

**2.17** 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 la riduzione del rischio autolesivo e suicidario dei detenuti, degli internati e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale".

Rep. atti n. 5/CU del 19 gennaio 2012 - Pubblicato nella Gazzetta Ufficiale del 10 febbraio 2012, n. 34

Il documento è stato approvato nella seduta del Tavolo di consultazione permanente nella seduta svoltasi il 9 novembre 2011.





*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 la riduzione del rischio autolesivo e suicidario dei detenuti, degli internati e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale".

Rep. n. 5/CU del 18/01/2012

LA CONFERENZA UNIFICATA

Nell'odierna seduta del 19 gennaio 2012:

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;





*Presidenza  
del Consiglio dei Ministri*  
CONFERENZA UNIFICATA

CONSIDERATO, inoltre, che al suddetto Tavolo è demandato, in particolare, il compito di predisporre indirizzi per favorire la realizzazione di programmi di interventi nelle realtà territoriali nei confronti dei detenuti, degli internati e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale e quello di definire strumenti volti a favorire il coordinamento fra le Regioni, Provveditorati regionali dell'Amministrazione penitenziaria e Centri della giustizia minorile;

CONSIDERATO che l'Allegato A al citato D.P.C.M. 1° aprile 2008 recante "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" riserva, in particolare, una specifica attenzione alla tematica della presa in carico dei nuovi giunti e della prevenzione del rischio suicidario;

VISTA la lettera pervenuta in data 13 dicembre 2010, e trasmessa in data 5 gennaio 2011 a tutti in componenti del Tavolo di consultazione permanente sulla sanità penitenziaria, con la quale il Ministero della giustizia – Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria ha proposto all'esame del Tavolo medesimo una prima bozza del documento indicato in oggetto;

CONSIDERATO che, nel corso della riunione del predetto Tavolo svoltasi in data 18 gennaio 2011, le Regioni e le Province autonome si sono impegnate ad elaborare una proposta migliorativa del suddetto documento da sottoporre all'esame del Tavolo medesimo;

VISTA la nota in data 13 maggio 2011, con la quale la Regione Veneto ha inviato una nuova versione del documento in parola, approvata dal Gruppo tecnico interregionale per la sanità penitenziaria in data 11 maggio 2011;

CONSIDERATO che tale nuova versione è stata discussa nella riunione del Tavolo del 13 luglio 2011, nel corso della quale sono state concordate modifiche migliorative del testo;

VISTA la nota in data 10 ottobre 2011, con la quale questa Segreteria ha trasmesso, come concordato nel corso di una nuova riunione del Tavolo svoltasi il 5 ottobre 2011, una nuova versione del documento che tiene conto degli approfondimenti condotti nel corso della riunione medesima;

VISTA la nota in data 25 ottobre 2011, trasmessa in data 3 novembre 2011, con la quale il Ministero della salute ha inviato una proposta di modifica del documento di cui trattasi;

RILEVATO che, nel corso della riunione del 9 novembre 2011, il Tavolo di consultazione permanente ha approvato la versione definitiva del documento in parola, Allegato sub A, parte integrante del presente atto, che è stata diramata alle Amministrazioni centrali interessate, alle Regioni e Province autonome ed alle Autonomie locali con lettera in data 10 novembre 2011;







*Presidenza  
del Consiglio dei Ministri*  
CONFERENZA UNIFICATA

CONSIDERATO che il punto iscritto all'odg della Conferenza Unificata del 21 dicembre 2011 non è stato esaminato;

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 "Linee di indirizzo per la riduzione del rischio autolesivo e suicidario dei detenuti, degli internati e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale", Allegato sub A, parte integrante del presente atto.

IL SEGRETARIO  
Cons. Ermenegilda Siniscalchi



IL PRESIDENTE  
Dott. Piero Gnudi



*Presidenza  
del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA UNIFICATA

**ALLEGATO A**

**LINEE DI INDIRIZZO PER LA RIDUZIONE DEL RISCHIO AUTOLESIVO E SUICIDARIO DEI DETENUTI, DEGLI INTERNATI E DEI MINORENNI SOTTOPOSTI A PROVVEDIMENTO PENALE.**

**Premessa**

La riforma della sanità penitenziaria, ormai da tempo avviata a seguito del D.P.C.M. 1.4.2008, sta comportando la mobilitazione delle risorse e la reingegnerizzazione dei meccanismi di collaborazione delle istituzioni coinvolte a tutti i livelli nella gestione dei soggetti, adulti e minorenni, sottoposti a provvedimenti limitativi della libertà.

L'Allegato A al D.P.C.M. 1.4.2008 contiene l'indicazione dei principi fondamentali della riforma ed in particolare riserva una specifica attenzione alla tematica della presa in carico dei nuovi giunti e della prevenzione del rischio suicidario. Infatti, tra gli Obiettivi di salute è presente anche "la riduzione dei suicidi e dei tentativi di suicidio, attraverso l'individuazione dei fattori di rischio".

Tale argomento è ulteriormente richiamato nel paragrafo relativo alla "*Medicina generale e la valutazione dello stato di salute dei nuovi ingressi*", in cui è espressamente indicato che i presidi sanitari presenti in ogni istituto penitenziario e servizio minorile debbano adottare procedure di accoglienza che consentano di attenuare gli effetti potenzialmente traumatici della privazione della libertà e mettere in atto gli interventi necessari a prevenire atti di autolesionismo.

Inoltre, sempre nell'Allegato A, nel paragrafo relativo alla "*Prevenzione cura e riabilitazione nel campo della salute mentale*", tra le azioni da compiere è espressamente indicata, tra le altre, la realizzazione di specifici programmi mirati alla riduzione dei rischi di suicidio.

Fin dall'entrata in vigore della normativa è stato individuato nell'Accordo lo strumento fondamentale per definire le forme di collaborazione tra Servizio Sanitario Nazionale e Ministero della Giustizia; tra le Regioni ed i Provveditorati Regionali dell'Amministrazione Penitenziaria e i Centri per la Giustizia Minorile; tra le Aziende sanitarie locali e le Direzioni sia Penitenziarie sia dei Servizi Minorili (Istituti Penali per i Minorenni, Centri Prima Accoglienza e Comunità Ministeriali), tenendo conto delle specifiche esigenze, risorse, nonché della tipologia dell'utenza sottoposta a provvedimenti penali restrittivi e/o limitativi della libertà personale.

Per quanto riguarda la specificità del settore minorile è proprio l'Accordo sulle "Linee di indirizzo per l'assistenza sanitaria ai minori sottoposti a provvedimento dell'Autorità Giudiziaria" del 26 novembre 2009, che richiama ulteriormente la necessità di integrazione tra gli interventi sanitari, sociali ed educativi e quindi di un programma per la presa in carico multidisciplinare a partire dalla prima fase di ingresso nel circuito penale, per una valutazione complessiva del minore che consenta di evidenziare le sue caratteristiche e i suoi bisogni "assistenziali".





## Il Fenomeno

La condizione di reclusione è una esperienza umana limite, che coincide da un lato con la perdita della libertà individuale e della propria autonomia e dall'altra con la frattura della continuità esistenziale attraverso la sottrazione dell'individuo dal corso della propria vita e dalla sua rete relazionale.

"L'impatto psicologico dell'arresto e dell'incarcerazione, la paura di essere abbandonati da familiari e amici, la crisi di astinenza dei tossicodipendenti, la consapevolezza di una condanna lunga, lo stress quotidiano della vita in carcere, sono tutti elementi in grado di superare la 'soglia di resistenza' di una persona"<sup>1</sup>, e infatti è proprio nell'immediatezza dell'ingresso in istituto dalla libertà, o in occasione di cambiamenti significativi nelle proprie condizioni detentive, che si rileva un rischio maggiore di condotte autolesive o suicidarie.

Alcuni dati sui suicidi in carcere, sia per gli adulti (fonte: Ministero della giustizia – Dipartimento dell'Amministrazione penitenziaria, Ufficio per la gestione del sistema informativo automatizzato, Sezione statistica) che per i minorenni (fonte: Ministero della giustizia – Dipartimento giustizia minorile, Ufficio I Capo Dipartimento, Servizio Statistico) riferiti agli ultimi anni consentono di inquadrare e comprendere l'entità e la delicatezza del fenomeno.

In particolare i dati relativi alla popolazione adulta evidenziano una percentuale suicidaria più alta rispetto alla società libera e un rischio maggiormente concentrato o nell'immediatezza dell'ingresso in istituto dalla libertà, o in occasione di cambiamenti significativi nelle proprie condizioni detentive, come ad esempio il trasferimento da un istituto all'altro.

Per quanto riguarda la popolazione minorile i dati relativi al suicidio evidenziano una più bassa incidenza del fenomeno, mentre sembrerebbero più significativi quelli classificati quali "tentativo di suicidio".

Occorre evidenziare che l'inserimento di un minore in un carcere o in un Centro di Prima Accoglienza deve prevedere non solo una gradualità dell'impatto con la dimensione della privazione della libertà ma anche l'indispensabilità dell'approccio multidisciplinare. Anche nell'ambito del contesto penale minorile la fase di ingresso nel circuito del minore è considerata il fulcro dell'intervento.

Una ulteriore particolare attenzione va posta negli interventi da mettere in atto presso gli Ospedali Psichiatrici Giudiziari e le Case di Cura e Custodia, che più di ogni altra struttura di limitazione della libertà personale subiscono il rischio degli atti di autolesionismo grave, fino al suicidio.

## Raccomandazioni della World Health Organization (WHO/OMS)

Il Department of Mental Health and Substance Abuse della Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha redatto nel 2007 un documento che riassume le raccomandazioni sulla "Prevenzione del suicidio nelle carceri".

L'ottima qualità del documento, elaborato da un panel di esperti di livello internazionale e la sua esaustività ne fanno un importante strumento di riferimento.

<sup>1</sup> Comitato Nazionale per la Bioetica: "Il suicidio in carcere. Orientamenti bioetici" 25/6/2010





*Presidenza  
del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA UNIFICATA

Il documento tratta la problematica elaborando i possibili profili suicidari contestualizzati al regime detentivo, individuando i fattori di rischio e delineando un programma di prevenzione del suicidio attraverso l'addestramento del personale, lo screening di ingresso, l'osservazione dopo l'ingresso, la gestione post-screening, le modalità di comunicazione, il trattamento del tentativo di suicidio e la gestione dell'evento suicidio.

Nonostante debba essere rilevato come esistano delle differenze anche sostanziali tra regimi penitenziari dei diversi Paesi, di seguito vengono elencate le indicazioni strategiche desumibili :

- 1) Organizzare corsi di addestramento (e di aggiornamento) per il personale di Polizia Penitenziaria e per gli operatori sanitari che li aiuti a riconoscere i detenuti a rischio suicidario;
- 2) Curare la qualità del clima sociale e porre particolare attenzione all'ambiente, considerando i suoi livelli di attività, di sicurezza, di cultura, e il tipo di rapporto tra agenti e detenuti;
- 3) Mettere in atto strategie tese a ridurre i comportamenti aggressivi ed altre forme di violenza, ed enfatizzare invece relazioni supportive tra i detenuti e il personale sanitario e penitenziario;
- 4) Implementare procedure di screening sistematico dei detenuti sia all'ingresso che durante la detenzione, per identificare gli individui con un rischio suicidario elevato;
- 5) Implementare procedure di screening precoce e relativa valutazione dei minori privati della libertà;
- 6) Favorire la comunicazione e le informazioni tra il personale sanitario e penitenziario sui soggetti a rischio;
- 7) Formalizzare procedure scritte che riportino i requisiti minimi per ospitare detenuti ad alto rischio, le modalità per fornire supporto sociale, la prescrizione di frequenti controlli visivi e osservazione continua per i detenuti a rischio suicidario.

### **Le Azioni**

Un intervento di sistema sul tema della prevenzione del rischio suicidario non può non tenere conto del fatto che ciascun istituto penitenziario e/o servizio minorile si differenzia dagli altri e si caratterizza per la tipologia dell'utenza presente (patologie, posizioni giuridiche, tempi di permanenza, etnia, genere, condizioni socio culturali, ecc.) e per il contesto ambientale (numero delle presenze e sovraffollamento, condizioni igieniche, risorse territoriali, risorse di personale, ecc).

In ogni caso sarà importante che il sistema sviluppi capacità di intercettare e trattare con tempestività stati di disagio psicologico e di disturbo psichico o altri tipi di fragilità, attivando un coordinamento funzionale delle diverse figure professionali presenti, a prescindere dal loro rapporto di dipendenza istituzionale, capacità quindi di migliorare le interazioni e le sinergie funzionali tra le stesse figure con l'obiettivo, pur nel rispetto delle rispettive competenze previste dalle norme vigenti, di mettere in atto misure di contenimento del rischio suicidario e di arrivare ad una reale diminuzione dei comportamenti autolesivi e dei suicidi da parte delle persone detenute ed internate e dei minori privati della libertà.

L'Amministrazione penitenziaria e la Giustizia minorile, tramite le proprie articolazioni territoriali, e le Regioni e PP.AA. si impegnano, entro tre mesi dalla data del presente Accordo, a costituire in ogni Regione e PP.AA., all'interno di ciascun Osservatorio Permanente sulla Sanità





*Presidenza  
del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA UNIFICATA

Penitenziaria, un gruppo di lavoro tecnico-scientifico, composto, senza oneri aggiuntivi, anche da operatori sanitari e da operatori penitenziari e minorili. Tale gruppo di lavoro avrà il compito di elaborare, sulla base delle linee guida esistenti e tenendo conto delle indicazioni degli organismi europei e dell'OMS, un programma operativo di prevenzione del rischio auto-lesivo e suicidario in carcere e nei servizi minorili.

Detto programma deve prevedere:

- una ricognizione dell'esistente in ciascuna Regione ed Istituto/servizio penitenziario e/o minorile, in termini di disposizioni normative e pratiche già in atto;
- specifiche modalità operative ed organizzative di intervento nei confronti del disagio che, sulla base delle competenze e delle responsabilità attribuite dalla normativa vigente alle Amministrazioni coinvolte, individuino sia le aree di coordinamento sia le specifiche attività che ciascuna di esse dovrà mettere in atto;
- l'adozione, in tempo utile, di tutte le iniziative necessarie all'avvio, entro un anno dalla data della stipula del presente Accordo, di una sperimentazione in almeno una struttura carceraria per adulti e una per minori presente sul territorio della Regione, fermo restando che il successo e l'efficacia dell'intervento sono legati all'effettiva messa in atto delle azioni specifiche individuate per ciascuna Amministrazione coinvolta;
- il monitoraggio e la valutazione, anche attraverso l'utilizzo di strumenti per la verifica dell'applicazione delle procedure stesse (es: audit, monitoraggio della diffusione e della conoscenza delle procedure, ecc.).

A prescindere quindi dal modello organizzativo adottato da ciascuna ASL e validato da ciascuna Regione, a garanzia di un auspicabile livello di omogeneità sul territorio nazionale, si ritiene necessario che siano ulteriormente assicurati percorsi di formazione congiunta degli operatori appartenenti alle diverse amministrazioni coinvolte, (incluso il personale di Polizia Penitenziaria), estesi eventualmente al terzo settore ed al volontariato qualora presenti.

