



PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI
Ufficio di Segreteria della Conferenza Permanente per i rapporti
tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di
Bolzano

Dossier di Documentazione

L'attività della Conferenza Stato-Regioni e della Conferenza Unificata in materia di attuazione del D.P.C.M. 1° aprile 2008 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"

Marzo 2008 - Dicembre 2012

A cura del Servizio III° "Sanità e Politiche Sociali"

Autori: Giuseppe Scribano, Fiorella Baratto, Lucia Ducci, Elisabetta Florenzano, Anna Maria Marano

INDICE

Capitolo Primo

NORMATIVA DI RIFERIMENTO

- 1.1** Articolo 2, comma 283, della Legge 24 dicembre 2007, n. 244 recante “Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2008) pag. 9
- 1.2** D.P.C.M. 1° aprile 2008 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. pag. 11
- 1.3** Articolo 3^{ter} del decreto legge 22 dicembre 2011, n. 211, convertito, con modificazioni, in legge 17 febbraio 2012, n. 9 recante interventi urgenti per il contrasto della tensione detentiva determinata dal sovraffollamento delle carceri. pag. 47

Capitolo Secondo

ATTI ADOTTATI DALLA CONFERENZA STATO-REGIONI E DALLA CONFERENZA UNIFICATA E RELATIVE SCHEDE TECNICHE

- 2.1** Intesa, ai sensi dell'articolo 2, comma 283, della legge 24 dicembre 2007, n. 244 (legge finanziaria 2008), sullo schema di decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri concernente le modalità ed i criteri per il trasferimento al Servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria. Rep. atti n. 91/CSR del 20 marzo 2008 pag. 51
- 2.2** Delibera, ai sensi degli articoli 7, comma 2 e 9, comma 1 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, concernente la costituzione di tavoli tecnici di lavoro tra lo Stato, le Regioni e Province autonome e le Autonomie locali con funzioni istruttorie, di raccordo, di consultazione e concorso alle attività della Conferenza

	Unificata in materia di attuazione del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 1 aprile 2008 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."		
	Rep. atti n. 81/CU del 31 luglio 2008	pag.	61
2.2.1	Scheda tecnica	»	68
2.3	Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano e le Autonomie locali concernente la definizione delle forme di collaborazione relative alle funzioni della sicurezza ed i principi ed i criteri di collaborazione tra l'ordinamento sanitario e l'ordinamento penitenziario e della giustizia minorile in attuazione dell'articolo 7 del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 1° aprile 2008 recante: "Modalità e criteri per il trasferimento al Servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie, di rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria".		
	Rep. atti n. 102/CU del 20 novembre 2008	pag.	73
2.3.1	Scheda tecnica	»	81
2.4	Intesa, ai sensi dell'articolo 115, comma 1, lettera a), del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, sulla proposta del Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali di deliberazione CIPE concernente il riparto per l'anno 2008 delle risorse finanziarie trasferite nelle disponibilità del Servizio Sanitario Nazionale, ai sensi dell'articolo 6 del DPCM 1° aprile 2008, ai fini dell'esercizio delle funzioni sanitarie afferenti alla medicina penitenziaria.		
	Rep. atti n. 109/CU del 18 dicembre 2008	pag.	85
2.4.1	Scheda tecnica	»	98
2.5	Approvazione, ai sensi dell'articolo 4, comma 2, del D.P.C.M. 1° aprile 2008, dello schema di convenzione tipo per l'utilizzo da parte delle Aziende Sanitarie Locali, nel cui territorio sono ubicati gli istituti e i servizi penitenziari di riferimento, dei locali adibiti all'esercizio delle funzioni sanitarie.		
	Rep. atti n. 29/CU del 29 aprile 2009	pag.	101
2.5.1	Scheda tecnica	»	108
2.6	Accordo, ai sensi dell'articolo 9 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, sul documento recante: "Schema tipo di convenzione per le prestazioni medico legali in favore del Corpo della Polizia Penitenziaria".		
	Rep. atti n. 51/CU del 29 ottobre 2009	pag.	113
2.6.1	Scheda tecnica	»	119

- 2.7** 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: "Strutture sanitarie nell'ambito del sistema penitenziario italiano".
Rep. atti n. 81/CU del 26 novembre 2009 - Pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 4 gennaio 2010, n. 2 pag. 123
- 2.7.1** Scheda tecnica » 132
- 2.8** Accordo, ai sensi dell'articolo 9 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, sul documento proposto dal Tavolo di consultazione permanente sulla sanità penitenziaria recante: "Linee di indirizzo per l'assistenza ai minori sottoposti a provvedimento dell'Autorità giudiziaria".
Rep. atti n. 82/CU del 26 novembre 2009 - Pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 4 gennaio 2010, n. 2 pag. 139
- 2.8.1** Scheda tecnica » 147
- 2.9** Accordo, ai sensi dell'articolo 9 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, sul documento proposto dal Tavolo di consultazione permanente sulla sanità penitenziaria recante: "Dati sanitari, flussi informativi e cartella clinica anche informatizzata".
Rep. atti n. 83/CU del 26 novembre 2009 - Pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 4 gennaio 2010, n. 2 pag. 153
- 2.9.1** Scheda tecnica » 166
- 2.10** Accordo, ai sensi dell'articolo 9 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, concernente la definizione di specifiche aree di collaborazione e gli indirizzi di carattere prioritario sugli interventi negli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG) e nelle Case di Cura e Custodia (CCC) di cui all'Allegato C al D.P.C.M. 1° aprile 2008.
Rep. atti n. 84/CU del 26 novembre 2009 - Pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 4 gennaio 2010, n. 2 pag. 179
- 2.10.1** Scheda tecnica » 186
- 2.11** Intesa, ai sensi dell'articolo 115, comma 1, lettera a), del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, sulla proposta del Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali di deliberazione CIPE concernente il riparto per l'anno 2009 delle risorse finanziarie trasferite nelle disponibilità del Servizio Sanitario Nazionale, ai sensi dell'articolo 6 del DPCM 1° aprile 2008, ai fini dell'esercizio delle funzioni sanitarie afferenti alla medicina penitenziaria.
Rep. atti n. 85/CU del 26 novembre 2009 pag. 193

- 2.11.1** Scheda tecnica » 200
- 2.12** Accordo, ai sensi dell'articolo 9 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, sul documento proposto dal Tavolo di consultazione permanente sulla sanità penitenziaria recante: "Monitorare l'attuazione del D.P.C.M. 1° aprile 2008 concernente le modalità ed i criteri per il trasferimento al Servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria".
Rep. atti n. 59/CU dell'8 luglio 2010 - Pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 26 luglio 2010, n. 172 pag. 203
- 2.12.1** Scheda tecnica pag. 225
- 2.13** Intesa, ai sensi dell'articolo 2, comma 374, della legge 24 dicembre 2007, n. 244, sullo schema di decreto del Ministro della salute recante assegnazione, per l'anno 2008, alle Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano dell'importo di 60,5 milioni di euro previsto dall'articolo 1, della legge 27 dicembre 2006, n. 296 per l'integrazione e il cofinanziamento dei progetti regionali attuativi del Piano sanitario nazionale.
Rep. Atti n. 160/CSR del 23 settembre 2010 pag. 245
- 2.13.1** Scheda tecnica » 249
- 2.14** Intesa, ai sensi dell'articolo 115, comma 1, lettera a), del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, sulla proposta del Ministero della salute di deliberazione CIPE concernente il riparto per l'anno 2010 delle risorse finanziarie trasferite nella disponibilità del Servizio Sanitario Nazionale, ai sensi dell'articolo 6 del DPCM 1° aprile 2008, ai fini dell'esercizio delle funzioni sanitarie afferenti alla medicina penitenziaria.
Rep. Atti n. 111/CU del 28 ottobre 2010 pag. 255
- 2.14.1** Scheda tecnica » 265
- 2.15** 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 concernente le schede relative alla rilevazione dei detenuti adulti, minori e giovani adulti tossicodipendenti e alcolodipendenti integrativo dell'Accordo sancito dalla Conferenza Unificata nella seduta dell'8 luglio 2010 (Rep. Atti n. 59/CU).
Rep. Atti n. 48/CU del 18 maggio 2012 - Pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 9 giugno 2011, n. 132 pag. 269
- 2.15.1** Scheda tecnica » 307

- 2.16** Accordo, ai sensi dell'articolo 9 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, sul 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".
Rep. Atti n. 95/CU del 13 ottobre 2011 - Pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 31 novembre 2011, n. 256 pag. 311
- 2.16.1** Scheda tecnica » 319
- 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 10 febbraio 2012, n. 34 pag. 325
- 2.17.1** Scheda tecnica » 333
- 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 31 marzo 2012, n. 77 pag. 341
- 2.18.1** Scheda tecnica » 356
- 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 pag. 367
- 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 pag. 373

2.20.1 Scheda tecnica » 378

2.21 Intesa, ai sensi dell'articolo 115, comma 1, lettera a), del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, sulla proposta del Ministro della salute di deliberazione CIPE concernente il riparto per l'anno 2011 delle risorse finanziarie trasferite nelle disponibilità del Servizio Sanitario Nazionale, ai sensi dell'articolo 6 del DPCM 1° aprile 2008, ai fini dell'esercizio delle funzioni sanitarie afferenti alla medicina penitenziaria.

Rep. Atti n. 138/CU del 6 dicembre 2012 pag. 381

2.21.1 Scheda tecnica pag. 390

2.22 Intesa, ai sensi dell'articolo 3-ter, comma 6, del decreto legge 22 dicembre 2011, n. 211, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano e le Autonomie locali sullo schema di decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, concernente il riparto delle risorse di cui all'articolo 3-ter, comma 6, del decreto legge 22 dicembre 2011, n. 211, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 febbraio 2012, n. 9, come modificato dall'articolo 6, comma 3, del decreto legge 13 settembre 2012, n. 158, convertito con modificazioni, nella legge 8 novembre 2012, n. 189.

Rep. Atti n. 139/CU del 6 dicembre 2012 pag. 395

2.22.1 Scheda tecnica pag. 400

2.23 Intesa, ai sensi dell'articolo 115, comma 1, lettera a) del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano e le Autonomie locali sulla proposta del Ministero della salute di deliberazione del CIPE concernente il riparto tra le Regioni, per l'anno 2012, delle risorse previste dall'articolo 3-ter, comma 7, del decreto legge 22 dicembre 2011, n. 211, convertito dalla legge 17 febbraio 2012, n. 9.

Rep. Atti n. 140/CU del 6 dicembre 2012 pag. 403

2.23.1 Scheda tecnica pag. 412

Capitolo Terzo

ATTIVITÀ DEL TAVOLO DI CONSULTAZIONE PERMANENTE SULLA SANITÀ PENITENZIARIA E DEL COMITATO PARITETICO INTERISTITUZIONALE

- 3.1** Composizione del Tavolo di consultazione permanente pag. 415
- 3.2** Composizione del Comitato paritetico interistituzionale pag. 417
- 3.3** Sottogruppi di lavoro nell'ambito del Tavolo di consultazione permanente pag. 419
- 3.4** Sottogruppo di lavoro nell'ambito del Comitato paritetico interistituzionale pag. 422
- 3.5** Seduta di insediamento del Tavolo di consultazione permanente e del
Comitato paritetico interistituzionale pag. 423
- 3.6** Sedute del Tavolo di consultazione permanente e relativi resoconti sintetici
pag. 427
- 3.7** Sedute del Comitato paritetico interistituzionale e relativi resoconti sintetici
pag. 446

CAPITOLO I

NORMATIVA DI RIFERIMENTO

1.1 Articolo 2, comma 283, della Legge 24 dicembre 2007, n. 244 recante “Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2008)”

Art. 2, comma 283. Al fine di dare completa attuazione al riordino della medicina penitenziaria di cui al decreto legislativo 22 giugno 1999, n. 230, e successive modificazioni, comprensivo dell'assistenza sanitaria negli istituti penali minorili, nei centri di prima accoglienza, nelle comunità e negli ospedali psichiatrici giudiziari, con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri da adottare entro tre mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, 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 permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sono definiti, nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza previsti dalla legislazione vigente e delle risorse finanziarie di cui alla lettera c):

a) il trasferimento al Servizio sanitario nazionale di tutte le funzioni sanitarie svolte dal Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria e dal Dipartimento della giustizia minorile del Ministero della giustizia, ivi comprese quelle concernenti il rimborso alle comunità terapeutiche delle spese sostenute per il mantenimento, la cura e l'assistenza medica dei detenuti di cui all'articolo 96, commi 6 e 6-bis, del testo unico di cui al decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309, e successive modificazioni, e per il collocamento nelle medesime comunità dei minorenni e dei giovani di cui all'*articolo 24* del decreto legislativo 28 luglio 1989, n. 272, disposto dall'autorità giudiziaria;

b) le modalità e le procedure, secondo le disposizioni vigenti in materia, previa concertazione con le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative, per il trasferimento al Servizio sanitario nazionale dei rapporti di lavoro in essere, anche sulla base della legislazione speciale vigente, relativi all'esercizio di funzioni sanitarie nell'ambito del Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria e del Dipartimento della giustizia minorile del Ministero della giustizia, con contestuale riduzione delle dotazioni organiche dei predetti Dipartimenti in misura corrispondente alle unità di personale di ruolo trasferite al Servizio sanitario nazionale;

c) il trasferimento al Fondo sanitario nazionale per il successivo riparto tra le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano delle risorse finanziarie, valutate complessivamente in 157,8 milioni di euro per l'anno 2008, in 162,8 milioni di euro per l'anno 2009 e in 167,8 milioni di euro a decorrere dall'anno 2010, di cui quanto a 147,8

milioni di euro a decorrere dall'anno 2008 a valere sullo stato di previsione del Ministero della giustizia e quanto a 10 milioni di euro per l'anno 2008, 15 milioni di euro per l'anno 2009 e 20 milioni di euro a decorrere dall'anno 2010 a valere sullo stato di previsione del Ministero della salute;

d) il trasferimento delle attrezzature, degli arredi e dei beni strumentali di proprietà del Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria e del Dipartimento della giustizia minorile del Ministero della giustizia afferenti alle attività sanitarie;

e) i criteri per la ripartizione tra le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano delle risorse finanziarie complessive, come individuate alla lettera c), destinate alla sanità penitenziaria ⁽²³⁴⁾.

(234) In attuazione di quanto disposto dal presente comma vedi il *D.P.C.M. 1° aprile 2008*.

1.2 D.P.C.M. 1° aprile 2008 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”.

Publicato nella Gazz. Uff. 30 maggio 2008, n. 126.

IL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI

Visto il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, recante «Riordino della disciplina sanitaria, a norma dell'art. 1, della legge 23 ottobre 1992, n. 421»;

Visto il decreto legislativo 22 giugno 1999, n. 230, recante norme per il riordino della medicina penitenziaria, a norma dell'art. 5 della legge 30 novembre 1998, n. 419;

Vista la legge 24 dicembre 2007, n. 244, recante «Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2008)» e, in particolare l'art. 2, comma 283, secondo cui, al fine di dare completa attuazione al riordino della medicina penitenziaria di cui al citato decreto legislativo n. 230 del 1999, comprensivo dell'assistenza sanitaria negli istituti penitenziari minorili, nei centri di prima accoglienza e negli ospedali psichiatrici giudiziari, con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro della salute e del Ministro della giustizia, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze e con il Ministro per le riforme e le innovazioni nella pubblica amministrazione, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sono definiti le modalità e i criteri per il trasferimento, dal Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria e dal Dipartimento della giustizia minorile del Ministero della giustizia al Servizio sanitario nazionale, di tutte le funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali, afferenti alla sanità penitenziaria;

Sentite le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative in data 14 e 18 marzo 2008;

Acquisita l'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, in data 20 marzo 2008;

Sulla 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;

Decreta:

Art. 1. Ambito operativo

1. Il presente decreto disciplina, in attuazione dell'art. 2, comma 283, della legge 24 dicembre 2007, n. 244, le modalità, i criteri e le procedure per il trasferimento al Servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie, delle risorse finanziarie, dei rapporti di lavoro, delle attrezzature, arredi e beni strumentali relativi alla sanità penitenziaria.

Art. 2. Trasferimento delle funzioni sanitarie

1. A decorrere dalla data di entrata in vigore del presente decreto, vengono trasferite al Servizio sanitario nazionale tutte le funzioni sanitarie svolte dal Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria e dal Dipartimento della giustizia minorile del Ministero della giustizia, comprese quelle concernenti il rimborso alle comunità terapeutiche, sia per i tossicodipendenti e per i minori affetti da disturbi psichici, delle spese sostenute per il mantenimento, la cura e l'assistenza medica dei detenuti di cui all'art. 96, commi 6 e 6-bis, del testo unico di cui al decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309, e successive modificazioni, nonché per il collocamento, disposto dall'autorità giudiziaria, nelle comunità terapeutiche per minorenni e per giovani adulti di cui all'art. 24 del decreto legislativo 28 luglio 1989, n. 272. Le regioni assicurano l'espletamento delle funzioni trasferite con il presente decreto attraverso le Aziende sanitarie locali comprese nel proprio territorio e nel cui ambito di competenza sono ubicati gli istituti e servizi penitenziari e i servizi minorili di riferimento.

2. Nell'assolvimento delle funzioni trasferite ai sensi del comma 1, le regioni disciplinano gli interventi da attuare attraverso le Aziende sanitarie locali in conformità ai principi definiti dalle linee guida di cui all'allegato A, che costituisce parte integrante del presente decreto.

Art. 3. Trasferimento dei rapporti di lavoro

1. Il personale dipendente di ruolo, in servizio alla data del 15 marzo 2008, che esercita funzioni sanitarie nell'ambito del Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria e del Dipartimento della giustizia minorile del Ministero della giustizia, è trasferito, a decorrere dalla data di entrata in vigore del presente decreto, alle Aziende sanitarie locali del Servizio sanitario nazionale nei cui territori sono ubicati gli istituti penitenziari e i servizi minorili ove tale personale presta servizio.

2. Il personale di cui al comma 1, appartenente alle qualifiche e ai profili di cui alla allegata tabella B, viene inquadrato nelle corrispondenti categorie e profili previsti per il personale delle aziende sanitarie del Servizio sanitario nazionale sulla base della medesima tabella B, che costituisce parte integrante del presente decreto. Fermo restando la corresponsione dell'indennità professionale specifica prevista per la categoria e il profilo di inquadramento, la fascia retributiva di confluenza, nell'ambito della categoria di inquadramento, è determinata, facendo riferimento ai parametri contrattuali relativi al

biennio 2006/2007, tenendo conto del maturato economico corrispondente alla sommatoria dello stipendio tabellare e dell'indennità penitenziaria, determinati anch'essi sulla base dei rispettivi parametri contrattuali relativi al biennio 2006/2007, decurtato del valore della predetta indennità professionale specifica; ove l'importo così determinato non corrisponda a quello delle fasce retributive della categoria di inquadramento, al dipendente viene assegnata la fascia immediatamente inferiore e la differenza è mantenuta come assegno ad personam. Con il trasferimento, il rapporto di lavoro viene disciplinato, oltre che dalle vigenti disposizioni di legge, dalla contrattazione collettiva del personale dei ruoli del Servizio sanitario nazionale. Il servizio prestato alle dipendenze del Ministero della giustizia viene interamente riconosciuto per le finalità giuridiche, previdenziali ed economiche. Per i dirigenti medici penitenziari il trattamento economico è determinato sulla base del corrispondente profilo del Servizio sanitario nazionale e della tipologia di incarico che verrà assegnato dalle aziende sanitarie locali. Il valore delle classi di stipendio in godimento alla data di entrata in vigore del presente decreto, con l'aggiunta del rateo in corso di maturazione alla stessa data espresso in ventiquattresimi, viene, comunque, conservato a titolo di retribuzione individuale di anzianità. Qualora l'importo del trattamento economico complessivo in godimento alla predetta data per stipendio iniziale ed altri assegni fissi e continuativi risulti maggiore di quello corrispondentemente spettante nella nuova posizione di inquadramento, la relativa differenza è conservata come assegno ad personam.

3. Il personale di cui al comma 1 appartenente al profilo di psicologo viene inquadrato in apposito ruolo ad esaurimento nell'ambito dell'area III della dirigenza sanitaria non medica del Servizio sanitario nazionale, articolato in sezioni distinte in base al possesso o meno dei necessari requisiti e titoli professionali, definite in sede di contrattazione collettiva, con attribuzione, in fase di prima applicazione, del trattamento economico iniziale della dirigenza sanitaria non medica.

4. I rapporti di lavoro del personale sanitario instaurati ai sensi della legge 9 ottobre 1970, n. 740, in essere alla data del 15 marzo 2008 sono trasferiti, a decorrere dalla data di entrata in vigore del presente decreto, dal Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria e dal Dipartimento della giustizia minorile del Ministero della giustizia alle Aziende sanitarie locali del Servizio sanitario nazionale nei cui territori sono ubicati gli istituti e servizi penitenziari e i servizi minorili di riferimento e continuano ad essere disciplinati dalla citata legge n. 740 del 1970 fino alla relativa scadenza. Tali rapporti, ove siano a tempo determinato con scadenza anteriore al 31 marzo 2009, sono prorogati per la durata di dodici mesi a decorrere dalla data di entrata in vigore del presente decreto.

5. Al personale di cui al comma 1, non in servizio negli istituti e servizi penitenziari e nei servizi minorili di riferimento, è consentita la facoltà di optare tra le Aziende sanitarie locali in ambito provinciale cui sono trasferite le funzioni sanitarie di cui all'art. 2 del presente decreto.

6. In fase di prima applicazione, al fine di garantire la continuità dell'assistenza sanitaria di natura psicologica prestata ai detenuti e agli internati, le Aziende sanitarie locali del Servizio sanitario nazionale nel cui territorio sono ubicati gli istituti e servizi penitenziari e i servizi minorili di riferimento possono stipulare con il Ministero della giustizia apposite convenzioni non onerose della durata non superiore a dodici mesi, redatte secondo schemi tipo approvati in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, al fine di avvalersi della collaborazione degli esperti convenzionati con il Ministero della giustizia ai sensi dell'art. 80 della legge 26 luglio 1975, n. 354, e dell'art. 8 del decreto legislativo 28 luglio 1989, n. 272.

7. L'elenco nominativo dei titolari dei rapporti di lavoro trasferiti ai sensi del presente articolo è annesso ad apposito decreto direttoriale del direttore generale del personale del Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria e del direttore generale del personale del Dipartimento della giustizia minorile del Ministero della giustizia, da adottarsi entro dieci giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto. Il numero delle unità da trasferire per ciascun profilo e per ciascun tipo di rapporto alle regioni a statuto ordinario, a statuto speciale e alle province autonome è indicato nell'allegato D, che costituisce parte integrante del presente decreto.

8. Il Fondo unico di amministrazione del Ministero della giustizia viene ridotto della quota corrispondente al trattamento erogato al personale non dirigenziale trasferito ai sensi del presente articolo.

9. A seguito del trasferimento del personale di ruolo, le vigenti dotazioni organiche del Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria e del Dipartimento della giustizia minorile del Ministero della giustizia sono conseguentemente ridotte in misura corrispondente alle unità di personale trasferite, in attuazione dell'art. 2, comma 283, della legge 24 dicembre 2007, n. 244.

10. Le Aziende sanitarie locali, previo accordo con il Ministero della giustizia e nel rispetto della vigente normativa in materia di assunzioni e dei vincoli ivi previsti in materia di contenimento delle spese di personale, possono avvalersi delle graduatorie dei concorsi espletati anteriormente alla data del 15 marzo 2008 per il reclutamento in ruolo di figure professionali oggetto del trasferimento al Servizio sanitario nazionale.

Art. 4. Trasferimento delle attrezzature e beni strumentali

1. Le attrezzature, gli arredi, i beni strumentali afferenti alle attività sanitarie di proprietà del Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria e del Dipartimento della giustizia minorile del Ministero della giustizia, così come elencati, entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, in apposito inventario redatto dal Ministero della giustizia e trasmesso alle singole regioni e da esse convalidato con apposito atto formale, vengono trasferiti, in base alle competenze territoriali, alle Aziende sanitarie locali, con la

sottoscrizione di un verbale di consegna. I suddetti beni entrano a far parte del patrimonio delle Aziende sanitarie locali di cui all'art. 5 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, e vengono sottoposti al regime giuridico di cui al citato art. 5.

2. I locali adibiti all'esercizio delle funzioni sanitarie, così come elencati in apposito inventario alla data del 31 dicembre 2007 redatto dal Ministero della giustizia e trasmesso alle singole regioni e da esse convalidato con apposito atto formale, sono concessi in uso a titolo gratuito, per l'utilizzo da parte delle Aziende sanitarie locali del Servizio sanitario nazionale nel cui territorio sono ubicati gli istituti e servizi penitenziari di riferimento, sulla base di apposite convenzioni stipulate entro tre mesi dalla data di entrata in vigore del presente decreto, secondo schemi tipo approvati in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano. Gli inventari dovranno includere anche i locali già utilizzati gratuitamente dalle aziende sanitarie per attività connesse alle patologie da dipendenza.

Art. 5. Ospedali psichiatrici giudiziari e case di cura e custodia

1. Al fine di dare completa attuazione al riordino della medicina penitenziaria, sono trasferite alle regioni le funzioni sanitarie afferenti agli Ospedali psichiatrici giudiziari ubicati nel territorio delle medesime. Le attrezzature, gli arredi e i beni strumentali afferenti alle attività sanitarie, sono trasferiti, con le modalità di cui all'art. 4, alle Aziende sanitarie locali territorialmente competenti. Le regioni disciplinano gli interventi da attuare attraverso le aziende sanitarie, in conformità ai principi definiti dalle linee guida di cui all'allegato C, che costituisce parte integrante del presente decreto.

2. Per l'attuazione delle linee guida di cui al comma 1, è istituito, presso la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, apposito comitato paritetico interistituzionale.

Art. 6. Trasferimento risorse finanziarie

1. Ai fini dell'esercizio da parte del Servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie afferenti alla medicina penitenziaria, le risorse finanziarie trasferite nelle disponibilità del Servizio sanitario nazionale sono quantificate complessivamente in 157,8 milioni di euro per l'anno 2008, in 162,8 milioni di euro per l'anno 2009 e in 167,8 milioni di euro a decorrere dall'anno 2010, al lordo dell'accantonamento operato ai sensi dell'art. 1, comma 507, della legge 27 dicembre 2006, n. 296, e tenuto conto per l'anno 2008 di quanto previsto dal successivo comma 3 del presente articolo.

2. In fase di prima applicazione del presente decreto le risorse finanziarie di cui al comma 1, sono ripartite tra le regioni, sulla base anche della tipologia delle strutture penitenziarie e dei servizi minorili presenti sul territorio di competenza, nonché dei flussi

di accesso ai medesimi, secondo i criteri definiti in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano.

3. Nelle more del trasferimento alle Aziende sanitarie locali per il tramite delle regioni delle risorse finanziarie di cui al comma 1 e comunque non oltre il 30 settembre 2008, il Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria e il Dipartimento della giustizia minorile del Ministero della giustizia continuano a svolgere le funzioni di uffici erogatori dei trattamenti economici in godimento per il personale trasferito, salvo gli eventuali conguagli di competenza delle Aziende sanitarie locali del Servizio sanitario nazionale.

4. Dall'applicazione del presente decreto non devono derivare oneri a carico della finanza pubblica superiori all'ammontare delle risorse complessivamente trasferite al Servizio sanitario nazionale ai sensi del comma 1.

Art. 7. Rapporti di collaborazione

1. Entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome, sono definite le forme di collaborazione relative alle funzioni della sicurezza e sono regolati i rapporti di collaborazione tra l'ordinamento sanitario e l'ordinamento penitenziario, anche in materia di patologie da dipendenza.

Art. 8. Trasferimento alle regioni a statuto speciale e alle province autonome

1. Con le modalità previste dai rispettivi statuti e dalle correlate norme di attuazione si provvede a trasferire alle regioni a statuto speciale e alle province autonome di Trento e Bolzano le funzioni, i compiti, le risorse umane, finanziarie e organizzative trasferiti dal presente decreto alle regioni a statuto ordinario.

2. Nelle more dell'attuazione da parte delle regioni a statuto speciale e delle province autonome di Trento e Bolzano delle disposizioni di cui al comma 1, il Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria e il Dipartimento della giustizia minorile continuano a svolgere le relative funzioni e le corrispondenti risorse umane, finanziarie e strumentali restano temporaneamente acquisite al bilancio del Ministero della giustizia fino all'avvenuto trasferimento.

Il presente decreto entra in vigore il quindicesimo giorno successivo a quello della sua pubblicazione nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana.

Allegato A

Ministero della Salute

Ministero della Giustizia

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

Premessa

Il decreto legislativo 22 giugno 1999, n. 230 «Riordino della medicina penitenziaria», all'articolo 1 stabilisce che:

i detenuti e gli internati, al pari dei cittadini in stato di libertà, hanno diritto alla erogazione delle prestazioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione previste nei livelli essenziali e uniformi di assistenza.

L'articolo 2 definisce il quadro di riferimento per le azioni da porre in essere, stabilendo che:

1. Lo Stato, le regioni, i comuni, le aziende sanitarie e gli istituti penitenziari uniformano le proprie azioni e concorrono responsabilmente alla realizzazione di condizioni di protezione della salute dei detenuti e degli internati, attraverso sistemi di informazione ed educazione sanitaria per l'attuazione di misure di prevenzione e lo svolgimento delle prestazioni di diagnosi, cura e riabilitazione contenute nel Piano sanitario nazionale, nei piani sanitari regionali e in quelli locali.

2. L'assistenza sanitaria ai detenuti e agli internati è organizzata secondo principi di globalità dell'intervento sulle cause di pregiudizio della salute, di unitarietà dei servizi e delle prestazioni, di integrazione della assistenza sociale e sanitaria e di garanzia della continuità terapeutica.

3. Alla erogazione delle prestazioni sanitarie provvede l'Azienda sanitaria.

L'amministrazione penitenziaria provvede alla sicurezza dei detenuti e a quella degli internati ivi assistiti.

In particolare, il servizio sanitario nazionale assicura ai detenuti, agli internati ed ai minorenni sottoposti a provvedimenti penali:

- azioni di protezione, di informazione e di educazione ai fini dello sviluppo della responsabilità individuale e collettiva in materia di salute;
- informazioni complete sul proprio stato di salute all'atto dell'ingresso nell'istituto penale, durante il periodo di esecuzione della pena e all'atto della immissione in libertà;
- interventi di prevenzione, cura e sostegno del disagio psichico e sociale;

- l'assistenza sanitaria della gravidanza e della maternità;
- l'assistenza pediatrica e i servizi di puericultura ai figli delle donne detenute o internate che durante la prima infanzia convivono con le madri negli istituti penitenziari.

Il DPR 30 giugno 2000, n. 230 «Regolamento recante norme sull'ordinamento penitenziario e sulle misure privative e limitative della libertà», all'articolo 1 stabilisce che:

1. Il trattamento degli imputati sottoposti a misure privative della libertà consiste nell'offerta di interventi diretti a sostenere i loro interessi umani, culturali e professionali.
2. Il trattamento rieducativo dei condannati e degli internati è diretto, inoltre, a promuovere un processo di modificazione delle condizioni e degli atteggiamenti personali, nonché delle relazioni familiari e sociali che sono di ostacolo a una costruttiva partecipazione sociale.

Per realizzare quanto previsto, occorre definire principi di riferimento, individuare obiettivi di salute, delineare le azioni programmatiche necessarie e gli interventi prioritari, programmare adeguati modelli organizzativi, prevedere modalità di verifica dei risultati.

Nel presente documento, laddove non altrimenti specificato, con la dizione Istituti di Pena si intendono comprese tutte le seguenti strutture: Istituti di Pena per Adulti, Istituti di pena per Minorenni, Centri di Prima Accoglienza, Comunità ministeriali terapeutiche ed educative che ospitano minorenni sottoposti a provvedimenti penali, denominate, per semplificare, con il solo termine «comunità».

Principi di riferimento

- Riconoscimento della piena parità di trattamento, in tema di assistenza sanitaria, degli individui liberi ed degli individui detenuti ed internati e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale;
- Necessità di una piena e leale collaborazione interistituzionale tra Servizio Sanitario Nazionale, Amministrazione penitenziaria e della Giustizia Minorile, al fine di garantire in maniera sinergica la tutela della salute e il recupero sociale dei detenuti e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale, nonché la esigenza di sicurezza all'interno degli istituti penitenziari, degli istituti di pena per minori, dei Centri di Prima Accoglienza, delle Comunità e dei Centri clinici.
- Gli interventi a tutela della salute sono strettamente complementari con gli interventi mirati al recupero sociale del reo, attraverso azioni e programmi condotti con il concorso di tutte le istituzioni interessate, delle cooperative sociali e delle associazioni di volontariato; l'efficacia di tali interventi integrati è favorita dalla partecipazione diretta dei

detenuti alle attività di prevenzione, cura e riabilitazione, e ai percorsi di preparazione all'uscita.

- Gli Istituti penitenziari, gli istituti di pena per minori e i centri di Prima Accoglienza, le Comunità e i Centri clinici devono garantire, compatibilmente con le misure di sicurezza, condizioni ambientali e di vita rispondenti ai criteri di rispetto della dignità della persona: evitare il sovraffollamento, rispettare i valori religiosi e culturali, ecc.

- La continuità terapeutica costituisce principio fondante per l'efficacia degli interventi di cura e deve essere garantita dal momento dell'ingresso in carcere e/o in una struttura minorile, durante gli eventuali spostamenti dei detenuti tra diversi istituti penitenziari e strutture minorili, e dopo la scarcerazione e immissione in libertà.

Obiettivi di salute e Livelli essenziali di assistenza

In accordo con il Piano sanitario nazionale sono, di seguito, indicati i principali obiettivi di salute che devono essere perseguiti, tenuto conto della specificità della condizione di reclusione e di privazione della libertà, attraverso l'azione complementare e coordinata di tutti i soggetti e le istituzioni che, a vario titolo, concorrono alla tutela della salute della popolazione ristretta negli istituti di pena:

- promozione della salute, anche all'interno dei programmi di medicina preventiva e di educazione sanitaria, mirata all'assunzione di responsabilità attiva nei confronti della propria salute;

- promozione della salubrità degli ambienti e di condizioni di vita salutari, pur in considerazione delle esigenze detentive e limitative della libertà;

- prevenzione primaria, secondaria e terziaria, con progetti specifici per patologie e target differenziati di popolazione, in rapporto all'età, al genere e alle caratteristiche socio culturali, con riferimento anche alla popolazione degli immigrati;

- promozione dello sviluppo psico-fisico dei soggetti minorenni sottoposti a provvedimento penale;

- riduzione dei suicidi e dei tentativi di suicidio, attraverso l'individuazione dei fattori di rischio.

Per perseguire gli obiettivi di salute sopra elencati, occorre:

1. definire modalità organizzative e di funzionamento del servizio sanitario presso ciascun istituto di pena, prevedendo modelli differenziati in rapporto alla tipologia dell'istituto, ma integrati nella rete dei servizi sanitari regionali per garantire continuità assistenziale anche in termini di equità e qualità;

2. disporre di conoscenze epidemiologiche sistematiche sulle patologie prevalenti;
3. conoscere le condizioni e i fattori di rischio specifici che sono causa o concausa delle manifestazioni patologiche;
4. attivare un sistema informativo alimentato da cartelle cliniche informatizzate.
5. porre attenzione specifica alle patologie che comportano interventi a lungo termine di presa in carico della persona, con caratteristiche di elevata intensità e/o complessità assistenziale (ad es. tossicodipendenza e patologie correlate, HIV, malattie mentali), con il concorso di più figure professionali, sanitarie e sociali (in caso di pene alternative o di scarcerazione e di misure proprie del settore minorile);
6. attivare sistemi di valutazione della qualità, riferita soprattutto all'appropriatezza degli interventi (corretto uso di farmaci, approcci diagnostico terapeutici e riabilitativi basati su prove di efficacia);
7. attivare programmi di formazione continua, con particolare riferimento all'analisi del contesto ambientale e alle specifiche variabili che influenzano lo stato di salute fisico e mentale, sia dei detenuti e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale, che del personale della polizia penitenziaria e socioeducativo;
8. attivare modalità di coordinamento fra Regioni, Provveditorati regionali dell'Amministrazione penitenziaria e Centri della Giustizia minorile, che garantiscano la concertazione e la verifica dei programmi di intervento, con particolare attenzione alle sinergie necessarie tra l'Area Sanitaria (di competenza del SSN) e le Aree del Trattamento e della Sicurezza (di competenza delle Amministrazioni Penitenziarie).

Le azioni programmatiche e gli interventi prioritari

Organizzare le conoscenze epidemiologiche

Le Regioni attivano una rilevazione sistematica sullo stato di salute in tutti gli istituti di pena del territorio regionale di riferimento e forniscono dati sulla prevalenza e l'incidenza degli stati patologici, descrivendo, altresì, condizioni e fattori di rischio che ne favoriscono l'insorgenza o ne ostacolano la cura.

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

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

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

Promozione della salute

Anche sulla base delle conoscenze epidemiologiche e delle condizioni di rischio, occorre attivare interventi «educativi» e di responsabilizzazione dei detenuti, degli internati e dei minori sottoposti a procedimento penale nei confronti della propria salute, mirati a contrastare:

- la sedentarietà;
- l'alimentazione scorretta;
- l'uso inadeguato di alcol;
- l'abitudine al fumo.

L'efficacia di tali interventi è fortemente influenzata dal coinvolgimento diretto e dalla responsabilizzazione dei detenuti, tramite l'attivazione di gruppi di discussione e gruppi di auto mutuo aiuto.

Garantire la salubrità degli ambienti di vita e l'igiene degli alimenti

I Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende sanitarie, attraverso visite ispettive periodiche, procedono, per ciascuno Istituto penale di competenza territoriale, ad una verifica, tramite sistemi standardizzati di rilevazione, dei:

- requisiti igienico sanitari di tutti gli ambienti, ivi compresi gli alloggi della Polizia penitenziaria; stato delle strutture edilizie, in rapporto alle tipologie edilizie ed agli standard abitativi previsti dal DPR 230/2000 (Regolamento di Esecuzione dell'Ordinamento Penitenziario) e dalle normative regionali vigenti in materia di strutture residenziali per adolescenti;
- requisiti di igienicità degli alimenti.

E' responsabile dell'Amministrazione penitenziaria e della Giustizia Minorile provvedere, con appropriata programmazione, al mantenimento degli standard igienico sanitari previsti dalla normativa vigente.

Organizzare gli interventi di prevenzione, cura, riabilitazione e recupero sociale

Le Aziende sanitarie nel cui ambito territoriale sono ubicati uno o più Istituti di pena:

- assicurano il soddisfacimento dei bisogni di salute e della domanda di cura dei detenuti, degli internati e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale, privilegiando prioritariamente interventi mirati a prevenire l'insorgenza o il peggioramento degli stati patologici, con particolare riferimento a quelli maggiormente diffusi nelle comunità cosiddette confinate (quali ad es. i disturbi dell'alimentazione e le malattie infettive);

- organizzano percorsi terapeutici che garantiscano la tempestività degli interventi, la continuità assistenziale, l'appropriatezza e la qualità delle prestazioni, la verifica dei risultati, anche attraverso apposite linee guida.

