

La qualità dei processi è legata all'adozione, da parte degli operatori, di modelli operativi basati su prove di efficacia, cioè prescindendo dalla quantità di risorse disponibili. Tuttavia, la scarsità di risorse, con cui spesso si confrontano gli operatori, comporta la necessità di valutare l'efficacia nella pratica (i migliori risultati ottenibili con le risorse disponibili), rispetto all'efficacia teorica (i risultati ottenibili potendo adottare le cure migliori disponibili).



presa in carico:

- modalità di accoglimento e di valutazione della domanda dell'utente;
- criteri per la valutazione dei nuovi giunti e primi ingressi ;
- tenuta e aggiornamento della cartella clinica;
- criteri per il monitoraggio periodico delle condizioni generali di salute
- criteri per il monitoraggio e la valutazione periodici dei trattamenti terapeutico/riabilitativi

continuità assistenziale:

- modalità di trasmissione di cartella clinica e predisposizione di una relazione per il servizio "ricevente", in caso di trasferimento ad altro istituto o servizio minorile residenziale, o in caso di applicazione di misure alternative;
- criteri e modalità di invio in strutture di cura esterne (reparti ospedalieri, comunità terapeutiche etc.)
- modalità per assicurare gli interventi di emergenza/urgenza 24 ore su 24 in ogni giorno dell'anno;

Inoltre, linee guida e percorsi assistenziali devono essere adottati per aree specifiche, quali:

- Interventi per i soggetti tossicodipendenti
- Interventi per i soggetti con disturbi mentali
- Prevenzione dei suicidi, specie per i nuovi giunti e primi ingressi;
- Prevenzione delle malattie infettive



APPENDICE

Sono allegate sette schede:

1. Scheda 1 - Dati sulla programmazione regionale
2. Scheda 2 - Dati sulle attività sanitarie negli Istituti penali per adulti (compilare una scheda per ogni singolo Istituto)
3. Scheda 3 – Dati sui Reparti o Servizi ospedalieri esterni, dedicati al ricovero di detenuti/internati
4. Scheda 4 - Dati sulle attività sanitarie negli Istituti penali per minori – IPM - e nei Centri di prima accoglienza – CPA - (compilare una scheda per ogni singolo IPM e CPA)
5. Scheda 5 - Dati sulle comunità ministeriali "socio educative" che ospitano minori sottoposti a provvedimento penale (compilare una scheda per ciascuna comunità)
6. Scheda 6 - Dati sulle comunità terapeutiche (strutture sanitarie residenziali e semiresidenziali) che ospitano minori sottoposti a provvedimento penale (compilare una scheda per ciascuna comunità)

Tutte le schede di rilevazione raccolte devono essere firmate:

- la scheda 1 dal responsabile regionale
- la scheda 2 dal responsabile sanitario e dal direttore dell'istituto
- la scheda 3 dal responsabile sanitario dell'ospedale
- la scheda 4 dal responsabile sanitario e dal direttore dell'IPM o del CPA
- la scheda 5 dal responsabile della comunità ministeriale
- la scheda 6 dal responsabile della comunità terapeutica

Assistenza sanitaria ai detenuti e ai minori sottoposti a provvedimento penale

SCHEDA N°1

PROGRAMMAZIONE REGIONALE

Regione.....

Osservatorio regionale permanente sulla sanità penitenziaria, istituito in data.....

**ATTI PROGRAMMATICI
alla data del 31 dicembre 2009**

La Regione ha deliberato documenti programmatici mirati a dare indirizzi alle Aziende sanitarie per la gestione della sanità penitenziaria nel proprio territorio?

SI NO

se SI, specificare le tematiche oggetto di programmazione

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

**ACCORDI QUADRO
alla data del 31 dicembre 2009**

È stato predisposto l'atto formale propedeutico al trasferimento delle attrezzature, degli arredi, dei beni strumentali di cui all'art. 4 DPCM 1 aprile 2009?

SI NO

Sono stati stipulati protocolli/accordi di collaborazione con il PRAP e con il CGM, ai sensi dell'Accordo del 20 novembre 2008?

SI NO

se SI, riportare l'oggetto e gli estremi di ciascun protocollo/accordo

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.

FIRMA del Responsabile della Regione



Assistenza sanitaria ai detenuti e ai minori sottoposti a provvedimento penale

SCHEDA N°2

Assistenza sanitaria negli Istituti penitenziari (per adulti)
(compilare una scheda per ogni singolo Istituto)

Regione:

Azienda sanitaria di riferimento territoriale:

Denominazione dell'Istituto di pena:

ATTI DI GESTIONE AZIENDALE
alla data del 31 dicembre 2009

L'Azienda sanitaria ha deliberato atti di gestione per l'organizzazione dell'assistenza sanitaria in questo istituto?

SI NO

se SI, specificare l'oggetto e gli estremi delle delibere/atti

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.

ACCORDI E CONVENZIONI
alla data del 31 dicembre 2009

E' stata stipulata una convenzione per l'individuazione dei locali da dedicare alle attività sanitarie? (Conferenza Unificata "Approvazione, ai sensi dell'articolo 4, comma 2, del D.P.C.M. 1 aprile 2008, dello schema di convenzione tipo per l'utilizzo da parte delle Aziende ASL, nel cui territorio sono ubicati gli istituti e i servizi penitenziari di riferimento, dei locali adibiti all'esercizio delle funzioni sanitarie - Roma 29 aprile 2009")

SI NO

È stato attuato il trasferimento delle attrezzature, degli arredi, dei beni strumentali ai sensi dell'art. 4 DPCM 1 aprile 2009?

SI NO

Sono stati stipulati protocolli/accordi di collaborazione fra il direttore dell'Azienda sanitaria e il direttore dell'Istituto, ai sensi dell'Accordo del 20 novembre 2008?