### **Monitoraggio e verifica**

L'applicazione del presente Accordo sarà oggetto di apposito monitoraggio da parte delle Regioni e delle Province autonome, del Ministero della Giustizia e del Ministero della Salute che procederanno a rilevare, con cadenza annuale, le azioni e le attività mirate alla realizzazione dei contenuti del presente Accordo, sia tramite relazioni scritte che attraverso audizioni dirette, in uno spirito di reciproca collaborazione tra tutte le istituzioni interessate, al fine di consentire una visione nazionale dell'andamento del fenomeno e delle misure di contrasto.

I dati elaborati sono messi a disposizione del Tavolo di consultazione permanente sulla sanità penitenziaria.

Dalle attività previste dalle presenti linee di indirizzo non devono derivare maggiori oneri a carico della finanza pubblica.





*Presidenza  
del Consiglio dei Ministri*  
CONFERENZA UNIFICATA

Servizio III°: Sanità e politiche sociali

**CONFERENZA UNIFICATA**

Seduta del 19 gennaio 2012

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

**Oggetto:** Accordo sul documento recante "Linee di indirizzo per la riduzione del rischio autolesivo e suicidario dei detenuti, degli internati e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale".

**Codice sito:** 4.10/2009/8-7

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

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'Allegato A al D.P.C.M. 1°.04.2008 (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) contiene l'indicazione dei principi fondamentali della riforma ed in particolare riserva una specifica attenzione alla tematica della presa in carico dei nuovi giunti e della prevenzione del rischio suicidario.

In particolare, nel paragrafo dedicato agli "Obiettivi di salute e Livelli essenziali di assistenza" è presente anche "la riduzione dei suicidi e dei tentativi di suicidio, attraverso l'individuazione dei fattori di rischio".

La tematica è ulteriormente richiamata nel paragrafo relativo alla "Medicina generale e la valutazione dello stato di salute dei nuovi ingressi", nonché nel paragrafo relativo alla "Prevenzione, cura e riabilitazione nel campo della salute mentale": in quest'ultimo sono



*Presidenza  
del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA UNIFICATA

espressamente indicate, tra le azioni da compiere, la realizzazione di specifici programmi mirati alla riduzione dei rischi di suicidio.

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 del citato articolo 2, comma 283, della legge n. 244/2007.

Al predetto Tavolo, che è convocato per l'espletamento dell'attività istruttoria dei provvedimenti, da sottoporre all'esame della Conferenza Unificata, attuativi del più volte citato D.P.C.M., sono demandati, tra gli altri, il compito di predisporre indirizzi per favorire la realizzazione di programmi di interventi nelle realtà territoriali nei confronti dei detenuti, degli internati e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale e quello di definire strumenti volti a favorire il coordinamento fra le Regioni, Provveditorati regionali dell'Amministrazione penitenziaria e Centri della giustizia minorile.

Con lettera pervenuta in data 13 dicembre 2010, e trasmessa in data 5 gennaio 2011 a tutti in componenti del Tavolo di consultazione permanente sulla sanità penitenziaria, il Ministero della giustizia – Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria ha proposto all'esame del Tavolo medesimo una prima bozza del documento indicato in oggetto.

Detto documento, nel richiamare le raccomandazioni degli organismi europei e dell'OMS sulla prevenzione del suicidio nelle carceri, indica una serie di azioni da porre in essere, tra cui la costituzione in ogni Regione, all'interno di ciascun Osservatorio permanente sulla sanità penitenziaria, di un gruppo di lavoro tecnico-scientifico con il compito di elaborare programmi operativi di prevenzione del rischio suicidario e autolesivo in carcere e nei servizi minorili.

Il documento in parola è stato esaminato nel corso della riunione del Tavolo che si è tenuta il 18 gennaio 2011, nel corso della quale le Regioni e le Province autonome si sono impegnate ad elaborare una proposta migliorativa da sottoporre all'esame del Tavolo.

Con nota in data 13 maggio 2011, la Regione Veneto ha inviato una nuova versione del documento, approvata dal Gruppo tecnico interregionale per la sanità penitenziaria in data 11 maggio 2011. Tale nuova versione è stata discussa nella riunione del Tavolo del 13 luglio 2011, nel corso della quale sono state concordate modifiche migliorative del testo.

Con nota in data 10 ottobre 2011 questa Segreteria ha trasmesso, come concordato nel corso di una nuova riunione del Tavolo svoltasi il 5 ottobre 2011, una ulteriore versione del documento che tiene conto degli approfondimenti condotti nel corso della riunione medesima.



*Presidenza  
del Consiglio dei Ministri*  
CONFERENZA UNIFICATA

Con nota in data 25 ottobre 2011, trasmessa in data 3 novembre 2011, il Ministero della salute ha inviato una proposta di modifica del documento di cui trattasi.

Nel corso della riunione del 9 novembre 2011, il Tavolo di consultazione permanente ha approvato la versione definitiva del documento in parola (Allegato A), che è stata diramata alle Amministrazioni centrali interessate, alle Regioni e Province autonome ed alle Autonomie locali con lettera in data 10 novembre 2011.

Il punto iscritto all'odg della Conferenza Unificata del 21 dicembre 2011 non è stato esaminato.

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

*Ermenegilda Siniscalchi*







**ALLEGATO A**

**LINEE DI INDIRIZZO PER LA RIDUZIONE DEL RISCHIO AUTOLESIVO E SUICIDARIO DEI DETENUTI, DEGLI INTERNATI E DEI MINORENNI SOTTOPOSTI A PROVVEDIMENTO PENALE.**

**Premessa**

La riforma della sanità penitenziaria, ormai da tempo avviata a seguito del D.P.C.M. 1.4.2008, sta comportando la mobilitazione delle risorse e la reingegnerizzazione dei meccanismi di collaborazione delle istituzioni coinvolte a tutti i livelli nella gestione dei soggetti, adulti e minorenni, sottoposti a provvedimenti limitativi della libertà.

L'Allegato A al D.P.C.M. 1.4.2008 contiene l'indicazione dei principi fondamentali della riforma ed in particolare riserva una specifica attenzione alla tematica della presa in carico dei nuovi giunti e della prevenzione del rischio suicidario. Infatti, tra gli Obiettivi di salute è presente anche "la riduzione dei suicidi e dei tentativi di suicidio, attraverso l'individuazione dei fattori di rischio".

Tale argomento è ulteriormente richiamato nel paragrafo relativo alla "Medicina generale e la valutazione dello stato di salute dei nuovi ingressi", in cui è espressamente indicato che i presidi sanitari presenti in ogni istituto penitenziario e servizio minorile debbano adottare procedure di accoglienza che consentano di attenuare gli effetti potenzialmente traumatici della privazione della libertà e mettere in atto gli interventi necessari a prevenire atti di autolesionismo.

Inoltre, sempre nell'Allegato A, nel paragrafo relativo alla "Prevenzione cura e riabilitazione nel campo della salute mentale", tra le azioni da compiere è espressamente indicata, tra le altre, la realizzazione di specifici programmi mirati alla riduzione dei rischi di suicidio.

Fin dall'entrata in vigore della normativa è stato individuato nell'Accordo lo strumento fondamentale per definire le forme di collaborazione tra Servizio Sanitario Nazionale e Ministero della Giustizia; tra le Regioni ed i Provveditorati Regionali dell'Amministrazione Penitenziaria e i Centri per la Giustizia Minorile; tra le Aziende sanitarie locali e le Direzioni sia Penitenziarie sia dei Servizi Minorili (Istituti Penali per i Minorenni, Centri Prima Accoglienza e Comunità Ministeriali), tenendo conto delle specifiche esigenze, risorse, nonché della tipologia dell'utenza sottoposta a provvedimenti penali restrittivi e/o limitativi della libertà personale.

Per quanto riguarda la specificità del settore minorile è proprio l'Accordo sulle "Linee di indirizzo per l'assistenza sanitaria ai minori sottoposti a provvedimento dell'Autorità Giudiziaria" del 26 novembre 2009, che richiama ulteriormente la necessità di integrazione tra gli interventi sanitari, sociali ed educativi e quindi di un programma per la presa in carico multidisciplinare a partire dalla prima fase di ingresso nel circuito penale, per una valutazione complessiva del minore che consenta di evidenziare le sue caratteristiche e i suoi bisogni "assistenziali".

STUDIO PER IL MINISTERO DELLA SANITÀ - ROMA



## Il Fenomeno

La condizione di reclusione è una esperienza umana limite, che coincide da un lato con la perdita della libertà individuale e della propria autonomia e dall'altra con la frattura della continuità esistenziale attraverso la sottrazione dell'individuo dal corso della propria vita e dalla sua rete relazionale.

"L'impatto psicologico dell'arresto e dell'incarcerazione, la paura di essere abbandonati da familiari e amici, la crisi di astinenza dei tossicodipendenti, la consapevolezza di una condanna lunga, lo stress quotidiano della vita in carcere, sono tutti elementi in grado di superare la 'soglia di resistenza' di una persona"<sup>1</sup>, e infatti è proprio nell'immediatezza dell'ingresso in istituto dalla libertà, o in occasione di cambiamenti significativi nelle proprie condizioni detentive, che si rileva un rischio maggiore di condotte autolesive o suicidarie.

Alcuni dati sui suicidi in carcere, sia per gli adulti (fonte: Ministero della giustizia – Dipartimento dell'Amministrazione penitenziaria, Ufficio per la gestione del sistema informativo automatizzato, Sezione statistica) che per i minorenni (fonte: Ministero della giustizia – Dipartimento giustizia minorile, Ufficio I Capo Dipartimento, Servizio Statistico) riferiti agli ultimi anni consentono di inquadrare e comprendere l'entità e la delicatezza del fenomeno.

In particolare i dati relativi alla popolazione adulta evidenziano una percentuale suicidaria più alta rispetto alla società libera e un rischio maggiormente concentrato o nell'immediatezza dell'ingresso in istituto dalla libertà, o in occasione di cambiamenti significativi nelle proprie condizioni detentive, come ad esempio il trasferimento da un istituto all'altro.

Per quanto riguarda la popolazione minorile i dati relativi al suicidio evidenziano una più bassa incidenza del fenomeno, mentre sembrerebbero più significativi quelli classificati quali "tentativo di suicidio".

Occorre evidenziare che l'inserimento di un minore in un carcere o in un Centro di Prima Accoglienza deve prevedere non solo una gradualità dell'impatto con la dimensione della privazione della libertà ma anche l'indispensabilità dell'approccio multidisciplinare. Anche nell'ambito del contesto penale minorile la fase di ingresso nel circuito del minore è considerata il fulcro dell'intervento.

Una ulteriore particolare attenzione va posta negli interventi da mettere in atto presso gli Ospedali Psichiatrici Giudiziari e le Case di Cura e Custodia, che più di ogni altra struttura di limitazione della libertà personale subiscono il rischio degli atti di autolesionismo grave, fino al suicidio.

## Raccomandazioni della World Health Organization (WHO/OMS)

Il Department of Mental Health and Substance Abuse della Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha redatto nel 2007 un documento che riassume le raccomandazioni sulla "Prevenzione del suicidio nelle carceri".

L'ottima qualità del documento, elaborato da un panel di esperti di livello internazionale e la sua esaustività ne fanno un importante strumento di riferimento.

<sup>1</sup> Comitato Nazionale per la Bioetica: "Il suicidio in carcere. Orientamenti bioetici" 25/6/2010



Il documento tratta la problematica elaborando i possibili profili suicidari contestualizzati al regime detentivo, individuando i fattori di rischio e delineando un programma di prevenzione del suicidio attraverso l'addestramento del personale, lo screening di ingresso, l'osservazione dopo l'ingresso, la gestione post-screening, le modalità di comunicazione, il trattamento del tentativo di suicidio e la gestione dell'evento suicidio.

Nonostante debba essere rilevato come esistano delle differenze anche sostanziali tra regimi penitenziari dei diversi Paesi, di seguito vengono elencate le indicazioni strategiche desumibili:

- 1) Organizzare corsi di addestramento (e di aggiornamento) per il personale di Polizia Penitenziaria e per gli operatori sanitari che li aiuti a riconoscere i detenuti a rischio suicidario;
- 2) Curare la qualità del clima sociale e porre particolare attenzione all'ambiente, considerando i suoi livelli di attività, di sicurezza, di cultura, e il tipo di rapporto tra agenti e detenuti;
- 3) Mettere in atto strategie tese a ridurre i comportamenti aggressivi ed altre forme di violenza, ed enfatizzare invece relazioni supportive tra i detenuti e il personale sanitario e penitenziario;
- 4) Implementare procedure di screening sistematico dei detenuti sia all'ingresso che durante la detenzione, per identificare gli individui con un rischio suicidario elevato;
- 5) Implementare procedure di screening precoce e relativa valutazione dei minori privati della libertà;
- 6) Favorire la comunicazione e le informazioni tra il personale sanitario e penitenziario sui soggetti a rischio;
- 7) Formalizzare procedure scritte che riportino i requisiti minimi per ospitare detenuti ad alto rischio, le modalità per fornire supporto sociale, la prescrizione di frequenti controlli visivi e osservazione continua per i detenuti a rischio suicidario.

### Le Azioni

Un intervento di sistema sul tema della prevenzione del rischio suicidario non può non tenere conto del fatto che ciascun istituto penitenziario e/o servizio minorile si differenzia dagli altri e si caratterizza per la tipologia dell'utenza presente (patologie, posizioni giuridiche, tempi di permanenza, etnia, genere, condizioni socio culturali, ecc.) e per il contesto ambientale (numero delle presenze e sovraffollamento, condizioni igieniche, risorse territoriali, risorse di personale, ecc).

In ogni caso sarà importante che il sistema sviluppi capacità di intercettare e trattare con tempestività stati di disagio psicologico e di disturbo psichico o altri tipi di fragilità, attivando un coordinamento funzionale delle diverse figure professionali presenti, a prescindere dal loro rapporto di dipendenza istituzionale, capacità quindi di migliorare le interazioni e le sinergie funzionali tra le stesse figure con l'obiettivo, pur nel rispetto delle rispettive competenze previste dalle norme vigenti, di mettere in atto misure di contenimento del rischio suicidario e di arrivare ad una reale diminuzione dei comportamenti autolesivi e dei suicidi da parte delle persone detenute ed internate e dei minori privati della libertà.

L'Amministrazione penitenziaria e la Giustizia minorile, tramite le proprie articolazioni territoriali, e le Regioni e PP.AA. si impegnano, entro tre mesi dalla data del presente Accordo, a costituire in ogni Regione e PP.AA., all'interno di ciascun Osservatorio Permanente sulla Sanità

*ph*  
*Boiz*      *[Signature]*      *[Signature]*      *TDF*      *[Signature]*      *[Signature]*      *[Signature]*      *[Signature]*



*Presidenza  
del Consiglio dei Ministri*

NOTA FETENZA UNIFICATA

*al monitoraggio in itinere, anche  
con l'istituzione di strutture per il  
monitoraggio delle diffusi e delle carceri, con il  
monitoraggio delle diffusi e delle carceri, con il*

Penitenziaria, un gruppo di lavoro tecnico-scientifico, composto, senza oneri aggiuntivi, un gruppo di lavoro tecnico-scientifico composto anche da operatori sanitari e da operatori penitenziari e minorili. Tale gruppo di lavoro avrà il compito di elaborare, sulla base delle linee guida esistenti e tenendo conto delle indicazioni degli organismi europei e dell'OMS, un programma operativo di prevenzione del rischio auto-lesivo e suicidario in carcere e nei servizi minorili.