Particolare attenzione programmatica va rivolta agli interventi nelle seguenti aree:

1. la medicina generale e la valutazione dello stato di salute dei nuovi ingressi;
2. le prestazioni specialistiche;
3. le risposte alle urgenze;
4. le patologie infettive;
5. prevenzione, cura e riabilitazione per le dipendenze patologiche;
6. prevenzione, cura e riabilitazione nel campo della salute mentale;
7. la tutela della salute delle detenute e delle minorenni sottoposte a misure penali e della loro prole;
8. la tutela della salute delle persone immigrate.

La medicina generale e la valutazione dello stato di salute dei nuovi ingressi

I presidi sanitari, presenti in ogni istituto penale, garantiscono l'erogazione delle prestazioni sanitarie di medicina generale individuate dai Livelli essenziali di assistenza (LEA), assicurando l'erogazione delle prestazioni farmaceutiche necessarie, compresi i

farmaci di fascia C, in presenza di specifica indicazione terapeutica; in particolare, attuano i seguenti interventi:

- valutazione medica e psicologica di tutti i nuovi ingressi, da effettuarsi, se del caso, in più momenti temporali e per congrui periodi di osservazione; i dati rilevati sono raccolti nella cartella clinica; tale valutazione è fatta dal medico di medicina generale del presidio, in collaborazione con lo psicologo e con il supporto degli accertamenti specialistici del caso;
- adozione di procedure di accoglienza che consentano di attenuare gli effetti potenzialmente traumatici della privazione della libertà, ed esecuzione degli interventi necessari a prevenire atti di autolesionismo;
- messa a punto di risposte appropriate per i quadri clinici riscontrati, con valutazione periodica in ordine all'efficacia degli interventi, sempre in collaborazione con gli specialisti coinvolti;
- visite a richiesta dei detenuti e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale, il più tempestivamente possibile, compatibilmente con le misure di sicurezza dell'Amministrazione penitenziaria e della Giustizia Minorile;
- attuazione di programmi di diagnosi precoce delle principali malattie a carattere cronico degenerativo, sui quali deve essere promosso il coinvolgimento della Direzione degli Istituti Penali e dei servizi della Giustizia minorile, nonché la partecipazione dei detenuti e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale;
- accertamento della situazione vaccinale, specie riguardo ai soggetti immigrati, con riferimento al quadro delle vaccinazioni obbligatorie nel nostro Paese, ed esecuzione, se del caso, delle vaccinazioni, ritenute necessarie;
- promozione e sviluppo della cultura della prevenzione sanitaria, anche in collaborazione con i Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende Sanitarie;
- raccolta di tutte le informazioni sanitarie relative a ciascun soggetto, onde assicurare una appropriata presa in carico in altri istituti o al ritorno in libertà;
- adesione a programmi finalizzati a garantire l'appropriatezza delle prestazioni.

I presidi devono, inoltre, garantire le prestazioni di certificazione in uso nel Servizio sanitario nazionale e le certificazioni specifiche in ambito penitenziario.

Le succitate prestazioni devono essere garantite nei presidi penitenziari ed anche in tutte le strutture del circuito della Giustizia minorile.

Le prestazioni specialistiche

L'Azienda sanitaria garantisce le prestazioni specialistiche su richiesta del medico responsabile o di altro specialista, da erogarsi all'interno dell'istituto di pena ovvero, nel rispetto delle esigenze di sicurezza, presso gli ambulatori territoriali o ospedalieri.

Gli obiettivi di riferimento sono:

- uniformare in tutti gli Istituti di pena gli standard di assistenza specialistica;
- garantire interventi tempestivi, in rapporto alle esigenze di salute;
- integrare le singole e specifiche competenze nell'ambito di una visione globale del paziente detenuto;
- attuare, attraverso azioni concertate tra i presidi sanitari degli istituti di pena e i dipartimenti di prevenzione delle Aziende Sanitarie, specifici programmi mirati alla prevenzione, alla diagnosi precoce e al trattamento degli stati patologici responsabili di un maggior rischio di disabilità.

Le risposte alle urgenze

La popolazione detenuta e quella minorenni sottoposta a provvedimento penale, per l'eterogeneità e per l'alta prevalenza di stati morbosi, nonché per la peculiarità del contesto che non consente l'accesso spontaneo alle strutture di soccorso, necessita che gli interventi urgenti vengano assicurati sia all'interno (qualora l'istituto sia dotato di un centro clinico attrezzato, o qualora erogabili dal medico di guardia), sia nelle strutture ospedaliere di riferimento territoriale.

Sulla base di tale considerazione è necessario:

- garantire la possibilità di un pronto intervento nell'ambito del sistema di emergenza-urgenza;
- predisporre adeguate attrezzature e modalità di intervento tali da consentire, laddove possibile, la gestione delle urgenze senza dover ricorrere a luoghi esterni di cura.

Le patologie infettive

L'analisi delle patologie infettive più frequentemente segnalate negli istituti di pena indica che la prevalenza massima di infezioni è determinata dalle epatopatie C- correlate e dall'infezione HIV, entrambe in diversi stadi di evoluzione. Inoltre, altri stati morbosi

segnalati di frequente in carcere sono la scabbia, le dermatofitosi, la pediculosi e la tubercolosi.

Alcune patologie (HIV, epatopatie, ecc.) sono prevalentemente acquisite prima dell'ingresso nell'istituto penale, anche se casi di trasmissione possono verificarsi durante la reclusione attraverso rapporti sessuali, procedure di tatuaggio, scambio di siringhe e oggetti taglienti ecc.

Altre patologie (scabbia, pediculosi, ecc.) sono prevalentemente acquisite per trasmissione persona-persona a seguito dell'ingresso di un soggetto infestato.

Per tali scopi, le principali azioni da promuovere, sono:

- attuare una efficace informazione per i detenuti, per i minorenni sottoposti a provvedimenti penali e per il personale (con particolare riferimento agli addetti alla preparazione e distribuzione dei cibi) sulle infezioni/malattie infettive, ai fine di ridurre comportamenti a rischio, anche attraverso l'adozione di modelli di intervento psico-sociale e comportamentale;
- effettuare la valutazione anamnestico clinica dei detenuti adulti e di minorenni sottoposti a misura limitativa della libertà, all'ingresso e prima dell'immissione nelle sezioni di pena, associata all'offerta di esami diagnostici per le principali patologie infettive;
- sviluppare protocolli per l'inquadramento e la gestione delle infezioni/malattie infettive clinicamente evidenti, con una dettagliata guida delle misure di barriera e delle procedure di isolamento;
- sperimentare programmi di immunizzazione primaria (ad esempio epatite A e epatite B) e di terapie preventive per soggetti già infetti (ad esempio per la tubercolosi), anche attraverso una valutazione costo-efficacia.

Prevenzione, cura e riabilitazione per le dipendenze patologiche

I tossicodipendenti e gli assuntori di sostanze stupefacenti, secondo i dati del Ministero della Giustizia, costituiscono circa il 30% dei detenuti adulti presenti nelle carceri italiane. Per quanto riguarda i minorenni detenuti, il dato fornito è pari a circa il 15%. Dati osservazionali provenienti dai Servizi specialistici per le tossicodipendenze (Ser.T.) testimoniano come queste percentuali siano livellate su valori significativamente più elevati.

Pertanto questa problematica potrebbe coinvolgere fino al 60-70% della popolazione detenuta, sebbene ancora non esistano dati clinico-specialistici certificati. Inoltre, non è da dimenticare come l'alcol (vino) distribuito nelle carceri per adulti, in quanto alimento non proibito, ma solo a distribuzione controllata, possa rappresentare un serio problema

che si innesta sul terreno delle dipendenze e/o come problema a se stante. Inoltre, accanto a questo quadro è necessario considerare anche tutte le forme di «patologie da dipendenza senza sostanza» quali il doping, il gambling, ecc.

L'assistenza ai soggetti tossicodipendenti è garantita dal Ser.T. dell'Azienda Sanitaria, competente per territorio, che stabilisce rapporti di interazione clinica, sia all'interno dell'istituto penale che nel territorio, con la rete dei servizi sanitari e sociali che sono coinvolti nel trattamento e nel recupero dei tossicodipendenti. La presa in carico del tossicodipendente prevede l'attuazione delle misure preventive, diagnostiche e terapeutiche che riguardano sia l'aspetto clinico che quello della sfera psicologica.

I programmi di intervento devono garantire la salute complessiva del paziente all'interno delle strutture carcerarie; ciò comporta la ridefinizione del modello assistenziale, in un'ottica di presa in carico della persona nella sua globalità, che concili le strategie più tipicamente terapeutiche con quelle preventive, ivi compresa la riduzione del danno e la gestione clinica delle patologie associate o secondarie, in stretta connessione con gli Enti Ausiliari.

Per tali scopi, è necessario prevedere:

- la formulazione di percorsi capaci di una corretta individuazione dei bisogni di salute, in particolare tramite la raccolta di dati attendibili sulle reali dimensioni della popolazione alcol-tossicodipendente detenuta e di quella minorile sottoposta a provvedimento penale, ottenuti con metodologie scientificamente accreditate, sul «turnover» della popolazione alcol-tossicodipendente detenuta, sull'incidenza delle patologie correlate all'uso di sostanze (patologie psichiatriche, malattie infettive), sullo stato dei presidi per l'assistenza ai soggetti alcol-tossicodipendenti presenti negli istituti di pena, compreso il personale ivi operante;
- la sistematica segnalazione al Ser.T., da parte dei sanitari addetti alle visite dei nuovi giunti, dei possibili nuovi utenti o soggetti con diagnosi anche solo sospetta;
- l'immediata presa in carico dei detenuti e dei minori sottoposti a provvedimento penale, da parte del Ser.T. è la garanzia della necessaria continuità assistenziale;
- l'implementazione di specifiche attività di prevenzione, informazione ed educazione mirate alla riduzione del rischio di patologie correlate all'uso di droghe;
- la richiesta ed effettuazione di indagini chimico-cliniche ritenute necessarie;
- la effettuazione di ogni eventuale intervento specialistico necessario per l'approfondimento diagnostico e terapeutico;

- la predisposizione o la prosecuzione di programmi terapeutici personalizzati, sulla base di una accurata diagnosi multidisciplinare dei bisogni del soggetto;
- la definizione di specifici protocolli operativi per istituti e sezioni a custodia attenuata quali strutture sanitarie complesse sede di progettazione regionale terapeutica di riabilitazione;
- la definizione di procedure per l'invio dei soggetti, qualora indicato e compatibilmente con le caratteristiche dei singoli, a sezioni od istituti «a custodia attenuata», idonei per settings terapeutici più efficaci, con la previsione di precisi meccanismi per facilitare l'accesso ai colloqui e/o visite del detenuto da parte degli operatori;
- la definizione di protocolli operativi per la gestione degli interventi predisposti nell'ambito delle misure alternative, sia che riguardino l'affidamento ad un servizio di cura, ivi comprese le Comunità Terapeutiche, sia nel caso degli arresti domiciliari; analoghi protocolli vanno previsti per il trattamento dei minori sottoposti a provvedimenti penali presso le comunità terapeutiche, nei tempi previsti dal provvedimento di esecuzione;
- la realizzazione di iniziative permanenti di formazione che coinvolgano congiuntamente sia gli operatori delle Aziende sanitarie, che quelli della Giustizia.

Prevenzione, cura e riabilitazione nel campo della salute mentale

Secondo uno studio dell'Organizzazione Mondiale della Sanità che riporta varie ricerche internazionali, circa la metà dei soggetti detenuti è affetta da un qualche disturbo di personalità, mentre un decimo soffre di serie patologie mentali, quali psicosi e depressione grave. Quasi tutti i detenuti e i minori entrati nel circuito penale presentano episodi di umore depresso. Ed è, altresì, noto un tasso di suicidi e di tentativi di suicidio fra i detenuti più elevato rispetto alla popolazione generale. Si consideri, infine, la consistente prevalenza di comorbidità per disturbi psichici nei detenuti tossicodipendenti (2).

In assenza di dati epidemiologici sistematici, la prevalenza di disturbi mentali negli istituti di pena italiani è stimata intorno al 16%. Nella maggior parte dei casi il disturbo mentale sopravviene nel corso della misura detentiva. Un numero limitato di soggetti già affetti da malattia mentale, autori di reato, entrano nel circuito penitenziario in quanto prosciolti ed internati negli ospedali psichiatrici giudiziari (OPG), in misura di sicurezza detentiva.

Un tale quadro giustifica pienamente un programma sistematico di interventi che affronti con risposte adeguate la complessità del fenomeno, mettendo in atto le seguenti azioni.

- Attivare un sistema di sorveglianza epidemiologica, attraverso l'osservazione dei nuovi giunti e la valutazione periodica delle condizioni di rischio.

- Attivare interventi di individuazione precoce dei disturbi mentali, con particolare attenzione ai soggetti minorenni.

- Curare la formazione e l'aggiornamento degli operatori coinvolti, ivi compreso il personale penitenziario, secondo moduli che tengano conto delle specificità del contesto in cui si opera.

- Garantire ai soggetti malati tutte le possibilità di cura e riabilitazione fornite dai servizi del territorio, attraverso la presa in carico con progetti individualizzati, sia all'interno dell'istituto di pena che all'esterno, nel caso di pazienti che fruiscono di misure trattamentali all'esterno ovvero in esecuzione penale esterna. Il Servizio di salute mentale, responsabile degli interventi all'interno di un dato istituto di pena, stabilisce ogni opportuno contatto col Servizio del territorio di residenza delle persone con patologia mentale, ai fini della continuità della presa in carico al ritorno in libertà.

- Garantire presso ogni istituto penale per i minori, centro di prima accoglienza e comunità, in presenza di soggetti con disturbi mentali, appropriati interventi psichiatrici, psicologici, psicoterapeutici.

- Favorire fra i detenuti e i minorenni sottoposti a provvedimento penale, la nascita e lo sviluppo di gruppi di auto sostegno.

- Attivare specifici programmi mirati alla riduzione dei rischi di suicidio.

- Favorire e implementare la cooperazione tra area sanitaria e area trattamentale, in modo che gli obiettivi trattamentali propri dell'amministrazione penitenziaria e dell'amministrazione minorile si possano coniugare con quelli della tutela e della promozione della salute mentale, attraverso gli interventi più adeguati, sia a tutela della salute della persona, sia a tutela della sicurezza sociale. Tale prassi deve essere attuata già al primo ingresso, tramite il servizio nuovi giunti, e perseguita in tutto il periodo di permanenza nell'istituto di pena. Per tale scopo vanno definiti protocolli e modalità di collaborazione tra gli operatori dei servizi di salute mentale e gli operatori del Dipartimento dell'Amministrazione penitenziaria e della Giustizia minorile. In particolare, tale prassi deve essere fortemente incentivata negli istituti di pena per minori, nei centri di prima accoglienza e nelle comunità, anche al fine di fornire all'Autorità Giudiziaria, attraverso la valutazione della personalità del minorenne (ex art. 9 del D.P.R. 448/88), tutti gli elementi necessari ad adottare la misura penale più idonea al trattamento e al recupero del minore autore di reato, individuando le comunità terapeutiche idonee al collocamento dei minori in misura cautelare e non cautelare.

La tutela della salute delle detenute e delle minorenni sottoposte a provvedimenti penali e la loro prole

Pur costituendo una netta minoranza rispetto alla popolazione maschile, alle detenute si riconoscono specifiche e particolari esigenze legate ad una situazione sanitaria preoccupante, sia come area di provenienza (il disagio sociale si accompagna spesso ad un disagio psichico, tossicodipendenza e elevata prevalenza di malattie virali croniche), sia come peggioramento dovuto alla detenzione. Anche per quanto riguarda l'Amministrazione della Giustizia Minorile, pure essendo prevalente la componente dell'utenza maschile, le minorenni sottoposte a provvedimento penale, nonché l'eventuale prole, che transitano nelle apposite sezioni degli istituti di pena per i Minorenni, nei Centri di Prima Accoglienza e nelle Comunità, necessitano di cure ed attenzioni da definire attraverso programmi mirati tra le strutture minorili e le aziende sanitarie territorialmente competenti.

La reclusione o la limitazione della libertà delle gestanti possono rendere la gravidanza e l'evento nascita particolarmente problematici per l'assetto psichico della donna, con potenziali ripercussioni sulla salute psico-fisica del neonato. Si tratta di un problema sociale ancor prima che sanitario al quale solo alcune Regioni e Provveditorati dell'Amministrazione Penitenziaria hanno dato una risposta con la realizzazione di strutture di accoglienza attente non solo alle esigenze della sicurezza ma anche agli aspetti psico-emotivi della nascita, che accolgono gestanti puerpere e bambini fino ai tre anni di età.

Il D.Lvo. 230/99 ha previsto quindi prioritari, specifici obiettivi ed azioni relativi al settore materno-infantile da attuarsi ovviamente attraverso i relativi Dipartimenti delle Aziende Sanitarie nel territorio su cui insistono strutture detentive per donne.

Tra le azioni programmatiche, si ricordano in particolare:

- il monitoraggio dei bisogni assistenziali delle recluse con particolare riguardo ai controlli di carattere ostetrico-ginecologico;
- gli interventi di prevenzione e di profilassi delle malattie a trasmissione sessuale e dei tumori dell'apparato genitale femminile;
- corsi di informazione sulla salute per le detenute e le minorenni sottoposte a provvedimento penale e di formazione per il personale dedicato, che forniscano anche utili indicazioni sui servizi offerti dalla Azienda sanitaria al momento della dimissione dal carcere o dalle comunità (consultori, punti nascita, ambulatori ecc.);
- potenziamento delle attività di preparazione al parto svolte dai Consulenti familiari;
- espletamento del parto in ospedale o in altra struttura diversa dal luogo di reclusione;
- sostegno e accompagnamento al normale processo di sviluppo psico-fisico del neonato.

La tutela della salute della popolazione immigrata

La popolazione immigrata detenuta e quella minorile sottoposta a provvedimenti penali, ha subito nell'ultimo decennio un incremento sostanziale legato anche alla presenza di alcune frange di criminalità proveniente dagli ambienti degli immigrati.

L'entità del fenomeno suggerisce di prevedere specifiche raccomandazioni per gli immigrati detenuti.

Propedeutica ad ogni intervento migliorativo delle condizioni di salute degli immigrati in carcere è, infatti, la conoscenza delle caratteristiche della popolazione di cui trattasi, con particolare attenzione ai minorenni immigrati non accompagnati sottoposti a provvedimento dell'Autorità Giudiziaria Minorile. Pertanto è necessario:

1. conoscere i reali bisogni di carattere sanitario della popolazione immigrata ristretta negli istituti di pena;
2. rendere fruibili le risorse sanitarie esistenti anche per i minorenni privi di regolare permesso di soggiorno o di documenti di identità;
3. adottare i programmi di prevenzione esistenti per le malattie trasmissibili, tenendo conto della specificità della popolazione immigrata.

Tra i punti critici da superare, si evidenziano:

- la carenza di esperienze specifiche di prevenzione da adottare come modelli di riferimento;
- l'assenza di formazione specifica del personale che opera negli Istituti di pena;
- la non comprensione della lingua italiana da parte di molti detenuti;
- la non conoscenza da parte dell'immigrato delle norme e dei regolamenti che disciplinano le attività sanitarie negli istituti di pena e delle opportunità offerte dalle misure alternative;
- la scarsità e la non uniformità sul territorio nazionale di aiuti esterni su cui contare una volta usciti dall'istituzione;
- la frammentarietà e la disomogeneità degli interventi (opuscoli informativi multilingue, sportelli d'ascolto, ecc.) spesso di iniziativa regionale, a volte addirittura locale;
- la pressoché assoluta carenza di mediatori culturali;

- la presenza nel circuito penale minorile di un consistente numero di minorenni immigrati non accompagnati, privi di identificazione e di riferimenti parentali.

Si rende necessario, pertanto, uno specifico programma per la salute della popolazione immigrata sul quale devono essere impegnati i servizi sanitari, le direzioni degli istituti di pena, gli Enti locali e il Volontariato, per la messa a disposizione di mediatori culturali e per la predisposizione di opportunità di accoglienza all'esterno del carcere, in modo da consentire la fruizione delle opportunità consentite dall'Ordinamento penitenziario.

Indicazioni sui modelli organizzativi

Il D.Lgs. n. 230/1999, prevede che gli obiettivi per la tutela della salute dei detenuti, degli internati e dei minori del circuito penale siano precisati nei programmi delle Regioni e delle Aziende sanitarie e realizzati mediante l'individuazione di specifici modelli organizzativi, anche di tipo dipartimentale, differenziati in rapporto alla tipologia e alla consistenza degli Istituti di pena ubicati in ciascuna regione.

Per tale scopo, è prioritaria una ricognizione della realtà esistente, in merito all'assistenza sanitaria negli Istituti penitenziari e negli Istituti di pena minorili, per quanto attiene alle risorse umane, economiche e strutturali attualmente utilizzate. I Provveditorati e i Centri per la giustizia minorile forniranno alle Regioni un dettagliato elenco dei locali ad uso sanitario già utilizzati sia dalle Aziende sanitarie che dall'Amministrazione Penitenziaria e dalla Giustizia minorile. Del pari, verrà fornito l'elenco con lo stato di conservazione e l'efficienza delle strumentazioni presenti e gli arredi utilizzati in detti locali alla data dell'1/1/2007, ai sensi dell'*art. 6 del D.Lgs. 230/1999*. Fino a nuove disposizioni, le Aziende sanitarie continueranno ad utilizzare detti spazi, anche per uso sanitario-amministrativo, mentre le strumentazioni ed il mobilio per uso sanitario, saranno trasferiti con decreto delle amministrazioni competenti.

Pur tenendo conto che l'organizzazione dei servizi del SSN è di competenza regionale, in considerazione della specificità del contesto degli istituti di pena, è necessario assicurare in tutto il sistema sanitario penitenziario ed extra-murario un'organizzazione omogenea dei servizi, per garantire in modo uniforme i livelli essenziali delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie.

A tal fine, le Regioni, entro il termine previsto dall'*art. 3, comma 4, ultimo periodo, del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri* di cui il presente allegato costituisce parte integrante, individuano strumenti omogenei più idonei per assicurare, nel rispetto della normativa applicabile al Servizio Sanitario Nazionale ed in conformità ai modelli organizzativi adottati dalle singole Regioni, la necessaria continuità nell'esercizio delle funzioni trasferite.

La definizione dei modelli organizzativi deve tener conto di criteri diversificati, quali il numero dei detenuti previsti per capienza negli istituti di pena, ma anche la tipologia dei

ristretti (minori, donne, disabili, persone affette da specifiche patologie ...), o particolari esigenze di sicurezza (collaboratori di giustizia, alta sicurezza, ecc.).

Tenuto conto di ciò, e nell'ambito delle risorse finanziarie, umane e strumentali trasferite, si propone quanto segue:

- nelle Aziende Sanitarie sul cui territorio sono presenti istituti penitenziari con una capienza complessiva fino a 200 detenuti, istituire un Servizio multiprofessionale che assicuri le prestazioni di base e specialistiche. Il Medico responsabile del Servizio coordina le prestazioni erogate dalle strutture e dal personale dell'Azienda sanitaria. La Regione stabilisce la collocazione organizzativa del Servizio nell'ambito del distretto o alle dirette dipendenze della direzione sanitaria dell'Azienda sanitaria;

- nelle Aziende Sanitarie sul cui territorio sono presenti istituti penitenziari con una capienza complessiva da 200 a 500 detenuti, istituire una unità operativa multiprofessionale, ai fini della erogazione delle prestazioni di base e specialistiche. Il Medico responsabile dell'unità coordina la medicina generale e quella specialistica, promuove gli interventi necessari da parte delle competenti articolazioni organizzative delle Aziende sanitarie;

- nelle Aziende Sanitarie sul cui territorio sono presenti istituti penitenziari con una capienza complessiva di oltre 500 detenuti, o istituti sede di Centro Clinico o di sezioni specializzate di degenza ospedaliera, osservazione e/o riabilitazione psichiatrica, disabilità motoria, malattie infettive, ovvero quando presenti più istituti penitenziari anche di diversa tipologia (minorili, femminili), l'indicazione è di istituire idonea struttura con autonomia organizzativa;

- nelle Aziende Sanitarie sul cui territorio sono presenti Istituti di pena per Minorenni (IPM), Centri di Prima Accoglienza (CPA) o Comunità, l'indicazione è di istituire nell'ambito della struttura organizzativa istituita dalla Regione, una specifica unità operativa, ovvero uno specifico servizio multidisciplinare.

L'unità operativa o servizio multidisciplinare comprende tutte le professionalità necessarie allo svolgimento dello specifico tipo di assistenza e collabora con gli Uffici di Servizio Sociale della Giustizia e del territorio con il compito precipuo di sottrarre il minore al circuito penale;

- nelle Aziende Sanitarie sul cui territorio sono presenti istituti penitenziari femminili per adulti e per minori l'indicazione è di istituire, nell'ambito della struttura organizzativa istituita dalla Regione, una specifica unità operativa, ovvero uno specifico servizio multidisciplinare.

Le Regioni e le Aziende sanitarie individuano le modalità organizzative idonee a garantire, quando necessario, il ricovero dei detenuti e degli internati nelle strutture

ospedaliera del SSN, di cui alla legge 296/1993, ovvero nelle strutture residenziali extraospedaliere, nel rispetto delle esigenze di sicurezza. Onde contenere il ricorso a strutture esterne agli istituti di pena, le Regioni e le aziende valutano l'opportunità di provvedere all'adeguamento o alla ristrutturazione dei Centri Clinici penitenziari.

In ogni caso, qualunque sia il modello organizzativo adottato, l'Azienda sanitaria deve garantire, in analogia con quanto prescritto per i cittadini in stato di libertà dall'articolo 8, comma 1, lettera e), del D.Lgs. n. 229/1999, l'attività assistenziale per l'intero arco della giornata e per tutti i giorni della settimana, attraverso il coordinamento operativo e l'integrazione professionale tra tutti gli attori sanitari in gioco e le strutture operative esterne del SSN.

Allo stesso modo, deve essere garantito a tutti l'accesso a programmi di intervento che integrano prestazioni sanitarie e prestazioni sociali.

Indicazioni specifiche nel settore delle dipendenze patologiche

Per quanto riguarda il modello organizzativo dei Ser.T. che operano negli istituti di pena, ferme restando la competenza regionale al riguardo e le esigenze di sicurezza, l'indicazione è l'istituzione di una area detentiva (Day Hospital o Day Service), idonea al trattamento della sindrome di astinenza (fase acuta), distinta da quelle di normale permanenza dei detenuti (fase post-acuta). Questa area sanitaria, che si affianca alle sezioni ed istituti a custodia attenuata già esistenti, deve garantire interventi terapeutici tempestivi, anche al fine di gestire il disagio dell'arresto e i potenziali atti di autolesionismo, oltre che la necessaria osservazione clinica; i locali individuati per lo svolgimento delle attività terapeutico riabilitative intra-murarie devono avere una valenza esclusivamente sanitaria.

Il modello organizzativo dovrà, altresì, consentire il coordinamento con i programmi svolti all'esterno, in particolare con quelli svolti in regime di misura alternativa alla detenzione.

Per la diagnosi, cura e riabilitazione degli stati di tossicodipendenza si applicano il D.M. n. 444/90, la L. 45/99 ed il D.P.R. 309/90 e sue modifiche ed integrazioni.

Indicazioni specifiche nel settore della salute mentale

In considerazione della specificità e della complessità degli interventi in favore dei detenuti e dei minorenni sottoposti a provvedimenti dall'Autorità Giudiziaria, con disturbi mentali, onde dare risposte tempestive ed appropriate, l'indicazione è l'istituzione di sezioni o reparti a custodia attenuata, in prossimità dell'infermeria, per i trattamenti terapeutico-riabilitativi, con funzione anche di osservazione per l'accertamento delle infermità psichiche, nell'ambito delle risorse finanziarie, umane e strumentali trasferite.

Tali reparti sono destinati agli imputati e condannati con infermità psichica sopravvenuta nel corso della misura detentiva, che non comporti l'applicazione provvisoria della misura di sicurezza del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario o l'ordine di ricovero in O.P.G. o in case di cura o custodia; presso le stesse sezioni potrebbero essere assegnati, per l'esecuzione della pena, anche i soggetti condannati a pena diminuita per vizio parziale di mente.

Gli interventi di cura e riabilitazione sono attuati in stretto collegamento con le articolazioni organizzative dei servizi psichiatrici del territorio.

In base agli stessi principi, si ritiene necessaria l'attivazione o il potenziamento di Comunità terapeutiche e centri clinici specializzati per la diagnosi, la cura e il trattamento dei disturbi psicopatologici in età evolutiva rivolti ai minorenni sottoposti a provvedimento penale, con disturbi psicopatologici, di alcool dipendenza o di tossicodipendenza o portatori di doppia diagnosi.

Monitoraggio e valutazione

Al fine di valutare l'efficienza e l'efficacia degli interventi a tutela della salute dei detenuti, degli internati e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale, garantendo, nel contempo, l'efficacia delle misure di sicurezza, viene realizzato in ogni Regione e Provincia autonoma un Osservatorio permanente sulla sanità penitenziaria, con rappresentanti della Regione, dell'Amministrazione penitenziaria e della Giustizia minorile, competenti territorialmente senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica.

Contestualmente, ai fini del coordinamento nazionale, viene realizzato presso la conferenza Unificata fra lo Stato, le Regioni e le Province autonome e le Autonomie Locali, un Tavolo di consultazione, costituito da rappresentanti dei dicasteri della Salute e della Giustizia, delle Regioni e Province autonome e delle Autonomie locali, con l'obiettivo di garantire l'uniformità degli interventi e delle prestazioni sanitarie e trattamentali nell'intero territorio nazionale.

Parimenti, allo scopo di assicurare la necessaria coerenza tra le misure connesse alla sicurezza e le misure connesse alla tutela della salute, è opportuno prevedere una struttura di riferimento presso il Ministero della Giustizia, sia nell'ambito del Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria sia in quello del Dipartimento della Giustizia Minorile.

(2) L'emergenza della problematica riferibile alla presenza di patologia mentale presso gli istituti penitenziari era già ben chiara al legislatore della L. 354/75 che, oltre a dettare disposizioni specifiche per gli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (O.P.G.), nell'art. 11, dedicato al servizio sanitario in generale, stabilisce, diversamente dalle altre branche

specialistiche, che ogni Istituto Penitenziario, e quindi non solo gli Ospedali Psichiatrici Giudiziari, deve avvalersi dell'opera di almeno uno specialista in psichiatria.

Allegato B al D.P.C.M.

QUALIFICHE E PROFILI PROFESSIONALI DEL PERSONALE DEL MINISTERO DELLA GIUSTIZIA	QUALIFICHE E CATEGORIE DI INQUADRAMENTO NEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
DIRIGENTE MEDICO	DIRIGENTE MEDICO
TECNICO B1	CATEGORIA BS
Figura professionale di riferimento: ex infermiere generico	Profilo: infermiere generico
TECNICO B2	CATEGORIA D
Figura professionale di riferimento: ex infermiere professionale	Profilo: collaboratore professionale sanitario-infermiere
TECNICO B3	CATEGORIA D
Figura professionale di riferimento: ex caposala	Profilo: collaboratore professionale sanitario - tecnico sanitario di radiologia medica
TECNICO RADIOLOGO B2 - B3 - B3S	CATEGORIA D
Figura professionale di riferimento: ex tecnico radiologo	Profilo: collaboratore professionale sanitario - tecnico sanitario di laboratorio biomedico
TECNICO DI LABORATORIO DI ANALISI B3	CATEGORIA D
Figura professionale di riferimento: ex tecnico di laboratorio di analisi	Profilo: collaboratore professionale sanitario - tecnico sanitario di laboratorio biomedico

Allegato C

Ministero della Salute

Ministero della Giustizia

Linee di indirizzo per gli interventi negli ospedali psichiatrici giudiziari (OPG) e nelle case di cura e custodia

Premessa

Nell'ambito degli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione in favore dei detenuti affetti da disturbi mentali, un programma specifico deve essere attivato per gli Ospedali psichiatrici giudiziari (OPG) e le Case di Cura e Custodia (CCC) (3), strutture di internamento che ospitano soggetti con patologie psichiatriche, tutti autori di reato, ma con posizioni giuridiche eterogenee (4).

Le azioni principali devono essere considerate in tale programma riguardano da un lato l'organizzazione degli interventi terapeutico riabilitativi, dall'altro la previsione di specifiche indicazioni affinché il passaggio di competenza delle funzioni sanitarie al Servizio Sanitario Nazionale si modelli su un assetto organizzativo in grado di garantire una corretta armonizzazione fra le misure sanitarie e le esigenze di sicurezza. Per tale scopo è necessaria una costante collaborazione fra operatori sanitari, operatori dell'Amministrazione della Giustizia e la magistratura.

E' da sottolineare che il successo del programma specifico per gli OPG è strettamente connesso con la realizzazione di tutte le misure e azioni indicate per la tutela della salute mentale negli istituti di pena, con particolare riferimento all'attivazione, all'interno degli istituti, di sezioni organizzate o reparti, destinati agli imputati e condannati, con infermità psichica sopravvenuta nel corso della misura detentiva che non comporti l'applicazione provvisoria della misura di sicurezza del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario o l'ordine di ricovero in O.P.G. o in case di cura o custodia (5); presso le stesse sezioni potrebbero essere assegnati, per l'esecuzione della pena, anche i soggetti condannati a pena diminuita per vizio parziale di mente (6).

In coerenza con il dettato costituzionale, la legge n. 833 del 1978, istitutiva del Servizio sanitario nazionale, all'articolo 2, punto 8, lettera g) pone come obiettivo «la tutela della salute mentale, privilegiando il momento preventivo e inserendo i servizi psichiatrici nei servizi sanitari generali in modo da eliminare ogni forma di discriminazione e di segregazione, pur nella specificità delle misure terapeutiche, e da favorire il recupero e il reinserimento sociale dei disturbati psichici».

L'ambito territoriale costituisce, dunque, la sede privilegiata per affrontare i problemi della salute, della cura, della riabilitazione delle persone con disturbi mentali per il fatto che nel territorio è possibile creare un efficace sinergismo tra i diversi servizi sanitari, tra questi e i servizi sociali, tra le Istituzioni e la comunità per il fine fondamentale del recupero sociale delle persone. Il principio del reinserimento sociale, sancito nell'articolo 27 della Costituzione, per coloro che, autori di reato, sono stati prosciolti per infermità mentale e ricoverati in OPG può e deve essere garantito attraverso la cura, che ne è fondamentale presupposto, e l'azione integrata dei servizi sociosanitari territoriali.

Peraltro il principio di territorialità è parte integrante dello stesso ordinamento penitenziario che all'articolo 42 stabilisce che «nel disporre i trasferimenti deve essere favorito il criterio di destinare i soggetti in istituti prossimi alla residenza delle famiglie».

Per tutte queste ragioni, il principio di territorialità costituisce il fondamento che motiva il decentramento degli OPG e rende possibile la differenziazione nella esecuzione della misura di sicurezza, come del resto hanno sanzionato le sentenze della Corte costituzionale che non legano l'applicazione della misura di sicurezza in modo univoco ed esclusivo all'OPG (7).

Le azioni

In una prima fase, a passaggio di competenze avvenuto, la responsabilità della gestione sanitaria degli OPG è assunta interamente dalle Regioni in cui gli stessi hanno sede. Nello specifico, per lo stabilimento di Castiglione delle Stiviere subentra la Regione Lombardia, per quello di Reggio Emilia subentra l'Emilia-Romagna, per quello di Montelupo Fiorentino la Toscana, per quello di Napoli e quello di Aversa subentra la Campania e per quello di Barcellona Pozzo di Gotto la Sicilia.

Contestualmente i Dipartimenti di salute mentale nel cui territorio di competenza insistono gli OPG, in collaborazione con l'equipe responsabile della cura e del trattamento dei ricoverati dell'istituto, provvedono alla stesura di un programma operativo che prevede:

- dimettere gli internati che hanno concluso la misura della sicurezza, con soluzioni concordate con le Regioni interessate (8), che devono prevedere forme di inclusione sociale adeguata, coinvolgendo gli Enti locali di provenienza, le Aziende sanitarie interessate e i servizi sociali e sanitari delle realtà di origine o di destinazione dei ricoverati da dimettere;
- riportare nelle carceri di provenienza i ricoverati in OPG per disturbi psichici sopravvenuti durante l'esecuzione della pena. Questa azione è resa possibile solo dopo l'attivazione delle sezioni di cura e riabilitazione, all'interno delle carceri (9);
- assicurare che le osservazioni per l'accertamento delle infermità psichiche di cui all'art. 112, D.P.R. 230/2000 siano espletate negli istituti ordinari.

Questi primi provvedimenti avranno come conseguenza un primo e opportuno sfolto del carico di internamento degli attuali OPG, il che rende possibile una migliore gestione personalizzata, un più idoneo rapporto tra operatori e internati e una maggiore possibilità di programmare le ulteriori fasi successive.

In una seconda fase, a distanza di un anno, si prevede una prima distribuzione degli attuali internati in modo che ogni OPG, senza modificarne in modo sostanziale la capienza e la consistenza, si configuri come la sede per ricoveri di internati delle Regioni limitrofe o comunque viciniori, in modo da stabilire immediatamente rapporti di collaborazione preliminari per ulteriori fasi di avvicinamento degli internati alle realtà geografiche di provenienza.

In via orientativa:

- all'OPG di Castiglione delle Stiviere, saranno assegnati internati provenienti dal Piemonte, dalla Val d'Aosta, dalla Liguria, oltre che naturalmente dalla Lombardia; considerando che tale struttura è l'unica con una sezione femminile, ad essa verranno assegnate le internate provenienti da tutte le regioni;
- all'OPG di Reggio Emilia, gli internati delle Regioni Veneto, Trentino-Alto Adige e Friuli V. Giulia e Marche, oltre che dall'Emilia Romagna;
- all'OPG di Montelupo Fiorentino, gli internati della Toscana, dell'Umbria, del Lazio e della Sardegna;
- all'OPG di Aversa e all'OPG di Napoli, gli internati della Campania, dell'Abruzzo, del Molise, della Basilicata e della Puglia;

- all'OPG di Barcellona Pozzo di Gotto, gli internati della Sicilia e della Calabria.

Tra la Regione titolare della competenza gestionale dell'OPG e le regioni limitrofe e/o vicinarie devono essere predisposti programmi di cura, di riabilitazione e di recupero sociale di ciascuno degli internati prevedendo rapporti tra i diversi servizi sociali e sanitari utili e necessari per realizzare il programma di ulteriore decentramento nelle Regioni di provenienza.

La terza fase, a distanza di due anni, prevede la restituzione ad ogni Regione italiana della quota di internati in OPG di provenienza dai propri territori e dell'assunzione della responsabilità per la presa in carico, attraverso programmi terapeutici e riabilitativi da attuarsi all'interno della struttura, anche in preparazione alla dimissione e all'inserimento nel contesto sociale di appartenenza, dando così piena attuazione al disposto dell'art. 115, c. 1, D.P.R. 230/2000.

Le soluzioni possibili, compatibilmente con le risorse finanziarie, vanno dalle strutture OPG con livelli diversificati di vigilanza, a strutture di accoglienza e all'affido ai servizi psichiatrici e sociali territoriali, sempre e comunque sotto la responsabilità assistenziale del Dipartimento di salute mentale della Azienda sanitaria dove la struttura o il servizio è ubicato.