SI NO

se SI, riportare l'oggetto e gli estremi di ciascun protocollo/accordo

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

Denominazione Istituto penale adulti: _____
Scheda 2

DATI ORGANIZZATIVI

PERSONALE SANITARIO in servizio	Personale presente al 30 settembre 2008 (transitato ai sensi del DPCM del 1 aprile 2008)		Personale presente al 31 dicembre 2009	
	N°	Totale ore mensili	N°	Totale ore mensili
Medici incaricati (legge 740/1970)				
Medici di guardia medica (SIAS) (1)				
Psicologi di ruolo				
Psicologi a contratto				
Infermieri di ruolo				
Infermieri a contratto				
Personale tecnico di ruolo				
Personale tecnico a contratto				
Personale ausiliario di ruolo				
Personale ausiliario a contratto				

(1) Sono i medici del Servizio Integrativo di Assistenza Sanitaria (SIAS) assunti a contratto dall'Amministrazione della Giustizia

Denominazione Istituto penale adulti: _____

Scheda 2

ELENCO DISCIPLINE SPECIALISTICHE		Periodo 1 gennaio 2008 - 30 settembre 2008		Periodo 1 gennaio 2009 - 30 settembre 2009	
		SI/NO	se SI numero prestazioni pro capite (3)	SI/NO	se SI numero prestazioni pro capite (3)
1	Anestesia				
2	Cardiologia				
3	Chirurgia Generale				
4	Chirurgia plastica				
5	Chirurgia vascolare - Angiologia				
6	Dermatologia				
7	Diagnostica per immagini - Radiologia diagnostica				
8	Diagnostica per immagini - Medicina nucleare				
9	Endocrinologia				
10	Gastroenterologia - Chirurgia ed endoscopia digestiva				
11	Laboratorio analisi chimico cliniche e microbiologiche				
12	Malattie infettive				
13	Medicina fisica e riabilitazione - Fisiocinesiterapia				
14	Nefrologia				
15	Neurochirurgia				
16	Neurologia				
17	Oculistica				
18	Odontostomatologia - Chirurgia maxillo facciale				
19	Oncologia Patologia clinica (laboratorio analisi)				
20	Ortopedia e traumatologia				
21	Ostetricia e Ginecologia				
22	Otorinolaringoiatria				
23	Pneumologia				
24	Psichiatria				
25	Radloterapia				
26	Urologia				
Altro					

(3) calcolata sul numero dei soggetti presenti nell'Istituto nel periodo considerato (il numero dei soggetti presenti nel periodo considerato è costituito dalla somma del numero dei soggetti che erano già presenti dal 31 dicembre dell'anno precedente più il numero dei nuovi entrati in tutto l'arco di tempo considerato)

Denominazione Istituto penale adulti: _____

Scheda 2

STRUTTURE SANITARIE PRESENTI NELL'ISTITUTO
alla data del 31 dicembre 2009

Nell'Istituto sono presenti:

Ambulatorio SI NO

Infermeria SI NO

Centri diagnostico-terapeutici SI NO

Se SI indicare il n° di posti.....

Reparti per HIV SI NO

Se SI indicare il n° di posti.....

Reparti per disabili SI NO

Se SI indicare il n° di posti.....

Reparti di osservazione psichiatrica SI NO

Se SI indicare il n° di posti.....

Sezioni/reparti di psichiatria (infermi e/o minorati psichici) SI NO

Se SI indicare il n° di posti.....

Custodie attenuate per Tossicodipendenti SI NO

Se SI indicare il n° di posti

IL RESPONSABILE SANITARIO

IL DIRETTORE DELL'ISTITUTO



Assistenza sanitaria ai detenuti e ai minori sottoposti a provvedimento penale

SCHEDA N°3

Reparti/servizi ospedalieri esterni
(compilare una scheda per ogni singolo reparto/servizio)

Regione:

Azienda sanitaria di riferimento territoriale:

denominazione dell'Ospedale:

Tipologia 1:

reparto ospedaliero autonomo (disciplina ospedaliera: "detenuti")
n. posti letto:
presenza polizia penitenziaria 24 h
 SI NO

Tipologia 2:

camere blindate in reparto ospedaliero
n. posti letto:
presenza polizia penitenziaria 24 h
 SI NO

IL RESPONSABILE SANITARIO

gh

Denominazione IPM o CPA:

Scheda 4

DATI ORGANIZZATIVI

PERSONALE SANITARIO in servizio	Personale presente al 30 settembre 2008 (transitato ai sensi del DPCM del 1 aprile 2008)		Personale presente al 31 dicembre 2009	
	N°	Totale ore settimanali	N°	Totale ore settimanali
Medici incaricati (legge 740/1970)				
Medici di guardia medica (SIAS) (1)				
Psicologi di ruolo				
Psicologi a contratto				
Infermieri di ruolo				
Infermieri a contratto				
Personale tecnico di ruolo				
Personale tecnico a contratto				
Personale ausiliario di ruolo				
Personale ausiliario a contratto				

(1) Sono i medici del Servizio Integrativo di Assistenza Sanitaria (SIAS) assunti a contratto dall'Amministrazione della Giustizia

Denominazione IPM o CPA: _____

Scheda 4

ELENCO DISCIPLINE SPECIALISTICHE		Periodo 1 gennaio 2008 - 30 settembre 2008		Periodo 1 gennaio 2009 - 30 settembre 2009	
		SI/NO	se SI numero prestazioni pro capite (3)	SI/NO	se SI numero prestazioni pro capite (3)
1	Anestesia				
2	Cardiologia				
3	Chirurgia Generale				
4	Chirurgia plastica				
5	Chirurgia vascolare - Angiologia				
6	Dermatologia				
7	Diagnostica per immagini - Radiologia diagnostica				
8	Diagnostica per immagini - Medicina nucleare				
9	Endocrinologia				
10	Gastroenterologia - Chirurgia ed endoscopia digestiva				
11	Laboratorio analisi chimico cliniche e microbiologiche				
12	Medicina fisica e riabilitazione - Fisiocinesiterapia				
13	Nefrologia				
14	Neurochirurgia				
15	Neurologia				
16	Oculistica				
17	Odontostomatologia - Chirurgia maxillo facciale				
18	Oncologia Patologia clinica (laboratorio analisi)				
19	Ortopedia e traumatologia				
20	Ostetricia e Ginecologia				
21	Otorinolaringoiatria				
22	Pneumologia				
23	Psichiatria				
24	Radioterapia				
25	Urologia				
Altro					

(3) calcolata sul numero dei minori presenti nell'Istituto nel periodo considerato (il numero dei minori presenti nel periodo considerato è costituito dalla somma del numero dei minori presenti dall'anno precedente più il numero dei nuovi entrati in tutto l'arco di tempo considerato)

IL RESPONSABILE SANITARIO

IL DIRETTORE DELL'ISTITUTO O DEL CPA



15

Assistenza sanitaria ai detenuti e ai minori sottoposti a provvedimento penale

SCHEDA N°5

Assistenza sanitaria nelle Comunità ministeriali socio educative
(compilare una scheda per ogni singola struttura che è stata operativa nel 2009)
Situazione alla data del 31 dicembre 2009

Regione:
Azienda sanitaria di riferimento territoriale:
Comunità ministeriale (denominazione):
Indirizzo:
Numero di minori sottoposti a provvedimento penale presenti al 31.12.2009 (1):

(1) il numero dei minori presenti nell'anno è costituito dalla somma del numero dei soggetti presenti dall'anno precedente più il numero dei nuovi entrati nel corso dell'anno.