Detto programma deve prevedere:

- una ricognizione dell'esistente in ciascuna Regione ed Istituto/servizio penitenziario e/o minorile, in termini di disposizioni normative e pratiche già in atto;
- specifiche modalità operative ed organizzative di intervento nei confronti del disagio che, sulla base delle competenze e delle responsabilità attribuite dalla normativa vigente alle Amministrazioni coinvolte, individuino sia le aree di coordinamento sia le specifiche attività che ciascuna di esse dovrà mettere in atto;
- l'adozione, in tempo utile, di tutte le iniziative necessarie all'avvio, entro un anno, dalla data della stipula del presente accordo di una sperimentazione in almeno una struttura carceraria per adulti e una per minori presente sul territorio della regione, fermo restando che il successo e l'efficacia dell'intervento sono legati all'effettiva messa in atto delle azioni specifiche individuate per ciascuna Amministrazione coinvolta;

*am* Qualora non sia possibile avviare entro un anno la sperimentazione preliminare di cui sopra rappresenterà comunque adempimento dell'impegno previsto per le Regioni dal presente accordo la presentazione di una relazione da parte delle Regioni medesime che attesti l'aver intrapreso in tempi utili le iniziative necessarie all'avvio della suddetta sperimentazione da parte dell'Amministrazione locale interessata.

A prescindere quindi dal modello organizzativo adottato da ciascuna ASL e validato da ciascuna Regione, a garanzia di un auspicabile livello di omogeneità sul territorio nazionale, si ritiene necessario che siano ulteriormente assicurati percorsi di formazione congiunta degli operatori appartenenti alle diverse amministrazioni coinvolte, (incluso il personale di Polizia Penitenziaria), estesi eventualmente al terzo settore ed al volontariato qualora presenti.

### Monitoraggio e verifica

L'applicazione del presente Accordo sarà oggetto di apposito monitoraggio da parte delle Regioni e delle Province autonome, del Ministero della Giustizia e del Ministero della Salute che procederanno a rilevare, con cadenza annuale, le azioni e le attività mirate alla realizzazione dei contenuti del presente Accordo, sia tramite relazioni scritte che attraverso audizioni dirette, in uno spirito di reciproca collaborazione tra tutte le istituzioni interessate, al fine di consentire una visione nazionale dell'andamento del fenomeno e delle misure di contrasto.

I dati elaborati sono messi a disposizione del Tavolo di consultazione permanente sulla sanità penitenziaria.

*am* Dalle attività previste dalle presenti linee di indirizzo non devono derivare maggiori oneri a carico della finanza pubblica.

*[Handwritten signatures and initials]*

**2.18** Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano e le Autonomie locali sul documento recante "Infezione da HIV e detenzione".

Rep. atti n. 33/CU del 15 marzo 2012 - Pubblicato nella Gazzetta Ufficiale del 31 marzo 2012, n. 77

Il documento è stato approvato nella seduta del Tavolo di consultazione permanente nella seduta svoltasi l'8 marzo 2012.





*Presidenza  
del Consiglio dei Ministri*  
CONFERENZA UNIFICATA

Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano e le Autonomie locali sul documento recante "Infezione da HIV e detenzione".

Rep. Atti n. 33/CU del 15 marzo 2012

LA CONFERENZA UNIFICATA

Nell'odierna seduta del 15 marzo 2012:

VISTO l'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, che prevede la possibilità per il Governo di promuovere, in sede di Conferenza Stato-Regioni o di Conferenza Unificata, la stipula di intese dirette a favorire l'armonizzazione delle rispettive legislazioni o il raggiungimento di posizioni unitarie o il conseguimento di obiettivi comuni;

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;





*Presidenza  
del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA UNIFICATA

CONSIDERATO, inoltre, che al suddetto Tavolo è demandato, in particolare, il compito di predisporre indirizzi per favorire la realizzazione di programmi di interventi nelle realtà territoriali nei confronti dei detenuti, degli internati e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale e quello di definire strumenti volti a favorire il coordinamento fra le Regioni, Provveditorati regionali dell'Amministrazione penitenziaria e Centri della giustizia minorile;

VISTA l'Intesa sancita nel corso della seduta della Conferenza Stato-Regioni del 29 aprile 2010 (Rep. Atti n. 63/CSR) sul Piano nazionale per la prevenzione 2010-2012, che individua tra gli obiettivi di salute prioritari, sui quali è opportuno elaborare progetti specifici, la prevenzione delle malattie infettive;

VISTA la nota in data 8 marzo 2011, con la quale il Ministero della salute ha trasmesso, ai fini del perfezionamento di una apposita intesa ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge n. 131 del 2003, un documento recante "Infezione da HIV e detenzione", diramato alle Regioni e Province autonome con nota in data 16 maggio 2011;

CONSIDERATO che, nel corso dell'incontro tecnico svoltosi in data 7 giugno 2011, i rappresentanti delle Regioni e delle Province autonome, nell'esprimere avviso tecnico favorevole sul documento in oggetto, hanno richiamato l'attenzione sulla necessità che lo stesso fosse sottoposto all'esame del predetto Tavolo di consultazione permanente sulla sanità penitenziaria;

CONSIDERATO che, nel corso della riunione del suindicato Tavolo svoltasi il 13 luglio 2011, sono state formulate alcune osservazioni sul testo del documento in oggetto dal rappresentante del Dipartimento politiche antidroga e dai rappresentanti delle Regioni e Province autonome;

VISTA la nota pervenuta in data 13 dicembre 2011, con la quale il Ministero della salute ha trasmesso una nuova versione del documento indicato in oggetto che tiene conto delle osservazioni formulate nel corso della predetta riunione;

VISTA la nota in data 19 dicembre 2011, con la quale tale nuova versione è stata portata a conoscenza dei componenti del Tavolo di consultazione permanente sulla sanità penitenziaria;

CONSIDERATO che il documento in oggetto è stato posto all'ordine del giorno della riunione del più volte citato Tavolo convocata per il 7 febbraio 2012, che non ha avuto luogo;

CONSIDERATO, inoltre, che, nel corso della riunione dell'8 marzo 2012, il Tavolo di consultazione permanente ha apportato alcune modifiche al testo del documento in parola ed ha approvato la versione definitiva dello stesso, Allegato sub A, parte integrante del predetto atto, che è stata diramata alle Amministrazioni centrali interessate, alle Regioni e Province autonome ed alle Autonomie locali con lettera in data 8 marzo 2012;







*Presidenza  
del Consiglio dei Ministri*  
CONFERENZA UNIFICATA

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 INTESA

tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano e le Autonomie locali sul documento recante "Infezione da HIV e detenzione", Allegato sub A, parte integrante del presente atto.

IL SEGRETARIO  
Cons. Ermenegilda Siniscalchi



IL PRESIDENTE  
Dott. Piero Gnudi



Allegato A

*Presidenza  
del Consiglio dei Ministri*  
CONFERENZA UNIFICATA

**“INFEZIONE DA HIV E DETENZIONE”**

**DOCUMENTO DI INDIRIZZO**

**1. INTRODUZIONE**

L'infezione da HIV e le infezioni virali croniche trasmesse per via parenterale o tramite rapporti sessuali non protetti, ad evoluzione potenzialmente cronica (HBV e HCV) risultano, da numerose segnalazioni, essere più frequenti nelle comunità penitenziarie rispetto alla popolazione generale in tutti i Paesi del mondo occidentale.

Le persone che vengono a conoscenza per la prima volta della propria condizione di sieropositività per HIV in stato di detenzione, ovvero che, essendone a conoscenza, comunicano il proprio stato al personale sanitario in carcere, possono incontrare oggettive difficoltà derivanti dalle caratteristiche strutturali e organizzative delle istituzioni penitenziarie, la cui finalizzazione prioritaria è la custodia dei detenuti, degli internati e la garanzia della sicurezza sociale. A esse si aggiungono trasferimenti improvvisi in altri istituti per motivi di giustizia, disciplinari o di sfollamento, che possono essere inoltre causa di interruzione di programmi assistenziali, di trattamento, terapeutici e la difficoltà nel mantenere la riservatezza sia sulle proprie condizioni di salute, sia sui normali atti della vita quotidiana.

Tutti questi elementi problematici sono intrinseci alla struttura penitenziaria e difficili da modificare e per questo motivo meritano un'attenzione particolare. Per gli aspetti organizzativi sanitari, invece, restano importanti margini di miglioramento, conseguibili mediante interventi e disposizioni normative o regolamentari mirati ed appositamente dimensionati alla realtà penitenziaria.

Il contesto in cui è necessario prevedere interventi è complesso se si considerano le caratteristiche della popolazione detenuta ed internata in cui sono sovra rappresentate persone con problemi comportamentali e sociali, quali i consumatori di sostanze stupefacenti (specie se per via iniettiva), gli alcolisti, i soggetti con patologie psichiatriche di diversa tipologia. Circa il 30% della popolazione detenuta è di origine straniera e portatrice di problematiche etniche spesso di difficile gestione.

Particolare complessità può assumere inoltre la gestione delle problematiche associate alle malattie a trasmissione ematico-sessuale, correlate alle attività sessuali presenti nel contesto carcerario.

Molti dei detenuti risultano già affetti da patologie infettive al loro ingresso in carcere. Non può però essere sottovalutata la possibilità che fattori, l'eccessivo affollamento, l'inadeguatezza delle strutture che si riflette sulla possibilità di osservare correttamente le norme igienico sanitarie e la carenza di politiche sanitarie realmente efficaci, quali ad esempio quella della c.d. "riduzione del danno" per la Prevenzione delle Patologie Correlate all'uso di Sostanze Stupefacenti, possano favorire la diffusione delle infezioni all'interno degli Istituti penitenziari.



Pagina 1 di 10

*gh*



*Presidenza  
del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA UNIFICATA

Nonostante l'emergenza AIDS abbia profondamente modificato l'organizzazione sanitaria penitenziaria nel corso degli ultimi venti anni le patologie virali croniche, le malattie infettive emergenti, riemergenti e d'importazione rappresentano tutt'ora problemi pressanti per la medicina di tutte le comunità confinate ed in particolare di quelle penitenziarie.

E' necessario sottolineare, inoltre, come spesso nel paziente detenuto o, soprattutto, internato, possa sussistere una ridotta percezione della malattia, ovvero la negazione della stessa, con una ridotta accettazione delle procedure diagnostiche e terapeutiche che si rendessero necessarie. Tale atteggiamento può talora essere ricondotto ad un meccanismo di difesa attivato dalla percezione di ostilità suscitata dall'ambiente penitenziario, quale conseguenza della depressione indotta dalla condizione detentiva o indotta da fattori culturali ostativi.

Da tutto ciò consegue come la gestione clinica dei detenuti sieropositivi per HIV ed altre malattie infettive, risulti essere assai più complessa in ambiente carcerario rispetto a quanto avviene nella struttura sanitaria esterna al carcere.

Per rendere l'assistenza ai detenuti HIV positivi confrontabile con quella garantita in libertà, secondo il principio della pari opportunità diagnostico-terapeutica, è necessario pertanto che le Regioni e le ASL sviluppino programmi che contemplino la disponibilità di personale sanitario competente, facilitino l'accesso ai farmaci antiretrovirali anche di ultima generazione o sperimentali, garantiscano l'accesso alle appropriate procedure diagnostiche.

## 2. CONTESTO EPIDEMIOLOGICO

L'entità del problema presenta significative variazioni geografiche. In America, Africa ed Europa la prevalenza dell'infezione da HIV è compresa tra il 2% ed il 7%. Nell'est Europa ed in Asia sono segnalate prevalenze dal 2% al 50%.

I dati del Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria (D.A.P.), verosimilmente sottostimati per il basso tasso di esecuzione dei test HIV in carcere (29% al 30/06/2009) indicano che nei 207 Istituti per adulti del Sistema Penitenziario Italiano, sui 63.630 presenti alla stessa data, gli HIV positivi erano il 2% rispetto al 0.5% stimato nella popolazione generale. Quando il tasso di esecuzione del test è superiore all' 80%, come in uno studio del 2005, condotto sul 14.6% della popolazione detenuta nello stesso anno, la sieroprevalenza per anti-HIV risulta del 7,5% e cioè più del triplo del dato nazionale ufficiale relativo allo stesso periodo (2,2%). Sempre dai dati del D.A.P. emerge che i detenuti con diagnosi di AIDS sono aumentati dal 1,6% del 1990, all'11,9% del 2001, per poi ridiscendere fino al 6,4% del 2009. I nuovi casi di AIDS notificati sono invece diminuiti da 280 (1993) a 66 (2006), con un rapporto stabile, intorno al 7-8%, rispetto ai sieropositivi noti.

In Italia il numero dei detenuti che si sono sottoposti al test varia in modo considerevole nelle diverse Regioni e nei diversi Istituti. Nel 2006 nelle regioni settentrionali risultava del 47.7%, nelle centrali del 24.1%, nel sud e nelle isole del 32.0%. La regione con il tasso minore di test era l'Abruzzo con il 16.6%, mentre il Piemonte, con il 74.4% , presentava la

Pagina 2 di 10





*Presidenza  
del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA UNIFICATA

percentuale di attuazione del test più elevata. Le variazioni locali risultavano ancora più marcate, procedendo dal 5.5% di Palermo al 100% di Lecce.

Nello stesso anno la prevalenza nella popolazione straniera (che al dicembre consisteva in 13.931 detenuti), risultava del 3.9% su un totale di 62.0% sottoposti al test.

Gli studi epidemiologici sulla prevalenza dell'infezione da HIV nella popolazione detenuta femminile sono ancora molto limitati. Dall'analisi dei contesti epidemiologici di rilevazione dei dati patogenetici per l'infezione da HIV, HBV, HCV, MST, emergono fattori di rischio e comportamenti in parte differenti rispetto a quella maschile. L'uso iniettivo di sostanze stupefacenti e la tossicodipendenza sono un fattore di rischio indipendente sia per gli uomini sia per le donne, mentre la trasmissione per via sessuale è il fattore prevalente nella popolazione femminile.

Va ancora sottolineato come l'elevata prevalenza della infezione da HIV dipenda dalle caratteristiche e rifletta la prevalenza dell'infezione negli stessi gruppi di popolazione al di fuori del carcere. A questo proposito, i correlati di infezione più comuni consistono nelle pratiche iniettive e sessuali e c'è accordo fra gli esperti nel considerare l'elevata prevalenza di infezione da HIV nei diversi istituti penitenziari come espressione della diffusione di HIV nella comunità esterna e non solo come derivato della detenzione. Va peraltro ricordato che sono stati descritti casi di trasmissione o focolai epidemici di infezioni da HIV e di HBV in ambiente carcerario.

Non sono disponibili invece dati sull'incidenza di infezioni da HIV avvenute nelle carceri Italiane. In uno studio britannico l'incidenza è risultata del 0,41% per anno di detenzione. Studi condotti dai Centers for Diseases Control and prevention (CDC) nel 2009, con test volontari all'ingresso ed alla scarcerazione, hanno rilevato un tasso del 1,9% per anno, con la trasmissione sessuale come fattore principale di rischio ed uso di droghe e tatuaggi come fattore di minore rilevanza.