Tramite specifico Accordo in sede di Conferenza permanente fra lo Stato e le Regioni e Province Autonome, vengono definite la tipologia assistenziale e le forme della sicurezza, gli standard di organizzazione e i rapporti di collaborazione tra le Amministrazioni coinvolte.

Nelle fasi transitorie, le persone affette da disturbi psichici cui a partire dal 1° gennaio 2008 è stata applicata la misura di sicurezza saranno destinate alle sedi trattamentali più prossime alla residenza, tenendo conto della fase attuativa del Progetto di regionalizzazione degli OPG e delle forme alternative in essere per la esecuzione della misura di sicurezza.

Indicazioni sui modelli organizzativi

Nelle Aziende Sanitarie sul cui territorio sono presenti gli Ospedali Psichiatrici Giudiziari l'indicazione è di istituire, nell'ambito del Dipartimento di Salute Mentale, idonea struttura avente autonomia organizzativa. La struttura, coordinata con gli altri servizi sanitari della Azienda sanitaria e con i servizi sociali, deve avere funzioni di raccordo nei confronti delle Aziende sanitarie (regionali ed extraregionali) di provenienza dei singoli internati ospitati presso gli OPG, al fine di concordare ed attuare piani individualizzati di trattamento per il reinserimento dei pazienti nel territorio entro i tempi previsti dalla misura di sicurezza comminata e favorire la continuità terapeutica.

In ogni Regione dove è ubicato un OPG deve essere realizzato uno specifico Accordo tra l'Amministrazione penitenziaria e la Regione, con il quale sono definite le rispettive competenze nella gestione della struttura, individuando le funzioni proprie del Responsabile dei servizi di cura e riabilitazione e le funzioni di competenza dell'Amministrazione penitenziaria. L'accordo andrà rivisto a cadenza annuale.

In detto accordo, sono stabiliti gli ambiti delle funzioni di sicurezza in base alle esigenze dei singoli OPG, sono definite le modalità di intervento in casi di necessità ed urgenza, con la raccomandazione di istituire presidi di sicurezza e vigilanza, preferibilmente, perimetrali o esterni ai reparti.

E' comunque raccomandato l'avvio di apposite convenzioni tra amministrazione Penitenziaria e le Regioni al fine di consentire la regionalizzazione delle misure di sicurezza per infermi di mente.

Monitoraggio e valutazione

Il programma di superamento graduale degli OPG impegna, dunque, tanto l'Ordinamento penitenziario che il sistema sanitario sia per le scelte di campo che esso richiede che per la sua applicazione nella quotidianità degli atti amministrativi da assumere.

Questo richiede di determinare le forme della reciproca responsabilità e della sinergica collaborazione a livello nazionale, regionale e locale, facendo tesoro delle esperienze positive di collaborazione realizzate tra il Ministero della Giustizia e il Servizio sanitario nazionale su specifici problemi e su diverse realtà regionali e locali.

Per tale scopo, deve essere attivato uno specifico gruppo di lavoro, sia all'interno di ogni Osservatorio regionale, sia, a livello nazionale, all'interno del Tavolo di consultazione permanente presso la Conferenza Unificata fra lo Stato, le Regioni e le Province autonome e le Autonomie Locali, previsto nelle Linee guida 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 per il monitoraggio del passaggio di competenze della sanità penitenziaria al Servizio Sanitario Nazionale. Gli interventi previsti dovranno essere posti in essere senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica e nell'ambito delle risorse finanziarie, umane e strumentali trasferite.

(3) In tali strutture (OPG e CCC) vengono eseguite le misure di sicurezza detentive per persone prosciolte e riconosciute pericolose socialmente. All'esecuzione di tali misure sovrintende il magistrato di sorveglianza (art. 70 e segg. L. 354/1975 - Ordinamento Penitenziario).

(4) Le categorie giuridiche sono essenzialmente le seguenti:

1. **internati** prosciolti per infermità mentale (art. 89 e segg. c.p.) sottoposti al ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario in quanto socialmente pericolosi (art. 222 c.p.);

2. **internati** con infermità mentale sopravvenuta per i quali sia stato ordinato l'internamento in ospedale psichiatrico giudiziario o in casa di cura e custodia (CCC) (art. 212 c.p.);

3. **internati provvisori** imputati, in qualsiasi grado di giudizio, sottoposti alla misura di sicurezza provvisoria in ospedale psichiatrico giudiziario, in considerazione della presunta pericolosità sociale ed in attesa di un giudizio definitivo (art. 206 c.p., 312 c.p.p.);

4. **internati** con vizio parziale di mente, dichiarati socialmente pericolosi ed assegnati alla casa di cura e custodia, eventualmente in aggiunta alla pena detentiva, previo accertamento della pericolosità sociale (art. 212 c.p.);

5. **detenuti** minorati psichici (art. 111, D.P.R. 230/2000, Nuovo regolamento di esecuzione dell'ordinamento penitenziario);

6. **detenuti** condannati in cui l'infermità di mente sia sopravvenuta durante l'esecuzione della pena (art. 148 c.p.);

7. **detenuti** dei quali deve essere accertata l'infermità psichica, per un periodo non superiore a 30 giorni (art. 112, c. 2, D.P.R. 230/2000 - Nuovo regolamento di esecuzione dell'ordinamento penitenziario).

(5) Art. 65, L. 354/1975 (Ordinamento Penitenziario) e art. 111, c. 5 e c. 7, D.P.R. 230/2000(Nuovo regolamento di esecuzione dell'ordinamento penitenziario).

(6) Queste azioni sono previste nelle Linee guida 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 del DPCM ...). Ne sono esclusi, a meno dell'intervento di una modifica legislativa, i detenuti sottoposti all'art. 148 c.p. (condannati con sopravvenuta infermità mentale) per cui può essere disposto unicamente il ricovero in OPG.

(7) Va richiamata e valorizzata la sentenza costituzionale n. 253/2003 che ha dichiarato la illegittimità costituzionale dell'art. 222 C. p. nella parte in cui non consente al giudice « di non adottare, in luogo dell'ospedale psichiatrico giudiziario, una diversa misura di sicurezza prevista dalla legge, idonea ad assicurare adeguate misure all'infermo di mente e a far fronte alla pericolosità sociale».

Tale misura, come la stessa sentenza spiega, può essere rappresentata dalla libertà vigilata (misura di sicurezza non detentiva), accompagnata dalla prescrizione di un rapporto stabile e continuativo con il servizio psichiatrico territoriale.

Si deve aggiungere che tale indicazione costituzionale, dettata per l'OPG non può non valere, per le stesse ragioni, anche per la Casa di cura e custodia.

Sulla stessa linea si muove anche un'altra sentenza costituzionale, la n. 367/2004, che afferma la stessa possibilità di scelta fra internamento e affidamento esterno ai servizi, per la misura di sicurezza provvisoria (OPG o casa di cura e custodia) di cui all'art. 206 C. p.

(8) Anche se inizialmente solo le Regioni in cui opera un OPG sono interessate alla gestione della struttura, è necessario che ogni Regione italiana, nell'ambito dei propri atti di programmazione specifici, affronti la questione della cura, della riabilitazione e dell'inclusione sociale delle persone che in stato di sofferenza psichica sono incorsi in una sentenza edittale per reato commesso, sia stabilendo rapporti di collaborazione e di intesa con le Regioni impegnate nella gestione degli OPG, sia mettendo in programma ed attuando i servizi e i presidi che si rendono necessari per dare risposte appropriate a persone malate che presentano diversità cliniche e giuridiche.

Il Piano regionale, insieme agli obiettivi di salute, deve definire gli strumenti organizzativi da realizzare nelle Aziende sanitarie che tengano conto dei problemi da affrontare e abbiano a riferimento le tipologie assistenziali determinate a livello nazionale.

(9) Art. 65, O.P., art. 111, c. 5 e c. 7, D.P.R. 230/2000 e art. 115, c. 4, D.P.R. 230/2000.

Allegato D

PERSONALE DI RUOLO DEL DIPARTIMENTO DELL'AMMINISTRAZIONE PENITENZIARIA E DEL DIPARTIMENTO DELLA GIUSTIZIA MINORILE - ALLEGATO D

QUALIFICA DIRIGENZIALE O FIGURA PROFESSIONALE ALLEGATO D	DIPARTIMENTO AMMINISTRAZIONE PENITENZIARIA	DIPARTIMENTO GIUSTIZIA MINORILE	TOTALE UNITA'	RAPPORTO LAVORO
Dirigente Medico Psichiatra	14	0	14	Dirigente penitenziario - Legge 27 luglio 2005, n. 154 e D.Lgs. 15 febbraio 2006, n. 63. Rapporto di lavoro a tempo indeterminato.
Capo Sala - B3	245	0	245	Contratto collettivo nazionale di lavoro del personale comparto Ministeri. Rapporto di lavoro a tempo indeterminato.
Infermiere Professionale - B2	162	0	162	Contratto collettivo nazionale di lavoro del personale comparto Ministeri. Rapporto di lavoro a tempo indeterminato.
Infermiere Generico - B1	2	0	2	Contratto collettivo nazionale di lavoro del personale comparto Ministeri. Rapporto di lavoro a tempo indeterminato.
Assistente Tecnico	2	0	2	Contratto collettivo nazionale di

Laboratorio Analisi - B3				lavoro del personale comparto Ministeri. Rapporto di lavoro a tempo indeterminato.
Tecnico Capo di Radiologia e/o Radioterapia - B3 Super	14	0	14	Contratto collettivo nazionale di lavoro del personale comparto Ministeri. Rapporto di lavoro a tempo indeterminato.
Tecnico Capo di Radiologia e/o Radioterapia - B3	8	0	8	Contratto collettivo nazionale di lavoro del personale comparto Ministeri. Rapporto di lavoro a tempo indeterminato.
Tecnico Radiologia medica - B2	16	0	16	Contratto collettivo nazionale di lavoro del personale comparto Ministeri. Rapporto di lavoro a tempo indeterminato.
Psicologo - C3	4	4	8	Contratto collettivo nazionale di lavoro del personale comparto Ministeri. Rapporto di lavoro a tempo indeterminato.
Psicologo - C2	11	11	22	Contratto collettivo nazionale di lavoro del personale comparto Ministeri. Rapporto di lavoro a tempo indeterminato.
Psicologo - C1	2	29	31	Contratto collettivo nazionale di lavoro del personale comparto Ministeri. Rapporto di lavoro a tempo indeterminato.
TOTALE	480	44	524	

PERSONALE DI RUOLO DEL DIPARTIMENTO DELL'AMMINISTRAZIONE PENITENZIARIA E DEL DIPARTIMENTO DELLA GIUSTIZIA MINORILE IN SERVIZIO NELLE REGIONI A STATUTO SPECIALE - ALLEGATO D

QUALIFICA DIRIGENZIALE O FIGURA PROFESSIONALE	DIPARTIMENTO AMMINISTRAZIONE PENITENZIARIA	DIPARTIMENTO GIUSTIZIA MINORILE	TOTALE UNITA'	RAPPORTO LAVORO
Dirigente Medico Psichiatra	2	0	2	Dirigente penitenziario - Legge 27 luglio 2005, n. 154 e D.Lgs. 15 febbraio 2006, n. 63. Rapporto di lavoro a tempo indeterminato.
Capo Sala - B3	67	0	67	Contratto collettivo nazionale di lavoro del personale comparto Ministeri. Rapporto di lavoro a tempo indeterminato.
Infermiere Professionale - B2	37	0	37	Contratto collettivo nazionale di lavoro del personale comparto Ministeri. Rapporto di lavoro a tempo indeterminato.
Infermiere Generico - B1	2	0	2	Contratto collettivo nazionale di lavoro del personale comparto Ministeri. Rapporto di lavoro a tempo indeterminato.
Assistente Tecnico Laboratorio Analisi - B3	0	0	0	Contratto collettivo nazionale di lavoro del personale comparto Ministeri. Rapporto di lavoro a tempo indeterminato.

Tecnico Capo di Radiologia e/o Radioterapia - B3 Super	1	0	1	Contratto collettivo nazionale di lavoro del personale comparto Ministeri. Rapporto di lavoro a tempo indeterminato.
Tecnico Capo di Radiologia e/o Radioterapia - B3	0	0	0	Contratto collettivo nazionale di lavoro del personale comparto Ministeri. Rapporto di lavoro a tempo indeterminato.
Tecnico Radiologia medica - B2	3	0	3	Contratto collettivo nazionale di lavoro del personale comparto Ministeri. Rapporto di lavoro a tempo indeterminato.
Psicologo - C3	0	0	0	Contratto collettivo nazionale di lavoro del personale comparto Ministeri. Rapporto di lavoro a tempo indeterminato.
Psicologo - C2	1	0	1	Contratto collettivo nazionale di lavoro del personale comparto Ministeri. Rapporto di lavoro a tempo indeterminato.
Psicologo - C1	1	6	7	Contratto collettivo nazionale di lavoro del personale comparto Ministeri. Rapporto di lavoro a tempo indeterminato.
TOTALE	114	6	120	

PERSONALE DI RUOLO DEL DIPARTIMENTO DELL'AMMINISTRAZIONE PENITENZIARIA E DEL DIPARTIMENTO DELLA GIUSTIZIA MINORILE IN SERVIZIO NELLE REGIONI A STATUTO ORDINARIO - ALLEGATO D

QUALIFICA DIRIGENZIALE O FIGURA PROFESSIONALE	DIPARTIMENTO AMMINISTRAZIONE PENITENZIARIA	DIPARTIMENTO GIUSTIZIA MINORILE	TOTALE UNITA'	RAPPORTO LAVORO
Dirigente Medico Psichiatra	12	0	12	Dirigente penitenziario - Legge 27 luglio 2005, n. 154 e D.Lgs. 15 febbraio 2006, n. 63. Rapporto di lavoro a tempo indeterminato.
Capo Sala - B3	178	0	178	Contratto collettivo nazionale di lavoro del personale comparto Ministeri. Rapporto di lavoro a tempo indeterminato.
Infermiere Professionale - B2	125	0	125	Contratto collettivo nazionale di lavoro del personale comparto Ministeri. Rapporto di lavoro a tempo indeterminato.
Infermiere Generico - B1	0	0	0	Contratto collettivo nazionale di lavoro del personale comparto Ministeri. Rapporto di lavoro a tempo indeterminato.
Assistente Tecnico Laboratorio Analisi - B3	2	0	2	Contratto collettivo nazionale di lavoro del personale comparto Ministeri. Rapporto di lavoro a tempo indeterminato.
Tecnico Capo di Radiologia e/o Radioterapia - B3 Super	13	0	13	Contratto collettivo nazionale di lavoro del personale comparto Ministeri. Rapporto di lavoro a tempo indeterminato.

Tecnico Capo di Radiologia e/o Radioterapia - B3	8	0	8	tempo indeterminato. Contratto collettivo nazionale di lavoro del personale comparto Ministeri. Rapporto di lavoro a tempo indeterminato.
Tecnico Radiologia medica - B2	13	0	13	Contratto collettivo nazionale di lavoro del personale comparto Ministeri. Rapporto di lavoro a tempo indeterminato.
Psicologo - C3	4	4	8	Contratto collettivo nazionale di lavoro del personale comparto Ministeri. Rapporto di lavoro a tempo indeterminato.
Psicologo - C2	10	11	21	Contratto collettivo nazionale di lavoro del personale comparto Ministeri. Rapporto di lavoro a tempo indeterminato.
Psicologo - C1	1	23	24	Contratto collettivo nazionale di lavoro del personale comparto Ministeri. Rapporto di lavoro a tempo indeterminato.
TOTALE	366	38	404	

PERSONALE NON DI RUOLO DEL DIPARTIMENTO DELL'AMMINISTRAZIONE PENITENZIARIA E DEL
DIPARTIMENTO DELLA GIUSTIZIA MINORILE IN SERVIZIO NELLE REGIONI A STATUTO ORDINARIO -
ALLEGATO D

QUALIFICA PROFESSIONALE	DIPARTIMENTO AMMINISTRAZIONE PENITENZIARIA	DIPARTIMENTO GIUSTIZIA MINORILE	TOTALE UNITA'	RAPPORTO LAVORO
Medico Incaricato	162	4	166	Legge 9 ottobre 1970, n. 740 (art. 1) - Rapporto di lavoro a tempo indeterminato
Medico Incaricato Provvisorio	104	10	114	Legge 9 ottobre 1970, n. 740 (art. 50) - Rapporto di lavoro a tempo determinato
Medico di Guardia	1.007	7	1.014	Legge 9 ottobre 1970, n. 740 (art. 51) - Rapporto di lavoro a convenzione
Medico di Guardia Psichiatrica	59	0	59	Legge 9 ottobre 1970, n. 740 (art. 51) - Rapporto di lavoro a convenzione
Medico Specialista	1.112	4	1.116	Legge 9 ottobre 1970, n. 740 (art. 52) - Rapporto di lavoro a convenzione
Infermiere	1.118	33	1.151	Legge 9 ottobre 1970, n. 740 (art. 53) - Rapporto di lavoro a convenzione
Ausiliario Socio Sanitario	73	0	73	Legge 9 ottobre 1970, n. 740 (art. 53) - Rapporto di lavoro a convenzione
Personale Tecnico Parasanitario	81	0	81	Legge 9 ottobre 1970, n. 740 (art. 53) - Rapporto di lavoro a convenzione
Puericultrice	13	0	13	Legge 9 ottobre 1970, n. 740 (art. 53) - Rapporto di lavoro a

Personale addetto alla Sorveglianza Fisico-Dosimetrica	99	0	99	convenzione Decreto Legislativo 26 maggio 2000, n. 187
TOTALE NON DI RUOLO	3828	58	3886	

PERSONALE NON DI RUOLO DEL DIPARTIMENTO DELL'AMMINISTRAZIONE PENITENZIARIA E DEL DIPARTIMENTO DELLA GIUSTIZIA MINORILE IN SERVIZIO NELLE REGIONI A STATUTO SPECIALE - ALLEGATO D

QUALIFICA PROFESSIONALE	DIPARTIMENTO AMMINISTRAZIONE PENITENZIARIA	DIPARTIMENTO GIUSTIZIA MINORILE	TOTALE UNITA'	RAPPORTO LAVORO
Medico Incaricato	34	1	35	Legge 9 ottobre 1970, n. 740 (art. 1) - Rapporto di lavoro a tempo indeterminato
Medico Incaricato Provvisorio	38	2	40	Legge 9 ottobre 1970, n. 740 (art. 50) - Rapporto di lavoro a tempo determinato
Medico di Guardia	252	5	257	Legge 9 ottobre 1970, n. 740 (art. 51) - Rapporto di lavoro a convenzione
Medico di Guardia Psichiatrica	7	0	7	Legge 9 ottobre 1970, n. 740 (art. 51) - Rapporto di lavoro a convenzione
Medico Specialista	278	1	279	Legge 9 ottobre 1970, n. 740 (art. 52) - Rapporto di lavoro a convenzione
Infermiere	225	9	234	Legge 9 ottobre 1970, n. 740 (art. 53) - Rapporto di lavoro a convenzione
Ausiliario Socio Sanitario	0	0	0	Legge 9 ottobre 1970, n. 740 (art. 53) - Rapporto di lavoro a convenzione
Personale Tecnico Parasitario	13	0	13	Legge 9 ottobre 1970, n. 740 (art. 53) - Rapporto di lavoro a convenzione
Puericultrice	0	0	0	Legge 9 ottobre 1970, n. 740 (art. 53) - Rapporto di lavoro a convenzione
Personale addetto alla Sorveglianza Fisico-Dosimetrica	19	0	19	Decreto Legislativo 26 maggio 2000, n. 187
TOTALE NON DI RUOLO	866	18	884	

TOTALE PERSONALE DI RUOLO E NON DI RUOLO DEL DIPARTIMENTO DELL'AMMINISTRAZIONE PENITENZIARIA E DEL DIPARTIMENTO DELLA GIUSTIZIA MINORILE - ALLEGATO D

	DAP	DGM	
TOTALE NON DI RUOLO	4.694	76	4.770
TOTALE DI RUOLO	480	44	524
TOTALE GENERALE	5.174	120	5.294

TOTALE PERSONALE DI RUOLO E NON DI RUOLO DEL DIPARTIMENTO DELL'AMMINISTRAZIONE PENITENZIARIA E DEL DIPARTIMENTO DELLA GIUSTIZIA MINORILE IN SERVIZIO NELLE REGIONI A STATUTO SPECIALE - ALLEGATO D

DAP DGM

TOTALE NON DI RUOLO	866	18	884
TOTALE DI RUOLO	114	6	120
TOTALE GENERALE	980	24	1.004

TOTALE PERSONALE DI RUOLO E NON DI RUOLO DEL DIPARTIMENTO DELL'AMMINISTRAZIONE
PENITENZIARIA E DEL DIPARTIMENTO DELLA GIUSTIZIA MINORILE IN SERVIZIO NELLE REGIONI A
STATUTO ORDINARIO - ALLEGATO D

	DAP	DGM	
TOTALE NON DI RUOLO	3.828	58	3.886
TOTALE DI RUOLO	366	38	404
TOTALE GENERALE	4.194	96	4.290

1.3 Articolo 3ter del decreto legge 22 dicembre 2011, n. 211, convertito, con modificazioni, in legge 17 febbraio 2012, n. 9 recante interventi urgenti per il contrasto della tensione detentiva determinata dal sovraffollamento delle carceri.

Art. 3-ter *Disposizioni per il definitivo superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari*

In vigore dal 26 maggio 2013

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

2. Entro il 31 marzo 2012, con decreto di natura non regolamentare del Ministro della salute, adottato di concerto con il Ministro della giustizia, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano ai sensi dell'articolo 3 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, sono definiti, ad integrazione di quanto previsto dal decreto del Presidente della Repubblica 14 gennaio 1997, pubblicato nel supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 42 del 20 febbraio 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.

3. Il decreto di cui al comma 2 è adottato nel rispetto dei seguenti criteri:

- a) esclusiva gestione sanitaria all'interno delle strutture;
- b) attività perimetrale di sicurezza e di vigilanza esterna, ove necessario in relazione alle condizioni dei soggetti interessati, da svolgere nel limite delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente;
- c) destinazione delle strutture ai soggetti provenienti, di norma, dal territorio regionale di ubicazione delle medesime.

4. Dal 1° aprile 2014 gli ospedali psichiatrici giudiziari sono chiusi e le misure di sicurezza del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario e dell'assegnazione a casa di cura e custodia sono eseguite esclusivamente all'interno delle strutture sanitarie di cui al comma 2, fermo restando che le persone che hanno cessato di essere socialmente pericolose devono essere senza indugio dimesse e prese in carico, sul territorio, dai Dipartimenti di salute mentale.

5. Per la realizzazione di quanto previsto dal comma 1, in deroga alle disposizioni vigenti relative al contenimento della spesa di personale, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, comprese anche quelle che hanno sottoscritto i piani di rientro dai disavanzi sanitari, previa valutazione e autorizzazione del Ministro della salute assunta di concerto con il Ministro per la pubblica amministrazione e la semplificazione e del Ministro dell'economia e delle finanze, possono assumere personale qualificato da dedicare anche ai percorsi terapeutico riabilitativi finalizzati al recupero e reinserimento sociale dei pazienti internati provenienti dagli ospedali psichiatrici giudiziari.

6. Per la copertura degli oneri derivanti dalla attuazione del presente articolo, limitatamente alla realizzazione e riconversione delle strutture, è autorizzata la spesa di 120 milioni di euro per l'anno 2012 e 60 milioni di euro per l'anno 2013. Le predette risorse, in deroga alla procedura di attuazione del programma pluriennale di interventi di cui all'articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67, sono ripartite tra le regioni, con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, previa intesa sancita dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, ed assegnate alla singola regione con decreto del Ministro della salute di approvazione di uno specifico programma di utilizzo proposto dalla medesima regione. Il programma, oltre agli interventi strutturali, prevede attività volte progressivamente a incrementare la realizzazione dei percorsi terapeutico-riabilitativi di cui al comma 5, definendo prioritariamente tempi certi e impegni precisi per il superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari, prevedendo la dimissione di tutte le persone internate per le quali l'autorità giudiziaria abbia già escluso o escluda la sussistenza della pericolosità sociale, con l'obbligo per le aziende sanitarie locali di presa in carico all'interno di progetti terapeutico-riabilitativi individuali che assicurino il diritto alle cure e al reinserimento sociale, nonché a favorire l'esecuzione di misure di sicurezza alternative al ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario o all'assegnazione a casa di cura e custodia. All'erogazione delle risorse si provvede per stati di avanzamento dei lavori. Per le province autonome di Trento e di Bolzano si applicano le disposizioni di cui all'articolo 2, comma 109, della legge 23 dicembre 2009, n. 191. Agli oneri derivanti dal presente comma si provvede, quanto a 60 milioni di euro per l'anno 2012, utilizzando quota parte delle risorse di cui al citato articolo 20 della legge n. 67 del 1988; quanto ad ulteriori 60 milioni di euro per l'anno 2012, mediante corrispondente riduzione del Fondo di cui all'articolo 7-quinquies del decreto-legge 10 febbraio 2009, n. 5, convertito, con modificazioni, dalla legge 9 aprile 2009, n. 33; quanto a 60 milioni di euro per l'anno 2013, mediante corrispondente riduzione del Fondo di cui all'articolo 32, comma 1, del decreto-legge 6 luglio 2011, n. 98, convertito, con modificazioni, dalla legge 15 luglio 2011, n. 111.

7. Al fine di concorrere alla copertura degli oneri per l'esercizio delle attività di cui al comma 1 nonché degli oneri derivanti dal comma 5 e dal terzo periodo del comma 6, è autorizzata la spesa nel limite massimo complessivo di 38 milioni di euro per l'anno 2012 e 55 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2013. Agli oneri derivanti dal presente comma si provvede:

a) quanto a 7 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2012, mediante riduzione degli stanziamenti relativi alle spese rimodulabili di cui all'articolo 21, comma 5, lettera b), della legge 31 dicembre 2009, n. 196, dei programmi del Ministero degli affari esteri;

b) quanto a 24 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2012, mediante corrispondente riduzione dell'autorizzazione di spesa di cui all'articolo 2, comma 361, della legge 24 dicembre 2007, n. 244;

c) quanto a 7 milioni di euro per l'anno 2012 e a 24 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2013, mediante riduzione degli stanziamenti relativi alle spese rimodulabili di cui all'articolo 21, comma 5, lettera b), della legge 31 dicembre 2009, n. 196, dei programmi del Ministero della giustizia.

8. Il Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza di cui all'articolo 9 dell'intesa tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano del 23 marzo 2005, provvede al monitoraggio e alla verifica dell'attuazione del presente articolo.

8-bis. Entro il 30 novembre 2013 il Ministro della salute e il Ministro della giustizia comunicano alle competenti Commissioni parlamentari lo stato di attuazione dei programmi regionali, di cui al comma 6, relativi al superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari e in particolare il grado di effettiva presa in carico dei malati da parte dei dipartimenti di salute mentale e del conseguente avvio dei programmi di cura e di reinserimento sociale.

9. Nel caso di mancata presentazione del programma di cui al comma 6 entro il termine del 15 maggio 2013, ovvero di mancato rispetto del termine di completamento del predetto programma, il Governo, in attuazione dell'articolo 120 della Costituzione e nel rispetto dell'articolo 8 della legge 5 giugno 2003, n. 131, provvede in via sostitutiva al fine di assicurare piena esecuzione a quanto previsto dal comma 4. Nel caso di ricorso alla predetta procedura il Consiglio dei Ministri, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, nomina commissario la stessa persona per tutte le regioni per le quali si rendono necessari gli interventi sostitutivi.

10. A seguito dell'attuazione del presente articolo la destinazione dei beni immobili degli ex ospedali psichiatrici giudiziari è determinata d'intesa tra il Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria del Ministero della giustizia, l'Agenzia del demanio e le regioni ove gli stessi sono ubicati.

CAPITOLO II

ATTI ADOTTATI DALLA CONFERENZA STATO-REGIONI E DALLA CONFERENZA UNIFICATA E RELATIVE SCHEDE TECNICHE

2.1 Intesa, ai sensi dell'articolo 2, comma 283, della legge 24 dicembre 2007, n. 244 (legge finanziaria 2008), sullo schema di decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri concernente le modalità ed i criteri per il trasferimento al Servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria.

Rep. atti n. 91/CSR del 20 marzo 2008



*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

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

Intesa, ai sensi dell'articolo 2, comma 283, della legge 24 dicembre 2007, n. 244 (legge finanziaria 2008), sullo schema di decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri concernente le modalità ed i criteri per il trasferimento al Servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria.

Rep. Atti n. *91/ESR* del *20 marzo 2008*

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

Nella odierna seduta del 20 marzo 2008:

VISTO il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni, recante "Riordino della disciplina sanitaria, a norma dell'articolo 1, della legge 23 ottobre 1992, n. 421";

VISTO il decreto legislativo 22 giugno 1999, n. 230 recante "Riordino della medicina penitenziaria, a norma dell'articolo 5, della legge 30 novembre 1998, n. 419";

VISTA la legge 24 dicembre 2007, n. 244 recante "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2008) e, in particolare l'articolo 2, comma 283, secondo cui, al fine di dare completa attuazione al riordino della medicina penitenziaria di cui al citato decreto legislativo n. 230 del 1999, comprensivo dell'assistenza sanitaria negli istituti penitenziari minorili, nei centri di prima accoglienza e negli ospedali psichiatrici giudiziari, con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro della salute e del Ministro della giustizia, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze e con il Ministro per le riforme e le innovazioni nella pubblica amministrazione, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, sono definiti le modalità e i criteri per il trasferimento dal Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria e dal Dipartimento della giustizia minorile del Ministero della giustizia al Servizio sanitario nazionale, delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali, in materia di sanità penitenziaria;

VISTA la nota in data 19 marzo 2008, con la quale il Ministero della salute ha trasmesso, per l'acquisizione della prescritta intesa, lo schema di decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri concernente le modalità ed i criteri per il trasferimento al Servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria;

VISTA la nota in data 19 marzo 2008, con la quale la Regione Toscana, Coordinatrice della Commissione salute ha espresso sul predetto schema avviso tecnico favorevole condizionato all'accoglimento di alcune proposte emendative;



*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

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

CONSIDERATO che, nel corso dell'odierna seduta di questa Conferenza, le Regioni e le Province autonome hanno espresso l'assenso al perfezionamento della prescritta intesa sullo schema di decreto in parola con le richieste emendative contenute nel documento consegnato in seduta, Allegato sub A, parte integrante del presente atto;

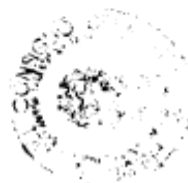
RILEVATO che, nel corso dell'odierna seduta di questa Conferenza, il rappresentante del Ministero dell'economia e delle finanze ha fatto presente che il parere favorevole di quel Ministero all'ulteriore corso dello schema di provvedimento di cui trattasi è condizionato al recepimento nello schema medesimo delle modifiche elencate nel documento consegnato in seduta, Allegato sub B, parte integrante del presente atto, nonché, ai fini della formalizzazione del necessario concerto, ad una più approfondita valutazione delle proposte di modifica da ultimo avanzate dalle Regioni;

ACQUISITO, nei termini di cui sopra, l'assenso del Governo, delle Regioni e delle Province autonome di Trento e di Bolzano;

SANCISCE INTESA

nei termini di cui in premessa, sullo schema di decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri concernente le modalità ed i criteri per il trasferimento al Servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria.

IL SEGRETARIO
Avv. Giuseppe Busia



IL PRESIDENTE
On.le Prof. Linda Lanzillotta



CONFERENZA DELLE REGIONI E DELLE PROVINCE AUTONOME

ALL. A
Conservato
in vertice
20.03.08
S

**INTESA SULLO SCHEMA DI DECRETO DEL PRESIDENTE DEL
CONSIGLIO DEI MINISTRI CONCERNENTE LE MODALITÀ ED I
CRITERI PER IL TRASFERIMENTO AL SERVIZIO SANITARIO
NAZIONALE DELLE FUNZIONI SANITARIE, DEI RAPPORTI DI
LAVORO, DELLE RISORSE FINANZIARIE E DELLE
ATTREZZATURE E BENI STRUMENTALI IN MATERIA DI
SANITÀ PENITENZIARIA**

Punto 11) Elenco A – Odg Conferenza Stato-Regioni

La Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome esprime avviso tecnico favorevole condizionato all'accoglimento delle seguenti modifiche:

all'art. 3, comma 1 la data “*31 marzo 2008*” è modificata in “**15 marzo 2008**”;

all'art. 3, comma 4 nella frase “*i rapporti di lavoro del personale sanitario instaurati.....in essere alla data del 31 marzo 2008*” la data è modificata in “**15 marzo 2008**”;

all'art. 3, comma 10 la data “*31 marzo 2008*” è modificata in “**15 marzo 2008**”;

all'art. 6, comma 1 la parola “*fondo sanitario*” è modificata con “**disponibilità finanziarie destinate al Servizio Sanitario Nazionale**”.

Roma, 20 marzo 2008



*Ministero
dell'Economia e delle Finanze*
DIPARTIMENTO DELLA RAGIONERIA GENERALE DELLO STATO
ISPETTORATO GENERALE PER LA SPESA SOCIALE
UFFICIO IX

Prot. N. 0038878
Rif. Prot. Entrata N.
Allegati: vari
Risposta a Nota n.

All. B

*Consegnato in seduta
20-03-08*



Roma, **20 MAR 2008**

Al Gabinetto del Ministro
SEDE

All'Ufficio Legislativo – Economia
SEDE

Alla Conferenza permanente per i rapporti tra lo
Stato, le Regioni e le Province Autonome di
Trento e Bolzano – Presidenza del Consiglio
dei Ministri
Via della Stamperia, n. 8
00187 ROMA

OGGETTO: Medicina penitenziaria – Schema di DPCM concernente le modalità ed i criteri per il trasferimento al Servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria e relativi allegati.

Si fa riferimento allo schema di DPCM concernente le modalità ed i criteri per il trasferimento al Servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria e ai relativi allegati, nei testi disponibili sul sito della Conferenza Stato-Regioni con il codice 4.10/2008/82 che ad ogni buon fine si allegano in copia, rispetto ai quali il Ministero della salute, con l'allegata nota n. 0002519-P-19/03/2008 del 19 marzo 2008, chiede alla Segreteria della Conferenza Stato-Regioni l'iscrizione all'ordine del giorno della seduta del 20 marzo 2008.

Al riguardo, si premette che questo Dipartimento non ha finora formalmente dato il concerto sui testi di cui trattasi, come invece indicato nella citata nota di trasmissione del Ministero della salute, non essendo definitivi testi e tabelle sui quali si sono svolte le riunioni tecniche.

gn

Nel merito, si fa presente che il parere favorevole dello scrivente all'ulteriore corso del provvedimento, prendendo atto di quanto rappresentato nella relazione tecnica, è condizionato al recepimento delle seguenti modifiche tecniche:

1. **Testo del DPCM:**

- **Articolo 3, comma 2:** I periodi da *"Il valore delle classi"* fino al termine del comma vanno sostituiti con i seguenti: *"Il valore delle classi di stipendio in godimento alla data di entrata in vigore del presente decreto, con l'aggiunta del rateo in corso di maturazione alla stessa data espresso in ventiquattresimi, viene, comunque, conservato a titolo di retribuzione individuale di anzianità. Qualora l'importo del trattamento economico complessivo in godimento alla predetta data per stipendio iniziale ed altri assegni fissi e continuativi risulti maggiore di quello corrispondentemente spettante nella nuova posizione di inquadramento, la relativa differenza è conservata come assegno ad personam."* ;
- **Articolo 3, comma 7:** si conferma l'esigenza che il testo del provvedimento – anche mediante l'inclusione di apposite tabelle, come suggerito dal Dipartimento della funzione pubblica con l'allegata e-mail del 19 marzo scorso, ore 16.42 – contenga l'indicazione del numero delle unità da trasferite per ciascun profilo e per ciascun tipo di rapporto. Tali informazioni possono essere tratte, come suggerito dal predetto Dipartimento, dalle prime due colonne delle tabelle, già prodotte, denominate *"personale di ruolo amministrazione penitenziaria e giustizia minorile"* e *"personale non di ruolo amministrazione penitenziaria e giustizia minorile"*;
- **Allegato A "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":** va espressamente previsto che la realizzazione in ogni regione e provincia autonoma di un Osservatorio permanente sulla sanità penitenziaria deve avvenire senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica;
- **Allegato C "Linee di indirizzo per gli interventi negli ospedali psichiatrici giudiziari (OPG) e nelle case di cura e custodia":** va espressamente previsto che gli interventi ivi contenuti, qualora attuati, devono essere svolti nell'ambito delle risorse umane, strumentali e finanziarie trasferite;

2. Relazione tecnica:

- pag. 1: è opportuno eliminare i riferimenti a precedenti osservazioni e indicazioni comunicate dallo scrivente con la precorsa corrispondenza, poi recepite nel testo;
- pag. 3: al fine di evitare dubbi interpretativi il periodo da "a tal fine" fino alla fine va eliminato e il periodo successivo va riformulato come segue: *"Nell'articolo 3, comma 1, del testo del DPCM viene disposto il trasferimento alle Regioni a statuto ordinario del personale in servizio alla data del 31 marzo 2008 da inquadrare nelle corrispondenti categorie e profili previsti per il personale del SSN in base all'apposita tabella B a cui si fa rinvio"*;
- pag. 4: al secondo capoverso dopo le parole "di dodici mesi" occorre aggiungere le seguenti "a decorrere dalla data di entrata in vigore del presente decreto";
- pag. 4: il terzo capoverso da "Il personale interessato" a "del Ministero della giustizia." va eliminato;
- pag. 4: all'ultimo capoverso dopo le parole "prima della data del" occorre inserire le parole 31 marzo; inoltre, dopo "2008" aggiungere le seguenti: "per il reclutamento in ruolo di figure professionali oggetto del trasferimento al Servizio sanitario nazionale";
- pag. 5: al secondo capoverso occorre sostituire il periodo con una previsione diretta a dimostrare - attraverso la produzione di idonee tabelle riferite sia alle regioni a statuto ordinario sia a quelle a statuto speciale sia il dato globale - che il trasferimento dei rapporti di lavoro individuati nelle medesime tabelle non comporti oneri a carico della finanza pubblica superiori alle risorse che saranno complessivamente trasferite al SSN ai sensi dell'art. 6 comma 1. A tal fine possono essere utilizzate le tabelle già prodotte, denominate "Personale di ruolo amministrazione penitenziaria e giustizia minorile" e "Personale non di ruolo amministrazione penitenziaria e giustizia minorile". Tali tabelle vanno, comunque, ridenominate come allegati alla relazione tecnica ed integrate con riferimento al trattamento economico annuo lordo del SSN (per il quale occorre specificare che trattasi di dati di retribuzioni medie tratte dal conto annuale 2006) della percentuale di incremento per il rinnovo contrattuale relativo al biennio 2006/2007, pari al 4,85%. Conseguentemente vanno modificati i dati di spesa complessivi recati dall'ultimo capoverso della pag. 6.

M



Si fa presente, infine, che le proposte di modifica formulate dal Dipartimento della funzione pubblica con la citata e-mail del 19 marzo scorso, ore 16.42, sono condivisibili ad eccezione di quella relativa all'art. 3, comma 2, che non può essere assentita in quanto l'opzione ivi prevista tra il regime previdenziale proprio del personale del comparto e quello dell'ordinamento di provenienza non è espressamente contemplata dall'art 2, comma 283, della legge finanziaria per il 2008.