PERSONALE SANITARIO (1)	al 31 dicembre 2009	
	N°	Totale ore settimanali
Medici		
Psicologi		
Altre figure professionali (specificare sotto)	XXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXX

(1) personale sanitario appartenente al Servizio sanitario nazionale, che presta assistenza sanitaria in favore dei minori ospitati

IL RESPONSABILE DELLA COMUNITA' MINISTERIALE
(nome, cognome e qualifica)



Assistenza sanitaria ai minori sottoposti a provvedimento penale

SCHEDA N°6

Assistenza sanitaria nelle Comunità terapeutiche (strutture sanitarie residenziali e semiresidenziali)

(compilare una scheda per ogni singola struttura che è stata operativa nel 2009)
Situazione alla data del 31 dicembre 2009

Regione:

Azienda sanitaria di riferimento territoriale:

Comunità terapeutica (denominazione):

Tipologia:

pubblica

privata accreditata

privata autorizzata

Indirizzo:

Numero di minori sottoposti a provvedimento penale presenti al 31.12.2009:

Tipologia di pazienti:

minori con tossicodipendenza

minori con disturbi mentali

minori con tossicodipendenza e concomitante disturbo mentale (c.d. doppia diagnosi)

DATI ORGANIZZATIVI

PERSONALE SANITARIO	al 31 dicembre 2009	
	N°	Totale ore settimanali
Medici		
Psicologi		
Altre figure professionali (specificare sotto)	XXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXX

IL RESPONSABILE DELLA COMUNITA' TERAPEUTICA
(nome, cognome e qualifica)



2.13 Intesa, ai sensi dell'articolo 2, comma 374, della legge 24 dicembre 2007, n. 244, sullo schema di decreto del Ministro della salute recante assegnazione, per l'anno 2008, alle Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano dell'importo di 60,5 milioni di euro previsto dall'articolo 1, della legge 27 dicembre 2006, n. 296 per l'integrazione e il cofinanziamento dei progetti regionali attuativi del Piano sanitario nazionale.

Rep. Atti n. 160/CSR del 23 settembre 2010



*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI
TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME
DI TRENTO E BOLZANO

Intesa, ai sensi dell'articolo 2, comma 374, della legge 24 dicembre 2007, n. 244, sullo schema di decreto del Ministro della salute recante assegnazione, per l'anno 2008, alle Regioni e Province autonome di Trento e di Bolzano dell'importo di 60,5 milioni di euro previsto dall'articolo 1, della legge 27 dicembre 2006, n. 296 per l'integrazione e il cofinanziamento dei progetti regionali attuativi del Piano sanitario nazionale.

Rep. Atti n. 160/PSR... del 23 settembre 2010

**LA CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI E LE
PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO**

Nella odierna seduta del 23 settembre 2010:

VISTO l'articolo 1, comma 805, della legge 27 dicembre 2006, n. 296 (legge finanziaria 2007), che, al fine di rimuovere gli squilibri sanitari connessi alla disomogenea distribuzione registrabile tra le varie realtà regionali nelle attività realizzative del Piano sanitario nazionale, per il triennio 2007, 2008, 2009 istituisce un Fondo per il cofinanziamento dei progetti attuativi del Piano sanitario nazionale nonché per il cofinanziamento di analoghi progetti da parte delle Regioni Valle d'Aosta e Friuli Venezia Giulia e delle Province autonome di Trento e di Bolzano;

VISTA la legge 24 dicembre 2007, n. 244 (legge finanziaria 2008), che, all'articolo 2, comma 374, prevede che, per gli anni 2008 e 2009, l'importo di 60,5 milioni di euro previsto dall'articolo 1, comma 806, della legge 27 dicembre 2006, n. 296, da assegnare alle Regioni e Province autonome, con decreto del Ministro della salute, previa intesa con questa Conferenza, per l'integrazione ed il cofinanziamento dei progetti regionali attuativi del Piano sanitario nazionale, è prioritariamente finalizzato:

- a) alla sperimentazione del modello assistenziale «case della salute»;
- b) alle malattie rare;
- c) all'implementazione della rete delle unità spinali unipolari e delle strutture per pazienti gravi cerebrolesi;
- d) all'attuazione del Patto per la salute e la sicurezza sui luoghi di lavoro;
- e) alla promozione di attività di integrazione tra dipartimenti di salute mentale e ospedali psichiatrici giudiziari;
- f) all'attuazione del documento programmatico «Guadagnare salute – rendere facili le scelte salutari», di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 4 maggio 2007;

VISTA la lettera in data 8 aprile 2010 con la quale il Ministero della salute, in attuazione delle suddette disposizioni di legge, ha inviato, ai fini dell'acquisizione della prescritta Intesa, lo schema di provvedimento indicato in oggetto volto a definire, per l'anno 2008, le modalità per





*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI
TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME
DI TRENTO E BOLZANO

l'assegnazione alle Regioni e Province autonome del predetto importo pari a 60,5 milioni di euro secondo la Tabella allegata e parte integrante dello schema medesimo;

VISTA la lettera in data 15 aprile 2010 con la quale il predetto schema di decreto è stato diramato alle Regioni e Province autonome;

CONSIDERATO che un incontro tecnico convocato per il 17 giugno 2010, su richiesta della Regione Veneto, Coordinatrice interregionale in sanità, è stato differito al 15 settembre 2010;

CONSIDERATO che, nel corso dell'incontro tecnico del 15 settembre 2010, la Regione Veneto, Coordinatrice interregionale in sanità, ha espresso parere tecnico favorevole ai fini del perfezionamento della prescritta intesa;

ACQUISITO, nel corso dell'odierna seduta, l'assenso del Governo e delle Regioni e Province autonome di Trento e di Bolzano;

ESPRIME INTESA

sullo schema di decreto del Ministro della salute recante assegnazione, per l'anno 2008, alle Regioni e Province autonome di Trento e di Bolzano dell'importo di 60,5 milioni di euro previsto dall'articolo 1, della legge 27 dicembre 2006, n. 296 per l'integrazione e il cofinanziamento dei progetti regionali attuativi del Piano sanitario nazionale.

IL SEGRETARIO
Cons. Ermenegilda Siniscalchi



IL PRESIDENTE
On. Dott. Raffaele Fitto



*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

SEGRETERIA DELLA CONFERENZA PERMANENTE
PER I RAPPORTI TRA LO STATO LE REGIONI
E LE PROVINCE AUTONOME

Servizio III^o: Sanità e politiche sociali

CONFERENZA STATO-REGIONI

Seduta del 23 settembre 2010

Punto n. 5 dell'o.d.g.