Per riassumere quanto sopra esposto, sebbene i rapporti sessuali, i tatuaggi e gli scambi di siringhe siano pratiche non infrequenti in ambito penitenziario sarebbe importante avviare seri programmi di prevenzione e di riduzione del danno all'interno delle strutture penitenziarie, così come avviene negli altri paesi europei. E' da ricordare inoltre che i tassi di nuove infezioni virali sembrerebbero contenuti, tanto che il rischio di infezione risulta maggiore in coloro che hanno passato più tempo nella comunità esterna rispetto ai detenuti continuativamente reclusi. In particolare, nonostante che il rischio di infezione nelle persone che consumano sostanze stupefacenti per via iniettiva o comunque affetti da tossicodipendenza tenda ad aumentare in misura proporzionale al numero delle carcerazioni, la probabilità di infettarsi non dipenderebbe dal numero e dalla durata degli eventi detentivi quanto dai comportamenti adottati nei periodi di libertà. L'elevato numero di detenzioni, quindi, sarebbe un indicatore di rischio per l'acquisizione dell'infezione da HIV in quanto indicatore surrogato di comportamenti a rischio protratti. Anche l'osservato aumento del rischio di infezione nelle partner sessuali di persone con storia di carcerazione sarebbe da interpretare in questo senso non come conseguenza diretta della carcerazione stessa.

L'ambito penitenziario, peraltro, appare estremamente peculiare per quanto riguarda la diffusione di altre infezioni, in particolare quando queste si associano a quella da HIV.





Presidenza  
del Consiglio dei Ministri

CONFERENZA UNIFICATA

Per quanto concerne i virus epatitici a trasmissione parenterale o sessuale, la prevalenza attesa in ambito penitenziario è sicuramente elevata, sempre come conseguenza dei fattori comportamentali caratterizzanti ampie fasce di detenuti. Non sono attualmente disponibili dati ufficiali nazionali sulla prevalenza di infezione da HBV o HCV nei penitenziari italiani, ma i dati di letteratura riferiti ad altri paesi occidentali indicano un'elevata diffusione di HCV soprattutto fra i tossicodipendenti, con prevalenze di positività per marcatori di HBV superiori a quelle riscontrate nell'ambiente esterno. I risultati ottenuti nell'ambito del già citato studio sierologico-epidemiologico in 14 Istituti penitenziari italiani, hanno indicato che nei 1.620 detenuti esaminati il tasso di esecuzione dei test per HBV e HCV è stato rispettivamente del 56,2% e del 56,9%; la sieroprevalenza è stata del 8,6% per HBsAg, del 26% per HBsAb, e del 37,9% per anti-HCV. Una tossicodipendenza per via venosa era presente nell'anamnesi del 42,3% dei detenuti HBsAg+ e del 73,9% di quelli anti-HCV+. Gli stranieri sono risultati positivi per HBsAg nel 5,8% dei casi, per HBcAb nel 18,9% e per anti-HCV nel 16,9%. La coinfezione HIV/HCV viene riportata nel 58,6% dei pazienti detenuti anti-HIV positivi noti, mentre il tasso di prevalenza HBsAg positivi è del 10,2%.

La circolazione del virus dell'epatite A, invece, non è stata fino ad oggi verificata all'interno delle comunità penitenziarie italiane, neanche come segnalazione di singoli focolai epidemici; la conoscenza dei tassi di prevalenza intramurari di HAV potrebbe fornire informazioni utili sul grado di igienizzazione delle strutture penitenziarie. Le basi razionali per decidere sull'effettuazione di campagne vaccinali per l'epatite A e per l'epatite B all'interno delle strutture penitenziarie.

L'elevata potenziale contagiosità all'interno delle comunità confinate residenziali, insieme al costante incremento di detenuti stranieri, ha indotto l'Amministrazione Penitenziaria ad una verifica della diffusione di Mycobacterium tuberculosis. Uno studio condotto dal D.A.P. negli anni 1998-1999 ha consentito di praticare l'intradermoreazione secondo Mantoux con PPD 1 U.I. nel 20,4% dei 184.702 nuovi giunti nel Sistema Penitenziario Italiano nel periodo. La cutiprevalenza rilevata è stata del 24,1%, rispetto ad un dato nazionale generale contenuto entro il 3-4%.

Nella popolazione detenuta femminile la diffusione di Malattie Sessualmente Trasmesse [MST] appare superiore a quanto rilevabile nella popolazione generale. Anche nella popolazione maschile, sia per i comportamenti adottati durante la libertà che per l'eventuale attività sessuale durante la carcerazione, il rischio di MST può essere elevato, ma non si dispone di dati che consentano di formulare stime del fenomeno.

### 3. GESTIONE

La diffusione dell'infezione da HIV in ambito carcerario costituisce ancora oggi un problema critico di sanità pubblica, di cui sia il Sistema Penitenziario, sia il Servizio Sanitario Nazionale devono farsi carico, ciascuno per la parte di competenza.

Col trasferimento di tutte le funzioni sanitarie dall'Amministrazione della Giustizia al Servizio Sanitario Nazionale, sancito dal DPCM 1 aprile 2008, la responsabilità degli

Pagina 4 di 10





*Presidenza  
del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA UNIFICATA

interventi a tutela della salute in ambito penitenziario e della giustizia minorile è affidata alle ASL. Le "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, che costituisce documento programmatico per le Regioni e le ASL per l'organizzazione sanitaria nelle carceri e nei servizi minorili), fanno esplicito riferimento agli interventi di prevenzione, diagnosi e cura delle infezioni HIV, HBV e HCV.

In tale nuovo contesto deve essere garantita una serie di azioni volte a superare i principali problemi e le attuali disomogeneità nella assistenza e cura della persona sieropositiva per HIV. Nello specifico, l'assistenza dei detenuti con infezione da HIV può essere guidata dalle Unità Operative di malattie infettive del territorio dove insiste ogni singolo Istituto Penitenziario, salvaguardando e valorizzando contestualmente le competenze e le professionalità infettivologiche già operanti in tale ambito; parallelamente, dovrà essere garantita da tutte le Regioni omogeneamente in tutte le strutture di pena in cui sono presenti soggetti con infezione HIV, la costante fornitura dei farmaci antiretrovirali utilizzati nella terapia anti-HIV/AIDS.

Un obiettivo perseguibile appare la gestione del detenuto sieropositivo per HIV non più da parte di un singolo, ma da un'equipe di professionisti medici ed infermieri. Fra questi saranno compresi sia coloro che assumono quotidianamente la responsabilità clinica del singolo paziente detenuto, sia i Consulenti Specialisti a cui compete la definizione di percorsi diagnostici e terapeutici, sulla base delle indicazioni di linee guida internazionali. L'intervento in equipe garantisce inoltre una più corretta applicazione dei criteri normanti la compatibilità delle condizioni del detenuto con il regime carcerario e l'eventuale revisione degli stessi in base all'evoluzione dell'epidemia o delle conoscenze mediche. In considerazione quindi, della complessità dell'intervento e della numerosità dei professionisti impiegati nel settore ed al fine di coordinare le diverse azioni programmate, si ritiene necessario ricomprendere queste azioni nell'ambito delle Unità Operative di medicina penitenziaria o comunque denominate e già previste nell'all. 'C' al DPCM del 1 aprile 2008 ("Indicazioni sui Modelli Organizzativi") includendo le competenze indicate nell'art. 118 del DPR 309/90.

E', inoltre, necessario che le Regioni e le Aziende sanitarie, in collaborazione con l'Amministrazione della Giustizia, assicurino interventi di educazione sanitaria rivolta ai detenuti sani e corsi di aggiornamento professionale rivolti a tutto il personale sanitario interno agli istituti, coinvolgendo anche gli Agenti di Polizia Penitenziaria, gli Educatori ed i Volontari operanti a qualsiasi titolo.

#### **4. INTERVENTI INFORMATIVI E DI PREVENZIONE**

Per tutti i detenuti ed internati, siano essi maggiorenni o minori, devono essere organizzati interventi d'informazione nei singoli istituti penitenziari e nei servizi minorili orientati ad una informazione completa sull'infezione da HIV/AIDS e sulle altre malattie trasmissibili e, in particolare, sul rischio della convivenza in un ambiente confinato e di alcuni

Pagina 5 di 10





Presidenza  
del Consiglio dei Ministri

CONFERENZA UNIFICATA

comportamenti quali i rapporti sessuali non protetti, l'utilizzo e lo scambio di siringhe usate e i tatuaggi. In tutti i casi, una giusta attenzione deve essere posta nell'uso di un linguaggio che risulti semplice, appropriato e comprensibile, adeguato alla tipologia degli interlocutori in modo che venga favorita la corretta trasmissione dei messaggi.

L'impiego di mediatori culturali appare auspicabile per il *counselling* rivolto ai detenuti stranieri. In alternativa, nelle situazioni sicuramente molto frequenti di carenza di risorse per l'impiego dei mediatori, è auspicabile la formazione specifica di detenuti stranieri, con pena residua di medio-lungo termine, in modo da essere utilizzati da "mediatori interni tra pari" per i nuovi detenuti stranieri con difficoltà di lingua.

In conclusione si ritiene opportuno che una proposta attiva per l'attuazione del test per HIV nelle persone (sia adulti che minori) alla prima detenzione o che non abbiano attuato i test nelle detenzioni precedenti vada in ogni caso preceduta da un colloquio informativo che tenga conto, per gli stranieri delle necessarie mediazioni culturali e che chiarisca il diritto dell'interessato a declinare l'offerta senza che ciò pregiudichi l'accesso ad altre diagnostiche o alle cure, né comprometta in nessun caso la sua relazione con l'istituzione carceraria.

## 5. INTERVENTI DIAGNOSTICI E CLINICI

Gli aspetti diagnostici e clinici dei pazienti HIV sieropositivi, ovviamente, non differiscono nelle comunità chiuse penitenziarie da quanto avviene nei centri di riferimento esterni. Insieme alla già ricordata maggiore sensibilità necessaria nel rapporto medico-paziente ed alla corretta attuazione di un *counselling* specifico e reiterato nel tempo, una maggiore attenzione deve però essere posta sul decorso di altre infezioni spesso concomitanti ad HIV. In questo senso, un aspetto determinante per il controllo delle infezioni ed in particolare di HIV nell'ambito penitenziario, assume l'offerta e l'esecuzione degli screening d'ingresso del detenuto in carcere. Ad oggi, una offerta convincente dei test appare sostenuta in modo disomogeneo e solo in alcune realtà.

Appare indispensabile implementare drasticamente l'offerta del test di screening per HIV il cui livello di esecuzione, per produrre risultati veritieri, deve essere portato ad oltre l'80% dei nuovi ingressi, indipendentemente dagli eventuali comportamenti a rischio agiti dal detenuto. L'offerta del test, che è obbligo anche etico dei Responsabili Medici delle UU.OO. sanitarie del carcere deve essere opportunamente fatta ed eventualmente reiterata al singolo detenuto dopo un periodo di tempo sufficientemente lungo a fargli superare il trauma da ingresso. Contestualmente, appare egualmente necessaria l'acquisizione delle informazioni basali sulle co-infezioni con HBV, HCV, Tubercolosi, Lue ed altre MST.

Dopo aver completato la caratterizzazione sierologica basale del singolo paziente, mantenendo costante il flusso informativo proprio di un *counselling* specifico ben strutturato, si entra nella fase di caratterizzazione specialistica del paziente detenuto risultato sieropositivo per HIV con o senza ulteriori co-infezioni.





Il percorso diagnostico all'interno dell'istituzione carceraria non richiede provvedimenti aggiuntivi rispetto a quello seguito negli ambulatori delle U.O. territoriali di Malattie Infettive. Conoscendo i dati epidemiologici sulle infezioni in tale contesto, sarà necessaria la ricerca particolarmente accurata delle possibili co-infezioni con HBV, HCV e per la presenza di tubercolosi attiva e di sifilide attiva o latente.

Il monitoraggio della conta dei CD4+ e della viremia deve seguire i criteri indicati nelle linee guida per tutti i pazienti con infezione da HIV.

Poiché il controllo periodico dei linfociti CD4+, consente generalmente di attrarre l'attenzione dei pazienti detenuti anche più disinteressati alla propria malattia, soprattutto nel caso di conte in costante decremento, può essere valutata l'opportunità di praticarla ad intervalli più brevi di quanto previsto dalle stesse.

La frequenza dell'abuso di alcol, psicofarmaci e stupefacenti in caso di violazione dei filtri di controllo, rende opportuno inserire nella diagnostica di controllo dei pazienti in terapia anche altri parametri di controllo, quali quelli emocromocitometrici, epatici, pancreatici e renali. In ambiente penitenziario, infatti, la proporzione di eventi avversi è risultato più frequente rispetto all'esterno e non è infrequente l'interruzione o il fallimento della terapia antiretrovirale per interazioni tra farmaci antiretrovirali e sostanze d'abuso o per intolleranza alle stesse.

## 6. COUNSELLING PER I SOGGETTI SIEROPOSITIVI

Il detenuto sieropositivo per HIV è spesso una persona che somma al profondo malessere, dovuto alla carcerazione, la paura suscitata da una malattia potenzialmente mortale e contagiosa, l'etichetta di una diversità imposta o soggettivamente percepita. Ne consegue una soggettività spesso particolarmente fragile, anche se talvolta con atteggiamenti aggressivi, caratterizzata da profonde incertezze e notevoli difficoltà nel programmare il proprio futuro anche a breve termine, e rese ancora più insicure da eventuali difficili rapporti con le istituzioni.

L'informazione sanitaria ed il counselling di un detenuto sieropositivo e quasi sempre tossicodipendente, deve avvalersi quindi di operatori formati e motivati.

Per il detenuto HIV sieropositivo è necessario un intervento di *counselling* approfondito, reiterato nel tempo e mirato alle condizioni individuali, che è competenza dello specialista infettivologo, con l'integrazione, in assenza e in caso di necessità, del medico incaricato penitenziario. Nella pratica è consigliabile articolare l'intervento finalizzandolo a:

- guadagnare l'attenzione del paziente con argomentazioni tecniche che trovino però un rapido riscontro nella sua realtà quotidiana, quali i rapporti sessuali, le possibili vie attraverso le quali potrebbe essersi trasmessa l'infezione, se tossicodipendente i tipi di stupefacenti utilizzati con le vie di somministrazione e le tecniche di preparazione e di taglio. La naturalezza della discussione, senza colpevolizzare e ponendosi esclusivamente nella posizione di chi ha molte informazioni da fornire, la capacità di adeguare il proprio linguaggio alle caratteristiche dell'individuo, sono tutti elementi di grande ausilio in questa prima fase di contatto con il nuovo paziente;





*Presidenza  
del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA UNIFICATA

- spiegare con precisione e con la massima semplicità e comprensibilità l'evoluzione della malattia, in particolare gli eventi biologici che sono stati dimostrati avvenire nel periodo asintomatico, nonché cosa è cambiato oggi nella gestione medica della malattia grazie alle terapie antiretrovirali disponibili, dove queste agiscono e quali vantaggi garantiscono;
- cercare di rimuovere il rifiuto da molti opposto verso la malattia e, soprattutto, verso le terapie. Su questo aspetto l'ambiente penitenziario gioca un ruolo fondamentale; per molti detenuti l'assumere i farmaci antiretrovirali significa rendere visibile ai propri compagni, che possono assistere alla distribuzione dei farmaci, la propria condizione di sieropositività; per altri l'assunzione della terapia è il doloroso momento in cui gli viene ricordato di essere malato. E' fondamentale riuscire a far comprendere che il silenzio clinico dell'infezione non corrisponde assolutamente ad una inattività della stessa. Se si riesce a far comprendere la dinamica della malattia e se si riesce a creare le condizioni per una buona *compliance* alla cura allora sarà possibile effettuare sia controlli seriali che ottenere l'aderenza alle terapie;
- garantire il rispetto delle regole stabilite ed evitare di fare promesse che non possono essere mantenute; in questa fase è necessario essere equilibrati perché la credibilità e l'autorevolezza dell'operatore devono mantenersi nel tempo affinché l'intervento mantenga la sua efficacia. Il "contratto" di reciproca fiducia che si stipula con il paziente/detenuto non può che contenere garanzie di assistenza, più che vantaggi ambientali rispetto agli altri compagni;
- mantenere sullo stesso livello il rapporto stabilito per tutto il periodo in cui il paziente rimane detenuto, gettando le basi perché possa proseguire al termine della pena presso il centro specialistico di riferimento della zona.
- favorire, utilizzando la crescita del rapporto medico-paziente, l'accettazione e il rapporto con gli altri operatori penitenziari con cui interagisce il paziente-detenuto;

In ultima analisi, è possibile affermare che il counselling ai detenuti con infezione da HIV deve avere come obiettivo primario ed esplicito l'informazione ragionata delle fasi della malattia, fino alla sua consapevole accettazione ed alla formazione di una coscienza realistica e responsabile del problema.