Il Ragioniere Generale dello Stato



2.2 Delibera, ai sensi degli articoli 7, comma 2 e 9, comma 1 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, concernente la costituzione di tavoli tecnici di lavoro tra lo Stato, le Regioni e Province autonome e le Autonomie locali con funzioni istruttorie, di raccordo, di consultazione e concorso alle attività della Conferenza Unificata in materia di attuazione del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 1 aprile 2008 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.”

Rep. atti n. 81/CU del 31 luglio 2008



*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*
CONFERENZA UNIFICATA

Delibera, ai sensi degli articoli 7, comma 2 e 9, comma 1 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, concernente la costituzione di tavoli tecnici di lavoro tra lo Stato, le Regioni e Province autonome e le Autonomie locali con funzioni istruttorie, di raccordo, di consultazione e concorso alle attività della Conferenza Unificata in materia di attuazione del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 1 aprile 2008 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."

Repertorio atti n. 811/GU. del 31 luglio 2008

LA CONFERENZA UNIFICATA

Nella odierna seduta del 31 luglio 2008

VISTO il decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, il quale:

- all'articolo 7, comma 2, attribuisce alla Conferenza Stato-Regioni la facoltà di istituire gruppi di lavoro o comitati, con funzioni istruttorie, di raccordo, collaborazioni o concorso alle attività della Conferenza Stato-Regioni;
- all'articolo 9, comma 1, dispone che questa Conferenza possa assumere proprie deliberazioni in relazione alle materie ed ai compiti di interesse comune alle regioni, alle province, ai comuni e alle comunità montane;

VISTO il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 1 aprile 2008, recante: " Modalità e criteri per il trasferimento al Servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature beni strumentali in materia di sanità penitenziaria", che, tra l'altro, prevede:

- all'Allegato A, concernente le linee di indirizzo per gli interventi del Servizio Sanitario Nazionale e tutela della salute dei detenuti e degli internati negli istituti penitenziari e dei minorenni sottoposti a provvedimenti penali, l'attivazione, ai fini del coordinamento nazionale, presso questa Conferenza, di un Tavolo di consultazione sulla sanità penitenziaria, costituito da rappresentanti delle Amministrazioni centrali interessate, delle Regioni e Province autonome e delle Autonomie locali, con l'obiettivo di garantire l'uniformità degli interventi e delle prestazioni sanitarie e trattamentali nell'intero territorio nazionale;
- all'art. 5, comma 2, l'istituzione, presso la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e Province autonome di Trento e di Bolzano, di un apposito Comitato paritetico interistituzionale per l'attuazione delle linee di indirizzo per gli interventi specifici negli OPG e nelle case di cura e custodia di cui all'Allegato C concernente le linee di indirizzo per gli interventi specifici negli ospedali psichiatrici giudiziari (OPG) e nelle case di cura e custodia;

CONSIDERATO che il predetto Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 1° aprile 2008 prevede, ai fini dell'attivazione del trasferimento al Servizio sanitario nazionale delle funzioni



*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA UNIFICATA

sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature afferenti la sanità penitenziaria, anche l'adozione dei seguenti atti da parte della Conferenza Stato-Regioni:

- approvazione di schemi tipo per la redazione di apposite convenzioni da stipulare tra il Ministero della giustizia e le Aziende sanitarie locali al fine di garantire la continuità dell'assistenza sanitaria di natura psicologica prestata ai detenuti e agli internati attraverso l'avvalimento della collaborazione degli esperti convenzionati con il predetto Ministero della giustizia ai sensi dell'art. 80 della legge 26 luglio 1975, n. 354 e dell'art. 8 del decreto legislativo del 28 luglio 1989, n. 272 (art. 3, comma 6, del D.P.C.M. 1° aprile 2008);
- approvazione di schemi tipo per la redazione di apposite convenzioni da stipularsi per l'utilizzo dei locali adibiti all'esercizio delle funzioni sanitarie di proprietà del Ministero della giustizia e concessi in uso a titolo gratuito alle Aziende sanitarie locali (art. 4, comma 2, del D.P.C.M. 1 aprile 2008);
- definizione dei criteri per la ripartizione tra le Regioni, in fase di prima applicazione, delle risorse finanziarie trasferite nelle disponibilità del Servizio sanitario nazionale ai fini dell'esercizio da parte di quest'ultimo delle funzioni sanitarie afferenti alla medicina penitenziaria (art. 6, comma 2, del D.P.C.M. 1° aprile 2008);
- definizione delle forme di collaborazione relative alle funzioni della sicurezza e regolamentazione dei rapporti di collaborazione tra l'ordinamento sanitario e l'ordinamento penitenziario, anche in materia di patologie da dipendenza (art. 7 del D.P.C.M. 1° aprile 2008);
- Accordo per la definizione della tipologia assistenziale e delle forme della sicurezza, degli standard di organizzazione e dei rapporti di collaborazione tra le Amministrazioni coinvolte negli interventi relativi al programma specifico da attuare per gli OPG (Allegato C al D.P.C.M. 1° aprile 2008).

VISTA la lettera in data 3 luglio 2008 con la quale la Regione Toscana, coordinatrice interregionale in sanità, ha chiesto la convocazione di un incontro tecnico di coordinamento per l'esame delle problematiche connesse, in particolare, con l'attivazione dei richiamati Tavoli interistituzionali di lavoro previsti dal D.P.C.M. 1° aprile 2008;

VISTA la lettera in data 23 luglio 2008, con la quale la predetta Regione, in vista dell'incontro tecnico convocato per il giorno 28 luglio 2008, ha inviato un documento concernente proposte operative per l'attivazione dei tavoli di lavoro previsti dal più volte citato D.P.C.M. 1° aprile 2008;

CONSIDERATO che, con la predetta lettera, le Regioni e Province autonome, per esigenze di maggiore uniformità e sistematicità degli interventi da porre in essere, che, integrando prestazioni sanitarie e prestazioni sociali, richiedono sinergia di azioni da parte dello Stato, delle Regioni e Province autonome e dei comuni, hanno, tra l'altro, proposto l'attivazione dei citati tavoli interistituzionali di lavoro nell'ambito di questa Conferenza anche con il compito di istruire i richiamati provvedimenti attuativi previsti del D.P.C.M. 1° aprile 2008 e di sottoporli all'esame di questa medesima Conferenza;

VISTA la bozza di delibera per l'attivazione dei predetti tavoli presso questa Conferenza concordata nel corso dell'incontro tecnico svoltosi il 28 luglio 2008;



*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*
CONFERENZA UNIFICATA

ACQUISITO, nel corso dell'odierna seduta, l'assenso del Governo, delle Regioni e delle Province autonome di Trento e di Bolzano, dell'ANCI, dell'UPI e dell'UNCEM sulla bozza di delibera concordata nel corso del predetto incontro tecnico;

DELIBERA

ai sensi degli articoli 7, comma 2 e 9, comma 1 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281 e in attuazione del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 1 aprile 2008 recante le "Modalità e i criteri per il trasferimento al Servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria":

Art. 1

(Tavolo di consultazione permanente sulla sanità penitenziaria)

1. E' costituito, nell'ambito di questa Conferenza, il tavolo di consultazione permanente di cui all'Allegato A al decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 1 aprile 2008 con l'obiettivo di garantire l'uniformità nell'intero territorio nazionale degli interventi e delle prestazioni sanitarie e trattamentali nei confronti dei detenuti, degli internati e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale;

2. Al tavolo di cui al comma 1 sono demandati i seguenti compiti:

- a) monitoraggio del livello di attuazione del D.P.C.M. 1° aprile 2008 anche con riferimento alle risorse necessarie;
- b) valutazione dell'efficacia e dell'efficienza degli interventi a tutela della salute dei detenuti, degli internati e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale anche utilizzando i dati del Sistema informativo nazionale sulla salute dei detenuti;
- c) predisposizione di indirizzi per favorire la realizzazione dei programmi di intervento nelle realtà territoriali;
- d) predisposizione di strumenti volti a favorire il coordinamento fra Regioni, Provveditorati regionali dell'Amministrazione penitenziaria e Centri della giustizia minorile.

3. Il predetto tavolo di consultazione viene altresì convocato per l'espletamento dell'attività istruttoria dei provvedimenti, da sottoporre all'esame di questa Conferenza, attuativi del citato D.P.C.M. 1° aprile 2008 e, in particolare, di quelli previsti dai richiamati articoli 3, comma 6, 4, comma 2, 6, comma 2 e 7 del medesimo D.P.C.M. 1° aprile 2008.

4. Il tavolo di consultazione permanente è composto:

- da 3 rappresentanti del Ministero della giustizia, da 2 rappresentanti del Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali, da 1 rappresentante del Ministero dell'economia e delle





*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*
CONFERENZA UNIFICATA

finanze e da 1 rappresentante del Dipartimento della pubblica amministrazione e dell'innovazione della Presidenza del Consiglio dei Ministri;

- da 5 rappresentanti delle Regioni e Province autonome;
- da 5 rappresentanti delle Autonomie locali;
- dal Segretario della Conferenza Unificata, o dirigente suo delegato, con funzioni di coordinamento.

5. Alle riunioni del Tavolo, in relazioni agli argomenti in discussione, possono essere invitati, di volta in volta, anche altri rappresentanti delle Regioni e degli Enti locali, nonché di Amministrazioni pubbliche.

Art. 2

(Comitato paritetico interistituzionale)

1. E' costituito, nell'ambito di questa Conferenza, il comitato paritetico interistituzionale previsto dall'articolo 5, comma 2, del D.P.C.M. 1° aprile 2008 per l'attuazione delle linee guida per gli interventi negli ospedali psichiatrici giudiziari (OPG) e nelle case di cura e custodia di cui all'Allegato C al medesimo D.P.C.M. 1° aprile 2008.

2. Al Comitato di cui al comma 1 sono demandati i seguenti compiti:

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

3. I documenti elaborati dal Comitato paritetico interistituzionale sono comunicati al Tavolo di consultazione permanente di cui all'articolo 1 anche ai fini del successivo esame da parte di questa Conferenza.

4. Il Comitato paritetico interistituzionale è composto:

- da 1 rappresentante per ciascuna delle seguenti Amministrazioni centrali: Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali, Ministero della giustizia, Ministero dell'economia e delle finanze, Dipartimento della pubblica amministrazione e dell'innovazione della Presidenza del Consiglio dei Ministri;
- da 1 rappresentante per ciascuna Regione sede di OPG (Lombardia, Emilia-Romagna, Toscana, Campania e Sicilia);
- da 5 rappresentanti delle Autonomie locali;
- dal Segretario della Conferenza Unificata, o dirigente suo delegato, con funzioni di coordinamento.



*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*
CONFERENZA UNIFICATA

Art. 3
(Partecipazione alle attività dei Tavoli tecnici)

1. La partecipazione alle attività del Tavolo di consultazione e del Comitato paritetico interistituzionale è prestata a titolo gratuito. Gli oneri di partecipazione dei componenti sono a carico delle Amministrazioni di appartenenza.

IL SEGRETARIO
Dott.ssa Ermenegilda Siniscalchi

IL PRESIDENTE
On.le Dott. Raffaele Fitto





*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA UNIFICATA

Servizio III^o: Sanità e politiche sociali

CONFERENZA UNIFICATA

Seduta del 31 luglio 2008

Elenco B - punto n. 2 dell'o.d.g.

Oggetto: Costituzione di tavoli tecnici di lavoro tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome e le Autonomie locali con funzioni istruttorie, di raccordo, di consultazione e concorso alle attività della Conferenza Unificata in materia di attuazione del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 1° aprile 2008 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". (Lavoro, salute e politiche sociali) **Codice sito 4.10/2008/94**

Delibera ai sensi degli articoli 7, comma 2 e 9, comma 1 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281.

Finalità: La bozza di delibera per la costituzione dei tavoli di lavoro indicati in oggetto, concordata nel corso della riunione tecnica svoltasi il 28 luglio u.s., dispone l'attivazione presso la Conferenza Unificata, prevedendone compiti e composizione, sia del Tavolo di consultazione permanente di cui all'Allegato A al D.P.C.M. 1° aprile 2008 ("Linee di indirizzo per gli interventi del Servizio sanitario nazionale e tutela della salute dei detenuti e degli internati negli istituti penitenziari e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale") sia del Comitato paritetico interistituzionale previsto dall'articolo 5, comma 2, del medesimo D.P.C.M. 1° aprile 2008 per l'attuazione delle linee guida per gli interventi negli ospedali psichiatrici giudiziari (OPG) e nelle case di cura e custodia.

Istruttoria: Con lettera in data 3 luglio 2008 la Regione Toscana, Coordinatrice interregionale in sanità, ha chiesto la convocazione di un incontro tecnico di coordinamento per l'esame delle problematiche connesse con l'attuazione del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 1° aprile 2008 ("Modalità e criteri per il trasferimento al Servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziaria e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria") e, in particolare, con l'attivazione dei Tavoli tecnici di lavoro previsti dal medesimo provvedimento.

Nel corso dell'incontro tecnico svoltosi il 28 luglio 2008 è stata concordata una bozza di delibera per l'attivazione dei predetti tavoli presso la Conferenza Unificata (Allegato A), atteso che gli interventi da porre in essere, in attuazione del citato D.P.C.M. 1° aprile 2008, integrando prestazioni sanitarie e prestazioni sociali, richiedono sinergia di azioni da parte dello Stato, delle Regioni e Province autonome e degli Enti locali.

Si sottopone all'esame della Conferenza Unificata per assumere la deliberazione ai sensi degli articoli 7, comma 2, e 9, comma 1 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281.

Il Segretario della Conferenza
Dott.ssa Ermenegilda Siniscalchi



*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA UNIFICATA

ALLEGATO A

BOZZA

Costituzione di tavoli tecnici di lavoro tra lo Stato, le Regioni e Province autonome e le Autonomie locali con funzioni istruttorie, di raccordo, di consultazione e concorso alle attività della Conferenza Unificata in materia di attuazione del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 1 aprile 2008 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."

Delibera ai sensi degli articoli 7, comma 2 e 9, comma 1 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281.

Repertorio atti n.....

LA CONFERENZA UNIFICATA

Nella odierna seduta del

VISTO il decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, il quale:

- all'articolo 7, comma 2, attribuisce alla Conferenza Stato-Regioni la facoltà di istituire gruppi di lavoro o comitati, con funzioni istruttorie, di raccordo, collaborazioni o concorso alle attività della Conferenza Stato-Regioni;
- all'articolo 9, comma 1, dispone che questa Conferenza possa assumere proprie deliberazioni in relazione alle materie ed ai compiti di interesse comune alle regioni, alle province, ai comuni e alle comunità montane;

VISTO il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 1 aprile 2008, recante: " Modalità e criteri per il trasferimento al Servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature beni strumentali in materia di sanità penitenziaria", che, tra l'altro, prevede:

- all'Allegato A, concernente le linee di indirizzo per gli interventi del Servizio Sanitario Nazionale e tutela della salute dei detenuti e degli internati negli istituti penitenziari e dei minorenni sottoposti a provvedimenti penali, l'attivazione, ai fini del coordinamento nazionale, presso questa Conferenza, di un Tavolo di consultazione sulla sanità penitenziaria, costituito da rappresentanti delle Amministrazioni centrali interessate, delle Regioni e Province autonome e delle Autonomie locali, con l'obiettivo di garantire l'uniformità degli interventi e delle prestazioni sanitarie e trattamentali nell'intero territorio nazionale;
- all'art. 5, comma 2, l'istituzione, presso la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e Province autonome di Trento e di Bolzano, di un apposito Comitato paritetico interistituzionale per l'attuazione delle linee di indirizzo per gli interventi specifici negli OPG e nelle case di cura e custodia di cui all'Allegato C concernente le linee di indirizzo per gli interventi specifici negli ospedali psichiatrici giudiziari (OPG) e nelle case di cura e custodia;



*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA UNIFICATA

CONSIDERATO che il predetto Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 1° aprile 2008 prevede, ai fini dell'attivazione del trasferimento al Servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature afferenti la sanità penitenziaria, anche l'adozione dei seguenti atti da parte della Conferenza Stato-Regioni:

- approvazione di schemi tipo per la redazione di apposite convenzioni da stipulare tra il Ministero della giustizia e le Aziende sanitarie locali al fine di garantire la continuità dell'assistenza sanitaria di natura psicologica prestata ai detenuti e agli internati attraverso l'avvalimento della collaborazione degli esperti convenzionati con il predetto Ministero della giustizia ai sensi dell'art. 80 della legge 26 luglio 1975, n. 354 e dell'art. 8 del decreto legislativo del 28 luglio 1989, n. 272 (art. 3, comma 6, del D.P.C.M. 1° aprile 2008);
- approvazione di schemi tipo per la redazione di apposite convenzioni da stipularsi per l'utilizzo dei locali adibiti all'esercizio delle funzioni sanitarie di proprietà del Ministero della giustizia e concessi in uso a titolo gratuito alle Aziende sanitarie locali (art. 4, comma 2, del D.P.C.M. 1° aprile 2008);
- definizione dei criteri per la ripartizione tra le Regioni, in fase di prima applicazione, delle risorse finanziarie trasferite nelle disponibilità del Servizio sanitario nazionale ai fini dell'esercizio da parte di quest'ultimo delle funzioni sanitarie afferenti alla medicina penitenziaria (art. 6, comma 2, del D.P.C.M. 1° aprile 2008);
- definizione delle forme di collaborazione relative alle funzioni della sicurezza e regolamentazione dei rapporti di collaborazione tra l'ordinamento sanitario e l'ordinamento penitenziario, anche in materia di patologie da dipendenza (art. 7 del D.P.C.M. 1° aprile 2008);
- Accordo per la definizione della tipologia assistenziale e delle forme della sicurezza, degli standard di organizzazione e dei rapporti di collaborazione tra le Amministrazioni coinvolte negli interventi relativi al programma specifico da attuare per gli OPG (Allegato C al D.P.C.M. 1° aprile 2008).

VISTA la lettera in data 3 luglio 2008 con la quale la Regione Toscana, coordinatrice interregionale in sanità, ha chiesto la convocazione di un incontro tecnico di coordinamento per l'esame delle problematiche connesse, in particolare, con l'attivazione dei richiamati Tavoli interistituzionali di lavoro previsti dal D.P.C.M. 1° aprile 2008;

VISTA la lettera in data 23 luglio 2008, con la quale la predetta Regione, in vista dell'incontro tecnico convocato per il giorno 28 luglio 2008, ha inviato un documento concernente proposte operative per l'attivazione dei tavoli di lavoro previsti dal più volte citato D.P.C.M. 1° aprile 2008;

CONSIDERATO che, con la predetta lettera, le Regioni e Province autonome, per esigenze di maggiore uniformità e sistematicità degli interventi da porre in essere, che, integrando prestazioni sanitarie e prestazioni sociali, richiedono sinergia di azioni da parte dello Stato, delle Regioni e Province autonome e dei comuni, hanno, tra l'altro, proposto l'attivazione dei citati tavoli interistituzionali di lavoro nell'ambito di questa Conferenza anche con il compito di istruire i richiamati provvedimenti attuativi previsti del D.P.C.M. 1° aprile 2008 e di sottoporli all'esame di questa medesima Conferenza;

VISTA la bozza di delibera per l'attivazione dei predetti tavoli presso questa Conferenza concordata nel corso dell'incontro tecnico svoltosi il 28 luglio 2008;



*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*
CONFERENZA UNIFICATA

DELIBERA

ai sensi degli articoli 7, comma 2 e 9, comma 1 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281 e in attuazione del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 1 aprile 2008 recante le "Modalità e i criteri per il trasferimento al Servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria":

Art. 1

(Tavolo di consultazione permanente sulla sanità penitenziaria)

1. E' costituito, nell'ambito di questa Conferenza, il tavolo di consultazione permanente di cui all'Allegato A al decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 1 aprile 2008 con l'obiettivo di garantire l'uniformità nell'intero territorio nazionale degli interventi e delle prestazioni sanitarie e trattamentali nei confronti dei detenuti, degli internati e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale;

2. Al tavolo di cui al comma 1 sono demandati i seguenti compiti:

- a) monitoraggio del livello di attuazione del D.P.C.M. 1° aprile 2008 anche con riferimento alle risorse necessarie;
- b) valutazione dell'efficacia e dell'efficienza degli interventi a tutela della salute dei detenuti, degli internati e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale anche utilizzando i dati del Sistema informativo nazionale sulla salute dei detenuti;
- c) predisposizione di indirizzi per favorire la realizzazione dei programmi di intervento nelle realtà territoriali;
- d) predisposizione di strumenti volti a favorire il coordinamento fra Regioni, Provveditorati regionali dell'Amministrazione penitenziaria e Centri della giustizia minorile.

3. Il predetto tavolo di consultazione viene altresì convocato per l'espletamento dell'attività istruttoria dei provvedimenti, da sottoporre all'esame di questa Conferenza, attuativi del citato D.P.C.M. 1° aprile 2008 e, in particolare, di quelli previsti dai richiamati articoli 3, comma 6, 4, comma 2, 6, comma 2 e 7 del medesimo D.P.C.M. 1° aprile 2008.

4. Il tavolo di consultazione permanente è composto:

- da 3 rappresentanti del Ministero della giustizia, da 2 rappresentanti del Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali, da 1 rappresentante del Ministero dell'economia e delle finanze e da 1 rappresentante del Dipartimento della pubblica amministrazione e dell'innovazione della Presidenza del Consiglio dei Ministri;
- da 5 rappresentanti delle Regioni e Province autonome;
- da 5 rappresentanti delle Autonomie locali;
- dal Segretario della Conferenza Unificata, o dirigente suo delegato, con funzioni di coordinamento.

5. Alle riunioni del Tavolo, in relazioni agli argomenti in discussione, possono essere invitati, di volta in volta, anche altri rappresentanti delle Regioni e degli Enti locali, nonché di Amministrazioni pubbliche.



*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA UNIFICATA

Art. 2

(Comitato paritetico interistituzionale)

1. E' costituito, nell'ambito di questa Conferenza, il comitato paritetico interistituzionale previsto dall'articolo 5, comma 2, del D.P.C.M. 1° aprile 2008 per l'attuazione delle linee guida per gli interventi negli ospedali psichiatrici giudiziari (OPG) e nelle case di cura e custodia di cui all'Allegato C al medesimo D.P.C.M. 1° aprile 2008.

2. Al Comitato di cui al comma 1 sono demandati i seguenti compiti:

a) predisposizione degli indirizzi sugli adempimenti di cui all'Allegato C al D.P.C.M. 1° aprile 2008 al fine di promuovere azioni omogenee sull'intero territorio nazionale;

b) predisposizione degli strumenti necessari per supportare il programma di superamento graduale degli OPG e favorire le forme di collaborazione tra il Ministero della giustizia e il Servizio sanitario nazionale a livello nazionale, regionale e locale.

3. I documenti elaborati dal Comitato paritetico interistituzionale sono comunicati al Tavolo di consultazione permanente di cui all'articolo 1 anche ai fini del successivo esame da parte di questa Conferenza.

4. Il Comitato paritetico interistituzionale è composto:

- da 1 rappresentante per ciascuna delle seguenti Amministrazioni centrali: Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali, Ministero della giustizia, Ministero dell'economia e delle finanze, Dipartimento della pubblica amministrazione e dell'innovazione della Presidenza del Consiglio dei Ministri;

- da 1 rappresentante per ciascuna Regione sede di OPG (Lombardia, Emilia-Romagna, Toscana, Campania e Sicilia);

- da 5 rappresentanti delle Autonomie locali;

- dal Segretario della Conferenza Unificata, o dirigente suo delegato, con funzioni di coordinamento.

Art. 3

(Partecipazione alle attività dei Tavoli tecnici)

1. La partecipazione alle attività del Tavolo di consultazione e del Comitato paritetico interistituzionale è prestata a titolo gratuito. Gli oneri di partecipazione dei componenti sono a carico delle Amministrazioni di appartenenza.

IL SEGRETARIO

IL PRESIDENTE

2.3 Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano e le Autonomie locali concernente la definizione delle forme di collaborazione relative alle funzioni della sicurezza ed i principi ed i criteri di collaborazione tra l'ordinamento sanitario e l'ordinamento penitenziario e della giustizia minorile in attuazione dell'articolo 7 del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 1° aprile 2008 recante: "Modalità e criteri per il trasferimento al Servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie, di rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria".

Rep. atti n. 102/CU del 20 novembre 2008



*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA UNIFICATA

Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano e le Autonomie locali concernente la definizione delle forme di collaborazione relative alle funzioni della sicurezza ed i principi ed i criteri di collaborazione tra l'ordinamento sanitario e l'ordinamento penitenziario e della giustizia minorile in attuazione dell'articolo 7 del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 1° aprile 2008 recante: "Modalità e criteri per il trasferimento al Servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie, di rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria".

Rep. n. *102/W* del *20 novembre 2008*

LA CONFERENZA UNIFICATA

Nell'odierna seduta del 20 novembre 2008:

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 7 del citato D.P.C.M. 1° aprile 2008, il quale prevede che, entro trenta giorni dall'entrata in vigore del decreto medesimo, sono definite le forme di collaborazione relative alle funzioni della sicurezza e sono regolati i rapporti di collaborazione tra l'ordinamento sanitario e l'ordinamento penitenziario;

VISTA la Deliberazione assunta da questa Conferenza nella seduta del 31 luglio 2008 (Rep. atti n. 81) concernente la costituzione di tavoli tecnici di lavoro tra lo Stato, le Regioni e Province autonome e le Autonomie locali con funzioni istruttorie, di raccordo, di consultazione e concorso alle attività di questa Conferenza in materia di attuazione del predetto Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 1° aprile 2008;



*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA UNIFICATA

VISTA la nota pervenuta in data 10 settembre 2008, con la quale la Regione Toscana, Coordinatrice interregionale in sanità, ha trasmesso la proposta indicata in oggetto ed ha evidenziato l'urgenza del suo esame ai fini del perfezionamento del relativo accordo presso questa Conferenza;

CONSIDERATO che nel corso dell'incontro tecnico svoltosi il giorno 16 settembre 2008 sono state concordate tra le Amministrazioni centrali interessate, le Regioni e Province autonome e le Autonomie locali talune modifiche da apportare all'anzidetta proposta di accordo;

VISTA la nota in data 6 ottobre 2008, con la quale il Ministero del Lavoro, Salute e Politiche Sociali ha trasmesso una nuova stesura dello schema di accordo in parola, la quale recepisce le modifiche concordate nel corso dell'anzidetta riunione tecnica;

VISTA la nota in data 18 ottobre 2008, con la quale il Ministero del Lavoro, Salute e Politiche Sociali ha inviato la definitiva versione della proposta di accordo in oggetto, che tiene conto di quanto rappresentato dal Dicastero dell'economia e delle finanze, con lettera in data 14 novembre 2008, circa la necessità che lo schema di accordo medesimo sia integrato con l'inserimento di una clausola di invarianza finanziaria;

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 nei termini di seguito riportati.

Il Ministero della giustizia, il Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, ciascuno nell'ambito delle proprie competenze e nel rispetto delle proprie autonomie e delle specifiche potestà organizzative e programmatiche, definite dalle norme in vigore, si impegnano, in base al principio della leale collaborazione interistituzionale, a garantire, tramite interventi, basati sulla qualità, sull'equità e sull'appropriatezza, la tutela della salute e il recupero sociale dei detenuti e degli internati adulti, e dei minori sottoposti a provvedimenti penali, in carico agli Istituti Penali per i Minorenni, ai Centri di Prima Accoglienza, alle Comunità ministeriali socio-educative e agli Uffici di Servizio Sociale per i Minorenni, tenendo conto della necessità di garantire in maniera omogenea interventi e prestazioni sanitarie, ai fini della tutela della salute psico-fisica dei detenuti, degli internati e dei minori sottoposti a provvedimento penale nell'intero territorio nazionale ed in grado di collocarsi in maniera armonica nel contesto dell'attuale organizzazione.





*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA UNIFICATA

Al fine di definire le forme di collaborazione relative alle funzioni di sicurezza e i principi e i criteri di collaborazione tra l'ordinamento sanitario e l'ordinamento penitenziario e della giustizia minorile per garantire la tutela della salute e il recupero sociale dei detenuti e degli internati adulti, e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale, sia in area penale interna che esterna, nonché le esigenze di sicurezza all'interno degli Istituti penitenziari per adulti e degli Istituti per minori (Istituti Penali, Centri di Prima Accoglienza e Comunità), il Ministero della giustizia, il Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano convergono quanto segue.

Strumenti di collaborazione interistituzionale. Collegamento tra le funzioni riguardanti la salute e le funzioni di sicurezza e trattamento.

Gli strumenti per definire le forme di collaborazione tra ordinamento sanitario e ordinamento penitenziario e della giustizia minorile sono costituiti da accordi e protocolli di intesa, sottoscritti a livello regionale (tra Regione, Provveditorato regionale dell'Amministrazione Penitenziaria e Centro di Giustizia Minorile) e territoriale (tra azienda sanitaria, singolo istituto e servizi minorili. Altri strumenti, a livello territoriale, sono i piani di zona e gli accordi di programma, mirati a definire interventi specifici e particolari che necessitano del coinvolgimento anche di altri soggetti (enti locali, cooperative sociali, associazioni di volontariato, ecc.).

Nella definizione di ogni forma di collaborazione si dovrà tener conto dei principi di seguito indicati:

- a) la tutela della salute dei detenuti e degli internati avviene all'interno delle strutture penitenziarie; le prestazioni sanitarie possono essere effettuate in strutture sanitarie esterne, nel rispetto di quanto previsto dall'art. 11 della legge n. 354/1975 e dall'art. 17 del D.P.R. 230/2000;
- b) i presidi sanitari realizzati nelle strutture penitenziarie devono rispondere alle esigenze di salute della popolazione detenuta presente; l'organizzazione dei servizi sanitari e delle relative strutture deve tenere presenti le esigenze di sicurezza legate alle diverse tipologie detentive;
- c) il personale sanitario, ferma restando la propria autonomia professionale, è tenuto all'osservanza dell'ordinamento penitenziario, del relativo regolamento di esecuzione, del processo minorile, delle altre norme vigenti sulla materia nonché delle disposizioni impartite dall'Amministrazione Penitenziaria, dalla Giustizia Minorile e dal Direttore dell'istituto in materia di sicurezza (art. 4, comma 3 d.lgs. 230/1999);
- d) il Direttore penitenziario e i Direttori dei Servizi minorili curano l'organizzazione ed il controllo dello svolgimento delle funzioni proprie dell'istituto e dei servizi minorili, e coordinano le interazioni tra le attività complessive, comprese quelle che coinvolgono operatori non appartenenti all'amministrazione penitenziaria e minorile i quali, peraltro, svolgono i compiti loro affidati con l'autonomia professionale di competenza (art. 3 D.P.R. 230/2000);
- e) il diario clinico cartaceo e la cartella clinica possibilmente informatizzata e adottata nell'intero territorio nazionale e di competenza del Servizio Sanitario, costituiscono lo strumento per la





*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA UNIFICATA

raccolta e la gestione dei dati sanitari e la loro consultazione è tutelata dalla vigente normativa sulla privacy. L'Amministrazione Penitenziaria e la Giustizia Minorile accedono, secondo modalità concordate, ai dati sensibili sanitari relativi ai detenuti e agli internati, per lo svolgimento dei propri compiti istituzionali;

- f) i Centri clinici presso gli Istituti penitenziari, di competenza del Servizio Sanitario, rispondono anche ad esigenze nazionali di sicurezza; pertanto, la loro ridefinizione contestuale, la loro dislocazione ed il loro utilizzo dovranno essere oggetto di un piano complessivo approvato dalla Conferenza Unificata;
- g) l'Amministrazione Penitenziaria e la Giustizia Minorile, in sede nazionale e regionale necessitano della conoscenza costante e aggiornata dei modelli organizzativi realizzati negli istituti penitenziari e dei servizi minorili del territorio e della corrispondente rete ospedaliera dedicata al ricovero nei luoghi esterni di cura dei detenuti e dei minori sottoposti a provvedimenti penali;
- h) le Direzioni Generali delle Aziende Sanitarie, sentite le Direzioni penitenziarie e minorili, attivano l'organizzazione sanitaria più appropriata per l'istituto penitenziario e per i Servizi minorili, avendo come riferimento le indicazioni fornite in materia sanitaria dalla programmazione regionale.
- i) negli Istituti Penitenziari, negli Ospedali Psichiatrici Giudiziari, negli Istituti di Pena per Minori e nei Centri di Prima Accoglienza, nelle Comunità e nei Centri Clinici devono essere garantite, compatibilmente con le misure di sicurezza, condizioni ambientali e di vita rispondenti agli standard igienico-sanitari di legge e comunque nel rispetto della dignità della persona.

Con riferimento ai principi sopra esposti, di seguito si elencano le principali aree di collaborazione rispetto alle quali i responsabili del sistema sanitario e i responsabili dell'Amministrazione Penitenziaria e della Giustizia Minorile, a livello regionale e territoriale, devono assumere un impegno formale:

1. l'individuazione degli ambienti idonei da dedicare alle attività sanitarie;
2. il supporto necessario a garantire il corretto svolgimento delle attività e la continuità dei percorsi sanitari, nel rispetto dell'interazione reciproca e delle rispettive competenze;
3. il rispetto dell'autonomia professionale degli operatori sanitari, unitamente al rispetto delle regole dell'ordinamento penitenziario e delle disposizioni previste dal processo penale minorile, con specifico riferimento al regime autorizzatorio e alle modalità di accesso negli Istituti di pena e dei Servizi minorili del personale appartenente al servizio sanitario nazionale;
4. la condivisione di dati sanitari, quando necessaria per consentire l'adozione di misure appropriate per la collocazione e il trattamento dei soggetti, soprattutto riguardo ai nuovi giunti, con particolari problematiche sanitarie (disabilità, malattie infettive, tossicodipendenza, disturbi mentali e rischio suicidario, ecc.);
5. il trasferimento di informazioni di dati giudiziari al personale sanitario, quando necessario per una migliore gestione anche sanitaria delle persone detenute e internate, e dei minori sottoposti a provvedimenti penali;
6. la collaborazione fra il personale sanitario e il personale penitenziario degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari per l'attuazione dei progetti terapeutico-riabilitativi individualizzati in favore dei soggetti ricoverati negli stessi OPG, secondo modalità concordate in sede di Conferenza Unificata;



*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA UNIFICATA

7. la continuità dei percorsi di cura, garantendo tale continuità dal momento dell'ingresso negli Istituti di Pena e nei Servizi Minorili, e nel caso di eventuali spostamenti in altri Istituti, anche di altre Regioni; sia dettati da specifici motivi di salute, sia per provvedimenti dell'Autorità Giudiziaria;
8. l'individuazione di sezioni o reparti a custodia attenuata, per i trattamenti terapeutico-riabilitativi dei soggetti tossicodipendenti ed i soggetti con disturbi mentali;
9. l'esecuzione degli inserimenti in Comunità Terapeutica disposti dall'Autorità Giudiziaria, riguardanti i minori sottoposti a provvedimento penale. Le Regioni, ferma restando la titolarità degli oneri relativi, forniscono l'elenco delle Comunità presenti sul proprio territorio ai Centri di Giustizia Minorile che provvedono all'esecuzione del provvedimento con invio alla struttura terapeutica individuata di concerto a seguito di valutazione diagnostica;
10. l'attuazione di specifici programmi a carattere preventivo (quali ad es. la riduzione del rischio suicidario e di programmi congiunti orientati alla risocializzazione, anche con il coinvolgimento delle associazioni del terzo settore);
11. l'attuazione di programmi di miglioramento continuo della qualità dei processi di cura e di trattamento, con particolare riguardo ai percorsi individualizzati socio-psico-terapeutico-riabilitativi dei minori sottoposti a provvedimento penale;
12. l'attuazione di programmi di formazione indirizzati anche a personale non sanitario.

Monitoraggio e valutazione degli interventi attuativi

Tutti gli accordi e le iniziative, elaborate ai sensi del presente Accordo, mirati all'attuazione di quanto previsto dalle Linee di Indirizzo, citate in premessa, di cui agli Allegati A e C, parte integrante del DPCM 1 aprile 2008, sono sottoposti al monitoraggio e alla valutazione dagli organismi di coordinamento individuati nelle medesime linee di indirizzo, come di seguito descritti. A livello nazionale operano gli organismi previsti dal decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 1° aprile 2008.

A livello di ciascuna Regione, la valutazione dell'efficienza e dell'efficacia degli interventi sanitari, sia sotto il profilo della qualità organizzativa che della qualità di processo, è affidata a un Osservatorio permanente sulla sanità penitenziaria, con rappresentanti della Regione, dell'Amministrazione Penitenziaria e della Giustizia Minorile, competenti territorialmente.

Tali organismi, ciascuno nell'ambito delle rispettive competenze, sulla base delle eventuali criticità rilevate, anche attraverso la valutazione dei dati dei Sistemi informativi operanti, provvedono a proporre le azioni e gli strumenti correttivi più appropriati, ivi compresi progetti di ricerca e sperimentazione mirati al miglioramento dell'efficacia degli interventi sanitari e dei programmi di recupero sociale dei detenuti e degli internati adulti, e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale.

In considerazione della complessità della materia e della diversificazione degli assetti sanitari regionali, il tavolo di consultazione permanente nazionale provvede, entro sei mesi dall'approvazione del presente Accordo, a monitorarne l'applicazione, verificarne i risultati, evidenziarne le eventuali criticità e proporre i necessari correttivi per assicurare un'efficace



*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA UNIFICATA

collaborazione fra Servizio Sanitario Nazionale, Amministrazione Penitenziaria e della Giustizia Minorile su tutto il territorio nazionale.

Le forme di collaborazione interistituzionale previste dal presente accordo devono trovare per le Regioni a Statuto Speciale e per le Province Autonome applicazione nel rispetto degli ordinamenti statutari e dell'attuale assetto delle competenze in materia di tutela della salute e politiche sociali delle Autonomia Speciali.

Le predette forme di collaborazione vengono attivate nel limite delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente e comunque senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.

IL SEGRETARIO
Dott.ssa Ermenegilda Siniscalchi

IL PRESIDENTE
On. Dott. Raffaele Fitto



*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*
CONFERENZA UNIFICATA

Servizio III°: Sanità e politiche sociali

CONFERENZA UNIFICATA
Seduta del 20 novembre 2008
Elenco B - punto n. 3 dell'o.d.g.

Oggetto: Proposta di accordo concernente la definizione delle forme di collaborazione relative alle funzioni della sicurezza ed i principi ed i criteri di collaborazione tra l'ordinamento sanitario e l'ordinamento penitenziario e della giustizia minorile in attuazione dell'articolo 7 del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 1° aprile 2008 recante: "Modalità e criteri per il trasferimento al Servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie, di rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria". (Lavoro, salute e politiche sociali) **Codice sito 4.10/2008/117**

Accordo in attuazione dell'articolo 7 del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 1° aprile 2008.

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

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

L'articolo 7 del D.P.C.M. 1° aprile 2008 ("Modalità e criteri per il trasferimento al Servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie, di rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria"), emanato in attuazione del menzionato articolo 2, comma 283, della Legge n. 244/2007, prevede che, entro trenta giorni dall'entrata in vigore del decreto medesimo, sono definite le forme di collaborazione relative alle funzioni della sicurezza e sono regolati i rapporti di collaborazione tra l'ordinamento sanitario e l'ordinamento penitenziario.