Oggetto: Intesa sullo schema di decreto del Ministro della salute recante assegnazione, per l'anno 2008, alle Regioni e Province autonome di Trento e di Bolzano dell'importo di 60,5 milioni di euro previsto dall'articolo 1, della legge 27 dicembre 2006, n. 296 per l'integrazione e il cofinanziamento dei progetti regionali attuativi del Piano sanitario nazionale. **Codice sito 4.10/2010/20**
Intesa ai sensi dell'articolo 2, comma 374, della legge 24 dicembre 2007, n. 244.

Finalità del provvedimento: La legge 24 dicembre 2007, n. 244 (legge finanziaria 2008), all'articolo 2, comma 374, prevede che, per gli anni 2008 e 2009, l'importo di 60,5 milioni di euro previsto dall'articolo 1, comma 806, della legge 27 dicembre 2006, n. 296, da assegnare alle Regioni e Province autonome, con decreto del Ministro della salute, previa intesa con la Conferenza Stato – Regioni, per l'integrazione ed il cofinanziamento dei progetti regionali attuativi del Piano sanitario nazionale, è prioritariamente finalizzato a:

- a) casa della salute;
- b) malattie rare;
- c) rete unità spinali e strutture cerebrolesi;
- d) salute e sicurezza sul lavoro;
- e) integrazione tra dipartimenti di salute mentale e ospedali psichiatrici giudiziari;
- f) guadagnare salute.

In attuazione della suddetta disposizione di legge, il Ministero della salute, con lettera in data 8 aprile 2010, ha inviato, ai fini dell'acquisizione della prescritta Intesa, lo schema di provvedimento indicato in oggetto volto a definire, per l'anno 2008, le modalità per l'assegnazione alle Regioni e Province autonome del predetto importo pari a 60,5 milioni di euro secondo la Tabella allegata e parte integrante dello schema medesimo.

Istruttoria: Il Ministero della salute, con nota pervenuta in data 8 aprile 2010, ha trasmesso, ai fini dell'acquisizione della prescritta intesa in sede di Conferenza Stato – Regioni, lo schema di decreto indicato in oggetto che, in data 15 aprile u.s., è stato diramato alle Regioni e Province autonome.



*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

SECRETARIA DELLA CONFERENZA PERMANENTE
PER I RAPPORTI TRA LO STATO LE REGIONI
E LE PROVINCE AUTONOME

Un incontro tecnico convocato per il 17 giugno u.s., su richiesta della Regione Veneto, Coordinatrice interregionale in sanità, è stato differito al 15 settembre 2010.

Nel corso dell'incontro tecnico del 15 settembre la Regione Veneto, Coordinatrice interregionale in sanità, ha espresso parere tecnico favorevole.

Si sottopone all'esame della Conferenza Stato - Regioni, ai fini del perfezionamento dell'intesa, ai sensi dell'articolo 2, comma 374, della legge 24 dicembre 2007, n. 244.

Il Direttore
Cons. Ermenegilda Siniscalchi





Ministero della Salute

IL MINISTRO

VISTO la legge 27 dicembre 2006, n. 296, articolo 1, commi 805, 806 e 807 che istituisce un fondo pari a 60,5 milioni di euro per il triennio 2007-2008-2009 da assegnare alle regioni e alle province autonome di Trento e Bolzano per il **cofinanziamento dei progetti** attuativi del Piano Sanitario Nazionale e che prevede che le suddette risorse vengano assegnate con decreto del Ministro della salute, su proposta del Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza in condizioni di appropriatezza ed efficacia nell'utilizzo delle risorse, di cui all'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005;

VISTO la Legge 24.12.2007 n. 244 (Legge Finanziaria 2008) all'art. 2 co. 374 che ha riconfermato, per gli anni 2008 e 2009, lo stanziamento di 60,5 milioni di euro per il cofinanziamento dei progetti attuativi in materia di "Sperimentazione del modello assistenziale Casa della Salute", "Malattie rare", "Implementazione delle reti delle unità spinali e delle strutture per pazienti gravi cerebrolesi", "Attuazione del patto per la salute e la sicurezza sui luoghi di lavoro", "Promozione di attività di integrazione tra dipartimenti di salute mentale e ospedali psichiatrici giudiziari" "Attuazione del documento programmatico "Guadagnare salute - rendere facili le scelte salutari";

VISTO il Decreto del Ministro del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali del 23 dicembre 2008 "Progetti attuativi del Piano Sanitario Nazionale – Linee guida per l'accesso al cofinanziamento alle regioni e alle province autonome di Trento e Bolzano. Anno 2008";

VISTA l'Intesa della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano del 26 febbraio 2009 (Rep. Atti 21/CSR), ai sensi dell'articolo 115, comma 1, lettera a) del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, sulla proposta del Ministro della Salute di deliberazione CIPE relativa all'assegnazione alle Regioni delle risorse vincolate, ai sensi dell'art. 1, comma 34, della legge 23 dicembre n. 662, per l'anno 2008, alla realizzazione di obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale del Piano Sanitario Nazionale 2006-2008;

VISTO l'Accordo della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano del 26 febbraio 2009 (Rep. Atti 20 CSR), ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sulle linee progettuali per l'utilizzo da parte delle regioni delle risorse vincolate ai

sensi dell'art. 1, commi 34 e 34 bis, della legge 23 dicembre 1996, n. 662 per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale per l'anno 2008;

CONSIDERATO che, nella seduta del 16 dicembre 2009, l'Ufficio V della Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, dei livelli di assistenza e dei principi etici di sistema del Ministero della salute che ha svolto l'attività istruttoria, ha illustrato al Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza il documento di analisi dei progetti per l'accesso al cofinanziamento per l'anno 2008, contenente la metodologia di valutazione adottata nonché gli strumenti utilizzati per la valutazione, da applicare ad ogni singolo progetto regionale;

CONSIDERATO che nella stessa seduta, sulla base delle osservazioni formulate in sede di Comitato si è pervenuti ad una rimodulazione della proposta di riparto che è stata approvata ed è riportata nella tabella allegata parte integrante del presente atto (allegato 1);

ACQUISITA l'Intesa della Conferenza Stato Regioni nella seduta del

DECRETA

Art. 1

Il fondo di 60,5 milioni di euro da assegnare, per l'anno 2008, alle regioni e alle province autonome di Trento e Bolzano per il cofinanziamento dei progetti attuativi del Piano Sanitario Nazionale è ripartito secondo quanto riportato nella tabella allegata che forma parte integrante del presente decreto (allegato 1).

Art. 2

La materiale erogazione delle risorse è subordinata all'adempimento, da parte delle regioni e delle province autonome, di quanto di seguito prescritto nel termine di trenta giorni dell'entrata in vigore del presente decreto:

- a) presentazione di documentazione integrativa in materia di indicatori e/o risultati operativi attesi per ogni progetto presentato;
- b) nei confronti delle Province autonome di Trento e Bolzano si applicano le disposizioni di cui all'art. 5 della legge 30.11.1989, n. 386.