## 7. INTERVENTI TERAPEUTICI

La disponibilità di tutti i farmaci antiretrovirali necessari per l'effettuazione della terapia antiretrovirale altamente attiva [HAART] deve essere assicurata ai pazienti detenuti in tutti gli istituti penitenziari Italiani—in cui sono presenti soggetti con infezione HIV.

La terapia anti-HIV ha rappresentato e rappresenta un punto critico della tutela della salute in carcere; ai problemi di approvvigionamento dei farmaci, infatti, si sono sovrapposti da sempre numerosi fattori ostativi, quali i numerosi trasferimenti da istituto a istituto per motivi di giustizia ovvero disciplinari, la disomogeneità nella qualità dell'informazione associata all'offerta terapeutica, la non completa disponibilità degli esami di laboratorio utili al monitoraggio clinico, le carenze di personale sanitario e di polizia penitenziaria, le

Pagina 8 di 10





*Presidenza  
del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA UNIFICATA

conflittualità interne ad ogni comunità confinata, l'atteggiamento dei singoli detenuti fino alla negazione della malattia.

La disponibilità della terapia antiretrovirale negli Istituti Penitenziari ha oggi condotto ad una drastica riduzione delle nuove diagnosi di AIDS e delle morti correlate, sia in Italia che in altri paesi. L'assunzione delle terapie antiretrovirali sembra ancora oggi più bassa nei pazienti detenuti rispetto a quelli liberi.

Non risultano disponibili dati più recenti, anche a causa del trasferimento delle competenze alle ASL, che ha comportato per il momento un arresto dei flussi centralizzati di informazione.

Le difficoltà di assunzione della terapia antiretrovirale in carcere, riportate in nord America ed Europa sono rappresentate principalmente da problemi di scarsa aderenza. Inoltre, la continuità terapeutica è ostacolata, almeno in Italia, da trasferimenti da un Istituto Penitenziario all'altro e dal rilascio dei detenuti HIV positivi che spesso non si rivolgono, dopo la scarcerazione, alle strutture sanitarie esterne.

Numerose segnalazioni, eseguite sia in Italia che negli Stati Uniti hanno inequivocabilmente dimostrato il significativo vantaggio della terapia direttamente osservata (DOT) rispetto alle schedule di auto-somministrazione. I dati della letteratura indicano che l'incremento di HIV-RNA soppresso è >20% con la DOT sia in controlli intramurari che in controlli liberi attendibili, rendendo tale strategia particolarmente raccomandabile in questo ambito. Questa opzione appare uno strumento particolarmente valido soprattutto se associato ad uno specifico programma di counselling ed educazione sanitaria, finalizzato a restituire al termine della detenzione alla comunità libera pazienti consapevoli e convinti delle terapie che assumono.

Anche se nell'ordinamento penitenziario italiano è da alcuni anni prevista la possibilità, offrendo ogni garanzia di legge ai detenuti, di utilizzare in tale ambito farmaci sperimentali, non risultano fino ad oggi avviati studi specifici sui detenuti, pur ritenendo necessario stabilire regole specifiche; la normativa, peraltro, garantisce la possibilità di introdurre ed utilizzare nei singoli istituti farmaci antiretrovirali non ancora commercializzati disponibili nei centri specialistici esterni all'interno di programmi di accessi allargati. Tale opportunità appare fondamentale sia per i pazienti che vengono arrestati durante una terapia basata sull'utilizzo di tali farmaci, garantendo loro in tal modo la possibilità della prosecuzione in carcere, sia per i pazienti già detenuti che risultassero plurifalliti e multiresistenti alle diverse classi di farmaci antiretrovirali.

## **8. CONCLUSIONI ed INDICAZIONI OPERATIVE**

Gli interventi sopra delineati, necessari alla gestione delle problematiche dell'infezione HIV e delle principali malattie infettive nel contesto detentivo, possono essere riassunti come di seguito, anche in considerazione dell'avvenuta presa in carico della sanità penitenziaria da parte del S.S.N.:



Pagina 9 di 10



*Presidenza  
del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA UNIFICATA

- garantire e valorizzare interventi stabili e continuativi di consulenza infettivologica e multiprofessionale in tutti gli istituti di pena;
- implementare un'offerta convincente e, se necessario, reiterata del test di screening HIV, fino ad ottenere un tasso di esecuzione almeno del 60% in ogni Istituto;
- fornire ai detenuti ed internati con accertata sieropositività livelli diagnostici non inferiori a quelli offerti esternamente;
- offrire terapie ARV a tutti coloro che ne necessitano secondo le linee guida internazionali;
- garantire a tutti i pazienti in terapia la distribuzione dei farmaci agli orari prescritti ed i controlli ematochimici, virologici ed immunologici ai tempi richiesti;
- garantire un costante rapporto medico-paziente, con counselling specialistico continuativo teso al miglioramento dell'adesione alle terapie;
- garantire la continuità terapeutica sia ai detenuti ed internati in entrata che a quelli in uscita ovvero in trasferimento verso altri Istituti;
- garantire che quando il medico ravvisi condizioni di salute incompatibili con il regime penitenziario, si attivi senza indugio, affinché il caso sia sottoposto all'Autorità giudiziaria competente per le determinazioni conseguenti, in conformità alla normativa vigente;
- un'adeguata formazione per tutto il personale penitenziario che gravita nell'ambito sanitario, inclusi Agenti di Polizia Penitenziaria, Educatori e Volontari;
- consapevolezza da parte degli organi sanitari responsabili della salute in carcere che ogni politica od interventi di "riduzione del danno", devono essere applicati in un contesto sanitario orientato alla cura, alla riabilitazione ed al reinserimento delle persone, pena il fallimento dell'effetto preventivo.
- Garantire Misure ed azioni concrete per la Prevenzione delle Patologie Correlate all'uso di sostanze stupefacenti in carcere, alle pratiche sessuali, ai tatuaggi, ecc. (contatto precoce e mirato con adeguate informazioni, estesa disponibilità di farmaci sostitutivi, programmi di screenings calibrati per durata di detenzione, offerta attiva di contact-tracing e partner notification, campagne vaccinali, programmi mirati alle differenze di genere, ecc.) anche attraverso procedure sperimentali.
- adeguate campagne di prevenzione per tutto il personale;
- interventi di educazione sanitaria rivolti alla popolazione detenuta ed internata, per prevenire e ridurre i rischi di acquisizione delle malattie virali croniche e trasmissibili in tale ambito, privilegiando possibilmente la trasmissione delle informazioni "tra pari" ed utilizzando, ove necessario, l'impiego di mediatori culturali adeguatamente ed appositamente formati.
- Garanzia di richiesta di consenso informato ed anonimato qualora desiderato, in accordo con l'Ordinamento Penitenziario.





*Presidenza  
del Consiglio dei Ministri*  
CONFERENZA UNIFICATA

Servizio III°: Sanità e politiche sociali

**CONFERENZA UNIFICATA**  
Seduta del 15 marzo 2012  
Punto n. 8 dell'o.d.g.

**Oggetto:** Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante "Infezione da HIV e detenzione". **Codice sito 4.10/2011/17**  
*Intesa ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131.*

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.

Il Ministero della salute, con nota in data 8 marzo 2011, ha trasmesso, ai fini del perfezionamento di una apposita intesa ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge n. 131 del 2003, un documento recante "Infezione da HIV e detenzione", diramato alle Regioni e Province autonome con nota in data 16 maggio 2011.

Il Piano nazionale per la prevenzione 2010-2012, di cui all'Intesa perfezionata nella seduta della Conferenza Stato - Regioni del 29 aprile 2010 (Atto Rep. N. 63/CSR), individua, tra gli obiettivi di salute prioritari, sui quali è opportuno elaborare progetti specifici, la prevenzione delle malattie infettive.

L'infezione da HIV e le infezioni virali croniche trasmesse mediante sangue o rapporti sessuali risultano essere più frequenti nelle comunità penitenziarie rispetto alla popolazione generale in tutti i paesi del mondo occidentale. Le persone che vengono a conoscenza della propria condizione di sieropositività per HIV in stato di detenzione e notificano il loro stato al personale sanitario in carcere possono incontrare oggettive difficoltà derivanti dalle caratteristiche strutturali e organizzative delle istituzioni penitenziarie, la cui finalizzazione prioritaria è la custodia dei detenuti e la garanzia della sicurezza sociale. Anche i trasferimenti improvvisi in altri istituti per



*Presidenza  
del Consiglio dei Ministri*  
CONFERENZA UNIFICATA

motivi di giustizia, disciplinari o di sfollamento possono essere causa di interruzione di programmi assistenziali o di trattamento.

Per rendere l'assistenza ai detenuti HIV positivi confrontabile con quella garantita in libertà, secondo il principio della pari opportunità diagnostico-terapeutica, il documento indicato in oggetto è volto a fornire indicazioni alle Regioni e alle ASL per lo sviluppo di programmi che contemplino la disponibilità di personale sanitario competente, facilitino l'accesso ai farmaci antiretrovirali anche di ultima generazione o sperimentali, garantiscano l'accesso alle appropriate procedure diagnostiche.

Nel corso dell'incontro tecnico svoltosi in data 7 giugno 2011, i rappresentanti delle Regioni e delle Province autonome, nell'esprimere avviso tecnico favorevole sul documento in oggetto, hanno richiamato l'attenzione sulla necessità che lo stesso fosse sottoposto all'esame del predetto Tavolo di consultazione permanente sulla sanità penitenziaria.

Nel corso della riunione del suindicato Tavolo, che si è tenuta il 13 luglio 2011, sono state formulate alcune osservazioni sul testo del documento in oggetto sia dal rappresentante del Dipartimento politiche antidroga sia dai rappresentanti delle Regioni e Province autonome.

Con nota pervenuta in data 13 dicembre 2011, il Ministero della salute ha trasmesso la nuova versione del documento indicato in oggetto comprensivo delle osservazioni e integrazioni formulate nel corso della predetta riunione. Tale versione è stata portata a conoscenza dei componenti del Tavolo di consultazione permanente sulla sanità penitenziaria con nota in data 19 dicembre 2011.

Il documento in oggetto è stato posto all'ordine del giorno della riunione del più volte citato Tavolo convocata per il 7 febbraio 2012, che non ha avuto luogo.

Nel corso della riunione dell'8 marzo 2012, il Tavolo di consultazione permanente ha apportato alcune modifiche al testo del documento in parola ed ha approvato la versione definitiva dello stesso (Allegato A), che è stata diramata alle Amministrazioni centrali interessate, alle Regioni e Province autonome ed alle Autonomie locali con lettera in data 8 marzo 2012.

Si sottopone all'esame della Conferenza Unificata, ai fini del perfezionamento dell'intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131.

Il Segretario  
Cons. Ermenegilda Siniscalchi

Bozza di documento elaborato nel corso della riunione del Tavolo permanente sulla sanità penitenziaria dell'8 marzo 2012

**“INFEZIONE DA HIV E DETENZIONE”**

**DOCUMENTO DI INDIRIZZO**

**1. INTRODUZIONE**

L'infezione da HIV e le infezioni virali croniche trasmesse per via parenterale o tramite rapporti sessuali non protetti, ad evoluzione potenzialmente cronica (HBV e HCV) risultano, da numerose segnalazioni, essere più frequenti nelle comunità penitenziarie rispetto alla popolazione generale in tutti i Paesi del mondo occidentale.

Le persone che vengono a conoscenza per la prima volta della propria condizione di sieropositività per HIV in stato di detenzione, ovvero che, essendone a conoscenza, comunicano il proprio stato al personale sanitario in carcere, possono incontrare oggettive difficoltà derivanti dalle caratteristiche strutturali e organizzative delle istituzioni penitenziarie, la cui finalizzazione prioritaria è la custodia dei detenuti, degli internati e la garanzia della sicurezza sociale. A esse si aggiungono trasferimenti improvvisi in altri istituti per motivi di giustizia, disciplinari o di sfollamento, che possono essere inoltre causa di interruzione di programmi assistenziali, di trattamento, terapeutici e la difficoltà nel mantenere la riservatezza sia sulle proprie condizioni di salute, sia sui normali atti della vita quotidiana.

Tutti questi elementi problematici sono intrinseci alla struttura penitenziaria e difficili da modificare e per questo motivo meritano un'attenzione particolare. Per gli aspetti organizzativi sanitari, invece, restano importanti margini di miglioramento, conseguibili mediante interventi e disposizioni normative o regolamentari mirati ed appositamente dimensionati alla realtà penitenziaria.

Il contesto in cui è necessario prevedere interventi è complesso se si considerano le caratteristiche della popolazione detenuta ed internata in cui sono sovra rappresentate persone con problemi comportamentali e sociali, quali i consumatori di sostanze stupefacenti (specie se per via iniettiva), gli alcolisti, i soggetti con patologie psichiatriche di diversa tipologia. Circa il 30% della popolazione detenuta è di origine straniera e portatrice di problematiche etniche spesso di difficile gestione.

Particolare complessità può assumere inoltre la gestione delle problematiche associate alle malattie a trasmissione ematico-sessuale, correlate alle attività sessuali presenti nel contesto carcerario.

Molti dei detenuti risultano già affetti da patologie infettive al loro ingresso in carcere. Non può però essere sottovalutata la possibilità che fattori, l'eccessivo affollamento, l'inadeguatezza delle strutture che si riflette sulla possibilità di osservare correttamente le norme igienico sanitarie e la carenza di politiche sanitarie realmente efficaci, quali ad esempio quella della c.d. "riduzione del danno" per la Prevenzione delle Patologie Correlate all'uso di Sostanze Stupefacenti, possano favorire la diffusione delle infezioni all'interno degli Istituti penitenziari.

Nonostante l'emergenza AIDS abbia profondamente modificato l'organizzazione sanitaria penitenziaria nel corso degli ultimi venti anni le patologie virali croniche, le malattie infettive emergenti, riemergenti e d'importazione rappresentano tutt'ora problemi pressanti per la medicina di tutte le comunità confinate ed in particolare di quelle penitenziarie.