La proposta di accordo in oggetto, elaborata in attuazione del predetto articolo 7, è finalizzata a definire le forme di collaborazione relative alle funzioni di sicurezza e i principi e i criteri di collaborazione tra l'ordinamento sanitario e l'ordinamento penitenziario e della giustizia minorile, al fine di garantire la tutela della salute e il recupero sociale dei detenuti e degli internati adulti e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale, nonché le esigenze di sicurezza all'interno degli Istituti penitenziari per adulti e degli Istituti per minori.

Le principali aree di collaborazione, a livello regionale e territoriale, tra i responsabili del sistema sanitario e i responsabili dell'Amministrazione Penitenziaria e della Giustizia Minorile sono:

1. l'individuazione degli ambienti idonei da dedicare alle attività sanitarie;
2. il supporto necessario a garantire il corretto svolgimento delle attività e la continuità dei



*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA UNIFICATA

- percorsi sanitari, nel rispetto dell'interazione reciproca e delle rispettive competenze;
3. il rispetto dell'autonomia professionale degli operatori sanitari, unitamente al rispetto delle regole dell'ordinamento penitenziario e delle disposizioni previste dal processo penale minorile, con specifico riferimento al regime autorizzatorio e alle modalità di accesso negli Istituti di pena e dei Servizi minorili del personale appartenente al servizio sanitario nazionale;
 4. la condivisione di dati sanitari, quando necessaria per consentire l'adozione di misure appropriate per la collocazione e il trattamento dei soggetti, soprattutto riguardo ai nuovi giunti, con particolari problematiche sanitarie (disabilità, malattie infettive, tossicodipendenza, disturbi mentali e rischio suicidario, ecc.);
 5. il trasferimento di informazioni di dati giudiziari al personale sanitario, quando necessario per una migliore gestione anche sanitaria delle persone detenute e internate, e dei minori sottoposti a provvedimenti penali;
 6. la collaborazione fra il personale sanitario e il personale penitenziario degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari per l'attuazione dei progetti terapeutico-riabilitativi individualizzati in favore dei soggetti ricoverati negli stessi OPG, secondo modalità concordate in sede di Conferenza Unificata;
 7. la continuità dei percorsi di cura, garantendo tale continuità dal momento dell'ingresso negli Istituti di Pena e nei Servizi Minorili, e nel caso di eventuali spostamenti in altri Istituti, anche di altre Regioni, sia dettati da specifici motivi di salute, sia per provvedimenti dell'Autorità Giudiziaria;
 8. l'individuazione di sezioni o reparti a custodia attenuata, per i trattamenti terapeutico-riabilitativi dei soggetti tossicodipendenti ed i soggetti con disturbi mentali;
 9. l'esecuzione degli inserimenti in Comunità Terapeutica disposti dall'Autorità Giudiziaria, riguardanti i minori sottoposti a provvedimento penale. Le Regioni, ferma restando la titolarità degli oneri relativi, forniscono l'elenco delle Comunità presenti sul proprio territorio ai Centri di Giustizia Minorile che provvedono all'esecuzione del provvedimento con invio alla struttura terapeutica individuata di concerto a seguito di valutazione diagnostica;
 10. l'attuazione di specifici programmi a carattere preventivo (quali ad es. la riduzione del rischio suicidario e di programmi congiunti orientati alla risocializzazione, anche con il coinvolgimento delle associazioni del terzo settore);
 11. l'attuazione di programmi di miglioramento continuo della qualità dei processi di cura e di trattamento, con particolare riguardo ai percorsi individualizzati socio-psico-terapeutico-riabilitativi dei minori sottoposti a provvedimento penale;
 12. l'attuazione di programmi di formazione indirizzati anche a personale non sanitario.

Tutte le iniziative assunte saranno sottoposte al monitoraggio e alla valutazione degli organismi di coordinamento individuati dal menzionato D.P.C.M. 1° aprile 2008.

Istruttoria: L'articolo 7 del D.P.C.M. 1° aprile 2008 ("Modalità e criteri per il trasferimento al Servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie, di rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria") prevede che, entro trenta giorni dall'entrata in vigore del decreto medesimo, sono definite, in sede di Conferenza Stato-Regioni, le forme di collaborazione relative alle funzioni della sicurezza e sono regolati i rapporti di collaborazione tra l'ordinamento sanitario e l'ordinamento penitenziario.

La Conferenza Unificata, nella seduta del 31 luglio 2008, ha deliberato (Rep. Atti n. 81/CU) la costituzione del "Tavolo di consultazione permanente sulla sanità penitenziaria", di cui all'Allegato A del predetto D.P.C.M. 1° aprile 2008, tra i cui compiti è previsto anche l'espletamento dell'attività



*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA UNIFICATA

istruttoria dei provvedimenti, da sottoporre all'esame della Conferenza medesima, attuativi del più volte citato D.P.C.M. 1° aprile 2008 ivi compreso quello previsto dal richiamato articolo 7.

Al fine di dare avvio ai lavori del Tavolo tecnico in parola, la Segreteria della Conferenza, con lettera in data 5 settembre 2008, ha chiesto alle Amministrazioni interessate di voler comunicare le designazioni dei propri rappresentanti.

Con nota qui pervenuta in data 10 settembre 2008, la Regione Toscana, Coordinatrice interregionale in sanità, ha trasmesso la proposta indicata in oggetto ed ha evidenziato l'urgenza del suo esame ai fini del prescritto accordo in Conferenza Unificata.

Tenuto conto dell'urgenza segnalata dalle Regioni e Province autonome, la Segreteria della Conferenza ha convocato, per l'esame dello schema di accordo in parola, un apposito incontro tecnico il giorno 16 settembre 2008. Nel corso della citata riunione, sono state concordate tra i Ministeri interessati e le Regioni talune modifiche da apportare all'anzidetta proposta di accordo. A seguito della riunione tecnica, il Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali, con nota in data 8 ottobre 2008, ha trasmesso una nuova stesura dello schema di accordo che tiene conto di quanto emerso nel corso della riunione. Su quest'ultima versione della proposta di accordo, la Segreteria ha acquisito gli assensi tecnici delle Regioni, dell'ANCI, del Ministero della giustizia e del Dipartimento per la pubblica amministrazione e l'innovazione. Il Ministero dell'economia e finanze, con nota pervenuta in data 14 novembre, ha rappresentato la necessità che lo schema di accordo sia integrato con l'inserimento di una clausola di invarianza finanziaria.

Con nota in data 18 novembre u.s., il Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali ha inviato la versione definitiva dello schema in oggetto, che tiene conto di quanto come sopra indicato dal predetto Dicastero dell'economia e delle finanze.

Si sottopone all'esame della Conferenza Unificata ai fini del perfezionamento dell'accordo, in attuazione dell'articolo 7 del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 1° aprile 2008.

Il Segretario
Dott.ssa Ermenegilda Siniscalchi



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

Rep. atti n. 109/CU del 18 dicembre 2008



*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*
CONFERENZA UNIFICATA

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

Rep. Atti n. *A. 9* ... del *18 dicembre 2008*

LA CONFERENZA UNIFICATA

Nella odierna seduta del 18 dicembre 2008:

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

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

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

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

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





*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA UNIFICATA

euro per l'anno 2008, in 162,8 milioni di euro per l'anno 2009 e in 167,8 milioni di euro a decorrere dall'anno 2010;

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

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

VISTA la nota in data 9 dicembre 2008, con la quale il Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali ha trasmesso la proposta indicata in oggetto ed ha sottolineato l'urgenza del suo esame ai fini della prescritta intesa in Conferenza Unificata;

RILEVATO che, nelle more dell'attivazione del menzionato Tavolo e in considerazione dell'urgenza come sopra segnalata dal Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali, è stato convocato, per l'esame della proposta di deliberazione CIPE in oggetto, un apposito incontro tecnico;

CONSIDERATO che, nel corso dell'anzidetta riunione svoltasi il giorno 17 dicembre 2008, i rappresentanti delle Regioni e delle Province autonome ed il rappresentante dell'ANCI hanno espresso assenso tecnico sulla proposta di deliberazione CIPE in parola;

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

SANCISCE INTESA

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

IL SEGRETARIO
Dr.ssa Ermenegilda Siniscalchi



IL PRESIDENTE
On.le Dott. Raffaele Fitto



*Ministero del Lavoro, della Salute
e delle Politiche Sociali*

Dipartimento della Qualità

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

Proposta di deliberazione per il CIPE

Oggetto: Fondo Sanitario Nazionale 2008: ripartizione della quota destinata al finanziamento della sanità penitenziaria. Richiesta di intesa alla Conferenza Stato-Regioni.

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

Con la presente proposta si provvedono a ripartire i predetti 157,8 milioni di euro da trasferire nelle disponibilità del Servizio sanitario nazionale sul capitolo di spesa del Fondo sanitario nazionale per il finanziamento delle spese che le Aziende sanitarie locali devono sostenere per effetto del sopradescritto trasferimento di funzioni. Tale riparto fra le regioni tiene conto, ai fini della determinazione dell'effettivo trasferimento di risorse per l'anno 2008, del fatto che, ai sensi dell'articolo 6, comma 3, del DPCM 1° aprile 2008, nelle more del trasferimento alle aziende sanitarie locali, per il tramite delle regioni, delle risorse finanziarie e comunque non oltre il 30 settembre 2008, il Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria e il Dipartimento della giustizia minorile del Ministero della giustizia continuano a svolgere le funzioni di uffici erogatori dei trattamenti economici in godimento per il personale trasferito, salvo gli eventuali conguagli di competenza delle Aziende sanitarie locali del Servizio sanitario nazionale.

Il suddetto importo di 157,8 milioni di euro è al lordo dell'accantonamento operato ai sensi dell'art. 1, comma 507, della legge 27 dicembre 2006, n. 296 così come stabilito dall'articolo 6, comma 1 del DPCM del 1° aprile 2008 ed è costituito per :

- a) 147,8 mln di euro dalle somme iscritte nel capitolo dello stato di previsione della spesa del Ministero della Giustizia;
- b) 10 mln di euro dalle somme iscritte nel capitolo dello stato di previsione della spesa del Ministero della Salute.



Il criterio di riparto della somma complessiva stanziata per l'anno 2008 è agganciato alla spesa storica 2006, come quantificata dal Ministero della Giustizia. A tal proposito si fa presente quanto segue:

- 1) le somme a valere sul capitolo del Ministero della Giustizia, pari ai predetti 147,8 mln di euro, sono state ripartite:
 - in proporzione alla spesa storica, per un corrispondente importo di 144,283 mln di euro, e fanno riferimento alle seguenti voci:
 - a) spese del personale a tempo indeterminato¹
 - b) funzionamento²
 - c) personale incaricato (ex L.740/70)
 - d) personale convenzionato
 - e) rimborso alle comunità terapeutiche
 - f) servizi minorili
 - g) OPG (compreso il presidio di Castiglione delle Stiviere)
 - h) centri clinici
 - su tutte le predette voci a), b), c), d), e), f), g) e h) in proporzione al peso percentuale di ciascuna di esse sul totale della spesa, per la residua quota pari a euro 3,517 mln (quale differenza tra 147,8 e 144,283)

- 2) le somme a valere sullo stanziamento del capitolo del Ministero della Salute pari a 10,00 mln di euro sono state ripartite fra le regioni in proporzione al numero di personale dipendente a tempo indeterminato, per far fronte ai maggiori oneri (comprensivi sia degli incrementi contrattuali del I biennio economico 2006-2007 che degli oneri riflessi) che le Aziende sanitarie locali del Servizio sanitario nazionale dovranno sostenere per effetto dell'inquadramento nei propri ruoli di complessivi 524 unità di personale a tempo indeterminato (di cui 480 dipendenti del Dipartimento dell'Amministrazione penitenziaria e 44 di quello della Giustizia minorile), quantificati su base annuasecondo i criteri desumibili dalla relazione tecnica al DPCM Relativamente a tale ultimo punto, si è provveduto a stimare l'effettivo onere che le Aziende sanitarie locali del Servizio sanitario nazionale dovranno sostenere nel 2008 per l'inquadramento del predetto personale, considerato quanto segue:
 - il combinato disposto degli articoli 3, commi 1 e 2 e 6, comma 3 del DPCM del 1° aprile 2008 (pubblicato nella Gazzetta Ufficiale del 30 maggio 2008, n. 126), stabilisce che il trasferimento del personale dipendente di ruolo, in servizio alla data del 15 marzo 2008 nell'ambito del Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria e del Dipartimento della giustizia minorile del Ministero della giustizia, alle Aziende sanitarie locali del Servizio sanitario nazionale avviene a decorrere dal 15° giorno successivo alla pubblicazione nella Gazzetta Ufficiale del citato DPCM (a decorrere dal 15 giugno 2008);
 - all'atto del trasferimento si applicano al predetto personale gli istituti giuridici ed economici previsti dalla contrattazione collettiva del personale dei ruoli del Servizio sanitario nazionale;
 - l'articolo 8 del citato DPCM stabilisce altresì che il trasferimento delle funzioni dell'Amministrazione penitenziaria e della Giustizia minorile alle Province Autonome di Trento e Bolzano ed alle Regioni a statuto speciale avverrà solo di seguito all'emanazione delle norme di attuazione secondo i loro rispettivi statuti e che, pertanto, l'onere del personale dipendente di tali regioni e province autonome resta a carico del Ministero della Giustizia.

^{1, 2} Le spese del personale a t.i. e di funzionamento pari rispettivamente a 19,877 e 12,939 mln di euro comprendono anche le spese degli OPG (tranne Castiglione delle Stiviere) e dei Centri Clinici.



Si è inoltre ritenuto necessario accantonare una quota parte (0,333 mln di euro) delle risorse destinate a finanziare i maggiori oneri del personale delle regioni a statuto speciale, valutata nell'ipotesi che le RSS e le province autonome adottino i regolamenti di attuazione dal 1° ottobre 2008.

Da quanto sopra discende che i maggiori oneri imputabili alle Aziende sanitarie locali di tutte le Regioni possono essere quantificati, per il 2008, in 3,118 mln di euro.

Con riferimento alla quota di euro 6,882 mln (quale differenza tra 10,00 e 3,118), si è provveduto alla destinazione:

- per 3/4 (75%) in favore degli OPG delle Regioni Campania, Emilia e Toscana, in proporzione al costo pro-capite finora sostenuto da ciascuno di essi per il funzionamento e per la corresponsione degli emolumenti al personale convenzionato rispetto ai detenuti internati e presenti al 31.07.2006 (per il presidio di Castiglione delle Stiviere si è provveduto a riconoscere l'importo dell'attuale convenzione in essere con il Ministero della Giustizia che remunera sia le spese di carattere residenziale che quelle proprie di carattere assistenziale);
- per il restante ¼ (25%) in favore dei centri clinici, per i quali è stata rapportata la quota da attribuire per i 2/3 in proporzione ai ricoveri 2007 e per 1/3 in proporzione alle spese di chirurgia. La scelta di valorizzare la quota da attribuire alle regioni che ospitano nel proprio territorio gli Ospedali psichiatrici giudiziari gestiti direttamente dall'Amministrazione penitenziaria ed i centri clinici penitenziari è riconducibile:
 - per gli OPG e case di cura e custodia (allegato C al DPCM 1^ aprile 2008) alla necessità di avviare un programma specifico di riorganizzazione dei servizi e di azioni per la tutela della salute mentale che richiede un significativo investimento di risorse professionali e finanziarie;
 - per i centri clinici alla necessità di rispondere alle specifiche esigenze di sicurezza che si impongono nei confronti di alcune categorie di detenuti (fra i quali quelli soggetti sottoposti al regime penitenziario di cui all'art. 41bis del Codice Penale in quanto esponenti della criminalità organizzata di stampo mafioso), collaboratori di giustizia ed altri ristretti a regime di elevato indice di vigilanza.

Con la presente proposta si è provveduto, infine, ad effettuare un riparto delle somme secondo il cosiddetto "criterio di cassa", al fine di quantificare l'importo da erogare alle regioni a statuto ordinario a decorrere dal 30 settembre 2008, considerato che, fino a quando non vengono trasferite alle Aziende sanitarie locali, per il tramite delle regioni, le risorse finanziarie a titolo di FSN e comunque fino al predetto termine il Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria e il Dipartimento della giustizia minorile del Ministero della giustizia continuano a svolgere le funzioni di uffici erogatori dei trattamenti economici in godimento per il personale trasferito, salvo gli eventuali conguagli di competenza delle Aziende sanitarie locali del Servizio sanitario nazionale, secondo quanto previsto dal combinato disposto di cui all'articolo 6, commi 1 e 3 del citato DPCM.

Per le regioni a statuto speciale e le province autonome si è provveduto ad accantonare la somma di 0,333 mln di euro (vedi colonna albis del riparto di cassa spettanti alle medesime qualora venissero adottati i regolamenti di attuazione dal 1° ottobre 2008).

Si allega la tabella di riparto.

Roma,

Il Ministro




segue RIPARTO DELLE RISORSE FINANZIARIE PER LA MEDICINA PENITENZIARIA

ANNO 2008

COMPETENZA TEORICA DAL 1° GENNAIO 2008

Regione	COMUNITA' PER MINORI			COMUNITA' PER ADULTI			GIUSTIZIA MINORILE			O P G			CENTRI CLINICI		
	Spesa storica sostenuta dal Ministero della Giustizia	INTEGRAZIONE a valore sui residui dei capitoli GIUSTIZIA (3,5 mil ca)	INTEGRAZIONE a valore sui capitoli SALUTE (10 mil)	Spesa storica sostenuta dal Ministero della Giustizia	INTEGRAZIONE a valore sui residui dei capitoli GIUSTIZIA (3,5 mil ca)	INTEGRAZIONE a valore sui capitoli SALUTE (10 mil)	Spese aggiuntive rispetto a quelle già contabilizzate nelle voci personale e funzionamento	INTEGRAZIONE a valore sui residui dei capitoli GIUSTIZIA (3,5 mil ca)	INTEGRAZIONE a valore sui capitoli SALUTE (10 mil)	Spese ricomprese in quelle già contabilizzate nelle voci personale e funzionamento (tranne Castiglione)	INTEGRAZIONE a valore sui residui dei capitoli GIUSTIZIA (3,5 mil ca)	INTEGRAZIONE a valore sui capitoli SALUTE (10 mil)	Spese già contabilizzate nelle voci personale e funzionamento	INTEGRAZIONE a valore sui residui dei capitoli GIUSTIZIA (3,5 mil ca)	INTEGRAZIONE a valore sui capitoli SALUTE (10 mil)
	2006	2008		2006	2008		2006	2008		2006	2008		2006	2008	
	E euro	e euro	e1 euro	F euro	f euro	f1 euro	G euro	g euro	g1 euro	H euro	h euro	h1 euro	I euro	I euro	I1 euro
ABRUZZO	73.900	1.801	-	181.288	4.419	-	11.479	280	-	-	-	-	-	-	-
BASILICATA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
CALABRIA	6.100	149	-	320.541	7.813	-	50.488	1.230	-	-	-	-	-	-	-
CAMPANIA	225.600	5.499	-	57.067	1.391	-	138.798	3.363	-	-	878.221	-	-	-	136.259
EMILIA R	110.800	2.596	-	502.192	12.240	-	74.265	1.810	-	-	1.751.033	-	-	-	29.198
FRILUI V G	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
LAZIO	125.000	3.047	-	127.007	3.096	-	51.640	1.289	-	-	-	-	-	-	873.794
LIGURIA	258.700	6.306	-	-	-	-	2.283	56	-	-	-	-	-	-	-
LOMBARDIA	672.800	16.400	-	258.473	6.325	-	88.946	2.412	-	12.871.032	313.732	-	-	-	134.781
MARCHE	-	-	-	47.522	1.158	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
MOLISE	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
PIEMONTE	178.400	4.349	-	-	-	-	64.154	1.564	-	-	-	-	-	-	-
PUGLIA	38.500	963	-	520.100	12.677	-	46.303	1.129	-	-	-	-	-	-	-
SARDEGNA	89.400	2.179	-	14.820	361	-	36.951	901	-	-	-	-	-	-	-
SICILIA	-	-	-	287.456	6.519	-	121.856	2.970	-	-	1.233.480	-	-	-	-
TOSCANA	19.700	480	-	109.278	2.684	-	19.394	473	-	-	1.698.678	-	-	-	546.442
TRENTO	8.000	195	-	6.473	158	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
BOLZANO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
UMBRIA	-	-	-	113.875	2.776	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
VENETO	192.300	4.687	-	25.583	623	-	28.471	694	-	-	-	-	-	-	-
V D'AOSTA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTALI	2.000.000	48.750	-	2.562.608	62.220	-	744.990	18.159	-	12.871.032	313.732	5.161.362	-	-	1.720.454
			2.048.760			2.614.828		783.149				18.346.126			1.720.454



segue RIPARTO DELLE RISORSE
FINANZIARIE PER LA MEDICINA
PENITENZIARIA
ANNO 2008
COMPETENZA TEORICA DAL 1° GENNAIO
2008

Regione	TOTALI			TOTALE COMPETENZA TEORICA PER L'INTERO ANNO 2008
	Spesa storica sostenuta dal Ministero della Giustizia	INTEGRAZIONE a valere sui residui dei capitoli GIUSTIZIA (3,5 mil ca)	INTEGRAZIONE a valere sui capitoli SALUTE (10 mil)	
	2006	2008		
	X = A+B+C+...	Y = a+b+c+...	W = s1+t1+c1+..	
	euro	euro	euro	X + Y + W
	euro	euro	euro	euro
ABRUZZO	3.120.457	78.061	115.381	3.311.899
BASILICATA	1.024.248	24.966	19.037	1.068.250
CALABRIA	4.941.354	120.448	51.424	5.113.223
CAMPANIA	19.247.054	469.147	1.811.702	21.527.903
EMILIA R	9.146.668	222.950	1.335.762	10.705.380
FRIULI V G	1.346.849	32.829	2.197	1.381.875
LAZIO	15.082.933	367.647	1.569.146	17.019.726
LIGURIA	3.669.669	89.448	32.443	3.791.458
LOMBARDIA	27.232.730	683.798	265.172	28.161.700
MARCHE	2.106.681	51.350	32.443	2.190.474
MOLISE	688.167	16.774	14.278	719.219
PIEMONTE	8.270.004	201.581	104.989	8.576.575
PUGLIA	7.589.544	184.995	235.684	8.010.123
SARDEGNA	5.209.574	126.983	44.682	5.381.239
SICILIA	16.245.631	395.968	1.519.729	18.161.348
TOSCANA	10.983.977	287.735	2.707.669	13.959.380
TRENTO	476.279	11.609	-	487.888
BOLZANO	232.625	5.670	-	238.295
UMBRIA	2.707.477	65.995	56.183	2.829.655
VENETO	4.622.511	112.674	82.179	4.817.364
V D'AOSTA	338.769	8.257	-	347.026
TOTALI	144.283.097	3.516.903	10.000.000	157.800.000
verifica	144.283.097	3.516.903	10.000.000	157.800.000



Allegato 2

RIPARTO DELLE RISORSE FINANZIARIE PER LA MEDICINA PENITENZIARIA

ANNO 2008
CASSA REGIONI

Regione	presenza detenuti	Ingressi	n. indice	PERSONALE A TEMPO INDETERMINATO			FUNZIONAMENTO			PERSONALE INCARICATO		PERSONALE CONVENZIONATO					
				(A)	INTEGRAZIONE a valore sui residui dei capitoli GIUSTIZIA (3,5 mil ca) (A)	INTEGRAZIONE a valore sui capitoli SALUTE dal 15 GIUGNO 2008 (10 mil) (B)	INTEGRAZIONE a valore sui capitoli SALUTE dal 1° OTTOBRE 2008 ALLE RSS E PROVINCE AUTONOME (10 mil) (D)	(A)	INTEGRAZIONE a valore sui residui dei capitoli GIUSTIZIA (3,5 mil ca) (A)	INTEGRAZIONE a valore sui capitoli SALUTE (10 mil) (A)	(A)	INTEGRAZIONE a valore sui residui dei capitoli GIUSTIZIA (3,5 mil ca) (A)	INTEGRAZIONE a valore sui capitoli SALUTE (10 mil) (A)	(A)	INTEGRAZIONE a valore sui residui dei capitoli GIUSTIZIA (3,5 mil ca) (A)	INTEGRAZIONE a valore sui capitoli SALUTE (10 mil) (A)	
					2008				2008			2008			2008		
					spesa storica 2006	a euro	a1 euro		a1bis euro	B euro		b euro	b1 euro		C euro	c euro	c1 euro
	al 31 luglio 2006	2006		spesa storica 2006	2008			spesa storica 2006	2008			spesa storica 2006	2008				
	N°	N°		A	a	a1	a1bis	B	b	b1	C	c	c1	D	d	d1	
ABRUZZO	1.900	2.037	1,1	106.345	2.562	115.381		36.606	941	-	99.921	2.436	-	466.575	11.422	-	
BASILICATA	556	640	1,2	34.231	834	19.037		11.044	269	-	38.968	974	-	170.818	4.164	-	
CALABRIA	2.356	2.571	1,1	84.653	2.063	51.424		93.473	2.278	-	139.890	3.410	-	623.045	20.062	-	
CAMPANIA	7.696	10.623	1,4	1.212.918	29.565	797.222		474.491	11.566	-	409.677	9.988	-	2.609.311	63.802	-	
EMILIA R	4.023	6.108	1,5	243.740	5.941	155.561		122.959	2.997	-	209.835	5.115	-	1.538.390	37.498	-	
FRIULI V G	886	1.797	2,1				2.197										
LAZIO	5.989	8.538	1,4	659.667	20.954	695.352		329.967	8.043	-	429.662	10.473	-	2.075.528	50.591	-	
LIGURIA	1.479	2.550	1,7	64.372	1.569	32.443		101.708	2.479	-	89.929	2.192	-	596.142	14.531	-	
LOMBARDIA	6.699	14.595	1,7	150.664	3.670	130.410		664.626	16.200	-	359.717	6.788	-	2.167.712	62.694	-	
MARCHE	1.023	1.736	1,7	41.146	1.003	32.443		20.066	489	-	69.945	1.705	-	383.634	9.351	-	
MOLISE	443	319	0,7	25.728	627	14.278		7.972	194	-	29.976	731	-	106.366	2.841	-	
PIEMONTE	4.783	9.867	2,1	120.133	2.928	104.989		186.112	4.585	-	239.811	5.845	-	1.456.806	36.656	-	
PUGLIA	3.725	7.224	1,9	387.306	9.441	235.564		95.375	2.325	-	209.835	5.115	-	1.053.394	26.677	-	
SARDEGNA	2.090	1.775	0,8				44.682										
SICILIA	6.546	6.853	1,0				296.270										
TOSCANA	4.055	5.436	1,3	382.900	9.333	262.548		150.836	3.677	-	319.746	7.794	-	1.855.418	45.226	-	
TRENTO	243	863	2,7														
BOLZANO	168	869	4,2														
UMBRIA	896	1.163	1,3	65.396	2.082	56.183		90.080	2.196	-	69.953	1.461	-	412.970	10.066	-	
VENETO	2.825	5.271	1,9	80.284	1.957	62.179		163.468	4.472	-	129.896	3.166	-	700.397	17.072	-	
V D'AOSTA	299	214	0,8														
TOTALI	60.710	90.648	1,5	3.679.384	94.560	2.785.035	333.148	2.572.782	62.712	-	2.837.766	69.171	-	16.412.463	400.055	-	
							7.062.128						2.906.936			16.812.548	

Legenda:

- (A) somme da erogare alle regioni a statuto ordinario a valere sul fondo sanitario a decorrere dal 1° ottobre 2008 (fino al 30 settembre tali spese sono a carico del Ministero della giustizia. Per le RSS e Province autonome le spese restano a carico del Ministero della Giustizia fino all'adozione dei regolamenti di attuazione.)
 (B) spese derivanti dall'inquadramento nel Servizio sanitario nazionale del personale trasferito a decorrere dal 15 giugno 2008, con esclusione delle Province Autonome e delle RSS.
 (C) spese sostenute dal Ministero della Giustizia fino al 31 dicembre 2008 incluse le spese delle Province Autonome e RSS e che, pertanto, non vengono trasferite nel 2008 alle Regioni.
 (D) somme accantonate a valere sui 10 milioni di euro e relative alle spese derivanti dall'inquadramento nel Servizio sanitario nazionale del personale delle RSS e delle Province autonome presso le quali risulta in servizio il personale nell'ipotesi di adozione dei regolamenti di attuazione a decorrere dal 1° ottobre 2008



segue RIPARTO DELLE RISORSE FINANZIARIE PER LA MEDICINA PENITENZIARIA

ANNO 2008
CASSA REGIONI

Regione	COMUNITA' PER MINORI			COMUNITA' PER ADULTI			GIUSTIZIA MINORILE			O P G				CENTRI CLINICI		
	C.	INTEGRAZIONE a valore sui residui dei capitoli GIUSTIZIA (3,5 mil ca) C.	INTEGRAZIONE a valore sui capitoli SALUTE (10 mil) C.	C.	INTEGRAZIONE a valore sui residui dei capitoli GIUSTIZIA (3,5 mil ca) C.	INTEGRAZIONE a valore sui capitoli SALUTE (10 mil) C.	Spese aggiuntive rispetto a quelle già contabilizzate nelle voci personale e funzionamento (A)	INTEGRAZIONE a valore sui residui dei capitoli GIUSTIZIA (3,5 mil ca) (A)	INTEGRAZIONE a valore sui capitoli SALUTE (10 mil) (A)	Spese ricomprese in quelle già contabilizzate nelle voci personale e funzionamento (tranne Castiglione) (B)	INTEGRAZIONE a valore sui residui dei capitoli GIUSTIZIA (3,5 mil ca). Le spese di questa colonna SONO RICOMPRESE nella colonna del personale e del funzionamento (B)	INTEGRAZIONE a valore sui capitoli SALUTE (10 mil) (B)	INTEGRAZIONE a valore sui capitoli SALUTE dal 1° OTTOBRE 2008 ALLE RSS E PROVINCE AUTONOME (10 mil) (D)	Spese già contabilizzate nelle voci personale e funzionamento (B)	INTEGRAZIONE a valore sui residui dei capitoli GIUSTIZIA (3,5 mil ca). Le spese di questa colonna SONO RICOMPRESE nella colonna del personale e del funzionamento (B)	INTEGRAZIONE a valore sui capitoli SALUTE (10 mil)
		2008			2008			2008			2008		2008		2008	
	E	e	e1	F	f	f1	G	g	g1	H	h	h1	h1b	I	i	I1
euro	euro	euro	euro	euro	euro	euro	euro	euro	euro	euro	euro	euro	euro	euro	euro	
ABRUZZO	-	-	-	-	-	-	2.870	70	-	-	-	-	-	-	-	-
BASILICATA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
CALABRIA	-	-	-	-	-	-	12.817	308	-	-	-	-	-	-	-	-
CAMPANIA	-	-	-	-	-	-	34.899	846	-	-	475.703	-	-	-	-	73.907
EMILIA R	-	-	-	-	-	-	18.500	453	-	-	623.460	-	-	-	-	18.818
FRIULI V G	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
LAZIO	-	-	-	-	-	-	12.810	318	-	-	-	-	-	-	-	473.306
LIGURIA	-	-	-	-	-	-	588	14	-	-	-	-	-	-	-	-
LOMBARDIA	-	-	-	-	-	-	25.737	603	-	-	-	-	-	-	-	72.999
MARCHE	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
MOLISE	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
PIEMONTE	-	-	-	-	-	-	18.036	391	-	-	-	-	-	-	-	-
PUGLIA	-	-	-	-	-	-	11.578	282	-	-	-	-	-	-	-	-
SARDEGNA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
SICILIA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	308.366	-	-	-
TOSCANA	-	-	-	-	-	-	4.849	118	-	-	1.028.451	-	-	-	-	295.989
TRENTO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TOLZANO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
UMBRIA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
VENETO	-	-	-	-	-	-	7.118	173	-	-	-	-	-	-	-	-
V D'AOSTA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTALI	-	-	-	-	-	-	146.846	3.572	-	-	2.127.814	308.366	-	-	-	631.813
								180.118				2.435.878				831.813
																32.886.118
																32.322.602

Legenda:



segue RIPARTO DELLE RISORSE
FINANZIARIE PER LA MEDICINA
PENITENZIARIA

ANNO 2008
CASSA REGIONI

Regione	TOTALI			TOTALE TRASFERIMENTO RISORSE DA FSN ALLE REGIONI	
		INTEGRAZIONE a valere sul residuo dei capitoli GIUSTIZIA (3,5 mil ca)	INTEGRAZIONE a valere sul capitolo SALUTE (10 mil)		
	spesa storica 2006	2008			2008
	X = A+B+C+...	Y = a+b+c+...	W = a1+b1+c1+..		X + Y + W
	euro	euro	euro	euro	
ABRUZZO	718.317	17.460	115.381	849.158	
BASILICATA	258.062	6.242	19.037	281.341	
CALABRIA	1.153.678	28.121	51.424	1.233.223	
CAMPANIA	4.741.097	115.564	1.346.732	6.203.393	
EMILIA R	2.133.479	52.004	794.836	2.980.319	
FRIULI V G	-	-	-	-	
LAZIO	3.707.732	90.376	1.168.657	4.966.765	
LIGURIA	852.717	20.785	32.443	905.945	
LOMBARDIA	3.357.356	81.836	203.406	3.642.598	
MARCHE	514.790	12.548	32.443	559.781	
MOLISE	172.042	4.194	14.278	190.513	
PIEMONTE	2.022.901	49.308	104.989	2.177.199	
PUGLIA	1.757.486	42.839	235.584	2.035.909	
SARDEGNA	-	-	-	-	
SICILIA	-	-	-	-	
TOSCANA	2.713.750	66.148	1.586.988	4.366.886	
TRENTO	-	-	-	-	
BOLZANO	-	-	-	-	
UMBRIA	648.401	15.805	56.183	720.388	
VENETO	1.101.165	26.841	82.179	1.210.185	
V D'AOSTA	-	-	-	-	
TOTALI	25.848.971	630.069	5.844.562	32.323.602	
	25.848.971	630.069	5.844.562	32.323.602	
verifica stanziamenti	147.800.000		10.000.000	157.800.000	
res da ripartire		121.320.960	4.155.438	125.476.398	

Legenda:





*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*
CONFERENZA UNIFICATA

Servizio III°: Sanità e politiche sociali

CONFERENZA UNIFICATA
Seduta del 18 dicembre 2008
Elenco B - punto n. 3 dell'o.d.g.

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

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

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

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

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

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



*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*
CONFERENZA UNIFICATA

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

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

In attuazione delle predette disposizioni, il Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali, con nota in data 9 dicembre 2008, ha inviato la proposta di deliberazione CIPE in oggetto, per il riparto della somma di 157,8 milioni di euro trasferita, per l'anno 2008, nelle disponibilità del Servizio sanitario nazionale ai fini dell'esercizio delle funzioni sanitarie relative alla medicina penitenziaria.

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

Il suddetto importo di 157,8 milioni di euro è costituito, per 147,8 milioni di euro, dalle somme iscritte nel capitolo dello stato di previsione della spesa del Ministero della Giustizia e, per 10 milioni di euro, dalle somme iscritte nel capitolo dello stato di previsione della spesa del Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali.

Le predette somme sono state ripartite adottando quale criterio quello della spesa storica 2006 e facendo riferimento alle seguenti voci:

- spese del personale a tempo indeterminato;
- funzionamento;
- personale incaricato;
- personale convenzionato;
- rimborso alle comunità terapeutiche;
- servizi minorili;
- OPG;
- Centri clinici.

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

La **TABELLA B**, pure allegata alla proposta di deliberazione CIPE di cui trattasi, reca, secondo un criterio di cassa, la quantificazione degli importi da assegnare alle Regioni a Statuto ordinario a decorrere dal 1° ottobre 2008. Ciò in considerazione della previsione contenuta nel menzionato art. 6, comma 3, del D.P.C.M. 1° aprile 2008, in base alla quale, nelle more del trasferimento alle Aziende sanitarie locali, per il tramite delle Regioni, delle risorse finanziarie in parola e comunque non oltre il 30 settembre 2008, il Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria e il Dipartimento della giustizia minorile del Ministero della giustizia continuano a svolgere le funzioni di uffici



*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*
CONFERENZA UNIFICATA

erogatori dei trattamenti economici in godimento per il personale trasferito, salvo gli eventuali conguagli di competenza delle Aziende sanitarie locali del Servizio Sanitario Nazionale.

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

In considerazione della disposizione da ultimo richiamata, la predetta **TABELLA B** espone anche la somma di 0,333 milioni di euro (v. colonna a 1 bis) spettante alle Regioni a Statuto speciale e alle Province autonome nell'eventualità che vengano adottati i regolamenti di attuazione con efficacia decorrente dal 1° ottobre 2008.

Istruttoria: L'articolo 6, comma 2, del D.P.C.M. 1° aprile 2008 prevede che le risorse finanziarie di cui al comma 1 sono ripartite tra le Regioni secondo criteri definiti in sede di Conferenza Stato-Regioni. La Conferenza Unificata, nella seduta del 31 luglio 2008, ha deliberato (Rep. Atti n. 81/CU) la costituzione del "Tavolo di consultazione permanente sulla sanità penitenziaria", di cui all'Allegato A del più volte detto D.P.C.M. 1° aprile 2008, tra i cui compiti è previsto anche l'espletamento dell'attività istruttoria dei provvedimenti, da sottoporre all'esame della Conferenza Unificata medesima, attuativi del D.P.C.M. in parola, ivi compreso quello previsto dal richiamato articolo 6. Al fine di dare avvio ai lavori del Tavolo tecnico in parola, la Segreteria della Conferenza, con lettera in data 5 settembre 2008, ha chiesto a tutte le Amministrazioni interessate di voler comunicare le designazioni dei propri rappresentanti.

Con nota in data 9 dicembre 2008, il Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali ha trasmesso la proposta indicata in oggetto ed ha sottolineato l'urgenza del suo esame ai fini della prescritta intesa in Conferenza Unificata.

Tenuto conto dell'urgenza come sopra evidenziata, la segreteria della Conferenza ha convocato, per l'esame della proposta dei deliberazione CIPE in parola, un apposito incontro tecnico per il 17 dicembre 2008.

Nel corso della citata riunione i rappresentanti delle Regioni e delle Province autonome ed il rappresentante dell'ANCI hanno espresso assenso tecnico sulla proposta di deliberazione CIPE in oggetto.

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

Il Segretario
Dott.ssa Ermenegilda Siniscalchi

2.5 Approvazione, ai sensi dell'articolo 4, comma 2, del D.P.C.M. 1° aprile 2008, dello schema di convenzione tipo per l'utilizzo da parte delle Aziende Sanitarie Locali, nel cui territorio sono ubicati gli istituti e i servizi penitenziari di riferimento, dei locali adibiti all'esercizio delle funzioni sanitarie.

Rep. atti n. 29/CU del 29 aprile 2009

Lo schema di convenzione è stato approvato nella seduta del Tavolo di consultazione permanente del 16 aprile 2009.



*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA UNIFICATA

Approvazione, ai sensi dell'articolo 4, comma 2, del D.P.C.M. 1° aprile 2008, dello schema di convenzione tipo per l'utilizzo da parte delle Aziende Sanitarie Locali, nel cui territorio sono ubicati gli istituti e i servizi penitenziari di riferimento, dei locali adibiti all'esercizio delle funzioni sanitarie.