Art. 3

All'erogazione dei fondi si provvederà con singoli decreti dirigenziali da emanarsi previa verifica degli adempimenti richiesti.

Il presente decreto, trasmesso agli organi di controllo per gli adempimenti di competenza, entra in vigore il giorno successivo a quello della sua pubblicazione sulla Gazzetta Ufficiale.

Roma, li

IL MINISTRO

ALLEGATO 1

RIPARTIZIONE DEL FONDO PER IL COFINANZIAMENTO DEI PROGETTI ATTUATIVI
DEL PIANO SANITARIO NAZIONALE PER L'ANNO 2008

	CASA DELLA SALUTE	MALATTIE RARE	RETE UNITA SPINALI E STRUTTURE CEREBROLESI	SALUTE E SICUREZZA SUL LAVORO	INTEGRAZIONE TRA D.S.M. E O.P.G.	GUADAGNARE SALUTE
Piemonte	3.000.000,00	389.318,00	300.000,00		350.000,00	
Lombardia	1.300.000,00	1.531.445,00	515.000,00	1.750.000,00	1.100.000,00	1.360.000,00
Liguria	2.000.000,00	129.836,00	1.808.500,00			
P. A. Trento	225.000,00	100.000,00	350.000,00		50.000,00	430.000,00
F. V. Giulia		294.317,00				
Veneto	3.000.000,00	389.568,00	1.000.000,00	500.000,00	400.000,00	726.000,00
E. Romagna	900.000,00	411.445,00	1.030.508,00	726.781,00	350.000,00	600.000,00
Toscana	15.965.528,00	332.458,00	800.000,00	2.240.000,00	300.000,00	700.000,00
Umbria	701.004,00	175.935,00	114.918,00	229.837,00	50.000,00	114.918,00
Marche	3.000.000,00	125.684,00	1.100.000,00	350.000,00	300.000,00	165.000,00
Lazio				700.000,00		
Puglia	2.000.000,00	360.000,00	300.000,00	1.200.000,00	350.000,00	320.000,00
Sardegna		242.000,00	445.000,00	350.000,00	150.000,00	300.000,00
TOTALE	32.091.532,00	4.482.006,00	7.763.926,00	6.046.618,00	3.400.000,00	4.715.918,00

2.14 Intesa, ai sensi dell'articolo 115, comma 1, lettera a), del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, sulla proposta del Ministero della salute di deliberazione CIPE concernente il riparto per l'anno 2010 delle risorse finanziarie trasferite nella disponibilità del Servizio Sanitario Nazionale, ai sensi dell'articolo 6 del DPCM 1° aprile 2008, ai fini dell'esercizio delle funzioni sanitarie afferenti alla medicina penitenziaria.

Rep. Atti n. 111/CU del 28 ottobre 2010



*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA UNIFICATA

Intesa, ai sensi dell'articolo 115, comma 1, lettera a), del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, sulla proposta del Ministero della salute di deliberazione CIPE concernente il riparto per l'anno 2010 delle risorse finanziarie trasferite nelle disponibilità del Servizio Sanitario Nazionale, ai sensi dell'articolo 6 del DPCM 1° aprile 2008, ai fini dell'esercizio delle funzioni sanitarie afferenti alla medicina penitenziaria.

Rep. Atti n. *111/ku* del *28/10/2010*

LA CONFERENZA UNIFICATA

Nella odierna seduta del 28 ottobre 2010:

VISTO il decreto legislativo 15 dicembre 1997, n. 446, che, all'articolo 39, comma 1, demanda al CIPE, su proposta del Ministro della sanità, d'intesa con la Conferenza Stato - Regioni, l'assegnazione annuale alle Regioni e alle Province autonome delle quote del fondo sanitario nazionale di parte corrente;

VISTO l'articolo 115, comma 1, lett. a), del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, il quale dispone che il riparto delle risorse per il finanziamento del Servizio sanitario nazionale avvenga previa intesa con con la Conferenza Stato - Regioni;

VISTO l'articolo 2, comma 283, della legge 24 dicembre 2007, n. 244 (Finanziaria 2008) il quale prevede che, al fine di dare attuazione al riordino della medicina penitenziaria comprensivo dell'assistenza sanitaria negli istituti penali minorili, nei centri di prima accoglienza, nelle comunità e negli ospedali psichiatrici giudiziari, con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro della salute e del Ministro della giustizia, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze e con il Ministro per le riforme e le innovazioni nella pubblica amministrazione, di intesa con la Conferenza Stato - Regioni, sono definite le modalità ed i criteri per il trasferimento dal Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria e dal Dipartimento della giustizia minorile del Ministero della giustizia al Servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali, in materia di sanità penitenziaria;

VISTA l'intesa sullo schema di D.P.C.M. di cui trattasi, perfezionata nella seduta del 20 marzo 2008 (Rep. atti n. 91);

VISTO il comma 1 dell'articolo 6 del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 1° aprile 2008 ("Modalità e criteri per il trasferimento al Servizio Sanitario Nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria"), emanato in attuazione del menzionato art. 2, comma 283, della legge n. 244/2007, che prevede che, ai fini dell'esercizio da parte del Servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie afferenti alla medicina penitenziaria, le risorse finanziarie trasferite nelle disponibilità del Servizio sanitario nazionale sono quantificate complessivamente in 157,8 milioni di euro per l'anno 2008, in 162,8 milioni di euro per l'anno 2009 e in 167,8 milioni di euro a decorrere dall'anno 2010;





*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*
CONFERENZA UNIFICATA

VISTO il comma 2 del predetto articolo 6 del D.P.C.M. 1° aprile 2008 che stabilisce, inoltre, che, in fase di prima applicazione del D.P.C.M. medesimo, le risorse finanziarie di cui al menzionato comma 1 sono ripartite tra le Regioni, sulla base anche della tipologia delle strutture penitenziarie e dei servizi minorili presenti sul territorio di competenza, nonché dei flussi di accesso ai medesimi, secondo criteri definiti in sede di Conferenza Stato – Regioni;

CONSIDERATO che questa Conferenza, nella seduta del 31 luglio 2008, ha deliberato (Rep. Atti n. 81/CU) la costituzione del "Tavolo di consultazione permanente sulla sanità penitenziaria", di cui all'Allegato A del più volte detto D.P.C.M. 1° aprile 2008, tra i cui compiti è previsto anche l'espletamento dell'attività istruttoria dei provvedimenti, da sottoporre all'esame di questa Conferenza medesima, attuativi del D.P.C.M. in parola, ivi compreso quello previsto dal richiamato articolo 6;