E' necessario sottolineare, inoltre, come spesso nel paziente detenuto o, soprattutto, internato, possa sussistere una ridotta percezione della malattia, ovvero la negazione della stessa, con una ridotta accettazione delle procedure diagnostiche e terapeutiche che si rendessero necessarie. Tale atteggiamento può talora essere ricondotto ad un meccanismo di difesa attivato dalla percezione di

Handwritten signatures and initials: pm, [unclear], [unclear], [unclear], [unclear], [unclear], [unclear], [unclear], [unclear], [unclear]



ostilità suscitata dall'ambiente penitenziario, quale conseguenza della depressione indotta dalla condizione detentiva o indotta da fattori culturali ostativi.

Da tutto ciò consegue come la gestione clinica dei detenuti sieropositivi per HIV ed altre malattie infettive, risulti essere assai più complessa in ambiente carcerario rispetto a quanto avviene nella struttura sanitaria esterna al carcere.

Per rendere l'assistenza ai detenuti HIV positivi confrontabile con quella garantita in libertà, secondo il principio della pari opportunità diagnostico-terapeutica, è necessario pertanto che le Regioni e le ASL sviluppino programmi che contemplino la disponibilità di personale sanitario competente, facilitino l'accesso ai farmaci antiretrovirali anche di ultima generazione o sperimentali, garantiscano l'accesso alle appropriate procedure diagnostiche.

## 2. CONTESTO EPIDEMIOLOGICO

L'entità del problema presenta significative variazioni geografiche. In America, Africa ed Europa la prevalenza dell'infezione da HIV è compresa tra il 2% ed il 7%. Nell'est Europa ed in Asia sono segnalate prevalenze dal 2% al 50%.

I dati del Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria (D.A.P.), verosimilmente sottostimati per il basso tasso di esecuzione dei test HIV in carcere (29% al 30/06/2009) indicano che nei 207 Istituti per adulti del Sistema Penitenziario Italiano, sui 63.630 presenti alla stessa data, gli HIV positivi erano il 2% rispetto al 0.5% stimato nella popolazione generale. Quando il tasso di esecuzione del test è superiore all'80%, come in uno studio del 2005, condotto sul 14.6% della popolazione detenuta nello stesso anno, la sieroprevalenza per anti-HIV risulta del 7,5% e cioè più del triplo del dato nazionale ufficiale relativo allo stesso periodo (2,2%). Sempre dai dati del D.A.P. emerge che i detenuti con diagnosi di AIDS sono aumentati dal 1,6% del 1990, all'11,9% del 2001, per poi ridiscendere fino al 6,4% del 2009. I nuovi casi di AIDS notificati sono invece diminuiti da 280 (1993) a 66 (2006), con un rapporto stabile, intorno al 7-8%, rispetto ai sieropositivi noti.

In Italia il numero dei detenuti che si sono sottoposti al test varia in modo considerevole nelle diverse Regioni e nei diversi Istituti. Nel 2006 nelle regioni settentrionali risultava del 47.7%, nelle centrali del 24.1%, nel sud e nelle isole del 32.0%. La regione con il tasso minore di test era l'Abruzzo con il 16.6%, mentre il Piemonte, con il 74.4%, presentava la percentuale di attuazione del test più elevata. Le variazioni locali risultavano ancora più marcate, procedendo dal 5.5% di Palermo al 100% di Lecce.

Nello stesso anno la prevalenza nella popolazione straniera (che al dicembre consisteva in 13.931 detenuti), risultava del 3.9% su un totale di 62.0% sottoposti al test.

Gli studi epidemiologici sulla prevalenza dell'infezione da HIV nella popolazione detenuta femminile sono ancora molto limitati. Dall'analisi dei contesti epidemiologici di rilevazione dei dati patogenetici per l'infezione da HIV, HBV, HCV, MST, emergono fattori di rischio e comportamenti in parte differenti rispetto a quella maschile. L'uso iniettivo di sostanze stupefacenti e la tossicodipendenza sono un fattore di rischio indipendente sia per gli uomini sia per le donne, mentre la trasmissione per via sessuale è il fattore prevalente nella popolazione femminile.

Va ancora sottolineato come l'elevata prevalenza della infezione da HIV dipenda dalle caratteristiche e rifletta la prevalenza dell'infezione negli stessi gruppi di popolazione al di fuori del carcere. A questo proposito, i correlati di infezione più comuni consistono nelle pratiche iniettive e sessuali e c'è accordo fra gli esperti nel considerare l'elevata prevalenza di infezione da HIV nei diversi istituti penitenziari come espressione della diffusione di HIV nella comunità esterna e non solo come derivato della detenzione. Va peraltro ricordato che sono stati descritti casi di trasmissione o focolai epidemici di infezioni da HIV e di HBV in ambiente carcerario.

Non sono disponibili invece dati sull'incidenza di infezioni da HIV avvenute nelle carceri Italiane. In uno studio britannico l'incidenza è risultata del 0,41% per anno di detenzione. Studi condotti dai

Centers for Diseases Control and prevention (CDC) nel 2009 , con test volontari all'ingresso ed alla scarcerazione, hanno rilevato un tasso del 1,9% per anno, con la trasmissione sessuale come fattore principale di rischio ed uso di droghe e tatuaggi come fattore di minore rilevanza.

Per riassumere quanto sopra esposto, sebbene i rapporti sessuali, i tatuaggi e gli scambi di siringhe siano pratiche non infrequenti in ambito penitenziario sarebbe importante avviare seri programmi di prevenzione e di riduzione del danno all'interno delle strutture penitenziarie, così come avviene negli altri paesi europei. E' da ricordare inoltre che i tassi di nuove infezioni virali sembrerebbero contenuti, tanto che il rischio di infezione risulta maggiore in coloro che hanno passato più tempo nella comunità esterna rispetto ai detenuti continuativamente reclusi. In particolare, nonostante che il rischio di infezione nelle persone che consumano sostanze stupefacenti per via iniettiva o comunque affetti da tossicodipendenza tenda ad aumentare in misura proporzionale al numero delle carcerazioni, la probabilità di infettarsi non dipenderebbe dal numero e dalla durata degli eventi detentivi quanto dai comportamenti adottati nei periodi di libertà. L'elevato numero di detenzioni, quindi, sarebbe un indicatore di rischio per l'acquisizione dell'infezione da HIV in quanto indicatore surrogato di comportamenti a rischio protratti. Anche l'osservato aumento del rischio di infezione nelle partner sessuali di persone con storia di carcerazione sarebbe da interpretare in questo senso non come conseguenza diretta della carcerazione stessa..

L'ambito penitenziario, peraltro, appare estremamente peculiare per quanto riguarda la diffusione di altre infezioni, in particolare quando queste si associano a quella da HIV.

Per quanto concerne i virus epatitici a trasmissione parenterale o sessuale, la prevalenza attesa in ambito penitenziario è sicuramente elevata, sempre come conseguenza dei fattori comportamentali caratterizzanti ampie fasce di detenuti. Non sono attualmente disponibili dati ufficiali nazionali sulla prevalenza di infezione da HBV o HCV nei penitenziari italiani, ma i dati di letteratura riferiti ad altri paesi occidentali indicano un'elevata diffusione di HCV soprattutto fra i tossicodipendenti, con prevalenze di positività per marcatori di HBV superiori a quelle riscontrate nell'ambiente esterno. I risultati ottenuti nell'ambito del già citato studio sierologico-epidemiologico in 14 Istituti penitenziari italiani, hanno indicato che nei 1.620 detenuti esaminati il tasso di esecuzione dei test per HBV e HCV è stato rispettivamente del 56,2% e del 56,9%; la sieroprevalenza è stata del 8,6% per HBsAg, del 26% per HBsAb, e del 37,9% per anti-HCV. Una tossicodipendenza per via venosa era presente nell'anamnesi del 42,3% dei detenuti HBsAg+ e del 73,9% di quelli anti-HCV+. Gli stranieri sono risultati positivi per HBsAg nel 5,8% dei casi, per HBcAb nel 18,9% e per e anti-HCV nel 16,9%. La coinfezione HIV/HCV viene riportata nel 58,6% dei pazienti detenuti anti-HIV positivi noti, mentre il tasso di prevalenza HBsAg positivi è del 10,2%.

La circolazione del virus dell'epatite A, invece, non è stata fino ad oggi verificata all'interno delle comunità penitenziarie italiane, neanche come segnalazione di singoli focolai epidemici; la conoscenza dei tassi di prevalenza intramurari di HAV potrebbe fornire informazioni utili sul grado di igienizzazione delle strutture penitenziarie. Le basi razionali per decidere sull'effettuazione di campagne vaccinali per l'epatite A e per l'epatite B all'interno delle strutture penitenziarie (???)

L'elevata potenziale contagiosità all'interno delle comunità-chiuse confinate residenziali, insieme al costante incremento di detenuti stranieri, ha indotto l'Amministrazione Penitenziaria ad una verifica della diffusione di Mycobacterium tuberculosis. Uno studio condotto dal D.A.P. negli anni 1998-1999 ha consentito di praticare l'intradermoreazione secondo Mantoux con PPD 1 U.I. nel 20,4% dei 184.702 nuovi giunti nel Sistema Penitenziario Italiano nel periodo. La cutiprevalenza rilevata è stata del 24,1%, rispetto ad un dato nazionale generale contenuto entro il 3-4%.

Nella popolazione detenuta femminile la diffusione di Malattie Sessualmente Trasmesse [MST] appare superiore a quanto rilevabile nella popolazione generale. Anche nella popolazione maschile, sia per i comportamenti adottati durante la libertà che per l'eventuale attività sessuale durante la carcerazione, il rischio di MST può essere elevato, ma non si dispone di dati che consentano di formulare stime del fenomeno.

Handwritten signatures and initials: *ghe*, *MM*, *pm*, *Me*, *de*, *φ*, *MS*, *TAF*, *ce*, *AB*



### 3. GESTIONE

La diffusione dell'infezione da HIV in ambito carcerario costituisce ancora oggi un problema critico di sanità pubblica, di cui sia il Sistema Penitenziario, sia il Servizio Sanitario Nazionale devono farsi carico, ciascuno per la parte di competenza.

Col trasferimento di tutte le funzioni sanitarie dall'Amministrazione della Giustizia al Servizio Sanitario Nazionale, sancito dal DPCM 1 aprile 2008, la responsabilità degli interventi a tutela della salute in ambito penitenziario e della giustizia minorile è affidata alle ASL. Le "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, che costituisce documento programmatico per le Regioni e le ASL per l'organizzazione sanitaria nelle carceri e nei servizi minorili), fanno esplicito riferimento agli interventi di prevenzione, diagnosi e cura delle infezioni HIV, HBV e HCV.

In tale nuovo contesto deve essere garantita una serie di azioni volte a superare i principali problemi e le attuali disomogeneità nella assistenza e cura della persona sieropositiva per HIV. Nello specifico, l'assistenza dei detenuti con infezione da HIV può essere guidata dalle Unità Operative di malattie infettive del territorio dove insiste ogni singolo Istituto Penitenziario, salvaguardando e valorizzando contestualmente le competenze e le professionalità infettivologiche già operanti in tale ambito; parallelamente, dovrà essere garantita da tutte le Regioni omogeneamente in tutte le strutture di pena in cui sono presenti soggetti con infezione HIV, la costante fornitura dei farmaci antiretrovirali utilizzati nella terapia anti-HIV/AIDS.

Un obiettivo perseguibile appare la gestione del detenuto sieropositivo per HIV non più da parte di un singolo, ma da un'equipe di professionisti medici ed infermieri. Fra questi saranno compresi sia coloro che assumono quotidianamente la responsabilità clinica del singolo paziente detenuto, sia i Consulenti Specialisti a cui compete la definizione di percorsi diagnostici e terapeutici, sulla base delle indicazioni di linee guida internazionali. L'intervento in equipe garantisce inoltre una più corretta applicazione dei criteri normanti la compatibilità delle condizioni del detenuto con il regime carcerario e l'eventuale revisione degli stessi in base all'evoluzione dell'epidemia o delle conoscenze mediche. In considerazione quindi, della complessità dell'intervento e della numerosità dei professionisti impiegati nel settore ed al fine di coordinare le diverse azioni programmate, si ritiene necessario ricomprendere queste azioni nell'ambito delle Unità Operative di medicina penitenziaria o comunque denominate e già previste nell'all. 'C' al DPCM del 1 aprile 2008 ("Indicazioni sui Modelli Organizzativi") includendo le competenze indicate nell'art. 118 del DPR 309/90.

E', inoltre, necessario che le Regioni e le Aziende sanitarie, in collaborazione con l'Amministrazione della Giustizia, assicurino interventi di educazione sanitaria rivolta ai detenuti sani e corsi di aggiornamento professionale rivolti a tutto il personale sanitario interno agli istituti, coinvolgendo anche gli Agenti di Polizia Penitenziaria, gli Educatori ed i Volontari operanti a qualsiasi titolo.

### 4. INTERVENTI INFORMATIVI E DI PREVENZIONE

Per tutti i detenuti ed internati, siano essi maggiorenni o minori, devono essere organizzati interventi d'informazione nei singoli istituti penitenziari e nei servizi minorili orientati ad una informazione completa sull'infezione da HIV/AIDS e sulle altre malattie trasmissibili e, in particolare, sul rischio della convivenza in un ambiente confinato e di alcuni comportamenti quali i rapporti sessuali non protetti, l'utilizzo e lo scambio di siringhe usate e i tatuaggi. In tutti i casi, una

giusta attenzione deve essere posta nell'uso di un linguaggio che risulti semplice, appropriato e comprensibile, adeguato alla tipologia degli interlocutori in modo che venga favorita la corretta trasmissione dei messaggi.

L'impiego di mediatori culturali appare auspicabile per il *counselling* rivolto ai detenuti stranieri. In alternativa, nelle situazioni sicuramente molto frequenti di carenza di risorse per l'impiego dei mediatori, è auspicabile la formazione specifica di detenuti stranieri, con pena residua di medio-lungo termine, in modo da essere utilizzati da "mediatori interni tra pari" per i nuovi detenuti stranieri con difficoltà di lingua.

In conclusione si ritiene opportuno che una proposta attiva per l'attuazione del test per HIV nelle persone (sia adulti che minori) alla prima detenzione o che non abbiano attuato i test nelle detenzioni precedenti vada in ogni caso preceduta da un colloquio informativo che tenga conto, per gli stranieri delle necessarie mediazioni culturali e che chiarisca il diritto dell'interessato a declinare l'offerta senza che ciò pregiudichi l'accesso ad altre diagnostiche o alle cure, né comprometta in nessun caso la sua relazione con l'istituzione carceraria.

## 5. INTERVENTI DIAGNOSTICI E CLINICI

Gli aspetti diagnostici e clinici dei pazienti HIV sieropositivi, ovviamente, non differiscono nelle comunità chiuse penitenziarie da quanto avviene nei centri di riferimento esterni. Insieme alla già ricordata maggiore sensibilità necessaria nel rapporto medico-paziente ed alla corretta attuazione di un *counselling* specifico e reiterato nel tempo, una maggiore attenzione deve però essere posta sul decorso di altre infezioni spesso concomitanti ad HIV. In questo senso, un aspetto determinante per il controllo delle infezioni ed in particolare di HIV nell'ambito penitenziario, assume l'offerta e l'esecuzione degli screening d'ingresso del detenuto in carcere. Ad oggi, una offerta convincente dei test appare sostenuta in modo disomogeneo e solo in alcune realtà.