Rep. n. 29/09 del 29 aprile 2009

LA CONFERENZA UNIFICATA

Nell'odierna seduta del 29 aprile 2009:

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 4, comma 2, del D.P.C.M. 1° aprile 2008, il quale prevede che i locali adibiti all'esercizio delle funzioni sanitarie trasferite sono concessi in uso a titolo gratuito, per l'utilizzo da parte delle Aziende sanitarie locali nel cui territorio sono ubicati gli istituti e servizi penitenziari di riferimento, sulla base di apposite convenzioni stipulate secondo schemi tipo approvati in sede di Conferenza Stato-Regioni;

CONSIDERATO che questa Conferenza, nella seduta del 31 luglio 2008, ha deliberato (Rep. Atti n. 81/CU) la costituzione del "Tavolo di consultazione permanente sulla sanità penitenziaria", di cui all'Allegato A del 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, ivi compreso quello previsto dal richiamato articolo 4, comma 2;





*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA UNIFICATA

VISTA la nota in data 9 febbraio 2009, con la quale la Regione Toscana, Coordinatrice interregionale in sanità, ha inviato, ai fini dell'avvio della relativa istruttoria da parte del suddetto Tavolo, una prima bozza del documento indicato in oggetto;

CONSIDERATO che l'esame di tale bozza è stato svolto nel corso delle riunioni del più volte richiamato Tavolo dell'11 marzo 2009 e del 16 aprile 2009;

RILEVATO che la versione definitiva dello schema di convenzione in oggetto, Allegato sub A, parte integrante del presente atto, approvata dai componenti del Tavolo nel corso della predetta riunione del 16 aprile u.s., è stata diramata con lettera in data 20 aprile 2009;

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

APPROVA

lo schema di convenzione tipo per l'utilizzo da parte delle Aziende Sanitarie Locali, nel cui territorio sono ubicati gli istituti e i servizi penitenziari di riferimento, dei locali adibiti all'esercizio delle funzioni sanitarie, Allegato sub A, parte integrante del presente atto.

IL SEGRETARIO
Cons. Ermenegilda Siniscalchi



IL PRESIDENTE
On. Dott. Raffaele Fitto



ALLEGATO A

*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*
CONFERENZA UNIFICATA

**BOZZA APPROVATA DAL TAVOLO DI CONSULTAZIONE PERMANENTE SULLA
SANITA' PENITENZIARIA NELLA RIUNIONE DEL 16 APRILE 2009**

Schema di convenzione tipo per l'utilizzo da parte delle Aziende Sanitarie Locali, nel cui territorio sono ubicati gli istituti e i servizi penitenziari di riferimento, dei locali adibiti all'esercizio delle funzioni sanitarie ai sensi dell'articolo 4, comma 2, del D.P.C.M. 1° aprile 2008.

Approvazione ai sensi dell'articolo 4, comma 2, del D.P.C.M. 1° aprile 2008.

Il Direttore Generale della Azienda Sanitaria

e il Direttore de

VISTO il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 1° aprile 2008, che, in attuazione dell'articolo 2, comma 283, legge 24 dicembre 2007, n. 244, stabilisce le modalità, i criteri e le procedure per consentire il trasferimento di tutte le funzioni sanitarie svolte all'interno del circuito dell'Amministrazione Penitenziaria e della Giustizia Minorile alle competenze del Servizio Sanitario Nazionale;

VISTO, in particolare, l'articolo 4, comma 2, del suddetto decreto, che dispone la concessione in uso a titolo gratuito, per l'utilizzo da parte delle aziende sanitarie locali nel cui territorio sono ubicati gli istituti e servizi sanitari di riferimento, dei locali adibiti all'esercizio delle funzioni sanitarie elencati in apposito inventario redatto dal Ministero della Giustizia alla data del 31 dicembre 2007 e convalidato con atto formale da ciascuna delle Regioni;

VISTO l'inventario dei locali adibiti all'esercizio delle funzioni sanitarie nell'ambito dell'Istituto penitenziario/Servizi minorili, corredato della destinazione d'uso, della planimetria e degli schemi impiantistici dei locali medesimi, inclusi quelli destinati ad attività d'ufficio o ad archivio sanitario ed i locali già utilizzati gratuitamente dalle Aziende Sanitarie per attività connesse alle patologie da dipendenza, allegato alla presente convenzione;

VISTO l'atto della Giunta Regionale del con il quale si convalida il suddetto inventario;

VISTO l'articolo 6, comma 4, del più volte menzionato D.P.C.M. 1° aprile 2008;

stipulano e convengono quanto segue:

ISTITUTO POLIGRAFICO E ZECCA DELLO STATO S.p.A. - S.





*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*
CONFERENZA UNIFICATA

Art. 1
Oggetto della convenzione

1. I locali adibiti ad uso sanitario ed elencati nell'inventario allegato alla presente convenzione sono concessi in uso, a titolo gratuito, all'Azienda sanitaria per lo svolgimento delle funzioni sanitarie trasferite al Servizio sanitario nazionale ai sensi del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 1° aprile 2008.

Art. 2
Utilizzo dei locali

1. Il personale dell'Azienda sanitaria utilizza i locali concessi in uso nel rispetto degli accordi e protocolli di intesa sottoscritti dalla Regione e dal Provveditorato regionale dell'Amministrazione penitenziaria/Centro di giustizia minorile e, a livello territoriale, tra Azienda Sanitaria e singolo Istituto penitenziario/Servizio minorile, in attuazione dell'Accordo sancito nella seduta della Conferenza Unificata del 20 novembre 2008 (Rep. atti n. 102).

Art. 3
Gestione e manutenzione dei locali

1. Sono a carico del Ministero della giustizia gli oneri relativi agli interventi di manutenzione ordinaria e straordinaria dei locali concessi in uso, nei limiti in cui detti interventi siano necessari ad assicurare l'idoneità allo svolgimento delle funzioni sanitarie, nonché alle utenze (acqua, elettricità, riscaldamento) ed al servizio di pulizia dei locali. Sono a carico delle AASSLL le spese per il servizio di sanificazione degli ambienti, per l'utenza telefonica e per il servizio di smaltimento dei rifiuti speciali, nocivi e tossici, prodotti nello svolgimento delle attività sanitarie.
2. All'atto della presa in carico dei locali adibiti alle funzioni sanitarie, è sottoscritto un verbale, condiviso tra il Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria e il Direttore dell'Istituto Penitenziario/Servizio minorile, di constatazione dello stato degli stessi nel quale sono evidenziati tutti gli interventi di manutenzione ordinaria e straordinaria rilevati ed indicati come necessari dal Direttore Generale della ASL, ai fini dell'idoneità allo svolgimento delle funzioni sanitarie. L'elenco di questi interventi, da redigersi secondo un ordine di priorità, è trasmesso – a cura della Direzione della struttura penitenziaria/Servizio minorile – al Provveditorato regionale/Direzione Centro per la Giustizia minorile, che, sentito l'Assessorato regionale competente, programma e dispone l'esecuzione dei lavori ai sensi del D.Lvo n. 163/06, valutate e condivise le priorità, compatibilmente con le risorse disponibili. Nelle more dell'attuazione del programma sopra indicato, l'Azienda Sanitaria Locale si impegna a continuare lo svolgimento, all'interno della struttura penitenziaria e dei Servizi minorili, dell'attività sanitaria già assicurata.
3. Durante l'esecuzione dei lavori, le attività sanitarie assicurate nell'Istituto penitenziario/Servizi minorili sono garantite in locali appositamente individuati e messi temporaneamente a disposizione dal Direttore dell'Istituto penitenziario/Servizio minorile.





*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*
CONFERENZA UNIFICATA

4. Restano ferme le responsabilità ed i compiti attribuiti ai sensi del decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81 in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro.

La presente convenzione può essere aggiornata con il consenso delle parti nei casi in cui, in data successiva alla stipula del presente atto, ulteriori locali o ambienti vengano destinati ad attività sanitarie.

La presente convenzione non è soggetta, inoltre, a registrazione ed è immediatamente efficace.

Sono escluse spese contrattuali.

La presente convenzione viene redatta in duplice originale.

Letto, confermato, sottoscritto:

....., li

Il Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria Locale

Il Direttore dell'Istituto





*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*
CONFERENZA UNIFICATA

Servizio III°: Sanità e politiche sociali

CONFERENZA UNIFICATA
Seduta del 29 aprile 2009
Elenco A - punto n. 2 dell'o.d.g.

Oggetto: Approvazione dello schema di convenzione tipo per l'utilizzo da parte delle Aziende Sanitarie Locali, nel cui territorio sono ubicati gli istituti e i servizi penitenziari di riferimento, dei locali adibiti all'esercizio delle funzioni sanitarie ai sensi dell'articolo 4, comma 2, del D.P.C.M. 1° aprile 2008. **Codice sito 4.10/2009/16 A**
Approvazione ai sensi dell'articolo 4, comma 2, del D.P.C.M. 1° aprile 2008.

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

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

L'articolo 4, comma 2, del D.P.C.M. 1° aprile 2008 ("Modalità e criteri per il trasferimento al Servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie, di rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria"), emanato in attuazione del menzionato articolo 2, comma 283, della Legge n. 244/2007, prevede che i locali adibiti all'esercizio delle funzioni sanitarie trasferite sono concessi in uso a titolo gratuito, per l'utilizzo da parte delle Aziende sanitarie locali nel cui territorio sono ubicati gli istituti e servizi penitenziari di riferimento, sulla base di apposite convenzioni stipulate secondo schemi tipo approvati in sede di Conferenza Stato-Regioni.

Lo schema di convenzione tipo in oggetto, elaborato dal Tavolo di consultazione permanente sulla sanità penitenziaria in attuazione del predetto articolo 4, comma 2, contiene clausole volte a disciplinare le modalità di utilizzo dei locali concessi in uso, le modalità per la presa in carico di detti locali, nonché gli aspetti relativi agli oneri di gestione e manutenzione dei medesimi.



*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA UNIFICATA

Istruttoria: L'articolo 4, comma 2, del D.P.C.M. 1° aprile 2008 ("Modalità e criteri per il trasferimento al Servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie, di rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria") prevede che i locali adibiti all'esercizio delle funzioni sanitarie trasferite sono concessi in uso a titolo gratuito, per l'utilizzo da parte delle Aziende sanitarie locali nel cui territorio sono ubicati gli istituti e servizi penitenziari di riferimento, sulla base di apposite convenzioni stipulate secondo schemi tipo approvati in sede di Conferenza Stato-Regioni.

La Conferenza Unificata, nella seduta del 31 luglio 2008, ha deliberato (Rep. Atti n. 81/CU) la costituzione del "Tavolo di consultazione permanente sulla sanità penitenziaria", di cui all'Allegato A del 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 della Conferenza medesima, attuativi del più volte citato D.P.C.M. 1° aprile 2008 ivi compreso quello previsto dal richiamato articolo 4, comma 2. Con lettera in data 9 febbraio 2009, la Regione Toscana, Coordinatrice interregionale in sanità, ha inviato, ai fini dell'avvio della relativa istruttoria da parte del suddetto Tavolo, una prima bozza del documento indicato in oggetto predisposta dal Gruppo tecnico interregionale sulla salute in carcere.

L'esame di tale bozza è stato svolto nel corso delle riunioni del più volte richiamato Tavolo dell'11 marzo 2009 e del 16 aprile 2009.

La versione definitiva dello schema di convenzione in oggetto (Allegato A), approvata dai componenti del Tavolo nel corso della predetta riunione del 16 aprile u.s., è stata diramata dalla Segreteria della Conferenza Stato-Regioni con lettera in data 20 aprile 2009.

Si sottopone all'esame della Conferenza Unificata ai fini della prescritta approvazione, in attuazione dell'articolo 4, comma 2, del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 1° aprile 2008.

Il Segretario
Dott.ssa Ermenegilda Siniscalchi





**BOZZA APPROVATA DAL TAVOLO DI CONSULTAZIONE PERMANENTE SULLA
SANITA' PENITENZIARIA NELLA RIUNIONE DEL 16 APRILE 2009**

Schema di convenzione tipo per l'utilizzo da parte delle Aziende Sanitarie Locali, nel cui territorio sono ubicati gli istituti e i servizi penitenziari di riferimento, dei locali adibiti all'esercizio delle funzioni sanitarie ai sensi dell'articolo 4, comma 2, del D.P.C.M. 1° aprile 2008.

Approvazione ai sensi dell'articolo 4, comma 2, del D.P.C.M. 1° aprile 2008.

Il Direttore Generale della Azienda Sanitaria

e il Direttore de

VISTO il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 1° aprile 2008, che, in attuazione dell'articolo 2, comma 283, legge 24 dicembre 2007, n. 244, stabilisce le modalità, i criteri e le procedure per consentire il trasferimento di tutte le funzioni sanitarie svolte all'interno del circuito dell'Amministrazione Penitenziaria e della Giustizia Minorile alle competenze del Servizio Sanitario Nazionale;

VISTO, in particolare, l'articolo 4, comma 2, del succitato decreto, che dispone la concessione in uso a titolo gratuito, per l'utilizzo da parte delle aziende sanitarie locali nel cui territorio sono ubicati gli istituti e servizi sanitari di riferimento, dei locali adibiti all'esercizio delle funzioni sanitarie elencati in apposito inventario redatto dal Ministero della Giustizia alla data del 31 dicembre 2007 e convalidato con atto formale da ciascuna delle Regioni;

VISTO l'inventario dei locali adibiti all'esercizio delle funzioni sanitarie nell'ambito dell'Istituto penitenziario/Servizi minorili, corredato della destinazione d'uso, della planimetria e degli schemi impiantistici dei locali medesimi, inclusi quelli destinati ad attività d'ufficio o ad archivio sanitario ed i locali già utilizzati gratuitamente dalle Aziende Sanitarie per attività connesse alle patologie da dipendenza, allegato alla presente convenzione;

VISTO l'atto della Giunta Regionale del con il quale si convalida il suddetto inventario;

VISTO l'articolo 6, comma 4, del più volte menzionato D.P.C.M. 1° aprile 2008;

stipulano e convengono quanto segue:



Art. 1
Oggetto della convenzione

1. I locali adibiti ad uso sanitario ed elencati nell'inventario allegato alla presente convenzione sono concessi in uso, a titolo gratuito, all'Azienda sanitaria per lo svolgimento delle funzioni sanitarie trasferite al Servizio sanitario nazionale ai sensi del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 1° aprile 2008.

Art. 2
Utilizzo dei locali

1. Il personale dell'Azienda sanitaria utilizza i locali concessi in uso nel rispetto degli accordi e protocolli di intesa sottoscritti dalla Regione e dal Provveditorato regionale dell'Amministrazione penitenziaria/Centro di giustizia minorile e, a livello territoriale, tra Azienda Sanitaria e singolo Istituto penitenziario/Servizio minorile, in attuazione dell'Accordo sancito nella seduta della Conferenza Unificata del 20 novembre 2008 (Rep. atti n. 102).

Art. 3
Gestione e manutenzione dei locali

1. Sono a carico del Ministero della giustizia gli oneri relativi agli interventi di manutenzione ordinaria e straordinaria dei locali concessi in uso, nei limiti in cui detti interventi siano necessari ad assicurare l'idoneità allo svolgimento delle funzioni sanitarie, nonché alle utenze (acqua, elettricità, riscaldamento) ed al servizio di pulizia dei locali.

Sono a carico delle AASSLL le spese per il servizio di sanificazione degli ambienti, per l'utenza telefonica e per il servizio di smaltimento dei rifiuti speciali, nocivi e tossici, prodotti nello svolgimento delle attività sanitarie.

2. All'atto della presa in carico dei locali adibiti alle funzioni sanitarie, è sottoscritto un verbale, condiviso tra il Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria e il Direttore dell'Istituto Penitenziario/Servizio minorile, di constatazione dello stato degli stessi nel quale sono evidenziati tutti gli interventi di manutenzione ordinaria e straordinaria rilevati ed indicati come necessari dal Direttore Generale della ASL, ai fini dell'idoneità allo svolgimento delle funzioni sanitarie. L'elenco di questi interventi, da redigersi secondo un ordine di priorità, è trasmesso – a cura della Direzione della struttura penitenziaria/Servizio minorile – al Provveditorato regionale/Direzione Centro per la Giustizia minorile, che, sentito l'Assessorato regionale competente, programma e dispone l'esecuzione dei lavori ai sensi del D.Lvo n. 163/06, valutate e condivise le priorità, compatibilmente con le risorse disponibili. Nelle more dell'attuazione del programma sopra indicato, l'Azienda Sanitaria Locale si impegna a continuare lo svolgimento, all'interno della struttura penitenziaria e dei Servizi minorili, dell'attività sanitaria già assicurata.

3. Durante l'esecuzione dei lavori, le attività sanitarie assicurate nell'Istituto penitenziario/Servizi minorili sono garantite in locali appositamente individuati e messi temporaneamente a disposizione dal Direttore dell'Istituto penitenziario/Servizio minorile.



*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*
CONFERENZA UNIFICATA

4. Restano ferme le responsabilità ed i compiti attribuiti ai sensi del decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81 in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro.

La presente convenzione può essere aggiornata con il consenso delle parti nei casi in cui, in data successiva alla stipula del presente atto, ulteriori locali o ambienti vengano destinati ad attività sanitarie.

La presente convenzione non è soggetta, inoltre, a registrazione ed è immediatamente efficace.

Sono escluse spese contrattuali.

La presente convenzione viene redatta in duplice originale.

Letto, confermato, sottoscritto:

....., li

Il Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria Locale

Il Direttore dell'Istituto

2.6 Accordo, ai sensi dell'articolo 9 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, sul documento recante: "Schema tipo di convenzione per le prestazioni medico legali in favore del Corpo della Polizia Penitenziaria".

Rep. atti n. 51/CU del 29 ottobre 2009

Il documento è stato approvato nella seduta del Tavolo di consultazione permanente del 13 maggio 2009



*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA UNIFICATA

Accordo, ai sensi dell'articolo 9 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, sul documento recante: "Schema tipo di convenzione per le prestazioni medico legali in favore del Corpo della Polizia Penitenziaria".

Rep. n. 51/ev del 29 ottobre 2009

LA CONFERENZA UNIFICATA

Nell'odierna seduta del 29 ottobre 2009:

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

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

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

VISTO, in particolare, l'articolo 3, comma 4, del predetto D.P.C.M. 1° aprile 2008, il quale prevede che i rapporti di lavoro del personale sanitario instaurati ai sensi della legge 9 ottobre 1970, n. 740, in essere alla data del 15 marzo 2008, sono trasferiti dal Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria e dal Dipartimento della giustizia minorile del Ministero della Giustizia alle Aziende sanitarie locali e che gli stessi continuano ad essere disciplinati dalla citata legge n. 740 del 1970 fino alla relativa scadenza;





*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA UNIFICATA

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

VISTA la nota in data 9 febbraio 2009, con la quale la Regione Toscana, Coordinatrice interregionale in sanità, ha inviato, ai fini dell'avvio della relativa istruttoria da parte del suddetto Tavolo, una prima bozza della proposta di Accordo indicata in oggetto;

CONSIDERATO che l'esame di tale bozza è stato svolto nel corso delle riunioni del più volte richiamato Tavolo dell'11 marzo, 16 aprile e del 13 maggio 2009;

RILEVATO che la versione definitiva dello schema di convenzione in oggetto, Allegato sub A, parte integrante del presente atto, approvata dai componenti del Tavolo nel corso della predetta riunione del 16 aprile u.s., è stata diramata con lettera in data 14 maggio 2009;

CONSIDERATO che il punto in oggetto, iscritto all'ordine del giorno della seduta di questa Conferenza del 29 luglio 2009, non è stato esaminato su richiesta delle Regioni e delle Province autonome;

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 sullo schema tipo di convenzione per le prestazioni medico legali in favore del personale della Polizia Penitenziaria, Allegato sub A, parte integrante del presente atto.

IL SEGRETARIO
Cons. Ermenegilda Siniscalchi



IL PRESIDENTE
On. Dott. Raffaele Fitto



*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*
CONFERENZA UNIFICATA

**BOZZA APPROVATA DAL TAVOLO DI CONSULTAZIONE PERMANENTE SULLA SANITA'
PENITENZIARIA NELLA RIUNIONE DEL 13 MAGGIO 2009**

Schema tipo di convenzione per le prestazioni medico legali in favore del personale del Corpo della Polizia Penitenziaria.

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

Il Direttore Generale della Azienda Sanitaria _____

ed il Provveditore regionale per l'Amministrazione penitenziaria e/o Il Direttore del Centro per la giustizia minorile _____
per il _____

VISTO il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 1° aprile 2008, che, in attuazione dell'articolo 2, comma 283, legge 24 dicembre 2007, n. 244, stabilisce le modalità, i criteri e le procedure per consentire il trasferimento di tutte le funzioni sanitarie svolte all'interno del circuito dell'Amministrazione penitenziaria e della Giustizia minorile al Servizio sanitario nazionale;

CONSIDERATO che il personale medico dell'Amministrazione penitenziaria e della Giustizia minorile, fino al trasferimento del medesimo e delle relative risorse finanziarie al Servizio sanitario nazionale previsto dal succitato decreto 1° aprile 2008, forniva prestazioni medico-legali nei confronti del personale del Corpo di Polizia Penitenziaria, ai sensi della legge 9 ottobre 1970, n. 740 e successive modificazioni e integrazioni;

RILEVATO che dalla data di entrata in vigore del decreto 1° aprile 2008 il Dipartimento dell'Amministrazione penitenziaria ed il Dipartimento per la giustizia minorile risultano privi di un autonomo servizio sanitario;

RITENUTO che occorre assicurare la continuità delle prestazioni medico legali in favore del personale del Corpo di Polizia Penitenziaria;

stipulano e convengono quanto segue:

L'Azienda Sanitaria, attraverso il personale medico sotto indicato, garantisce le seguenti prestazioni medico-legali a favore del personale del Corpo di Polizia Penitenziaria a titolo gratuito sulla base delle indicazioni e delle procedure previste in materia dall'Amministrazione penitenziaria e dalla Giustizia minorile (dai Provveditorati regionali dell'Amministrazione penitenziaria e dai Centri per la Giustizia minorile):





*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*
CONFERENZA UNIFICATA

1. la richiesta alla Commissione medica ospedaliera territorialmente competente di accertamento delle condizioni di inidoneità al servizio, ai sensi dell'articolo 15 del decreto del Presidente della Repubblica 29 ottobre 2001, n. 461;
2. la partecipazione alla Commissione medica ospedaliera, in qualità di componente, nei casi indicati dall'articolo 6, comma 3, del decreto del Presidente della Repubblica 29 ottobre 2001, n. 461, in rappresentanza dell'Amministrazione della giustizia;
3. le certificazioni relative ai periodi di assenza dal servizio per temporanea inabilità causata da uno stato di malattia o convalescenza conseguente a causa di servizio.

Elenco del personale medico individuato per le prestazioni medico-legali

Il predetto elenco può essere modificato con il consenso delle parti.

La presente convenzione non è soggetta a registrazione ed è immediatamente efficace.

Sono escluse spese contrattuali.

La presente convenzione viene redatta in duplice originale.

Letto, confermato e sottoscritto:

....., li _____

Il Direttore Generale della Azienda sanitaria

Il Provveditore regionale per l'Amministrazione
penitenziaria e/o
Il Direttore del Centro per la giustizia minorile
per il



*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*
CONFERENZA UNIFICATA

Servizio III°: Sanità e politiche sociali

CONFERENZA UNIFICATA
Seduta del 29 ottobre 2009
Elenco A - punto n. 6 dell'o.d.g.

Oggetto: Accordo sul documento recante: "Schema tipo di convenzione per le prestazioni medico legali in favore del Corpo della Polizia Penitenziaria". **Codice sito 4.10/2009/16 B**
Accordo ai sensi dell'articolo 9 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281.

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

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

L'articolo 3, comma 4, del D.P.C.M. 1° aprile 2008 ("Modalità e criteri per il trasferimento al Servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie, di rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria"), emanato in attuazione del menzionato articolo 2, comma 283, della Legge n. 244/2007, prevede che i rapporti di lavoro del personale sanitario instaurati ai sensi della legge 9 ottobre 1970, n. 740, in essere alla data del 15 marzo 2008, siano trasferiti dal Dipartimento dell'Amministrazione penitenziaria alle Aziende sanitarie locali e che gli stessi continuino ad essere disciplinati dalla citata legge n. 740 del 1970 fino alla relativa scadenza.

Lo schema tipo di convenzione in oggetto, elaborato dal Tavolo di consultazione permanente sulla sanità penitenziaria, contiene clausole volte a garantire che il personale medico trasferito alle Aziende sanitarie continui a svolgere, sulla base delle indicazioni e delle procedure previste in materia dall'Amministrazione penitenziaria e dalla Giustizia minorile, le prestazioni medico legali in



*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*
CONFERENZA UNIFICATA

favore del personale del Corpo della Polizia Penitenziaria già in precedenza assicurate ai sensi della più volte richiamata legge n. 740/70.

Istruttoria: La Conferenza Unificata, nella seduta del 31 luglio 2008, ha deliberato (Rep. Atti n. 81/CU) la costituzione del "Tavolo di consultazione permanente sulla sanità penitenziaria", di cui all'Allegato A del 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 della Conferenza medesima, attuativi del più volte citato D.P.C.M. 1° aprile 2008.

Con lettera in data 9 febbraio 2009, la Regione Toscana, Coordinatrice interregionale in sanità, ha inviato, ai fini dell'avvio della relativa istruttoria da parte del suddetto Tavolo, una prima bozza della proposta di Accordo indicata in oggetto predisposta dal Gruppo tecnico interregionale sulla salute in carcere.

L'esame di tale bozza è stato svolto nel corso delle riunioni del più volte richiamato Tavolo dell'11 marzo, 16 aprile e del 13 maggio 2009.

La versione definitiva dello schema di convenzione in oggetto (Allegato A), approvata dai componenti del Tavolo nel corso della predetta riunione del 13 maggio u.s., è stata diramata dalla Segreteria della Conferenza Stato-Regioni con lettera in data 14 maggio 2009.

Il punto in oggetto, iscritto all'ordine del giorno della Conferenza Unificata del 29 luglio 2009, su richiesta delle Regioni e delle Province autonome, 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





**BOZZA APPROVATA DAL TAVOLO DI CONSULTAZIONE PERMANENTE SULLA SANITA'
PENITENZIARIA NELLA RIUNIONE DEL 13 MAGGIO 2009**

Schema tipo di convenzione per le prestazioni medico legali in favore del personale del Corpo della Polizia Penitenziaria.

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

Il Direttore Generale della Azienda Sanitaria _____

ed il Provveditore regionale per l'Amministrazione penitenziaria e/o Il Direttore del Centro per la giustizia minorile _____
per il _____

VISTO il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 1° aprile 2008, che, in attuazione dell'articolo 2, comma 283, legge 24 dicembre 2007, n. 244, stabilisce le modalità, i criteri e le procedure per consentire il trasferimento di tutte le funzioni sanitarie svolte all'interno del circuito dell'Amministrazione penitenziaria e della Giustizia minorile al Servizio sanitario nazionale;

CONSIDERATO che il personale medico dell'Amministrazione penitenziaria e della Giustizia minorile, fino al trasferimento del medesimo e delle relative risorse finanziarie al Servizio sanitario nazionale previsto dal succitato decreto 1° aprile 2008, forniva prestazioni medico-legali nei confronti del personale del Corpo di Polizia Penitenziaria, ai sensi della legge 9 ottobre 1970, n. 740 e successive modificazioni e integrazioni;

RILEVATO che dalla data di entrata in vigore del decreto 1° aprile 2008 il Dipartimento dell'Amministrazione penitenziaria ed il Dipartimento per la giustizia minorile risultano privi di un autonomo servizio sanitario;

RITENUTO che occorre assicurare la continuità delle prestazioni medico legali in favore del personale del Corpo di Polizia Penitenziaria;

stipulano e convengono quanto segue:

L'Azienda Sanitaria, attraverso il personale medico sotto indicato, garantisce le seguenti prestazioni medico-legali a favore del personale del Corpo di Polizia Penitenziaria a titolo gratuito sulla base delle indicazioni e delle procedure previste in materia dall'Amministrazione penitenziaria e dalla Giustizia minorile (dai Provveditorati regionali dell'Amministrazione penitenziaria e dai Centri per la Giustizia minorile):



*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA UNIFICATA

1. la richiesta alla Commissione medica ospedaliera territorialmente competente di accertamento delle condizioni di inidoneità al servizio, ai sensi dell'articolo 15 del decreto del Presidente della Repubblica 29 ottobre 2001, n. 461;
2. la partecipazione alla Commissione medica ospedaliera, in qualità di componente, nei casi indicati dall'articolo 6, comma 3, del decreto del Presidente della Repubblica 29 ottobre 2001, n. 461, in rappresentanza dell'Amministrazione della giustizia;
3. le certificazioni relative ai periodi di assenza dal servizio per temporanea inabilità causata da uno stato di malattia o convalescenza conseguente a causa di servizio.

Elenco del personale medico individuato per le prestazioni medico-legali

Il predetto elenco può essere modificato con il consenso delle parti.

La presente convenzione non è soggetta a registrazione ed è immediatamente efficace.

Sono escluse spese contrattuali.

La presente convenzione viene redatta in duplice originale.

Letto, confermato e sottoscritto:

....., li _____

Il Direttore Generale della Azienda sanitaria

Il Provveditore regionale per l'Amministrazione
penitenziaria e/o
Il Direttore del Centro per la giustizia minorile
per il

ISTITUTO POLIGRAFICO E TIPOGRAFICO "G. B. VIGORELLI" - ROMA

2.7 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: "Strutture sanitarie nell'ambito del sistema penitenziario italiano".

Rep. atti n. 81/CU del 26 novembre 2009

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

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



*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA UNIFICATA

Accordo, ai sensi dell'articolo 9 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, sul documento proposto dal Tavolo di consultazione permanente sulla sanità penitenziaria recante: "Strutture sanitarie nell'ambito del sistema penitenziario italiano".

Rep. n. 81 - C.U. del 26 novembre 2009

LA CONFERENZA UNIFICATA

Nell'odierna seduta del 26 novembre 2009:

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

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

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

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





*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA UNIFICATA

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

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

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

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

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

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

SANCISCE ACCORDO

tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano e le Autonomie locali sul documento recante: "Strutture sanitarie nell'ambito del sistema penitenziario italiano", Allegato sub A, parte integrante del presente atto.

IL SEGRETARIO
Cons. Ermenegilda Siniscalchi



IL PRESIDENTE
On. Dott. Raffaele Fitto



STRUTTURE SANITARIE NELL'AMBITO DEL SISTEMA PENITENZIARIO ITALIANO

Tipologia delle strutture

Seguendo la vecchia classificazione del Ministero della Giustizia e relativa alle tipologie delle strutture sanitarie nella progressiva denominazione, è possibile distinguere:

- Centri diagnostico-terapeutici e rete ospedaliera esterna ex art. 7 della L. 12 agosto 1993 n. 296.
- Reparti per HIV
- Reparti per disabili
- Servizi/sezioni/reparti di psichiatria (minorati psichici ed osservazione)
- Custodie attenuate per Tossicodipendenti
- Ambulatori interni
- Strutture sanitarie esterne

a) Centri clinici (art. 17, comma 4 DPR 230/2000)

L'acronimo C.D.T. (Centro Diagnostico Terapeutico o "centro clinico") ad oggi, indica una tipologia di strutture detentive finalizzate ad erogare un'assistenza sanitaria di differente e maggiore livello rispetto agli istituti penitenziari ordinari, in regime di "ricovero penitenziario" su richiesta anche dell'Autorità giudiziaria.

A tal proposito è necessario chiarire che l'Amministrazione penitenziaria e le Regioni si impegnano, per quanto di competenza, ad assicurare che i locali destinati ad uso sanitario, siano utilizzati specificamente ed esclusivamente a tal fine.

Attualmente nell'Amministrazione Penitenziaria sono presenti CDT presso gli istituti di Torino Lorusso e Cutugno, Milano San Vittore, Milano Opera, Parma, Pisa, Roma Regina Coeli, Napoli Poggioreale, Napoli Secondigliano, Bari, Messina, Cagliari e Sassari.

Data questa premessa è possibile identificare 3 diverse categorie:

- 1) centri clinici necessari, insopprimibili, destinati in particolare ad ospitare prevalentemente detenuti sottoposti al regime del 41 bis, che attualmente interessano le regioni Lombardia (Milano Opera) ed Emilia Romagna (Parma), nonché i centri clinici destinati in particolare ad ospitare prevalentemente detenuti appartenenti al circuito A.S e collaboratori, che interessano le regioni Toscana (Pisa), Lazio (Roma Regina Coeli) e Campania (Napoli Secondigliano). I suddetti centri clinici possono subire variazioni sulla base di informazioni provenienti dagli organi preposti alla sicurezza e all'ordine pubblico. Per tali istituti si prevede la permanenza nonché l'impegno delle regioni ad una loro implementazione





*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA UNIFICATA

- 2) centri clinici attualmente funzionanti: per tali istituti che, in fase attuale e nelle more di ipotesi alternative sono da considerarsi fondamentali, ma non vincolati, è necessario un preventivo accordo fra le Regioni e l'Amministrazione penitenziaria per il loro utilizzo funzionale all'interno della rete assistenziale del SSR
- 3) centri clinici realizzati, ma non ancora funzionanti: Genova Marassi, Perugia, Catanzaro. Per tali istituti è necessario un accordo preventivo fra le Regioni interessate e l'Amministrazione penitenziaria per la loro attivazione o per un loro utilizzo alternativo

b) Reparti per detenuti HIV(art. 275, comma quater c.p.p.)

Allo stato sono attivi i reparti presso le sedi di Milano Opera, Genova Marassi, Rebibbia Nuovo Complesso e Napoli Secondigliano. Si conviene sulla necessità di mantenere e, ove necessario e previ accordi fra le Regioni e l'Amministrazione penitenziaria, estendere tale tipologia di strutture per consentire all'Autorità giudiziaria di valutare la possibilità di disporre la custodia cautelare o la detenzione in carcere nei confronti di detenuti affetti da tale patologia.

c) Reparti per detenuti disabili (art. 65 legge 354/1975)

"I soggetti affetti da infermità o minorazioni fisiche o psichiche devono essere assegnati ad istituti o sezioni speciali per un idoneo trattamento" (art. 65).

La disabilità esprime una grave criticità che, ancor prima di essere sanitaria e sociosanitaria è di natura giudiziaria, di esecuzione penale e di specifica gestione penitenziaria. Pur condividendo l'osservazione che gran parte dei trattamenti cd "riabilitativi" erogati ed erogabili all'interno del sistema penitenziario sono da collocarsi nel gruppo ampio dei LEA aggiuntivi (oggetto di attenzione delle Regioni per le ricadute di carattere finanziario) è da segnalare come non sembrano esservi significative alternative, posto che la disabilità in sé è una delle più frequenti motivazioni per provvedimenti custodiali alternativi anche per detenuti con episodi criminosi ad elevato allarme sociale o appartenenti ai circuiti della grande criminalità organizzata. Oltre, naturalmente, la gran parte dei trattamenti fterapici/riabilitativi usualmente effettuati all'interno degli IIPP per problematiche artrosiche/post-traumatiche etc.

Attualmente sono presenti le strutture di Parma e Bari; è inoltre prevista l'apertura di un reparto con tale destinazione nel costituendo centro clinico di Catanzaro (qualora sia attivato) e presso la Casa Circondariale di Busto Arsizio. Anche in questo caso l'eventuale modifica del panorama dell'offerta sanitaria e trattamentale non potrà che aversi al termine del monitoraggio congiunto ed in pieno accordo tra le Regioni interessate ed il Ministero della Giustizia.

d) Sezioni per minorati psichici (art. 65 legge 354/1975)

Attualmente è presente una sola sezione per minorati psichici nella Casa di reclusione di Rebibbia. Al fine di una giusta collocazione giuridica e funzionale di questa struttura o per un'eventuale implementazione di questa tipologia di strutture, si conviene sulla necessità





*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*
CONFERENZA UNIFICATA

dell'individuazione di una collocazione appropriata dei minorati psichici, rispondente al dettato normativo, stante la loro attuale presenza presso gli Ospedali Psichiatrici Giudiziari.

e) reparti di osservazione psichiatrica (art. 112, comma 1, DPR 230/2000)

L'art. 112 DPR 230/2000 non prevede espressamente reparti o sezioni di osservazione psichiatrica, ma esclusivamente l'"accertamento delle condizioni psichiche" da svolgersi "nel medesimo istituto dove il soggetto si trova o, in caso di insufficienza di quel servizio diagnostico, in altro istituto della medesima categoria".

L'Amministrazione Penitenziaria ha destinato appositi reparti allo svolgimento dell'osservazione psichiatrica. Attualmente reparti di osservazione psichiatrica sono stati realizzati nelle carceri di Monza, Torino, Bologna, Firenze, Roma Rebibbia, Reggio Calabria, Palermo, Cagliari, Livorno e Napoli. Altri reparti sono stati approntati, ma non ancora aperti presso Verona, Piacenza e Lanciano.

La creazione di apposite sezioni per l'osservazione psichiatrica, è stata sino ad oggi, una delle possibili risposte al disagio psichico all'interno del carcere, ed è una delle possibili modalità di gestione e organizzazione del servizio psichiatrico intramurario che necessita di potenziamento all'interno del sistema carcere nel suo complesso.

Si conviene quindi sull'esigenza dell'implementazione del servizio psichiatrico negli istituti penitenziari, in modo da consentire l'osservazione psichiatrica tendenzialmente in sede. In particolare si evidenzia la necessità di potenziare il servizio psichiatrico nei reparti detentivi femminili, ove si registra una insufficienza di posti letto nelle strutture finora a disposizione dall'Amministrazione, anche in ragione dell'attuale sovraffollamento.

Nelle more di possibili diverse forme di organizzazione di tale servizio, si ritiene opportuno mantenere le strutture esistenti, sottolineando però al contempo la necessità che ogni ASL competente per ciascuna struttura penitenziaria provveda alla presa in carico psichiatrica.

f) Istituti o sezioni a custodia attenuata

All'esito del monitoraggio delle strutture sanitarie, e previo accordo fra le Regioni e l'Amministrazione della Giustizia, per l'eventuale cambiamento di destinazione d'uso, potrà essere presa in considerazione l'esigenza di una rivisitazione dell'attuale panorama degli istituti e sezioni per la custodia attenuata dei tossicodipendenti, in considerazione sia delle esigenze dell'Amministrazione penitenziaria, nonché dell'impegno che le Regioni devono affrontare in termini di risorse.

Sotto tale profilo, si potrebbe ipotizzare almeno una sede in ciascun ambito regionale.

g) Strutture sanitarie esterne (art. 7 legge 296/1993)





*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA UNIFICATA

Al momento alcune regioni si sono dotate di questi specifici reparti ospedalieri detentivi, dotati di autonomia organizzativa e gestionale (Milano, Roma, Viterbo, Napoli). Tali reparti costituiscono un modello di integrazione tra gli aspetti sanitari ospedalieri e di tutela dell'ordine pubblico e della collettività, poiché assicurano standard assistenziali elevati e, al contempo, sono dotati di moderni sistemi di sorveglianza e di nuclei di personale di Polizia Penitenziaria appositamente formati e destinati ad assicurare la sicurezza dei ricoverati e degli stessi operatori.