VISTA la lettera in data 9 ottobre 2009 con la quale il Ministero della salute ha trasmesso la proposta di deliberazione CIPE in oggetto;

VISTA la lettera del 13 ottobre 2010 con la quale la predetta proposta è stata diramata alle Regioni e Province autonome e all'ANCI, all'UPI e all'UNCCEM;

CONSIDERATO che, nel corso della riunione del Tavolo di consultazione permanente svoltasi il 19 ottobre 2010, i componenti del Tavolo medesimo hanno espresso assenso tecnico sulla proposta di deliberazione CIPE in oggetto;

ACQUISITO, nel corso dell'odierna seduta, l'assenso del Governo, delle Regioni e delle Province Autonome di Trento e di Bolzano e dell'ANCI, dell'UPI e dell'UNCCEM sulla proposta di deliberazione in esame, nel testo trasmesso dal Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali, Allegato A, parte integrante del presente atto;

SANCISCE INTESA

sulla proposta del Ministero della salute di deliberazione CIPE concernente il riparto per l'anno 2010 delle risorse finanziarie trasferite nelle disponibilità del Servizio sanitario nazionale, ai sensi dell'articolo 6 del DPCM 1° aprile 2008, ai fini dell'esercizio delle funzioni sanitarie afferenti alla medicina penitenziaria.

IL SEGRETARIO
Cons. Ermenegilda Siniscalchi



IL PRESIDENTE
On.le Dott. Raffaele Fitto



Ministero della Salute

Dipartimento della Qualità

Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, dei livelli di assistenza e dei principi etici di sistema
Uff. IV

Proposta di deliberazione per il CIPE

Oggetto: Fondo Sanitario Nazionale 2010: ripartizione della quota destinata al finanziamento della sanità penitenziaria. Richiesta di intesa alla Conferenza Stato-Regioni.

L'articolo 2, comma 283 della legge 244/07 ha previsto che con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro della salute e del Ministro della giustizia, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze e con il Ministro per le riforme e le innovazioni nella pubblica amministrazione, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano vengano definite le modalità ed i criteri per il trasferimento, dal Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria e dal Dipartimento della giustizia minorile del Ministero della giustizia al Servizio sanitario nazionale, di tutte le funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali, afferenti alla sanità penitenziaria, stanziando a tal proposito l'importo di euro 157,8 milioni per l'anno 2008, 162,8 milioni per il 2009 e 167,8 milioni a decorrere dal 2010.

Con la presente proposta si provvedono a ripartire i predetti **167,8 milioni di euro** da trasferire nelle disponibilità del Servizio sanitario nazionale sul capitolo di spesa del Fondo sanitario nazionale per il finanziamento delle spese che le Aziende sanitarie locali devono sostenere per effetto del sopradescritto trasferimento di funzioni.

Il suddetto importo di 167,8 milioni di euro è costituito per :

- a) 147,8 mln di euro dalle somme iscritte nel capitolo dello stato di previsione della spesa del Ministero della Giustizia e trasferite in parte al FSN;
- b) 20 mln di euro dalle somme iscritte nel capitolo dello stato di previsione della spesa del Ministero della Salute e trasferite al FSN.

Il criterio di riparto della somma complessiva stanziata per l'anno 2010 è agganciato:



- a) per 2/3 sulla base di criteri di riparto che sono stati appositamente individuati, al fine di assicurare una ripartizione il più possibile congrua rispetto al fabbisogno di ciascuna regione, nel momento in cui la sanità penitenziaria è passata dalle competenze del Ministero della Giustizia a quelle del Ssn. Tali criteri risultano innovativi rispetto a quelli prettamente storici utilizzati in sede di riparto per il 2008, allorché si era ritenuto di proporzionare la quota spettante alla "spesa storica" sostenuta nel 2006 dai Dipartimenti del Ministero della Giustizia.

Con detti nuovi criteri, peraltro già utilizzati in sede di riparto delle risorse per l'anno 2009, è stata valorizzata maggiormente la presenza degli OPG e dei Centri clinici nelle singole regioni, alle quali è stata assicurata una quota di finanziamento ad hoc parametrata alle necessità di avviare un programma specifico di riorganizzazione dei servizi; inoltre, si è tenuto conto del peso percentuale delle presenze dei detenuti al 31.07.2006 rideterminato con i seguenti 2 fattori di correzione:

- n° di ingressi dei detenuti per regioni Anno 2007 comunicato dal Ministero della Giustizia
- n° di strutture penitenziarie di 3° livello (fino a 200 detenuti) per regioni comunicato dal Ministero della Giustizia che devono comunque sostenere costi fissi di personale e di struttura, indipendentemente dal numero di accesso dei detenuti.

I nuovi criteri prendono come riferimento le somme complessivamente messe a disposizione per il 2010, pari a **167,8 mln** di euro e assume che le stesse debbano essere così ripartite:

- per **23,093** mln di euro quale quota a favore delle **RSO** e delle **RSS** per la copertura degli oneri relativi agli OPG (cfr. Colonna A tabella riparto allegato);
- per **8,675** mln di euro quale quota a favore delle **RSO** e delle **RSS** per la copertura degli oneri relativi ai Centri clinici (cfr. Colonna B tabella riparto allegato);
- per **136,032** mln di euro quale quota residuale dopo aver finanziato le regioni nelle quali insistono gli OPG ed i Centri clinici in proporzione al peso percentuale delle presenze di detenuti sul territorio corretto sulla base dei 2 fattori di correzione sopradescritti (cfr. Colonna C tabella riparto allegato);



- b) per 1/3 alla spesa storica 2006 ricostruita a regime per il 2008 sulla base delle risorse disponibili per detto anno, così come effettuato in sede di riparto delle risorse finanziarie a titolo di competenza per il medesimo anno 2008.

Anche detto criterio storico prende come riferimento le somme complessivamente messe a disposizione per il 2010, pari a **167,8 mln** di euro e assume che le stesse debbano essere ripartite per **154,117** mln di euro (cfr. Colonna E della tabella di riparto allegata) nel seguente modo:

- **128,453** mln di euro in proporzione alla spesa storica 2008 a regime alle sole **Regioni a statuto ordinario (RSO)**, comprensivi dei maggiori oneri per il personale che le Aziende sanitarie locali del Servizio sanitario nazionale dovranno sostenere per effetto dell'inquadramento nei propri ruoli di complessivi 518 unità di personale a tempo indeterminato, quantificati su base annua secondo i criteri desumibili dalla relazione tecnica al DPCM 1° aprile 2008;
- **25,664** mln di euro quale importo che *continua a gravare sul capitolo del Ministero della Giustizia*, per far fronte alle esigenze finanziarie delle **Regioni a statuto speciale e province autonome di Trento e Bolzano (RSS)**, in applicazione di quanto previsto dall'articolo 8 di detto DPCM del 1° aprile 2008 che stabilisce che il trasferimento delle funzioni dell'Amministrazione penitenziaria e della Giustizia minorile alle Province Autonome di Trento e Bolzano ed alle Regioni a statuto speciale avverrà solo di seguito all'emanazione delle norme di attuazione secondo i loro rispettivi statuti e che, pertanto, l'onere del personale dipendente di tali regioni e province autonome resta a carico del Ministero della Giustizia.