Appare indispensabile implementare drasticamente l'offerta del test di screening per HIV il cui livello di esecuzione, per produrre risultati veritieri, deve essere portato ad oltre l'80% dei nuovi ingressi, indipendentemente dagli eventuali comportamenti a rischio agiti dal detenuto. L'offerta del test, che è obbligo anche etico dei Responsabili Medici delle UU.OO. sanitarie del carcere deve essere opportunamente fatta ed eventualmente reiterata al singolo detenuto dopo un periodo di tempo sufficientemente lungo a fargli superare il trauma da ingresso. Contestualmente, appare egualmente necessaria l'acquisizione delle informazioni basali sulle co-infezioni con HBV, HCV, Tuberculosis, Lue ed altre MST.

Dopo aver completato la caratterizzazione sierologica basale del singolo paziente, mantenendo costante il flusso informativo proprio di un *counselling* specifico ben strutturato, si entra nella fase di caratterizzazione specialistica del paziente detenuto risultato sieropositivo per HIV con o senza ulteriori co-infezioni.

Il percorso diagnostico all'interno dell'istituzione carceraria non richiede provvedimenti aggiuntivi rispetto a quello seguito negli ambulatori delle U.O. territoriali di Malattie Infettive. Conoscendo i dati epidemiologici sulle infezioni in tale contesto, sarà necessaria la ricerca particolarmente accurata delle possibili co-infezioni con HBV, HCV e per la presenza di tubercolosi attiva e di sifilide attiva o latente.

Il monitoraggio della conta dei CD4+ e della viremia deve seguire i criteri indicati nelle linee guida per tutti i pazienti con infezione da HIV.

Poiché il controllo periodico dei linfociti CD4+, consente generalmente di attrarre l'attenzione dei pazienti detenuti anche più disinteressati alla propria malattia, soprattutto nel caso di conte in costante decremento, può essere valutata l'opportunità di praticarla ad intervalli più brevi di quanto previsto dalle stesse.

*[Handwritten signatures and initials: pm, M, H, TAE, and others]*

La frequenza dell'abuso di alcol, psicofarmaci e stupefacenti in caso di violazione dei filtri di controllo, rende opportuno inserire nella diagnostica di controllo dei pazienti in terapia anche altri parametri di controllo, quali quelli emocromocitometrici, epatici, pancreatici e renali. In ambiente penitenziario, infatti, la proporzione di eventi avversi è risultato più frequente rispetto all'esterno e non è infrequente l'interruzione o il fallimento della terapia antiretrovirale per interazioni tra farmaci antiretrovirali e sostanze d'abuso o per intolleranza alle stesse.

## 6. COUNSELLING PER I SOGGETTI SIEROPOSITIVI

Il detenuto sieropositivo per HIV è spesso una persona che somma al profondo malessere, dovuto alla carcerazione, la paura suscitata da una malattia potenzialmente mortale e contagiosa, l'etichetta di una diversità imposta o soggettivamente percepita. Ne consegue una soggettività spesso particolarmente fragile, anche se talvolta con atteggiamenti aggressivi, caratterizzata da profonde incertezze e notevoli difficoltà nel programmare il proprio futuro anche a breve termine, e rese ancora più insicure da eventuali difficili rapporti con le istituzioni.

L'informazione sanitaria ed il counselling di un detenuto sieropositivo e quasi sempre tossicodipendente, deve avvalersi quindi di operatori formati e motivati.

Per il detenuto HIV sieropositivo è necessario un intervento di *counselling* approfondito, reiterato nel tempo e mirato alle condizioni individuali, che è competenza dello specialista infettivologo, con l'integrazione, in assenza e in caso di necessità, del medico incaricato penitenziario. Nella pratica è consigliabile articolare l'intervento finalizzandolo a:

- guadagnare l'attenzione del paziente con argomentazioni tecniche che trovino però un rapido riscontro nella sua realtà quotidiana, quali i rapporti sessuali, le possibili vie attraverso le quali potrebbe essersi trasmessa l'infezione, se tossicodipendente i tipi di stupefacenti utilizzati con le vie di somministrazione e le tecniche di preparazione e di taglio. La naturalezza della discussione, senza colpevolizzare e ponendosi esclusivamente nella posizione di chi ha molte informazioni da fornire, la capacità di adeguare il proprio linguaggio alle caratteristiche dell'individuo, sono tutti elementi di grande ausilio in questa prima fase di contatto con il nuovo paziente;
- spiegare con precisione e con la massima semplicità e comprensibilità l'evoluzione della malattia, in particolare gli eventi biologici che sono stati dimostrati avvenire nel periodo asintomatico, nonché cosa è cambiato oggi nella gestione medica della malattia grazie alle terapie antiretrovirali disponibili, dove queste agiscono e quali vantaggi garantiscono;
- cercare di rimuovere il rifiuto da molti opposto verso la malattia e, soprattutto, verso le terapie. Su questo aspetto l'ambiente penitenziario gioca un ruolo fondamentale; per molti detenuti l'assumere i farmaci antiretrovirali significa rendere visibile ai propri compagni, che possono assistere alla distribuzione dei farmaci, la propria condizione di sieropositività; per altri l'assunzione della terapia è il doloroso momento in cui gli viene ricordato di essere malato. E' fondamentale riuscire a far comprendere che il silenzio clinico dell'infezione non corrisponde assolutamente ad una inattività della stessa. Se si riesce a far comprendere la dinamica della malattia e se si riesce a creare le condizioni per una buona *compliance* alla cura allora sarà possibile effettuare sia controlli seriali che ottenere l'aderenza alle terapie;
- garantire il rispetto delle regole stabilite ed evitare di fare promesse che non possono essere mantenute; in questa fase è necessario essere equilibrati perché la credibilità e l'autorevolezza dell'operatore devono mantenersi nel tempo affinché l'intervento mantenga la sua efficacia. Il "contratto" di reciproca fiducia che si stipula con il paziente/detenuto non può che contenere garanzie di assistenza, più che vantaggi ambientali rispetto agli altri compagni;

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

TAF

*[Handwritten mark]*

- mantenere sullo stesso livello il rapporto stabilito per tutto il periodo in cui il paziente rimane detenuto, gettando le basi perché possa proseguire al termine della pena presso il centro specialistico di riferimento della zona.
- favorire, utilizzando la crescita del rapporto medico-paziente, l'accettazione e il rapporto con gli altri operatori penitenziari con cui interagisce il paziente-detenuto;

In ultima analisi, è possibile affermare che il counselling ai detenuti con infezione da HIV deve avere come obiettivo primario ed esplicito l'informazione ragionata delle fasi della malattia, fino alla sua consapevole accettazione ed alla formazione di una coscienza realistica e responsabile del problema.

## 7. INTERVENTI TERAPEUTICI

La disponibilità di tutti i farmaci antiretrovirali necessari per l'effettuazione della terapia antiretrovirale altamente attiva [HAART] deve essere assicurata ai pazienti detenuti in tutti gli istituti penitenziari Italiani—in cui sono presenti soggetti con infezione HIV.

La terapia anti-HIV ha rappresentato e rappresenta un punto critico della tutela della salute in carcere; ai problemi di approvvigionamento dei farmaci, infatti, si sono sovrapposti da sempre numerosi fattori ostativi, quali i numerosi trasferimenti da istituto a istituto per motivi di giustizia ovvero disciplinari, la disomogeneità nella qualità dell'informazione associata all'offerta terapeutica, la non completa disponibilità degli esami di laboratorio utili al monitoraggio clinico, le carenze di personale sanitario e di polizia penitenziaria, le conflittualità interne ad ogni comunità confinata, l'atteggiamento dei singoli detenuti fino alla negazione della malattia.

La disponibilità della terapia antiretrovirale negli Istituti Penitenziari ha oggi condotto ad una drastica riduzione delle nuove diagnosi di AIDS e delle morti correlate, sia in Italia che in altri paesi. L'assunzione delle terapie antiretrovirali sembra ancora oggi più bassa nei pazienti detenuti rispetto a quelli liberi.

Non risultano disponibili dati più recenti, anche a causa del trasferimento delle competenze alle ASL, che ha comportato per il momento un arresto dei flussi centralizzati di informazione.

Le difficoltà di assunzione della terapia antiretrovirale in carcere, riportate in nord America ed Europa sono rappresentate principalmente da problemi di scarsa aderenza. Inoltre, la continuità terapeutica è ostacolata, almeno in Italia, da trasferimenti da un Istituto Penitenziario all'altro e dal rilascio dei detenuti HIV positivi che spesso non si rivolgono, dopo la scarcerazione, alle strutture sanitarie esterne.

Numerose segnalazioni, eseguite sia in Italia che negli Stati Uniti hanno inequivocabilmente dimostrato il significativo vantaggio della terapia direttamente osservata (DOT) rispetto alle schedule di auto-somministrazione. I dati della letteratura indicano che l'incremento di HIV-RNA soppresso è >20% con la DOT sia in controlli intramurari che in controlli liberi attendibili, rendendo tale strategia particolarmente raccomandabile in questo ambito. Questa opzione appare uno strumento particolarmente valido soprattutto se associato ad uno specifico programma di counselling ed educazione sanitaria, finalizzato a restituire al termine della detenzione alla comunità libera pazienti consapevoli e convinti delle terapie che assumono.

Anche se nell'ordinamento penitenziario italiano è da alcuni anni prevista la possibilità, offrendo ogni garanzia di legge ai detenuti, di utilizzare in tale ambito farmaci sperimentali, non risultano fino ad oggi avviati studi specifici sui detenuti, pur ritenendo necessario stabilire regole specifiche; la normativa, peraltro, garantisce la possibilità di introdurre ed utilizzare nei singoli istituti farmaci antiretrovirali non ancora commercializzati disponibili nei centri specialistici esterni all'interno di programmi di accessi allargati. Tale opportunità appare fondamentale sia per i pazienti che vengono arrestati durante una terapia basata sull'utilizzo di tali farmaci, garantendo loro in tal modo la

*g M pm*

*ee se*

*g*

*me*

Pagina 7 di 8

TDF

*lm*



possibilità della prosecuzione in carcere, sia per i pazienti già detenuti che risultassero plurifalliti e multiresistenti alle diverse classi di farmaci antiretrovirali.

## 8. CONCLUSIONI ed INDICAZIONI OPERATIVE

Gli interventi sopra delineati, necessari alla gestione delle problematiche dell'infezione HIV e delle principali malattie infettive nel contesto detentivo, possono essere riassunti come di seguito, anche in considerazione dell'avvenuta presa in carico della sanità penitenziaria da parte del S.S.N.:

- garantire e valorizzare interventi stabili e continuativi di consulenza infettivologica e multiprofessionale in tutti gli istituti di pena;
- implementare un'offerta convincente e, se necessario, reiterata del test di screening HIV, fino ad ottenere un tasso di esecuzione almeno del 60% in ogni Istituto;
- fornire ai detenuti ed internati con accertata sieropositività livelli diagnostici non inferiori a quelli offerti esternamente;
- offrire terapie ARV a tutti coloro che ne necessitano secondo le linee guida internazionali;
- garantire a tutti i pazienti in terapia la distribuzione dei farmaci agli orari prescritti ed i controlli ematochimici, virologici ed immunologici ai tempi richiesti;
- garantire un costante rapporto medico-paziente, con counselling specialistico continuativo teso al miglioramento dell'adesione alle terapie;
- garantire la continuità terapeutica sia ai detenuti ed internati in entrata che a quelli in uscita ovvero in trasferimento verso altri Istituti;
- garantire che quando il medico ravvisi condizioni di salute incompatibili con il regime penitenziario, si attivi senza indugio, affinché il caso sia sottoposto all'Autorità giudiziaria competente per le determinazioni conseguenti, in conformità alla normativa vigente;
- un'adeguata formazione per tutto il personale penitenziario che gravita nell'ambito sanitario, inclusi Agenti di Polizia Penitenziaria, Educatori e Volontari;
- consapevolezza da parte degli organi sanitari responsabili della salute in carcere che ogni politica od interventi di "riduzione del danno", devono essere applicati in un contesto sanitario orientato alla cura, alla riabilitazione ed al reinserimento delle persone, pena il fallimento dell'effetto preventivo.
- Garantire Misure ed azioni concrete per la Prevenzione delle Patologie Correlate all'uso di sostanze stupefacenti in carcere, alle pratiche sessuali, ai tatuaggi, ecc. (contatto precoce e mirato con adeguate informazioni, estesa disponibilità di farmaci sostitutivi, programmi di screenings calibrati per durata di detenzione, offerta attiva di contact-tracing e partner notification, campagne vaccinali, programmi mirati alle differenze di genere, ecc.) anche attraverso procedure sperimentali.
- adeguate campagne di prevenzione per tutto il personale;
- interventi di educazione sanitaria rivolti alla popolazione detenuta ed internata, per prevenire e ridurre i rischi di acquisizione delle malattie virali croniche e trasmissibili in tale ambito, privilegiando possibilmente la trasmissione delle informazioni "tra pari" ed utilizzando, ove necessario, l'impiego di mediatori culturali adeguatamente ed appositamente formati.
- Garanzia di richiesta di consenso informato ed anonimato qualora desiderato, in accordo con l'Ordinamento Penitenziario.

*[Handwritten signatures and initials]*

T.S.F.



**2.19** Intesa, ai sensi dell'articolo 3-ter del decreto legge 22 dicembre 2011, n. 211, convertito, con modificazioni, in legge 17 febbraio 2012, n. 9, sullo schema di decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro della giustizia, concernente la definizione, ad integrazione del D.P.R. 14 gennaio 1997, di ulteriori requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi, anche con riguardo ai profili di sicurezza, relativi alle strutture destinate ad accogliere le persone cui sono applicate le misure di sicurezza del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario e dell'assegnazione a case di cura e custodia.

Rep. atti n. 98/CU del 25 luglio 2012

Lo schema di decreto è stato approvato nella seduta del Comitato paritetico interistituzionale del 14 giugno 2012 e successivamente comunicato al Tavolo di consultazione permanente con nota del 18 giugno 2012 (ai sensi dell'articolo 2, comma 3 della Delibera della Conferenza Unificata del 31 luglio 2008).







*Presidenza  
del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA UNIFICATA

Intesa, ai sensi dell'articolo 3-ter del decreto legge 22 dicembre 2011, n. 211, convertito, con modificazioni, in legge 17 febbraio 2012, n. 9, sullo schema di decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro della giustizia, concernente la definizione, ad integrazione del D.P.R. 14 gennaio 1997, di ulteriori requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi, anche con riguardo ai profili di sicurezza, relativi alle strutture destinate ad accogliere le persone cui sono applicate le misure di sicurezza del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario e dell'assegnazione a case di cura e custodia.