Le azioni

- Ricognizione/monitoraggio

Fermo quanto suesposto in relazione alle strutture "indispensabili", di cui al paragrafo a) Centri clinici, punto 1, appare opportuno effettuare un'adeguata ricognizione a livello regionale delle strutture esistenti, delle tipologie e dello stato delle tecnologie per ridefinire congiuntamente una nuova mappatura nazionale di ciascun circuito di trattamento sanitario nel quale la tipologia delle singole strutture che verranno (ri)utilizzate e dovrà essere codificata in equivalenza di requisiti-autorizzazione-accreditamento alle altre analoghe.

- Definizione criteri

In analogia dovranno essere definiti criteri e modalità di ammissione oltre che le modalità di valorizzazione delle singole attività sanitarie, in relazione alle tipologie di "apparentamento" definite.

- Rete regionale

Alla luce di queste premesse sembra utile segnalare come necessaria, la differenziazione delle strutture sanitarie già in ambito regionale (ex c.d. "circuito sanitario") per una diversificazione dell'offerta sanitaria ed una sua razionalizzazione, dal livello di ambulatori di base al potenziamento di alcune strutture penitenziarie identificate. Questa redistribuzione delle risorse ha consentito, nella esperienza specificamente maturata, una offerta di maggiore gamma di prestazioni sanitarie in alcuni istituti di pena ai quali far assegnare i detenuti con problematiche sanitarie specifiche (rete sanitaria regionale ed interregionale).

- Rete nazionale

A livello nazionale, ovvero per macro-aree geografiche interregionali, sarebbe necessaria una rete di strutture sanitarie carcerarie che, avendo come nodi di interconnessioni gli istituti di riferimento sanitario regionale, comprenda sezioni specializzate per patologia (malattie infettive, disabilità, etc) nelle quali, e con modelli omogenei, assicurare ai detenuti ristretti le opportunità di terapia.

- Reparti ospedalieri

Questo approccio consente anche la rimodulazione della rete dei reparti ospedalieri destinati ai detenuti di cui all' art. 7 della L. 12 agosto 1993 n. 296 (GU n. 188 del 12 agosto 1993. ("Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 14 giugno 1993, n. 187 recante nuove misure in materia di trattamento penitenziario, nonché sull'espulsione dei cittadini stranieri") che nelle varie realtà regionali hanno assunto ed assumeranno forme e tipologie comunque differenziate anche in relazione agli standard propri di ciascuna regione, alla rete ospedaliera esistente, alle problematiche di bilancio. Tali reparti devono essere inseriti nella rete sanitaria interna ai penitenziari. Pertanto nella rete in questione vanno compresi, laddove presenti, i reparti per detenuti con la valutazione della loro congruità con il resto della rete regionale e nazionale ed attività, ispirandosi a principi di razionalità.

Principi





*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA UNIFICATA

Il ripensamento del sistema deve ispirarsi ai seguenti principi:

- l'evento patologico acuto non può essere trattato all'interno delle strutture detentive, se non di lieve entità e di volta in volta la valutazione dell'opportunità del ricovero ospedaliero è del medico del presidio sanitario dell'istituto, sia esso di guardia medica, specialista o di medicina generale, il quale avanza la richiesta alle Autorità competenti ai sensi della normativa vigente;
- in particolare, la terapia chirurgica in regime ordinario non è attuabile all'interno del sistema penitenziario, soprattutto in relazione alle procedure anestesologiche in narcosi o assimilabili; devono piuttosto, e compatibilmente con le strutture disponibili, essere potenziate le possibilità di chirurgia ambulatoriale e di day-surgery per tutte le patologie nelle quali i LEA e le singole discipline regionali prevedano siffatte modalità di erogazione;
- di converso, le patologie c.d. "croniche" devono trovare adeguato spazio di cura anche in ambito detentivo.





*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA UNIFICATA
Servizio III°: Sanità e politiche sociali

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

Oggetto:

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

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

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

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

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



*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA UNIFICATA

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

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

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

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

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

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

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

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

Il Segretario
Cons. Emenegilda Siniscalchi

Tipologia delle strutture

Seguendo la vecchia classificazione del Ministero della Giustizia e relativa alle tipologie delle strutture sanitarie nella pregressa denominazione, è possibile distinguere:

- Centri diagnostico-terapeutici e rete ospedaliera esterna ex art. 7 della L. 12 agosto 1993 n. 296.
- Reparti per HIV
- Reparti per disabili
- Servizi/sezioni/reparti di psichiatria (minorati psichici ed osservazione)
- Custodie attenuate per Tossicodipendenti
- Ambulatori interni
- Strutture sanitarie esterne

a) Centri clinici (art. 17, comma 4 DPR 230/2000)

L'acronimo C.D.T. (Centro Diagnostico Terapeutico o "centro clinico") ad oggi, indica una tipologia di strutture detentive finalizzate ad erogare un'assistenza sanitaria di differente e maggiore livello rispetto agli istituti penitenziari ordinari, in regime di "ricovero penitenziario" su richiesta anche dell'Autorità giudiziaria.

A tal proposito è necessario chiarire che l'Amministrazione penitenziaria e le Regioni si impegnano, per quanto di competenza, ad assicurare che i locali destinati ad uso sanitario, siano utilizzati specificamente ed esclusivamente a tal fine.

Attualmente nell'Amministrazione Penitenziaria sono presenti CDT presso gli istituti di Torino Lorusso e Cutugno, Milano San Vittore, Milano Opera, Parma, Pisa, Roma Regina Coeli, Napoli Poggioreale, Napoli Secondigliano, Bari, Messina, Cagliari e Sassari.

Data questa premessa è possibile identificare 3 diverse categorie:

- 1) centri clinici necessari, insopprimibili, destinati in particolare ad ospitare prevalentemente detenuti sottoposti al regime del 41 bis, che attualmente interessano le regioni Lombardia (Milano Opera) ed Emilia Romagna (Parma), nonché i centri clinici destinati in particolare ad ospitare prevalentemente detenuti appartenenti al circuito A.S e collaboratori, che interessano le regioni Toscana (Pisa), Lazio (Roma Regina Coeli) e Campania (Napoli Secondigliano). I suddetti centri clinici possono subire variazioni sulla base di informazioni provenienti dagli organi preposti alla sicurezza e all'ordine pubblico. Per tali istituti si prevede la permanenza nonché l'impegno delle regioni ad una loro implementazione
- 2) centri clinici attualmente funzionanti: per tali istituti che, in fase attuale e nelle more di ipotesi alternative sono da considerarsi fondamentali, ma non vincolati, è necessario un preventivo accordo fra le Regioni e l'Amministrazione penitenziaria per il loro utilizzo funzionale all'interno della rete assistenziale del SSR
- 3) centri clinici realizzati, ma non ancora funzionanti: Genova Marassi, Perugia, Catanzaro. Per tali istituti è necessario un accordo preventivo fra le Regioni

interessate e l'Amministrazione penitenziaria per la loro attivazione o per un loro utilizzo alternativo

b) Reparti per detenuti HIV(art. 275, comma quater c.p.p.)

Allo stato sono attivi i reparti presso le sedi di Milano Opera, Genova Marassi, Rebibbia Nuovo Complesso e Napoli Secondigliano. Si conviene sulla necessità di mantenere e, ove necessario e previ accordi fra le Regioni e l'Amministrazione penitenziaria, estendere tale tipologia di strutture per consentire all'Autorità giudiziaria di valutare la possibilità di disporre la custodia cautelare o la detenzione in carcere nei confronti di detenuti affetti da tale patologia.

c) Reparti per detenuti disabili (art. 65 legge 354/1975)

“I soggetti affetti da infermità o minorazioni fisiche o psichiche devono essere assegnati ad istituti o sezioni speciali per un idoneo trattamento” (art. 65).

La disabilità esprime una grave criticità che, ancor prima di essere sanitaria e sociosanitaria è di natura giudiziaria, di esecuzione penale e di specifica gestione penitenziaria. Pur condividendo l'osservazione che gran parte dei trattamenti cd “riabilitativi” erogati ed erogabili all'interno del sistema penitenziario sono da collocarsi nel gruppo ampio dei LEA aggiuntivi (oggetto di attenzione delle Regioni per le ricadute di carattere finanziario) è da segnalare come non sembrano esservi significative alternative, posto che la disabilità in sé è una delle più frequenti motivazioni per provvedimenti custodiali alternativi anche per detenuti con episodi criminosi ad elevato allarme sociale o appartenenti ai circuiti della grande criminalità organizzata. Oltre, naturalmente, la gran parte dei trattamenti terapeutici/riabilitativi usualmente effettuati all'interno degli IIPP per problematiche artrosiche/post-traumatiche etc.

Attualmente sono presenti le strutture di Parma e Bari; è inoltre prevista l'apertura di un reparto con tale destinazione nel costituendo centro clinico di Catanzaro (qualora sia attivato) e presso la Casa Circondariale di Busto Arsizio. Anche in questo caso l'eventuale modifica del panorama dell'offerta sanitaria e trattamentale non potrà che aversi al termine del monitoraggio congiunto ed in pieno accordo tra le Regioni interessate ed il Ministero della Giustizia.

d) Sezioni per minorati psichici (art. 65 legge 354/1975)

Attualmente è presente una sola sezione per minorati psichici nella Casa di reclusione di Rebibbia. Al fine di una giusta collocazione giuridica e funzionale di questa struttura o per un'eventuale implementazione di questa tipologia di strutture, si conviene sulla necessità dell'individuazione di una collocazione appropriata dei minorati psichici, rispondente al dettato normativo, stante la loro attuale presenza presso gli Ospedali Psichiatrici Giudiziari.

e) reparti di osservazione psichiatrica (art. 112, comma 1, DPR 230/2000)

L'art. 112 DPR 230/2000 non prevede espressamente reparti o sezioni di osservazione psichiatrica, ma esclusivamente l'“accertamento delle condizioni psichiche” da svolgersi “nel medesimo istituto dove il soggetto si trova o, in caso di insufficienza di quel servizio diagnostico, in altro istituto della medesima categoria”.

L'Amministrazione Penitenziaria ha destinato appositi reparti allo svolgimento dell'osservazione psichiatrica. Attualmente reparti di osservazione psichiatrica sono stati realizzati nelle carceri di Monza, Torino, Bologna, Firenze, Roma Rebibbia, Reggio Calabria, Palermo, Cagliari, Livorno e Napoli. Altri reparti sono stati approntati, ma non ancora aperti presso Verona, Piacenza e Lanciano.

La creazione di apposite sezioni per l'osservazione psichiatrica, è stata sino ad oggi, una delle possibili risposte al disagio psichico all'interno del carcere, ed è una delle possibili modalità di gestione e organizzazione del servizio psichiatrico intramurario che necessita di potenziamento all'interno del sistema carcere nel suo complesso.

Si conviene quindi sull'esigenza dell'implementazione del servizio psichiatrico negli istituti penitenziari, in modo da consentire l'osservazione psichiatrica tendenzialmente in sede. In particolare si evidenzia la necessità di potenziare il servizio psichiatrico nei reparti detentivi femminili, ove si registra una insufficienza di posti letto nelle strutture finora a disposizione dall'Amministrazione, anche in ragione dell'attuale sovraffollamento

Nelle more di possibili diverse forme di organizzazione di tale servizio, si ritiene opportuno mantenere le strutture esistenti, sottolineando però al contempo la necessità che ogni ASL competente per ciascuna struttura penitenziaria provveda alla presa in carico psichiatrica.

f) Istituti o sezioni a custodia attenuata

All'esito del monitoraggio delle strutture sanitarie, e previo accordo fra le Regioni e l'Amministrazione della Giustizia, per l'eventuale cambiamento di destinazione d'uso, potrà essere presa in considerazione l'esigenza di una rivisitazione dell'attuale panorama degli istituti e sezioni per la custodia attenuata dei tossicodipendenti, in considerazione sia delle esigenze dell'Amministrazione penitenziaria, nonché dell'impegno che le Regioni devono affrontare in termini di risorse.

Sotto tale profilo, si potrebbe ipotizzare almeno una sede in ciascun ambito regionale.

g) Strutture sanitarie esterne (art. 7 legge 296/1993)

Al momento alcune regioni si sono dotate di questi specifici reparti ospedalieri detentivi, dotati di autonomia organizzativa e gestionale (Milano, Roma, Viterbo, Napoli). Tali reparti costituiscono un modello di integrazione tra gli aspetti sanitari ospedalieri e di tutela dell'ordine pubblico e della collettività, poiché assicurano standard assistenziali elevati e, al contempo, sono dotati di moderni sistemi di sorveglianza e di nuclei di personale di Polizia Penitenziaria appositamente formati e destinati ad assicurare la sicurezza dei ricoverati e degli stessi operatori.

Le azioni

- Ricognizione/monitoraggio

Fermo quanto suesposto in relazione alle strutture "indispensabili", di cui al paragrafo a) Centri clinici, punto 1, appare opportuno effettuare un'adeguata ricognizione a livello regionale delle strutture esistenti, delle tipologie e dello stato delle tecnologie per ridefinire congiuntamente una nuova mappatura nazionale di ciascun circuito di trattamento sanitario nel quale la tipologia delle singole strutture che verranno (ri)utilizzate e dovrà essere codificata in equivalenza di requisiti-autorizzazione-accreditamento alle altre analoghe.

- Definizione criteri

In analogia dovranno essere definiti criteri e modalità di ammissione oltre che le modalità di valorizzazione delle singole attività sanitarie, in relazione alle tipologie di "apparentamento" definite.

- Rete regionale

Alla luce di queste premesse sembra utile segnalare come necessaria, la differenziazione delle strutture sanitarie già in ambito regionale (ex c.d. "circuito sanitario") per una diversificazione dell'offerta sanitaria ed una sua razionalizzazione, dal livello di ambulatori di base al potenziamento di alcune strutture penitenziarie identificate. Questa redistribuzione delle risorse ha consentito, nella esperienza specificamente maturata, una offerta di maggiore gamma di prestazioni sanitarie in alcuni istituti di pena ai quali far assegnare i detenuti con problematiche sanitarie specifiche (rete sanitaria regionale ed interregionale).

- Rete nazionale

A livello nazionale, ovvero per macro-aree geografiche interregionali, sarebbe necessaria una rete di strutture sanitarie carcerarie che, avendo come nodi di interconnessioni gli istituti di riferimento sanitario regionale, comprenda sezioni specializzate per patologia (malattie infettive, disabilità, etc) nelle quali, e con modelli omogenei, assicurare ai detenuti ristretti le opportunità di terapia.

- Reparti ospedalieri

Questo approccio consente anche la rimodulazione della rete dei reparti ospedalieri destinati ai detenuti di cui all' art. 7 della L. 12 agosto 1993 n. 296 (GU n. 188 del 12 agosto 1993. ("Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 14 giugno 1993, n. 187 recante nuove misure in materia di trattamento penitenziario, nonché sull'espulsione dei cittadini stranieri") che nelle varie realtà regionali hanno assunto ed assumeranno forme e tipologie comunque differenziate anche in relazione agli standard propri di ciascuna regione, alla rete ospedaliera esistente, alle problematiche di bilancio. Tali reparti devono essere inseriti nella rete sanitaria interna ai penitenziari. Pertanto nella rete in questione vanno compresi, laddove presenti, i reparti per detenuti con la valutazione della loro congruità con il resto della rete regionale e nazionale ed attività, ispirandosi a principi di razionalità.

Principi

Il ripensamento del sistema deve ispirarsi ai seguenti principi:

- l'evento patologico acuto non può essere trattato all'interno delle strutture detentive, se non di lieve entità e di volta in volta la valutazione dell'opportunità del ricovero ospedaliero è del medico del presidio sanitario dell'istituto, sia esso di guardia medica, specialista o di medicina generale, il quale avanza la richiesta alle Autorità competenti ai sensi della normativa vigente;
- in particolare, la terapia chirurgica in regime ordinario non è attuabile all'interno del sistema penitenziario, soprattutto in relazione alle procedure anestesologiche in narcosi o assimilabili; devono piuttosto, e compatibilmente con le strutture disponibili, essere potenziate le possibilità di chirurgia ambulatoriale e di day-surgery per tutte le patologie nelle quali i LEA e le singole discipline regionali prevedano siffatte modalità di erogazione;
- di converso, le patologie c.d. "croniche" devono trovare adeguato spazio di cura anche in ambito detentivo.



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

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

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

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



*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*
CONFERENZA UNIFICATA

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

Rep. n. 82 - CU del 26 novembre 2009

LA CONFERENZA UNIFICATA

Nell'odierna seduta del 26 novembre 2009:

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

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

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

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





*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA UNIFICATA

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

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

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

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

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

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

SANCISCE ACCORDO

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

IL SEGRETARIO
Cons. Ermenegilda Siniscalchi



IL PRESIDENTE
On. Dott. Raffaele Fitto



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

Premessa

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

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

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

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

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

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

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

L'integrazione degli interventi

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

gh





*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA UNIFICATA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

gh





*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA UNIFICATA

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

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

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

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

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

Accordi e Protocolli di collaborazione

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

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

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

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

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



*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA UNIFICATA

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

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

Sono da prevedere momenti di monitoraggio e verifica adeguatamente ravvicinati.

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

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

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

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

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

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





*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA UNIFICATA
Servizio III°: Sanità e politiche sociali

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

Oggetto:

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

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

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

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

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



*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA UNIFICATA

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

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

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

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

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

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

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

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

Il Segretario
Cons. Ermenegilda Siniscalchi

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

Premessa

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

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

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

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

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

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

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

L'integrazione degli interventi

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Accordi e Protocolli di collaborazione

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

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

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

Sono da prevedere momenti di monitoraggio e verifica adeguatamente ravvicinati.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*
CONFERENZA UNIFICATA

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

Rep. n. 83 - CU del 26 novembre 2009

LA CONFERENZA UNIFICATA

Nell'odierna seduta del 26 novembre 2009:

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

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

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

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

gh





*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA UNIFICATA

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

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

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

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

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

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

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

SANCISCE ACCORDO

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

IL SEGRETARIO
Cons. Ermenegilda Siniscalchi



IL PRESIDENTE
On. Dott. Raffaele Fitto



DATI SANITARI, FLUSSI INFORMATIVI E CARTELLA CLINICA ANCHE
INFORMATIZZATA

1. INTRODUZIONE

1.2 OBIETTIVI

Sono sostanzialmente due, in parte interconnessi:

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

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

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

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

1.3 NOTE SUL SISTEMA INFORMATIVO NAZIONALE

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

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

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

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

gh





*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*
CONFERENZA UNIFICATA

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

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

1.4 NOTE SULLA CARTELLA CLINICA INFORMATIZZATA

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

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

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

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

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

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

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

2. DOCUMENTO

2.1 IL MODELLO REGIONALE PER LA CARTELLA INFORMATIZZATA

gh





*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA UNIFICATA

2.1.1 Scenario

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

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

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

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

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

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

2.1.2 La ricognizione dell'esistente

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

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

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





*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA UNIFICATA

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

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

2.1.3 La Cartella Clinica Informatizzata

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

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

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

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

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

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

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





*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA UNIFICATA

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

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

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

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

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

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

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

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

* colloquiare con gli altri applicativi,

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

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

In sintesi la cartella informatizzata regionale:

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

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

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

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

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

ISTITUTO POLIGRAFICO E ZECCA DELLO STATO S.p.A. - 8





Presidenza del Consiglio dei Ministri

CONFERENZA UNIFICATA

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

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

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

2.2 IL PERCORSO ASSISTENZIALE FRA REGIONI DIVERSE

2.2.1 Esigenza di condividere la base di conoscenza

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

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

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

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

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

2.2.2 Il Fascicolo Sanitario Nazionale Informatizzato del Detenuto

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

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

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

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





*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA UNIFICATA

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

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

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

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

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

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

2.3 IL SISTEMA INFORMATIVO SULLA SALUTE IN CARCERE

2.3.1 L'analisi del possibile

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

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

Deve garantire l'impossibilità di identificazione dei soggetti trattati.

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





*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA UNIFICATA

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

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

2.3.2 Obiettivi a regime

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

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

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

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

A. Definizione del debito informativo nazionale.

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

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

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

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

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

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

B. Dati di struttura

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

i. Strutture

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

* Prestazioni erogabili (Elenco e descrizione)





*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*
CONFERENZA UNIFICATA

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

ii. Personale

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

2.4 ASPETTI TECNOLOGICI E LOGISTICI

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

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

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

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

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

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

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

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

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





*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA UNIFICATA
Servizio III°: Sanità e politiche sociali

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

Oggetto:

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

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

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

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

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



*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA UNIFICATA

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

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

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

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

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

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

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

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

Il Segretario
Cons. Emenegilda Siniscalchi

DATI SANITARI, FLUSSI INFORMATIVI E CARTELLA CLINICA ANCHE INFORMATIZZATA

1. INTRODUZIONE

1.2 OBIETTIVI

Sono sostanzialmente due, in parte interconnessi:

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

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

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

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

1.3 NOTE SUL SISTEMA INFORMATIVO NAZIONALE

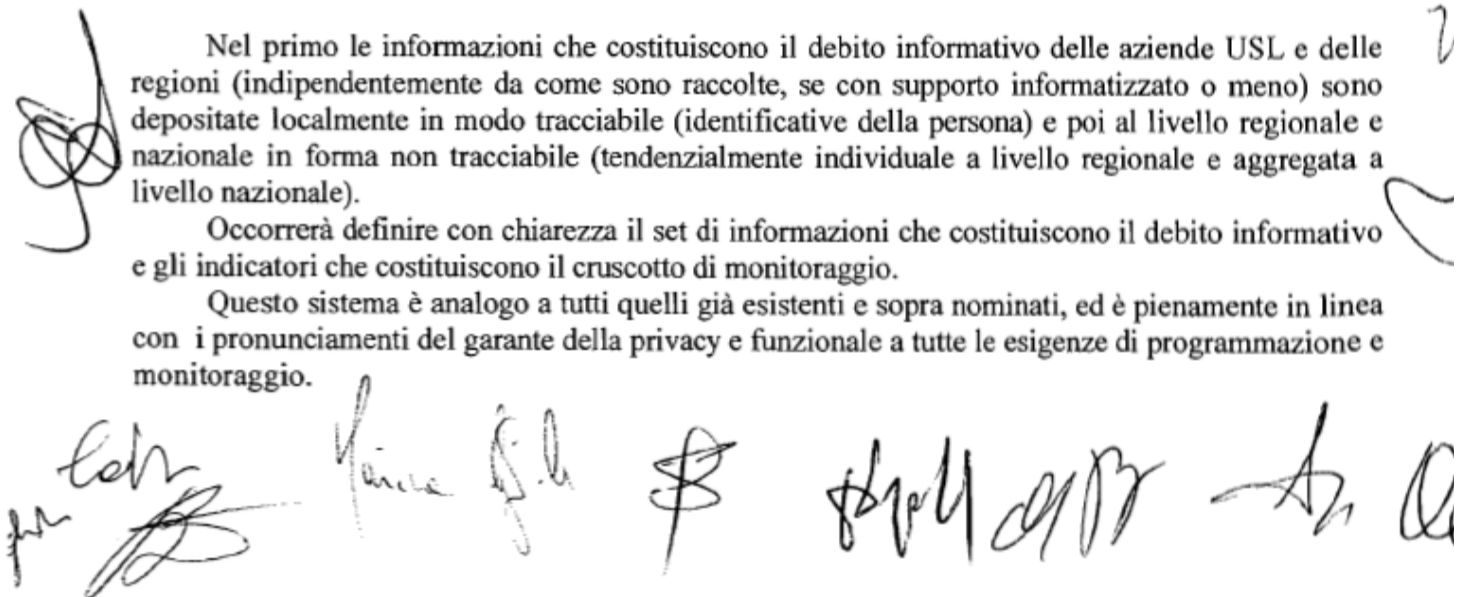
Si ritiene importante procedere alla costruzione di un sistema informativo nazionale quale strumento per il monitoraggio delle attività, la programmazione, la ricerca sui servizi, la mobilità economica delle prestazioni, la garanzia del passaggio delle informazioni in caso di trasferimento del detenuto/minore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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

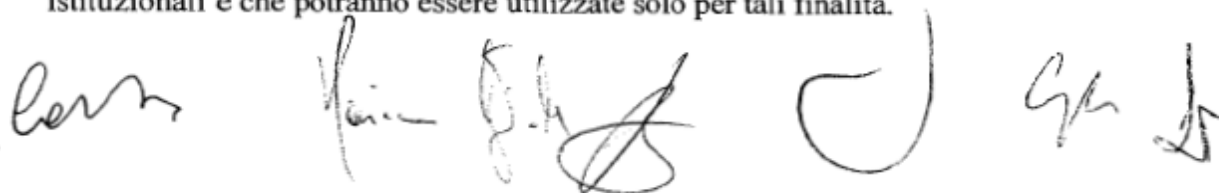
In riferimento all'esercizio di queste funzioni ed in particolare al trasferimento dei detenuti, sia in ambito regionale che sull'intero territorio nazionale, si conviene che l'Amministrazione penitenziaria e la Giustizia minorile hanno necessità di accedere a tutti i dati sanitari relativi al singolo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

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

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

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

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



1.4 NOTE SULLA CARTELLA CLINICA INFORMATIZZATA

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

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

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

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

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

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

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

2. DOCUMENTO

2.1 IL MODELLO REGIONALE PER LA CARTELLA INFORMATIZZATA

2.1.1 Scenario

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

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



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

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

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

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

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

2.1.2 La ricognizione dell'esistente

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

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

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

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

2.1.3 La Cartella Clinica Informatizzata

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

The image shows a series of handwritten signatures and a stamp. From left to right: a signature that appears to be 'L. ...', a signature that appears to be 'P. ...', a signature that appears to be 'G. ...', a large, stylized signature that appears to be 'M.', a signature that appears to be 'S.', and a signature that appears to be 'R.'. There is also a circular stamp or mark between the 'M.' and 'S.' signatures.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

In sintesi la cartella informatizzata regionale:

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

2.2 IL PERCORSO ASSISTENZIALE FRA REGIONI DIVERSE

2.2.1 Esigenza di condividere la base di conoscenza

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

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

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

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

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

2.2.2 Il Fascicolo Sanitario Nazionale Informatizzato del Detenuto

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

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

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

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

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

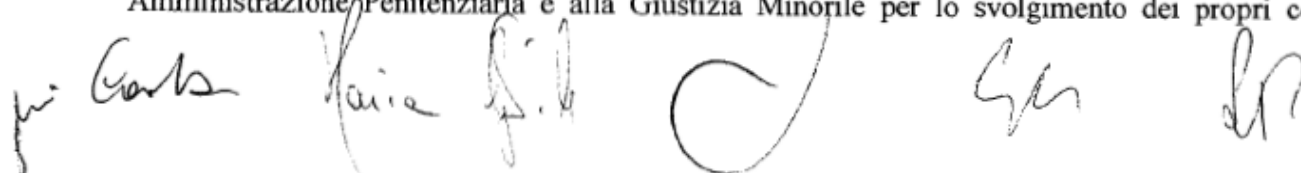
* modello distribuito: prevede la realizzazione di un database di livello regionale (anche come componente integrata nella più complessiva "carta sanitaria del cittadino" che varie regioni stanno approntando). I database regionali in questo caso sono accedibili da chi ne possiede i diritti per il tramite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

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

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

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

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



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

2.3 IL SISTEMA INFORMATIVO SULLA SALUTE IN CARCERE

2.3.1 L'analisi del possibile

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

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

Deve garantire l'impossibilità di identificazione dei soggetti trattati.

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

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

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

2.3.2 Obiettivi a regime

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

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

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

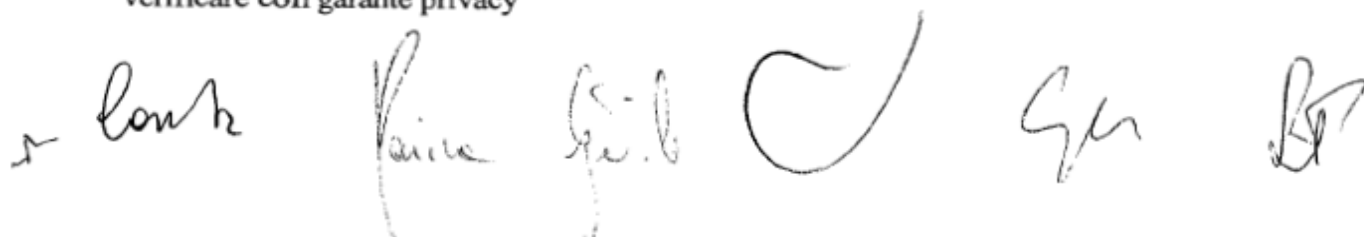
Quanto precede dovrà essere attuato secondo le norme vigenti in tema di regolamento privacy. Si prevede, analogamente ad altri settori già attivati, che i dati dovranno essere in formato individuale, ma privi degli elementi identificativi, essere cioè perfettamente anonimizzati.

A. Definizione del debito informativo nazionale.

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

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

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



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

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

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

B. Dati di struttura

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

i. Strutture

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

* Prestazioni erogabili (Elenco e descrizione)

* Dotazioni strumentali (Elenco e descrizione)

* Orario Giornaliero di funzionamento

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

ii. Personale

* Struttura di appartenenza

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

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

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

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

2.4 ASPETTI TECNOLOGICI E LOGISTICI

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Handwritten signatures and initials:
Left side: "L.M." and "g.m." (vertical)
Middle: "P. A. S. A." (vertical)
Center: A large circular mark with a checkmark inside.
Right side: "S.M." and "A.T." (vertical)

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

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

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

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



*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA UNIFICATA

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

Rep. n. 84 - c.v del 26 novembre 2009

LA CONFERENZA UNIFICATA

Nell'odierna seduta del 26 novembre 2009:

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

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

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

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





*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*
CONFERENZA UNIFICATA

CONSIDERATO che nel predetto Allegato C al D.P.C.M. 1° aprile 2008 si prevede, tra l'altro, che tramite specifici Accordi vengono definiti la tipologia assistenziale e le forme della sicurezza, gli standard di organizzazione e i rapporti di collaborazione tra le amministrazioni coinvolte;

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

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

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

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

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

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

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





*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*
CONFERENZA UNIFICATA

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

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

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

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

SANCISCE ACCORDO

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

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

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





*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA UNIFICATA

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

CASTIGLIONE DELLE STIVIERE

Utenza maschile delle seguenti regioni:

Lombardia
Valle d'Aosta
Piemonte

Utenza femminile delle seguenti regioni:

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

REGGIO EMILIA

Utenza maschile delle seguenti regioni:

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

MONTELUPO FIORENTINO

Utenza maschile delle seguenti regioni:

Toscana
Umbria
Liguria
Sardegna

CAMPANIA (NAPOLI E AVERSA)

Utenza maschile delle seguenti regioni:

Campania
Abruzzo
Molise
Lazio

BARCELLONA POZZO DI GOTTO

Utenza maschile delle seguenti regioni:





*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*
CONFERENZA UNIFICATA

Sicilia
Calabria
Basilicata
Puglia

Utenza femminile delle seguenti regioni:

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

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

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

IL SEGRETARIO
Cons. Ermenegilda Siniscalchi



IL PRESIDENTE
On. Dott. Raffaele Fitto



*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*
CONFERENZA UNIFICATA

Servizio III°: Sanità e politiche sociali

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

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

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

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

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

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

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

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



*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*
CONFERENZA UNIFICATA

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

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

Al predetto Comitato sono demandati i seguenti compiti:

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

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

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

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

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



*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*
CONFERENZA UNIFICATA

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

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

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

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

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

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

Il Segretario
Cons. Ermenegilda Siniscalchi

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

La CONFERENZA UNIFICATA

Sancisce accordo

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

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

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



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

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

CASTIGLIONE DELLE STIVIERE

Utenza maschile delle seguenti regioni:

Lombardia

Valle d'Aosta

Piemonte

Utenza femminile delle seguenti regioni:

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

REGGIO EMILIA

Utenza maschile delle seguenti regioni:

Emilia-Romagna

PPAA Trento e Bolzano

Friuli Venezia Giulia

Veneto

Marche

MONTELUPO FIORENTINO

Utenza maschile delle seguenti regioni:

Toscana

Umbria

Liguria

Sardegna

CAMPANIA (NAPOLI E AVERSA)

Utenza maschile delle seguenti regioni:

Campania

Abruzzo

Molise

Lazio

BARCELLONA POZZO DI GOTTO

Utenza maschile delle seguenti regioni:

Sicilia

Calabria

Basilicata

Puglia

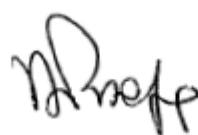

Utenza femminile delle seguenti regioni:

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

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

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

Roma, 17 Novembre 2009



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

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

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



*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*
CONFERENZA UNIFICATA

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

Rep. Atti n. 57-58 del 26/11/2008

LA CONFERENZA UNIFICATA

Nella odierna seduta del 26 novembre 2009:

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

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

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

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

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





*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*
CONFERENZA UNIFICATA

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

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

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

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

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

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

SANCISCE INTESA

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

IL SEGRETARIO
Cons. Ermenegilda Siniscalchi



IL PRESIDENTE
On.le Dott. Raffaele Fitto

Allegato A



Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali

Settore Salute

Dipartimento della Qualità

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

Proposta di deliberazione per il CIPE

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

Difatti:

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

gh



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

Si allega la relativa tabella di riparto.

Roma,

Il Ministro





*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA UNIFICATA

Servizio III^o: Sanità e politiche sociali

CONFERENZA UNIFICATA

Seduta del 26 novembre 2009

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

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

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

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

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

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

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



*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*
CONFERENZA UNIFICATA

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

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

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

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

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

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

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

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

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



*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA UNIFICATA

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

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

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

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

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

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

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

Il Segretario
Cons. Ermenegilda Siniscalchi

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

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

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

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



*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*
CONFERENZA UNIFICATA

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

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

LA CONFERENZA UNIFICATA

Nell'odierna seduta dell'8 luglio 2010:

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

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

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

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





*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*
CONFERENZA UNIFICATA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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





*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*
CONFERENZA UNIFICATA

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

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

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

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

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

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

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

SANCISCE ACCORDO

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

IL SEGRETARIO
Cons. Ermenegilda Siniscalchi



IL PRESIDENTE
On. Dott. Raffaele Fitto

Allegato A

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

Premessa

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

Una prima rilevazione

Entro il 31 luglio 2010, dovranno essere forniti:

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

Di seguito vengono elencate più nel dettaglio le informazioni da rilevare

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

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

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

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



Istituti penitenziari per adulti

per ciascun istituto indicare

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

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

Strutture e servizi della Giustizia minorile

per ciascun Istituto penale per minori indicare

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

per ciascun Centro di Prima Accoglienza indicare

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

Rilevare inoltre:

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

per le comunità terapeutiche, rilevare:

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

per le comunità socio educative ministeriali, rilevare:

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

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

Trasmissione dei dati

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

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

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

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

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

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

Le azioni successive

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

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

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

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

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

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

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

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



presa in carico:

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

continuità assistenziale:

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

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

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



APPENDICE

Sono allegate sette schede:

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

Tutte le schede di rilevazione raccolte devono essere firmate:

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



Assistenza sanitaria ai detenuti e ai minori sottoposti a provvedimento penale

SCHEDA N°1

PROGRAMMAZIONE REGIONALE

Regione.....

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

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

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

SI NO

se SI, specificare le tematiche oggetto di programmazione

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

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

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

SI NO

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

SI NO

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

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

FIRMA del Responsabile della Regione



Assistenza sanitaria ai detenuti e ai minori sottoposti a provvedimento penale

SCHEMA N°2

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

Regione:

Azienda sanitaria di riferimento territoriale:

Denominazione dell'Istituto di pena:

ATTI DI GESTIONE AZIENDALE
alla data del 31 dicembre 2009

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

SI NO

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

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

ACCORDI E CONVENZIONI
alla data del 31 dicembre 2009

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

SI NO

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

SI NO

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

SI NO

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

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



DATI ORGANIZZATIVI

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

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

h



Denominazione Istituto penale adulti:
 Scheda 2

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

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



Denominazione Istituto penale adulti: _____
Scheda 2

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

Nell'Istituto sono presenti:

Ambulatorio SI NO

Infermeria SI NO

Centri diagnostico-terapeutici SI NO

Se SI indicare il n° di posti.....

Reparti per HIV SI NO

Se SI indicare il n° di posti.....

Reparti per disabili SI NO

Se SI indicare il n° di posti.....

Reparti di osservazione psichiatrica SI NO

Se SI indicare il n° di posti.....

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

Se SI indicare il n° di posti.....

Custodie attenuate per Tossicodipendenti SI NO

Se SI indicare il n° di posti

IL RESPONSABILE SANITARIO

IL DIRETTORE DELL'ISTITUTO



Assistenza sanitaria ai detenuti e ai minori sottoposti a provvedimento penale

SCHEDA N°3

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

Regione:

Azienda sanitaria di riferimento territoriale:

denominazione dell'Ospedale:

Tipologia 1:

reparto ospedaliero autonomo (disciplina ospedaliera: "detenuti")

n. posti letto:

presenza polizia penitenziaria 24 h

SI NO

Tipologia 2:

camere blindate in reparto ospedaliero

n. posti letto:

presenza polizia penitenziaria 24 h

SI NO

IL RESPONSABILE SANITARIO

gh



Assistenza sanitaria ai detenuti e ai minori sottoposti a provvedimento penale

SCHEDA N°4

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

Regione:

Azienda sanitaria di riferimento territoriale:

Denominazione dell'Istituto o CPA :

ATTI DI GESTIONE
alla data del 31 dicembre 2009

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

SI NO

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

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

ACCORDI E CONVENZIONI
alla data del 31 dicembre 2009

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

SI NO

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

SI NO

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

SI NO

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

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



DATI ORGANIZZATIVI

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

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




Denominazione IPM o CPA:
 Scheda 4

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

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

IL RESPONSABILE SANITARIO

IL DIRETTORE DELL'ISTITUTO O DEL CPA



gh

Assistenza sanitaria ai detenuti e ai minori sottoposti a provvedimento penale

SCHEDA N°5

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

Regione:

Azienda sanitaria di riferimento territoriale:

Comunità ministeriale (denominazione):

Indirizzo:

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

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

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

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

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

gh



Assistenza sanitaria ai minori sottoposti a provvedimento penale

SCHEDA N°6

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

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

Regione:

Azienda sanitaria di riferimento territoriale:

Comunità terapeutica (denominazione):

Tipologia:

pubblica

privata accreditata

privata autorizzata

Indirizzo:

Numero di minori sottoposti a provvedimento penale presenti al 31.12.2009:

Tipologia di pazienti:

minori con tossicodipendenza

minori con disturbi mentali

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

DATI ORGANIZZATIVI

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

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





Servizio III°: Sanità e politiche sociali

CONFERENZA UNIFICATA

Seduta dell'8 luglio 2010

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

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

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

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

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

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

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



*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*
CONFERENZA UNIFICATA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*
CONFERENZA UNIFICATA

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

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

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

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

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

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

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

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

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



*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*
CONI LR-17A UNIFICATA

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

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

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

Il Segretario
Cons. Ermenegilda Siniscalchi

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

Premessa

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Una prima rilevazione

Entro il 31 luglio 2010, dovranno essere forniti:

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

Di seguito vengono elencate più nel dettaglio le informazioni da rilevare

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

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

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

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

Istituti penitenziari per adulti

per ciascun istituto indicare

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

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

Strutture e servizi della Giustizia minorile

per ciascun Istituto penale per minori indicare

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

per ciascun Centro di Prima Accoglienza indicare

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

Rilevare inoltre:

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

per le comunità terapeutiche, rilevare:

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

per le comunità socio educative ministeriali, rilevare:

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

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

Trasmissione dei dati

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

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

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

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

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

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

Le azioni successive

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

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

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

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

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

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

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

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



presa in carico:

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

continuità assistenziale:

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

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

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



APPENDICE

Sono allegate sette schede:

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

Tutte le schede di rilevazione raccolte devono essere firmate:

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



Assistenza sanitaria ai detenuti e ai minori sottoposti a provvedimento penale

SCHEDA N°1

PROGRAMMAZIONE REGIONALE

Regione.....