Per i restanti **13,682 mln** di euro (cfr. Colonna F della tabella di riparto allegata) nel seguente altro modo:

- **10,874** mln di euro quale quota a favore delle **RSO** per la copertura degli oneri relativi ai Centri clinici e degli OPG, *a valere sulla quota parte di stanziamento del Ministero della salute*. Tale finalizzazione si rende necessaria al fine di rispondere alla necessità di rispondere alle specifiche esigenze di sicurezza che si impongono nei confronti di alcune categorie di detenuti (fra i quali quelli soggetti sottoposti al



regime penitenziario di cui all'art. 41bis del Codice Penale in quanto esponenti della criminalità organizzata di stampo mafioso), collaboratori di giustizia ed altri ristretti a regime di elevato indice di vigilanza (per quanto attiene i Centri clinici) e della necessità di avviare un programma specifico di riorganizzazione dei servizi e di azioni per la tutela della salute mentale che richiede un significativo investimento di risorse professionali e finanziarie (per quanto attiene gli OPG);

- **2,808** milioni di euro quale quota da accantonare (**e da non ripartire in questa sede**), a valere sulla quota parte di stanziamento del Ministero della salute, per far fronte alle esigenze finanziarie delle RSS per la copertura dei maggiori oneri del personale e degli OPG, nel caso in cui le stesse dovessero adottare i regolamenti di attuazione nel corso del 2010.

Il risultato di tale "criterio misto" è riportato nella colonna (H) della tabella di riparto. Con l'adozione di tale "criterio misto" si è inteso continuare, anche per il 2010, il percorso di superamento graduale del criterio della "spesa storica", già iniziato nel 2009, ed il conseguente definitivo passaggio ai "nuovi criteri" a partire dal 2011.

Dell'intera somma di euro **167,8** mln (colonna H della tabella di riparto) si è ritenuto necessario distinguere, infine, la quota spettante alle Regioni a statuto ordinario da quelle a statuto speciale (ivi comprese le province autonome) al fine di individuare la quota effettivamente da ripartire in questa sede.

Difatti:

- **140,196** mln di euro sono risorse spettanti alle RSO sulla base del criterio misto sopradescritto (colonna I della tabella di riparto);
- **27,604** mln di euro residuali sono risorse in favore delle RSS e province autonome così composte:
 - **24,796** mln di euro quale quota ordinaria finora sostenuta dal Ministero della Giustizia, a valere sui propri capitoli di bilancio, con decorrenza 1° gennaio 2010, nelle more dell'adozione dei regolamenti di attuazione da parte delle



RSS e delle province autonome (colonna M della tabella di riparto);

- **2,808** mln di euro, quale quota da accantonare a valere sulle risorse del FSN, per coprire le maggiori esigenze finanziarie derivanti dal trasferimento della sanità penitenziaria al Ssn, nell'ipotesi che le RSS e le province autonome adottino i regolamenti di attuazione dal 1° gennaio 2010 (colonna L della tabella di riparto).

Si allega la relativa tabella di riparto.

Il Ministro

Roma,



RIPARTO DELLE RISORSE FINANZIARIE PER LA MEDICINA PENTENZIARIA

ANNO 2010

COMPETENZA a CARSA DAL 1° GENNAIO 2010

Regioni	RIFORMAZIONE										SERVIZIO			SERVIZIO ESISTENTE			SERVIZIO ESISTENTE		
	PREV. 2010	PREV. 2009	PREV. 2008	PREV. 2007	PREV. 2006	PREV. 2005	PREV. 2004	PREV. 2003	PREV. 2002	PREV. 2001	PREV. 2000	PREV. 1999	PREV. 1998	PREV. 1997	PREV. 1996	PREV. 1995	PREV. 1994	PREV. 1993	PREV. 1992
... (rows omitted for brevity) ...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
TOTALE	2010	2009	2008	2007	2006	2005	2004	2003	2002	2001	2000	1999	1998	1997	1996	1995	1994	1993	1992

Figura 2 - Ripartizione delle risorse finanziarie per la medicina penitenziaria - competenza a CARSA dal 1° gennaio 2010.

Fonte: Elaborazioni del Dipartimento di Economia e Finanza del Ministero della Giustizia, basate sui dati forniti dalle Regioni e dalle Province.





*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*
CONFERENZA UNIFICATA

Servizio III^o: Sanità e politiche sociali

CONFERENZA UNIFICATA

Seduta del 28 ottobre 2010

Punto n. 9 dell'o.d.g.

Oggetto: Intesa sulla proposta del Ministero della salute di deliberazione CIPE concernente il riparto per l'anno 2010 delle risorse finanziarie trasferite nelle disponibilità del Servizio Sanitario Nazionale, ai sensi dell'articolo 6 del DPCM 1° aprile 2008, ai fini dell'esercizio delle funzioni sanitarie afferenti alla medicina penitenziaria. **Codice sito: 4.10/2010/67**

Intesa ai sensi dell'articolo 115, comma 1, lettera a), del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112.

Finalità del provvedimento: L'articolo 2, comma 283, della legge 24 dicembre 2007, n. 244 (Finanziaria 2008) prevede che, al fine di dare attuazione al riordino della medicina penitenziaria comprensivo dell'assistenza sanitaria negli istituti penali minorili, nei centri di prima accoglienza, nelle comunità e negli ospedali psichiatrici giudiziari, con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro della salute e del Ministro della giustizia, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze e con il Ministro per le riforme e le innovazioni nella pubblica amministrazione, di intesa con la Conferenza Stato – Regioni, sono definite le modalità ed i criteri per il trasferimento dal Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria e dal Dipartimento della giustizia minorile del Ministero della giustizia al Servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali, in materia di sanità penitenziaria.

L'intesa sullo schema di D.P.C.M. di cui trattasi è stata a suo tempo perfezionata nella seduta del 20 marzo 2008 (Rep. atti n. 91).