Rep. Atti n. 98/CU del 25 luglio 2012

LA CONFERENZA UNIFICATA

Nell'odierna seduta del 25 luglio 2012;

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;

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;





*Presidenza  
del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA UNIFICATA

VISTO, in particolare, l'articolo 2, comma 3, dell'anzidetta Delibera della Conferenza Unificata del 31 luglio 2008, 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;

VISTO l'Accordo sancito in Conferenza Unificata, nella seduta del 26 novembre 2009, Rep. Atti n. 84/CU, concernente la definizione di specifiche aree di collaborazione e gli indirizzi di carattere prioritario sugli interventi negli Ospedali psichiatrici giudiziari e nelle Case di Cura e Custodia;

VISTO il successivo Accordo (Rep. Atti n. 95/CU), con il quale la Conferenza Unificata, nella seduta del 13 ottobre 2012, ha approvato un documento recante "Integrazione agli 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", che definisce alcuni ulteriori interventi di carattere prioritario necessari per attuare il percorso di superamento delle strutture di cui al più volte citato Allegato C al D.P.C.M. 1 aprile 2008;

VISTO l'articolo 3-ter del decreto legge 22 dicembre 2011, n. 211, convertito, con modificazioni, in legge 17 febbraio 2012, n. 9, recante disposizioni per il definitivo superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari, il quale prevede, al comma 2, che con decreto di natura non regolamentare del Ministro della salute, adottato di concerto con il Ministro della giustizia, d'intesa con questa Conferenza, sono definiti, ad integrazione di quanto previsto dal DPR 14 gennaio 1997, ulteriori requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi, anche con riguardo ai profili di sicurezza, relativi alle strutture destinate ad accogliere le persone cui sono applicate le misure di sicurezza del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario e dell'assegnazione a casa di cura e custodia;

VISTA la lettera in data 2 maggio 2012, con la quale il Ministero della salute ha inviato, ai fini del perfezionamento della prescritta intesa, lo schema di decreto indicato in oggetto, diramato con lettera del 4 maggio 2012;

CONSIDERATO che, nel corso della riunione del suddetto Comitato paritetico istituzionale svoltasi in data 14 maggio 2012, sono state concordate dai rappresentanti delle Amministrazioni centrali interessate e dai rappresentanti delle Autonomie territoriali alcune modifiche del testo di cui trattasi;

VISTA la lettera pervenuta in data 1 giugno 2012, diramata con lettera del 4 giugno 2012, con la quale il Ministero della salute ha inviato una nuova versione dello schema di decreto in parola, che tiene conto delle osservazioni formulate nel corso della richiamata riunione del 14 maggio 2012;

RILEVATO che, nel corso di una ulteriore riunione del più volte citato Comitato svoltasi in data 14 giugno 2012, i rappresentanti dei Ministeri della salute e della giustizia e delle Autonomie territoriali hanno congiuntamente elaborato una nuova versione dello schema di provvedimento in oggetto, mentre il rappresentante del Ministero dell'interno ha rappresentato la necessità di condurre ulteriori approfondimenti al riguardo;





*Presidenza  
del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA UNIFICATA

CONSIDERATO che, ai sensi dell'articolo 2, comma 3, della citata Delibera della Conferenza Unificata del 31 luglio 2008 (Rep Atti N. 81/CU ), la predetta nuova versione dello schema di decreto in parola è stata comunicata al Tavolo di consultazione permanente sulla sanità penitenziaria con nota del 18 giugno 2012;

VISTA la nota del 10 luglio 2012, con la quale il Ministero dell'interno ha trasmesso copia della nota inviata al Ministero della salute in data 3 luglio 2012 concernente le proprie osservazioni sullo schema di decreto indicato in oggetto;

VISTA la lettera del 24 luglio 2012, diramata in pari data, con la quale il Ministero della salute ha inviato la versione definitiva dello schema di decreto in parola sulla quale sono stati acquisiti gli assensi del Ministero della giustizia e del Ministero dell'interno;

VISTA la nota in data 24 luglio 2012, con la quale l'ANCI ha espresso assenso tecnico sulla predetta versione definitiva dello schema di provvedimento di cui trattasi;

CONSIDERATO che, nel corso dell'odierna seduta, le Regioni e le Province autonome e le Autonomie locali, nell'esprimere parere favorevole al perfezionamento dell'intesa, hanno rappresentato la necessità di condurre ulteriori approfondimenti sulla delicata materia oggetto del provvedimento in esame ed hanno fatto presente, pertanto, di fare riserva di formulare entro una settimana le proprie eventuali osservazioni al riguardo;

RILEVATO che il Ministro della salute, nel prendere atto della richiesta come sopra avanzata dalle Regioni e Province autonome e dalle Autonomie locali, ha fatto presente di ritenere la medesima accoglibile;

ACQUISITO, nel corso dell'odierna seduta, l'assenso del Governo, delle Regioni e delle Province autonome di Trento e Bolzano e delle Autonomie locali sullo schema di decreto in oggetto, nella versione diramata con lettera del 24 luglio 2012, con la riserva di cui sopra;

SANCISCE INTESA

nei termini di cui in premessa, sullo schema di decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro della giustizia, concernente la definizione, ad integrazione del D.P.R. 14 gennaio 1997, di ulteriori requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi, anche con riguardo ai profili di sicurezza, relativi alle strutture destinate ad accogliere le persone cui sono applicate le misure di sicurezza del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario e dell'assegnazione a case di cura e custodia.

IL SEGRETARIO  
Cons. Ermenegilda Siniscalchi



IL PRESIDENTE  
Dott. Piero Gnudi



**2.20** Intesa, ai sensi dell'articolo 3-ter del decreto legge 22 dicembre 2011, n. 211, convertito, con modificazioni, in legge 17 febbraio 2012, n. 9, sulla proposta del Ministero della salute di modifica allo schema di decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro della giustizia, concernente la definizione, ad integrazione del D.P.R. 14 gennaio 1997, di ulteriori requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi, anche con riguardo ai profili di sicurezza, relativi alle strutture destinate ad accogliere le persone cui sono applicate le misure di sicurezza del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario e dell'assegnazione a case di cura e custodia.

Rep. atti n. 111/CU del 26 settembre 2012





*Presidenza  
del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA UNIFICATA

Intesa, ai sensi dell'articolo 3-ter del decreto legge 22 dicembre 2011, n. 211, convertito, con modificazioni, in legge 17 febbraio 2012, n. 9, sulla proposta del Ministero della salute di modifica allo schema di decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro della giustizia, concernente la definizione, ad integrazione del D.P.R. 14 gennaio 1997, di ulteriori requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi, anche con riguardo ai profili di sicurezza, relativi alle strutture destinate ad accogliere le persone cui sono applicate le misure di sicurezza del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario e dell'assegnazione a case di cura e custodia.

Rep. Atti n. *111/CU* del **26 SET. 2012**

LA CONFERENZA UNIFICATA

Nell'odierna seduta del 26 settembre 2012;

VISTO il decreto del Presidente della Repubblica 14 gennaio 1997 recante "Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni e alle Province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private";

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;

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





*Presidenza  
del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA UNIFICATA

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 2008, 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;

VISTO l'Accordo sancito in Conferenza Unificata, nella seduta del 26 novembre 2009, Rep. Atti n. 84/CU, concernente la definizione di specifiche aree di collaborazione e gli indirizzi di carattere prioritario sugli interventi negli Ospedali psichiatrici giudiziari e nelle Case di Cura e Custodia;

VISTO il successivo Accordo (Rep. Atti n. 95/CU), con il quale la Conferenza Unificata, nella seduta del 13 ottobre 2012, ha approvato un documento recante "Integrazione agli 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", che definisce alcuni ulteriori interventi di carattere prioritario necessari per attuare il percorso di superamento delle strutture di cui al più volte citato Allegato C al D.P.C.M. 1 aprile 2008;

VISTO l'articolo 3-ter del decreto legge 22 dicembre 2011, n. 211, convertito, con modificazioni, in legge 17 febbraio 2012, n. 9, recante disposizioni per il definitivo superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari, il quale prevede, al comma 2, che con decreto di natura non regolamentare del Ministro della salute, adottato di concerto con il Ministro della giustizia, d'intesa con questa Conferenza, sono definiti, ad integrazione di quanto previsto dal menzionato Decreto del Presidente della Repubblica 14 gennaio 1997, ulteriori requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi, anche con riguardo ai profili di sicurezza, relativi alle strutture destinate ad accogliere le persone cui sono applicate le misure di sicurezza del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario e dell'assegnazione a casa di cura e custodia;

VISTA l'Intesa sancita in Conferenza Unificata, nella seduta del 25 luglio 2012, Rep. Atti n. 98/CU, sullo schema di decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro della giustizia, concernente la definizione, ad integrazione del più volte citato Decreto del Presidente della Repubblica 14 gennaio 1997, di ulteriori requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi, anche con riguardo ai profili di sicurezza, relativi alle strutture destinate ad accogliere le persone cui sono applicate le misure di sicurezza del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario e dell'assegnazione a case di cura e custodia;

CONSIDERATO che, nel corso della medesima seduta della Conferenza Unificata, le Regioni e le Province autonome e le Autonomie locali, nell'esprimere parere favorevole al perfezionamento dell'intesa, hanno rappresentato la necessità di condurre ulteriori approfondimenti sulla delicata materia oggetto del provvedimento in esame ed hanno fatto presente, pertanto, di fare riserva di formulare entro una settimana le proprie eventuali osservazioni al riguardo;







*Presidenza  
del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA UNIFICATA

RILEVATO che il Ministro della salute, nel prendere atto della richiesta come sopra avanzata dalle Regioni e Province autonome e dalle Autonomie locali, ha fatto presente, nel corso della predetta seduta, di ritenere la medesima richiesta accoglibile;

VISTA la nota in data 3 agosto 2012, con la quale il Presidente della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome ha comunicato ai Ministri interessati le osservazioni delle Regioni medesime sullo schema di provvedimento di cui trattasi;

VISTA la lettera in data 12 settembre 2012, diramata in data 14 settembre 2012, con la quale il Ministero della salute ha inviato, ai fini del perfezionamento della prescritta intesa, la proposta indicata in oggetto, che recepisce un'espressa richiesta avanzata dal Ministero della Giustizia volta a precisare che la definizione dei requisiti strutturali delle strutture residenziali destinate ad accogliere le persone cui sono applicate le misure di sicurezza del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario e dell'assegnazione a case di cura e custodia deve tener conto, oltre che delle necessità assistenziali e di riabilitazione psico-sociale, anche delle necessità di sicurezza;

CONSIDERATO che, con la predetta lettera, il Dicastero in parola, nel comunicare che sulla proposta che interessa è stato acquisito l'assenso tecnico del Ministero dell'Interno e dell'ANCI, ha anche ritenuto di dover portare a conoscenza della Segreteria una nota in data 11 settembre 2012, con la quale il Segretario Generale della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome ha precisato, tra l'altro, che la definitiva posizione delle Regioni medesime sulla più volte citata proposta sarà assunta in sede di Conferenza delle Regioni e Province autonome;

RILEVATO che, nel corso dell'odierna seduta, i Presidenti delle Regioni e Province autonome, l'ANCI e l'UPI hanno espresso parere favorevole al perfezionamento dell'intesa sulla menzionata proposta del Ministero della salute;

ACQUISITO, nel corso dell'odierna seduta, l'assenso del Governo, delle Regioni e delle Province autonome di Trento e Bolzano e delle Autonomie locali sulla proposta in oggetto;

SANCISCE INTESA

sulla proposta del Ministero della salute di modifica allo schema di decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro della giustizia, concernente la definizione, ad integrazione del D.P.R. 14 gennaio 1997, di ulteriori requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi, anche con riguardo ai profili di sicurezza, relativi alle strutture destinate ad accogliere le persone cui sono applicate le misure di sicurezza del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario e dell'assegnazione a case di cura e custodia.

IL SEGRETARIO  
Cons. Ermenegilda Siniscalchi



IL PRESIDENTE  
Dott. Piero Gnudi



*Presidenza  
del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA UNIFICATA

Servizio III°: Sanità e politiche sociali

**CONFERENZA UNIFICATA**  
Seduta del 26 settembre 2012  
Punto n. 6 dell'o.d.g.

**Oggetto:** Intesa sulla proposta del Ministero della salute di modifica allo schema di decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro della giustizia, concernente la definizione, ad integrazione del D.P.R. 14 gennaio 1997, di ulteriori requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi, anche con riguardo ai profili di sicurezza, relativi alle strutture destinate ad accogliere le persone cui sono applicate le misure di sicurezza del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario e dell'assegnazione a case di cura e custodia. **Codice sito: 4.10/2012/78**

*Intesa ai sensi dell'articolo 3-ter del decreto legge 22 dicembre 2011, n. 211, convertito, con modificazioni, in legge 17 febbraio 2012, n. 9.*

L'articolo 3-ter del decreto legge 22 dicembre 2011, n. 211, convertito, con modificazioni, in legge 17 febbraio 2012, n. 9, recante disposizioni per il definitivo superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari, prevede, al comma 2, che con decreto di natura non regolamentare del Ministro della salute, adottato di concerto con il Ministro della giustizia, d'intesa con la Conferenza Unificata, sono definiti, ad integrazione di quanto previsto dal DPR 14 gennaio 1997, ulteriori requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi, anche con riguardo ai profili di sicurezza, relativi alle strutture destinate ad accogliere le persone cui sono applicate le misure di sicurezza del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario e dell'assegnazione a case di cura e custodia.

La Conferenza Unificata, nella seduta del 25 luglio 2012, ha sancito l'intesa prevista dalla predetta disposizione di legge (Rep. Atti n. 98/CU).

Nella menzionata seduta, infatti, è stato acquisito l'assenso del Governo, delle Regioni e delle Autonomie locali sullo schema di provvedimento in parola, nella versione diramata con lettera di questa Segreteria del 24 luglio 2012, con la sola riserva, manifestata nel corso della medesima seduta, da parte dei Presidenti delle Regioni e delle Province autonome di condurre ulteriori approfondimenti sullo schema medesimo e di formulare alle Amministrazioni interessate, all'esito di tali approfondimenti ed entro una settimana, eventuali osservazioni al riguardo.

Dette osservazioni sono state comunicate ai Ministri competenti con lettera in data 3 agosto 2012 del Presidente della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome (Allegato 1).

Con lettera in data 12 settembre 2012, diramata in data 14 settembre 2012, il Ministero della Salute ha inviato, ai fini del perfezionamento della prescritta intesa, la proposta indicata in oggetto,



*Presidenza  
del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA UNIFICATA

che recepisce un'espressa richiesta avanzata dal Ministero della Giustizia volta a precisare che la definizione dei requisiti strutturali delle strutture residenziali destinate ad accogliere le persone cui sono applicate le misure di sicurezza del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario e dell'assegnazione a case di cura e custodia deve tener conto, oltre che delle necessità assistenziali e di riabilitazione psico-sociale, anche delle **necessità di sicurezza**.

Con la predetta lettera, il Dicastero in parola, nel comunicare che sulla proposta che interessa è stato acquisito l'assenso tecnico del Ministero dell'Interno e dell'ANCI, ha anche ritenuto di dover portare a conoscenza della Segreteria una nota in data 11 settembre 2012 con la quale il Segretario Generale della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome ha precisato, tra l'altro, che la definitiva posizione delle Regioni medesime sulla più volte citata proposta sarà assunta in sede di Conferenza delle Regioni e Province autonome.

Si sottopone all'esame della Conferenza Unificata ai fini del perfezionamento dell'intesa ai sensi dell'articolo 3-ter del decreto legge 22 dicembre 2011, n. 211, convertito, con modificazioni, in legge 17 febbraio 2012, n. 9.

Il Segretario  
Cons. Ermenegilda Siniscalchi