L'articolo 6 del D.P.C.M. 1° aprile 2008 ("Modalità e criteri per il trasferimento al Servizio Sanitario Nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria"), emanato in attuazione del menzionato art. 2, comma 283, della legge n. 244/2007, prevede, al primo comma, che, ai fini dell'esercizio da parte del Servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie afferenti alla medicina penitenziaria, le risorse finanziarie trasferite nelle disponibilità del Servizio sanitario nazionale sono quantificate complessivamente in 157,8 milioni di euro per l'anno 2008, in 162,8 milioni di euro per l'anno 2009 e in 167,8 milioni di euro a decorrere dall'anno 2010.

Il comma 2 del predetto articolo 6 del D.P.C.M. 1° aprile 2008 stabilisce, inoltre, che, in fase di prima applicazione del D.P.C.M. medesimo, le risorse finanziarie di cui al menzionato comma 1 sono ripartite tra le Regioni, sulla base anche della tipologia delle strutture penitenziarie e dei servizi minorili presenti sul territorio di competenza, nonché dei flussi di accesso ai medesimi, secondo criteri definiti in sede di Conferenza Stato – Regioni.



*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*
CONFERENZA UNIFICATA

Il decreto legislativo 15 dicembre 1997, n. 446, all'articolo 39, comma 1, demanda al CIPE, su proposta del Ministro della sanità, d'intesa con la Conferenza Stato – Regioni, l'assegnazione annuale alle Regioni e alle Province autonome delle quote del fondo sanitario nazionale di parte corrente.

L'articolo 115, comma 1, lett. a), del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, dispone che il riparto delle risorse per il finanziamento del Servizio sanitario nazionale avvenga previa intesa con la Conferenza Stato – Regioni.

In attuazione delle predette disposizioni, il Ministero della salute, con nota in data 9 ottobre 2010, ha inviato la proposta di deliberazione CIPE in oggetto, per il riparto della somma di 167,8 milioni di euro trasferita, per l'anno 2010, nelle disponibilità del Servizio sanitario nazionale ai fini dell'esercizio delle funzioni sanitarie relative alla medicina penitenziaria.

Con la medesima nota, il predetto Ministero ha fatto presente di avere acquisito l'assenso tecnico del Ministero dell'economia e delle finanze sulla proposta di deliberazione CIPE in parola.

Il suddetto importo di 167,8 milioni di euro è costituito, per 147,8 milioni di euro, dalle somme iscritte nel capitolo dello stato di previsione della spesa del Ministero della Giustizia e trasferite al FSN e, per 20 milioni di euro, dalle somme iscritte nel capitolo dello stato di previsione della spesa del Ministero della salute e trasferite al FSN.

La Tabella, allegata alla proposta di deliberazione CIPE in oggetto, esplicita la metodologia adottata per la ripartizione di cui trattasi.

In particolare, la ripartizione della somma complessivamente stanziata per l'anno 2010 è articolata:

- per **2/3** sulla base di nuovi criteri di riparto, individuati al fine di assicurare una ripartizione il più possibile congrua rispetto al fabbisogno di ciascuna Regione, che risultano innovativi rispetto a quelli prettamente storici utilizzati in sede di riparto per il 2008 allorché si era ritenuto di proporzionare la quota spettante alla "spesa storica" sostenuta nell'anno 2006 dal Ministero della giustizia; con detti nuovi criteri, peraltro già utilizzati in sede di riparto delle risorse per l'anno 2009, è stata valorizzata maggiormente la presenza degli OPG e dei Centri clinici nelle singole Regioni ai quali è stata assicurata una quota di finanziamento ad hoc parametrata alle necessità di avviare un programma specifico di riorganizzazione dei servizi; inoltre, si è tenuto conto del peso percentuale delle presenze dei detenuti al 31 luglio 2006 rideterminato con due fattori di correzione: a) il numero di ingressi dei detenuti per Regioni nell'anno 2007; b) il numero di strutture penitenziarie di III livello (fino a 200 detenuti) per Regioni, le quali devono comunque sostenere costi fissi di personale e di struttura indipendentemente dal livello di accesso dei detenuti.
- per il restante **1/3** sulla base della spesa storica 2006.

Il risultato di tale "criterio misto" è riportato nella colonna H della predetta Tabella allegata alla proposta di deliberazione CIPE. Con l'adozione del "criterio misto" si è inteso continuare il percorso



*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA UNIFICATA

di superamento graduale del criterio della spesa storica, già iniziato nel 2009, ed il conseguente definitivo passaggio ai predetti nuovi criteri a decorrere dall'anno 2011.

Occorre tener presente, infine, che l'articolo 8 del pluricitato D.P.C.M. 1° aprile 2008 stabilisce che, con le modalità previste dai rispettivi statuti e dalle correlate norme di attuazione, si provvede a trasferire alle Regioni a Statuto speciale e alle Province autonome di Trento e Bolzano le funzioni, i compiti, le risorse umane, finanziarie e organizzative trasferiti dal D.P.C.M. medesimo alle Regioni a Statuto ordinario e che, nelle more, l'onere del personale dipendente di dette Regioni e Province autonome resta a carico del Ministero della giustizia.

La colonna M della Tabella espone 24,796 milioni di euro quale quota ordinaria finora sostenuta dal Ministero della giustizia, a valere nei propri capitoli di bilancio, con decorrenza dal 1° gennaio 2010, nelle more dell'adozione dei regolamenti di attuazione da parte delle Regioni a statuto speciale e delle Province Autonome.

Istruttoria: L'articolo 6, comma 2, del D.P.C.M. 1° aprile 2008 prevede che le risorse finanziarie di cui al comma 1 sono ripartite tra le Regioni secondo criteri definiti in sede di Conferenza Stato-Regioni. La Conferenza Unificata, nella seduta del 31 luglio 2008, ha deliberato (Rep. Atti n. 81/CU) la costituzione del "Tavolo di consultazione permanente sulla sanità penitenziaria", di cui all'Allegato A del più volte detto D.P.C.M. 1° aprile 2008, tra i cui compiti è previsto anche l'espletamento dell'attività istruttoria dei provvedimenti, da sottoporre all'esame della Conferenza Unificata medesima, attuativi del D.P.C.M. in parola, ivi compreso quello previsto dal richiamato articolo 6.

Con nota in data 9 ottobre 2010, il Ministero della salute ha trasmesso la proposta indicata in oggetto, diramata con lettera della Segreteria della Conferenza Stato – Regioni del 13 ottobre 2010.

Nel corso della riunione del Tavolo di consultazione permanente svoltosi il 19 ottobre 2010, i componenti del Tavolo medesimo hanno espresso assenso tecnico sulla proposta di deliberazione CIPE in oggetto.

Si sottopone all'esame della Conferenza Unificata per il perfezionamento dell'intesa ai sensi dell'articolo 115, comma 1, lettera a), del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112.

Il Segretario
Cons. Ermenegilda Siniscalchi