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

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

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

SI NO

se SI, specificare le tematiche oggetto di programmazione

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

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

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

SI NO

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

SI NO

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

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

FIRMA del Responsabile della Regione



Assistenza sanitaria ai detenuti e ai minori sottoposti a provvedimento penale

SCHEDA N°2

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

Regione:

Azienda sanitaria di riferimento territoriale:

Denominazione dell'Istituto di pena:

ATTI DI GESTIONE AZIENDALE
alla data del 31 dicembre 2009

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

SI NO

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

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

ACCORDI E CONVENZIONI
alla data del 31 dicembre 2009

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

SI NO

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

SI NO

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

SI NO

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

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

Denominazione Istituto penale adulti: _____
Scheda 2

DATI ORGANIZZATIVI

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

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

Denominazione Istituto penale adulti: _____

Scheda 2

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

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

Denominazione Istituto penale adulti: _____

Scheda 2

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

Nell'Istituto sono presenti:

Ambulatorio SI NO

Infermeria SI NO

Centri diagnostico-terapeutici SI NO

Se SI indicare il n° di posti.....

Reparti per HIV SI NO

Se SI indicare il n° di posti.....

Reparti per disabili SI NO

Se SI indicare il n° di posti.....

Reparti di osservazione psichiatrica SI NO

Se SI indicare il n° di posti.....

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

Se SI indicare il n° di posti.....

Custodie attenuate per Tossicodipendenti SI NO

Se SI indicare il n° di posti

IL RESPONSABILE SANITARIO

IL DIRETTORE DELL'ISTITUTO



Assistenza sanitaria ai detenuti e ai minori sottoposti a provvedimento penale

SCHEDA N°3

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

Regione:

Azienda sanitaria di riferimento territoriale:

denominazione dell'Ospedale:

Tipologia 1:

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

Tipologia 2:

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

IL RESPONSABILE SANITARIO

gh

Denominazione IPM o CPA:

Scheda 4

DATI ORGANIZZATIVI

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

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

Denominazione IPM o CPA: _____

Scheda 4

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

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

IL RESPONSABILE SANITARIO

IL DIRETTORE DELL'ISTITUTO O DEL CPA



Assistenza sanitaria ai detenuti e ai minori sottoposti a provvedimento penale

SCHEDA N°5

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

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

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

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

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

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



Assistenza sanitaria ai minori sottoposti a provvedimento penale

SCHEDA N°6

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

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

Regione:

Azienda sanitaria di riferimento territoriale:

Comunità terapeutica (denominazione):

Tipologia:

pubblica

privata accreditata

privata autorizzata

Indirizzo:

Numero di minori sottoposti a provvedimento penale presenti al 31.12.2009:

Tipologia di pazienti:

minori con tossicodipendenza

minori con disturbi mentali

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

DATI ORGANIZZATIVI

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

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

gh

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

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



*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

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

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

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

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

Nella odierna seduta del 23 settembre 2010:

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

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

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

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





*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

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

Servizio III^o: Sanità e politiche sociali

CONFERENZA STATO-REGIONI

Seduta del 23 settembre 2010

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

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

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

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

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

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



*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

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

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

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

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

Il Direttore
Cons. Ermenegilda Siniscalchi





Ministero della Salute

IL MINISTRO

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

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

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

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

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

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

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

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

ACQUISITA l'Intesa della Conferenza Stato Regioni nella seduta del

DECRETA

Art. 1

Il fondo di 60,5 milioni di euro da assegnare, per l'anno 2008, alle regioni e alle province autonome di Trento e Bolzano per il cofinanziamento dei progetti attuativi del Piano Sanitario Nazionale è ripartito secondo quanto riportato nella tabella allegata che forma parte integrante del presente decreto (allegato 1).

Art. 2

La materiale erogazione delle risorse è subordinata all'adempimento, da parte delle regioni e delle province autonome, di quanto di seguito prescritto nel termine di trenta giorni dell'entrata in vigore del presente decreto:

- a) presentazione di documentazione integrativa in materia di indicatori e/o risultati operativi attesi per ogni progetto presentato;
- b) nei confronti delle Province autonome di Trento e Bolzano si applicano le disposizioni di cui all'art. 5 della legge 30.11.1989, n. 386.

Art. 3

All'erogazione dei fondi si provvederà con singoli decreti dirigenziali da emanarsi previa verifica degli adempimenti richiesti.

Il presente decreto, trasmesso agli organi di controllo per gli adempimenti di competenza, entra in vigore il giorno successivo a quello della sua pubblicazione sulla Gazzetta Ufficiale.

Roma, li

IL MINISTRO

ALLEGATO 1

**RIPARTIZIONE DEL FONDO PER IL COFINANZIAMENTO DEI PROGETTI ATTUATIVI
DEL PIANO SANITARIO NAZIONALE PER L'ANNO 2008**

	CASA DELLA SALUTE	MALATTIE RARE	RETE UNITA SPINALI E STRUTTURE CEREBROLESI	SALUTE E SICUREZZA SUL LAVORO	INTEGRAZIONE TRA D.S.M. E O.P.G.	GUADAGNARE SALUTE
Piemonte	3.000.000,00	389.318,00	300.000,00		350.000,00	
Lombardia	1.300.000,00	1.531.445,00	515.000,00	1.750.000,00	1.100.000,00	1.360.000,00
Liguria	2.000.000,00	129.836,00	1.808.500,00			
P. A. Trento	225.000,00	100.000,00	350.000,00		50.000,00	430.000,00
F. V. Giulia		294.317,00				
Veneto	3.000.000,00	389.568,00	1.000.000,00	500.000,00	400.000,00	726.000,00
E. Romagna	900.000,00	411.445,00	1.030.508,00	726.781,00	350.000,00	600.000,00
Toscana	15.965.528,00	332.458,00	800.000,00	2.240.000,00	300.000,00	700.000,00
Umbria	701.004,00	175.935,00	114.918,00	229.837,00	50.000,00	114.918,00
Marche	3.000.000,00	125.684,00	1.100.000,00	350.000,00	300.000,00	165.000,00
Lazio				700.000,00		
Puglia	2.000.000,00	360.000,00	300.000,00	1.200.000,00	350.000,00	320.000,00
Sardegna		242.000,00	445.000,00	350.000,00	150.000,00	300.000,00
TOTALE	32.091.532,00	4.482.006,00	7.763.926,00	6.046.618,00	3.400.000,00	4.715.918,00

2.14 Intesa, ai sensi dell'articolo 115, comma 1, lettera a), del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, sulla proposta del Ministero della salute di deliberazione CIPE concernente il riparto per l'anno 2010 delle risorse finanziarie trasferite nella disponibilità del Servizio Sanitario Nazionale, ai sensi dell'articolo 6 del DPCM 1° aprile 2008, ai fini dell'esercizio delle funzioni sanitarie afferenti alla medicina penitenziaria.

Rep. Atti n. 111/CU del 28 ottobre 2010



*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA UNIFICATA

Intesa, ai sensi dell'articolo 115, comma 1, lettera a), del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, sulla proposta del Ministero della salute di deliberazione CIPE concernente il riparto per l'anno 2010 delle risorse finanziarie trasferite nelle disponibilità del Servizio Sanitario Nazionale, ai sensi dell'articolo 6 del DPCM 1° aprile 2008, ai fini dell'esercizio delle funzioni sanitarie afferenti alla medicina penitenziaria.

Rep. Atti n. *111/ku* del *28/10/2010*

LA CONFERENZA UNIFICATA

Nella odierna seduta del 28 ottobre 2010:

VISTO il decreto legislativo 15 dicembre 1997, n. 446, che, all'articolo 39, comma 1, demanda al CIPE, su proposta del Ministro della sanità, d'intesa con la Conferenza Stato - Regioni, l'assegnazione annuale alle Regioni e alle Province autonome delle quote del fondo sanitario nazionale di parte corrente;

VISTO l'articolo 115, comma 1, lett. a), del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, il quale dispone che il riparto delle risorse per il finanziamento del Servizio sanitario nazionale avvenga previa intesa con con la Conferenza Stato - Regioni;

VISTO l'articolo 2, comma 283, della legge 24 dicembre 2007, n. 244 (Finanziaria 2008) il quale prevede che, al fine di dare attuazione al riordino della medicina penitenziaria comprensivo dell'assistenza sanitaria negli istituti penali minorili, nei centri di prima accoglienza, nelle comunità e negli ospedali psichiatrici giudiziari, con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro della salute e del Ministro della giustizia, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze e con il Ministro per le riforme e le innovazioni nella pubblica amministrazione, di intesa con la Conferenza Stato - Regioni, sono definite le modalità ed i criteri per il trasferimento dal Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria e dal Dipartimento della giustizia minorile del Ministero della giustizia al Servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali, in materia di sanità penitenziaria;

VISTA l'intesa sullo schema di D.P.C.M. di cui trattasi, perfezionata nella seduta del 20 marzo 2008 (Rep. atti n. 91);

VISTO il comma 1 dell'articolo 6 del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 1° aprile 2008 ("Modalità e criteri per il trasferimento al Servizio Sanitario Nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria"), emanato in attuazione del menzionato art. 2, comma 283, della legge n. 244/2007, che prevede che, ai fini dell'esercizio da parte del Servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie afferenti alla medicina penitenziaria, le risorse finanziarie trasferite nelle disponibilità del Servizio sanitario nazionale sono quantificate complessivamente in 157,8 milioni di euro per l'anno 2008, in 162,8 milioni di euro per l'anno 2009 e in 167,8 milioni di euro a decorrere dall'anno 2010;

REPUBBLICA ITALIANA - PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI - 111/ku - 28/10/2010





*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*
CONFERENZA UNIFICATA

VISTO il comma 2 del predetto articolo 6 del D.P.C.M. 1° aprile 2008 che stabilisce, inoltre, che, in fase di prima applicazione del D.P.C.M. medesimo, le risorse finanziarie di cui al menzionato comma 1 sono ripartite tra le Regioni, sulla base anche della tipologia delle strutture penitenziarie e dei servizi minorili presenti sul territorio di competenza, nonché dei flussi di accesso ai medesimi, secondo criteri definiti in sede di Conferenza Stato – Regioni;

CONSIDERATO che questa Conferenza, nella seduta del 31 luglio 2008, ha deliberato (Rep. Atti n. 81/CU) la costituzione del "Tavolo di consultazione permanente sulla sanità penitenziaria", di cui all'Allegato A del più volte detto D.P.C.M. 1° aprile 2008, tra i cui compiti è previsto anche l'espletamento dell'attività istruttoria dei provvedimenti, da sottoporre all'esame di questa Conferenza medesima, attuativi del D.P.C.M. in parola, ivi compreso quello previsto dal richiamato articolo 6;

VISTA la lettera in data 9 ottobre 2009 con la quale il Ministero della salute ha trasmesso la proposta di deliberazione CIPE in oggetto;

VISTA la lettera del 13 ottobre 2010 con la quale la predetta proposta è stata diramata alle Regioni e Province autonome e all'ANCI, all'UPI e all'UNCCEM;

CONSIDERATO che, nel corso della riunione del Tavolo di consultazione permanente svoltasi il 19 ottobre 2010, i componenti del Tavolo medesimo hanno espresso assenso tecnico sulla proposta di deliberazione CIPE in oggetto;

ACQUISITO, nel corso dell'odierna seduta, l'assenso del Governo, delle Regioni e delle Province Autonome di Trento e di Bolzano e dell'ANCI, dell'UPI e dell'UNCCEM sulla proposta di deliberazione in esame, nel testo trasmesso dal Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali, Allegato A, parte integrante del presente atto;

SANCISCE INTESA

sulla proposta del Ministero della salute di deliberazione CIPE concernente il riparto per l'anno 2010 delle risorse finanziarie trasferite nelle disponibilità del Servizio sanitario nazionale, ai sensi dell'articolo 6 del DPCM 1° aprile 2008, ai fini dell'esercizio delle funzioni sanitarie afferenti alla medicina penitenziaria.

IL SEGRETARIO
Cons. Ermenegilda Siniscalchi



IL PRESIDENTE
On.le Dott. Raffaele Fitto



Ministero della Salute

Dipartimento della Qualità

Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, dei livelli di assistenza e dei principi etici di sistema
Uff. IV

Proposta di deliberazione per il CIPE

Oggetto: Fondo Sanitario Nazionale 2010: ripartizione della quota destinata al finanziamento della sanità penitenziaria. Richiesta di intesa alla Conferenza Stato-Regioni.

L'articolo 2, comma 283 della legge 244/07 ha previsto che con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro della salute e del Ministro della giustizia, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze e con il Ministro per le riforme e le innovazioni nella pubblica amministrazione, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano vengano definite le modalità ed i criteri per il trasferimento, dal Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria e dal Dipartimento della giustizia minorile del Ministero della giustizia al Servizio sanitario nazionale, di tutte le funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali, afferenti alla sanità penitenziaria, stanziando a tal proposito l'importo di euro 157,8 milioni per l'anno 2008, 162,8 milioni per il 2009 e 167,8 milioni a decorrere dal 2010.

Con la presente proposta si provvedono a ripartire i predetti **167,8 milioni di euro** da trasferire nelle disponibilità del Servizio sanitario nazionale sul capitolo di spesa del Fondo sanitario nazionale per il finanziamento delle spese che le Aziende sanitarie locali devono sostenere per effetto del sopradescritto trasferimento di funzioni.

Il suddetto importo di 167,8 milioni di euro è costituito per :

- a) 147,8 mln di euro dalle somme iscritte nel capitolo dello stato di previsione della spesa del Ministero della Giustizia e trasferite in parte al FSN;
- b) 20 mln di euro dalle somme iscritte nel capitolo dello stato di previsione della spesa del Ministero della Salute e trasferite al FSN.

Il criterio di riparto della somma complessiva stanziata per l'anno 2010 è agganciato:



- a) per 2/3 sulla base di criteri di riparto che sono stati appositamente individuati, al fine di assicurare una ripartizione il più possibile congrua rispetto al fabbisogno di ciascuna regione, nel momento in cui la sanità penitenziaria è passata dalle competenze del Ministero della Giustizia a quelle del Ssn. Tali criteri risultano innovativi rispetto a quelli prettamente storici utilizzati in sede di riparto per il 2008, allorché si era ritenuto di proporzionare la quota spettante alla "spesa storica" sostenuta nel 2006 dai Dipartimenti del Ministero della Giustizia.

Con detti nuovi criteri, peraltro già utilizzati in sede di riparto delle risorse per l'anno 2009, è stata valorizzata maggiormente la presenza degli OPG e dei Centri clinici nelle singole regioni, alle quali è stata assicurata una quota di finanziamento ad hoc parametrata alle necessità di avviare un programma specifico di riorganizzazione dei servizi; inoltre, si è tenuto conto del peso percentuale delle presenze dei detenuti al 31.07.2006 rideterminato con i seguenti 2 fattori di correzione:

- n° di ingressi dei detenuti per regioni Anno 2007 comunicato dal Ministero della Giustizia
- n° di strutture penitenziarie di 3° livello (fino a 200 detenuti) per regioni comunicato dal Ministero della Giustizia che devono comunque sostenere costi fissi di personale e di struttura, indipendentemente dal numero di accesso dei detenuti.

I nuovi criteri prendono come riferimento le somme complessivamente messe a disposizione per il 2010, pari a **167,8 mln** di euro e assume che le stesse debbano essere così ripartite:

- per **23,093** mln di euro quale quota a favore delle **RSO** e delle **RSS** per la copertura degli oneri relativi agli OPG (cfr. Colonna A tabella riparto allegato);
- per **8,675** mln di euro quale quota a favore delle **RSO** e delle **RSS** per la copertura degli oneri relativi ai Centri clinici (cfr. Colonna B tabella riparto allegato);
- per **136,032** mln di euro quale quota residuale dopo aver finanziato le regioni nelle quali insistono gli OPG ed i Centri clinici in proporzione al peso percentuale delle presenze di detenuti sul territorio corretto sulla base dei 2 fattori di correzione sopradescritti (cfr. Colonna C tabella riparto allegato);



- b) per 1/3 alla spesa storica 2006 ricostruita a regime per il 2008 sulla base delle risorse disponibili per detto anno, così come effettuato in sede di riparto delle risorse finanziarie a titolo di competenza per il medesimo anno 2008.

Anche detto criterio storico prende come riferimento le somme complessivamente messe a disposizione per il 2010, pari a **167,8 mln** di euro e assume che le stesse debbano essere ripartite per **154,117** mln di euro (cfr. Colonna E della tabella di riparto allegata) nel seguente modo:

- **128,453** mln di euro in proporzione alla spesa storica 2008 a regime alle sole **Regioni a statuto ordinario (RSO)**, comprensivi dei maggiori oneri per il personale che le Aziende sanitarie locali del Servizio sanitario nazionale dovranno sostenere per effetto dell'inquadramento nei propri ruoli di complessivi 518 unità di personale a tempo indeterminato, quantificati su base annua secondo i criteri desumibili dalla relazione tecnica al DPCM 1° aprile 2008;
- **25,664** mln di euro quale importo che *continua a gravare sul capitolo del Ministero della Giustizia*, per far fronte alle esigenze finanziarie delle **Regioni a statuto speciale e province autonome di Trento e Bolzano (RSS)**, in applicazione di quanto previsto dall'articolo 8 di detto DPCM del 1° aprile 2008 che stabilisce che il trasferimento delle funzioni dell'Amministrazione penitenziaria e della Giustizia minorile alle Province Autonome di Trento e Bolzano ed alle Regioni a statuto speciale avverrà solo di seguito all'emanazione delle norme di attuazione secondo i loro rispettivi statuti e che, pertanto, l'onere del personale dipendente di tali regioni e province autonome resta a carico del Ministero della Giustizia.

Per i restanti **13,682 mln** di euro (cfr. Colonna F della tabella di riparto allegata) nel seguente altro modo:

- **10,874** mln di euro quale quota a favore delle **RSO** per la copertura degli oneri relativi ai Centri clinici e degli OPG, *a valere sulla quota parte di stanziamento del Ministero della salute*. Tale finalizzazione si rende necessaria al fine di rispondere alla necessità di rispondere alle specifiche esigenze di sicurezza che si impongono nei confronti di alcune categorie di detenuti (fra i quali quelli soggetti sottoposti al



regime penitenziario di cui all'art. 41bis del Codice Penale in quanto esponenti della criminalità organizzata di stampo mafioso), collaboratori di giustizia ed altri ristretti a regime di elevato indice di vigilanza (per quanto attiene i Centri clinici) e della necessità di avviare un programma specifico di riorganizzazione dei servizi e di azioni per la tutela della salute mentale che richiede un significativo investimento di risorse professionali e finanziarie (per quanto attiene gli OPG);

- **2,808** milioni di euro quale quota da accantonare (**e da non ripartire in questa sede**), a valere sulla quota parte di stanziamento del Ministero della salute, per far fronte alle esigenze finanziarie delle RSS per la copertura dei maggiori oneri del personale e degli OPG, nel caso in cui le stesse dovessero adottare i regolamenti di attuazione nel corso del 2010.

Il risultato di tale "criterio misto" è riportato nella colonna (H) della tabella di riparto. Con l'adozione di tale "criterio misto" si è inteso continuare, anche per il 2010, il percorso di superamento graduale del criterio della "spesa storica", già iniziato nel 2009, ed il conseguente definitivo passaggio ai "nuovi criteri" a partire dal 2011.

Dell'intera somma di euro **167,8** mln (colonna H della tabella di riparto) si è ritenuto necessario distinguere, infine, la quota spettante alle Regioni a statuto ordinario da quelle a statuto speciale (ivi comprese le province autonome) al fine di individuare la quota effettivamente da ripartire in questa sede.

Difatti:

- **140,196** mln di euro sono risorse spettanti alle RSO sulla base del criterio misto sopradescritto (colonna I della tabella di riparto);
- **27,604** mln di euro residuali sono risorse in favore delle RSS e province autonome così composte:
 - **24,796** mln di euro quale quota ordinaria finora sostenuta dal Ministero della Giustizia, a valere sui propri capitoli di bilancio, con decorrenza 1° gennaio 2010, nelle more dell'adozione dei regolamenti di attuazione da parte delle



RSS e delle province autonome (colonna M della tabella di riparto);

- **2,808** mln di euro, quale quota da accantonare a valere sulle risorse del FSN, per coprire le maggiori esigenze finanziarie derivanti dal trasferimento della sanità penitenziaria al Ssn, nell'ipotesi che le RSS e le province autonome adottino i regolamenti di attuazione dal 1° gennaio 2010 (colonna L della tabella di riparto).

Si allega la relativa tabella di riparto.

Il Ministro

Roma,





*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*
CONFERENZA UNIFICATA

Servizio III^o: Sanità e politiche sociali

CONFERENZA UNIFICATA

Seduta del 28 ottobre 2010

Punto n. 9 dell'o.d.g.

Oggetto: Intesa sulla proposta del Ministero della salute di deliberazione CIPE concernente il riparto per l'anno 2010 delle risorse finanziarie trasferite nelle disponibilità del Servizio Sanitario Nazionale, ai sensi dell'articolo 6 del DPCM 1° aprile 2008, ai fini dell'esercizio delle funzioni sanitarie afferenti alla medicina penitenziaria. **Codice sito: 4.10/2010/67**

Intesa ai sensi dell'articolo 115, comma 1, lettera a), del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112.

Finalità del provvedimento: L'articolo 2, comma 283, della legge 24 dicembre 2007, n. 244 (Finanziaria 2008) prevede che, al fine di dare attuazione al riordino della medicina penitenziaria comprensivo dell'assistenza sanitaria negli istituti penali minorili, nei centri di prima accoglienza, nelle comunità e negli ospedali psichiatrici giudiziari, con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro della salute e del Ministro della giustizia, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze e con il Ministro per le riforme e le innovazioni nella pubblica amministrazione, di intesa con la Conferenza Stato – Regioni, sono definite le modalità ed i criteri per il trasferimento dal Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria e dal Dipartimento della giustizia minorile del Ministero della giustizia al Servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali, in materia di sanità penitenziaria.

L'intesa sullo schema di D.P.C.M. di cui trattasi è stata a suo tempo perfezionata nella seduta del 20 marzo 2008 (Rep. atti n. 91).

L'articolo 6 del D.P.C.M. 1° aprile 2008 ("Modalità e criteri per il trasferimento al Servizio Sanitario Nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria"), emanato in attuazione del menzionato art. 2, comma 283, della legge n. 244/2007, prevede, al primo comma, che, ai fini dell'esercizio da parte del Servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie afferenti alla medicina penitenziaria, le risorse finanziarie trasferite nelle disponibilità del Servizio sanitario nazionale sono quantificate complessivamente in 157,8 milioni di euro per l'anno 2008, in 162,8 milioni di euro per l'anno 2009 e in 167,8 milioni di euro a decorrere dall'anno 2010.

Il comma 2 del predetto articolo 6 del D.P.C.M. 1° aprile 2008 stabilisce, inoltre, che, in fase di prima applicazione del D.P.C.M. medesimo, le risorse finanziarie di cui al menzionato comma 1 sono ripartite tra le Regioni, sulla base anche della tipologia delle strutture penitenziarie e dei servizi minorili presenti sul territorio di competenza, nonché dei flussi di accesso ai medesimi, secondo criteri definiti in sede di Conferenza Stato – Regioni.



*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*
CONFERENZA UNIFICATA

Il decreto legislativo 15 dicembre 1997, n. 446, all'articolo 39, comma 1, demanda al CIPE, su proposta del Ministro della sanità, d'intesa con la Conferenza Stato – Regioni, l'assegnazione annuale alle Regioni e alle Province autonome delle quote del fondo sanitario nazionale di parte corrente.

L'articolo 115, comma 1, lett. a), del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, dispone che il riparto delle risorse per il finanziamento del Servizio sanitario nazionale avvenga previa intesa con la Conferenza Stato – Regioni.

In attuazione delle predette disposizioni, il Ministero della salute, con nota in data 9 ottobre 2010, ha inviato la proposta di deliberazione CIPE in oggetto, per il riparto della somma di 167,8 milioni di euro trasferita, per l'anno 2010, nelle disponibilità del Servizio sanitario nazionale ai fini dell'esercizio delle funzioni sanitarie relative alla medicina penitenziaria.

Con la medesima nota, il predetto Ministero ha fatto presente di avere acquisito l'assenso tecnico del Ministero dell'economia e delle finanze sulla proposta di deliberazione CIPE in parola.

Il suddetto importo di 167,8 milioni di euro è costituito, per 147,8 milioni di euro, dalle somme iscritte nel capitolo dello stato di previsione della spesa del Ministero della Giustizia e trasferite al FSN e, per 20 milioni di euro, dalle somme iscritte nel capitolo dello stato di previsione della spesa del Ministero della salute e trasferite al FSN.

La Tabella, allegata alla proposta di deliberazione CIPE in oggetto, esplicita la metodologia adottata per la ripartizione di cui trattasi.

In particolare, la ripartizione della somma complessivamente stanziata per l'anno 2010 è articolata:

- per **2/3** sulla base di nuovi criteri di riparto, individuati al fine di assicurare una ripartizione il più possibile congrua rispetto al fabbisogno di ciascuna Regione, che risultano innovativi rispetto a quelli prettamente storici utilizzati in sede di riparto per il 2008 allorché si era ritenuto di proporzionare la quota spettante alla "spesa storica" sostenuta nell'anno 2006 dal Ministero della giustizia; con detti nuovi criteri, peraltro già utilizzati in sede di riparto delle risorse per l'anno 2009, è stata valorizzata maggiormente la presenza degli OPG e dei Centri clinici nelle singole Regioni ai quali è stata assicurata una quota di finanziamento ad hoc parametrata alle necessità di avviare un programma specifico di riorganizzazione dei servizi; inoltre, si è tenuto conto del peso percentuale delle presenze dei detenuti al 31 luglio 2006 rideterminato con due fattori di correzione: a) il numero di ingressi dei detenuti per Regioni nell'anno 2007; b) il numero di strutture penitenziarie di III livello (fino a 200 detenuti) per Regioni, le quali devono comunque sostenere costi fissi di personale e di struttura indipendentemente dal livello di accesso dei detenuti.
- per il restante **1/3** sulla base della spesa storica 2006.

Il risultato di tale "criterio misto" è riportato nella colonna H della predetta Tabella allegata alla proposta di deliberazione CIPE. Con l'adozione del "criterio misto" si è inteso continuare il percorso



*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA UNIFICATA

di superamento graduale del criterio della spesa storica, già iniziato nel 2009, ed il conseguente definitivo passaggio ai predetti nuovi criteri a decorrere dall'anno 2011.

Occorre tener presente, infine, che l'articolo 8 del pluricitato D.P.C.M. 1° aprile 2008 stabilisce che, con le modalità previste dai rispettivi statuti e dalle correlate norme di attuazione, si provvede a trasferire alle Regioni a Statuto speciale e alle Province autonome di Trento e Bolzano le funzioni, i compiti, le risorse umane, finanziarie e organizzative trasferiti dal D.P.C.M. medesimo alle Regioni a Statuto ordinario e che, nelle more, l'onere del personale dipendente di dette Regioni e Province autonome resta a carico del Ministero della giustizia.

La colonna M della Tabella espone 24,796 milioni di euro quale quota ordinaria finora sostenuta dal Ministero della giustizia, a valere nei propri capitoli di bilancio, con decorrenza dal 1° gennaio 2010, nelle more dell'adozione dei regolamenti di attuazione da parte delle Regioni a statuto speciale e delle Province Autonome.

Istruttoria: L'articolo 6, comma 2, del D.P.C.M. 1° aprile 2008 prevede che le risorse finanziarie di cui al comma 1 sono ripartite tra le Regioni secondo criteri definiti in sede di Conferenza Stato-Regioni. La Conferenza Unificata, nella seduta del 31 luglio 2008, ha deliberato (Rep. Atti n. 81/CU) la costituzione del "Tavolo di consultazione permanente sulla sanità penitenziaria", di cui all'Allegato A del più volte detto D.P.C.M. 1° aprile 2008, tra i cui compiti è previsto anche l'espletamento dell'attività istruttoria dei provvedimenti, da sottoporre all'esame della Conferenza Unificata medesima, attuativi del D.P.C.M. in parola, ivi compreso quello previsto dal richiamato articolo 6.

Con nota in data 9 ottobre 2010, il Ministero della salute ha trasmesso la proposta indicata in oggetto, diramata con lettera della Segreteria della Conferenza Stato – Regioni del 13 ottobre 2010.

Nel corso della riunione del Tavolo di consultazione permanente svoltosi il 19 ottobre 2010, i componenti del Tavolo medesimo hanno espresso assenso tecnico sulla proposta di deliberazione CIPE in oggetto.

Si sottopone all'esame della Conferenza Unificata per il perfezionamento dell'intesa ai sensi dell'articolo 115, comma 1, lettera a), del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112.

Il Segretario
Cons. Ermenegilda Siniscalchi



2.15 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 concernente le schede relative alla rilevazione dei detenuti adulti, minori e giovani adulti tossicodipendenti e alcolodipendenti integrativo dell'Accordo sancito dalla Conferenza Unificata nella seduta dell'8 luglio 2010 (Rep. Atti n. 59/CU).

Rep. atti n. 48/CU del 18 maggio 2011- Pubblicato nella Gazzetta Ufficiale del 9 giugno 2011, n. 132

La proposta di Accordo è stata approvata nella seduta del Tavolo di consultazione permanente del 10 maggio 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 concernente le schede relative alla rilevazione dei detenuti adulti, minori e giovani adulti tossicodipendenti e alcolodipendenti integrativo dell'Accordo sancito dalla Conferenza Unificata nella seduta dell'8 luglio 2010 (Rep. Atti n. 59/CU).

Rep. n. 48 / C U del 18 maggio 2011

LA CONFERENZA UNIFICATA

Nell'odierna seduta del 18 maggio 2011:

VISTO l'articolo 9 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281 e, in particolare, il comma 2, lettera c), in base al quale questa Conferenza promuove e sancisce accordi tra Governo, Regioni, Province, Comuni e Comunità montane, al fine di coordinare l'esercizio delle rispettive competenze e svolgere in collaborazione attività di interesse comune;

VISTO l'articolo 2, comma 283, della Legge 24 dicembre 2007, n. 244 (Finanziaria 2008), il quale prevede che, al fine di dare completa attuazione al riordino della medicina penitenziaria, comprensivo dell'assistenza sanitaria negli Istituti penali minorili, nei centri di prima accoglienza, nelle comunità e degli ospedali psichiatrici giudiziari, con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro della salute e del Ministro della giustizia, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze e con il Ministro per le riforme e le innovazioni nella pubblica amministrazione, di intesa con la Conferenza Stato-Regioni, sono definite le modalità ed i criteri per il trasferimento dal Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria e dal Dipartimento della giustizia minorile del Ministero della giustizia al Servizio Sanitario Nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali, in materia di sanità penitenziaria;

VISTO il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 1° aprile 2008, emanato in attuazione del menzionato articolo 2, comma 283, della legge 244 del 2007, recante "Modalità e criteri per il trasferimento al Servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria";

CONSIDERATO che questa Conferenza, nella seduta del 31 luglio 2008, ha deliberato (Rep. Atti n. 81/CU) la costituzione del "Tavolo di consultazione permanente sulla sanità penitenziaria", di cui all'Allegato A del predetto D.P.C.M. 1° aprile 2008, tra i cui compiti è previsto anche l'espletamento dell'attività istruttoria dei provvedimenti, da sottoporre all'esame di questa medesima Conferenza, attuativi del più volte citato D.P.C.M. 1° aprile 2008, nonché il





*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA UNIFICATA

monitoraggio del livello di attuazione di quest'ultimo e la valutazione dell'efficacia e dell'efficienza degli interventi a tutela della salute dei detenuti, degli internati e dei minori sottoposti a provvedimento penale anche utilizzando i dati del sistema informativo nazionale sulla salute dei detenuti;

VISTO l'Accordo sancito nella seduta di questa Conferenza dell'8 luglio 2010 (Rep. Atti n. 59/CU) sul documento recante: "Monitorare l'attuazione del D.P.C.M. 1° aprile 2008 concernente le modalità ed i criteri per il trasferimento al Servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria";

CONSIDERATO che, con il suddetto Accordo, in attesa che venga attivato un Sistema informativo nazionale per la sanità penitenziaria, sono fornite le indicazioni sui dati che è necessario rilevare per una prima valutazione dello stato di attuazione del D.P.C.M. 1° aprile 2008 con particolare riguardo all'assetto organizzativo e al funzionamento dei servizi sanitari sui vari territori regionali;

VISTA la lettera pervenuta il 27 luglio 2010, e trasmessa in pari data, con la quale il Dipartimento per le politiche antidroga ha inviato alla Segreteria di questa Conferenza una proposta di accordo integrativo del predetto Accordo sancito l'8 luglio 2010 relativa specificamente alle schede di rilevazione dei dati sui detenuti tossicodipendenti ed alcolodipendenti, come concordato nel corso della riunione del Tavolo di consultazione permanente sulla sanità penitenziaria svoltasi in data 21 luglio 2010;

CONSIDERATO che, nel corso della riunione del predetto Tavolo svoltasi il 24 febbraio 2011, i rappresentanti delle Regioni e delle Province autonome hanno fatto riserva di far conoscere le proprie valutazioni definitive in merito alla menzionata proposta di accordo integrativo;

VISTA la lettera del 12 aprile 2011, diramata ai componenti del Tavolo in data 13 aprile 2011, con la quale la Regione Veneto ha comunicato che la Commissione salute, nella seduta del 23 marzo 2011, ha "condiviso il percorso di testaggio delle schede di monitoraggio del numero di tossicodipendenti in carcere. Il testaggio è in corso presso le Regioni che si sono dichiarate disponibili (Campania, Calabria, Emilia-Romagna, Friuli Venezia-Giulia, Lazio, Marche, Piemonte, Toscana, Veneto, Provincia Autonoma di Trento), la cui scadenza è fissata per il giorno 29 aprile 2011";

VISTA la nota in data 10 maggio 2011, con cui il Dipartimento per le politiche antidroga ha inviato la versione definitiva del documento indicato in oggetto che recepisce le modifiche concordate nel corso della riunione del Tavolo di consultazione permanente svoltasi nella medesima giornata del 10 maggio 2011;





*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*
CONFERENZA UNIFICATA

RILEVATO che la predetta versione definitiva del documento in oggetto, Allegato sub A, parte integrante del presente atto, è stata diramata alle Amministrazioni centrali interessate, alle Regioni e Province autonome ed alle Autonomie locali con lettera in data 11 maggio 2011;

ACQUISITO, nel corso dell'odierna seduta di questa Conferenza, l'assenso del Governo, delle Regioni e delle Province autonome di Trento e Bolzano e delle Autonomie locali;

SANCISCE ACCORDO

tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano e le Autonomie locali sul documento proposto dal Tavolo di consultazione permanente sulla sanità penitenziaria concernente le schede relative alla rilevazione dei detenuti adulti, minori e giovani adulti tossicodipendenti e alcolodipendenti integrativo dell'Accordo sancito dalla Conferenza Unificata nella seduta dell'8 luglio 2010 (Rep. Atti n. 59/CU), Allegato sub A, parte integrante del presente atto.

IL SEGRETARIO
Cons. Ermenegilda Siniscalchi



IL PRESIDENTE
On. Dott. Raffaele Fitto

MONITORAGGIO DELL'ATTUAZIONE DEL D.P.C.M. 1° aprile 2008

Detenuti adulti, minorenni e giovani adulti tossicodipendenti o alcolodipendenti negli istituti penitenziari e minori con dipendenza patologica sottoposti a provvedimento penale

Premessa

In data 8 luglio 2010 è stato approvato in Conferenza Unificata il Documento: MONITORAGGIO DELL'ATTUAZIONE DEL D.P.C.M. 1° aprile 2008 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".

In una prima versione, tale documento aveva incluso anche alcune schede di rilevazione relative al monitoraggio dei dati sui detenuti con problemi sanitari droga-correlati accertati dai Sert delle Aziende Sanitarie; successivamente tali schede di rilevazione sono state concordemente stralciate dal documento complessivo durante i lavori del Tavolo Tecnico di Consultazione Permanente DPCM perché necessitanti di ulteriori approfondimenti tecnici da parte dell'apposito Sottogruppo di Lavoro dello stesso Tavolo.

Il presente documento di Monitoraggio sullo stato di attuazione del DPCM relativo ai detenuti portatori di dipendenza patologica è quindi da considerarsi un'appendice integrativa, concordata in sede tecnica dal Sottogruppo di Lavoro, del Documento per il Monitoraggio dell'Attuazione del DPCM approvato l'8 luglio 2010 in Conferenza Unificata di cui sopra.

Modalità della rilevazione

Le schede compilate dovranno essere inviate entro il 15 giugno 2011 (per i dati relativi all'anno 2010). Successivamente in analogia secondo quanto stabilito dal DM Salute 20 settembre 1997 relativamente alle schede SEM per le schede 1 e 2 (entro 30 giorni dalla data delle rilevazioni di tipo puntuale o istantaneo cui fanno riferimento) fino alla completa attuazione dei flussi SIND. Le schede da 3 a 6bis hanno valenza annuale e devono essere trasmesse a regime entro il 31 gennaio successivo all'anno cui fanno riferimento.

Per l'assistenza ai detenuti tossicodipendenti, dovranno essere fornite le seguenti informazioni:
:

- personale dedicato
- distribuzione dei soggetti per classi di età, sesso, provenienza geografica e posizione giuridica
- dati clinici su diagnosi e trattamento

Dovrà inoltre essere rilevato:

- il numero delle comunità terapeutiche (strutture residenziali sanitarie) utilizzate per progetti personalizzati di cura e riabilitazione di minori sottoposti a provvedimento penale, suddivise in pubbliche e private accreditate/autorizzate
- il numero delle comunità ministeriali socio educative

Per le comunità terapeutiche, dovrà essere rilevato:

- il numero di minori presenti
- la tipologia di pazienti
- il personale e le ore di lavoro

Per le comunità socio educative ministeriali, dovrà essere rilevato:

- il numero di minori presenti
- il personale sanitario (appartenente al Servizio sanitario nazionale) che presta assistenza sanitaria in favore dei minori ospitati e ore di lavoro



In appendice vengono forniti i *fac-simile* delle schede di rilevazione.

Trasmissione dei dati ed eventuali ricadute operative.

Le schede di rilevazione, raccolte dalle Regioni e Province Autonome e sottoposte all'attenzione dei rispettivi Osservatori permanenti interistituzionali per le opportune valutazioni e necessaria condivisione, sono trasmesse al Dipartimento per le Politiche Antidroga della Presidenza del Consiglio e al Ministero della Salute tramite le Direzioni competenti che provvedono alla loro elaborazione coerentemente con la prospettiva dell'attivazione dei previsti Sistemi Informativi Nazionali. I dati elaborati sono messi a disposizione del Tavolo di consultazione permanente presso la Conferenza Unificata per le ulteriori valutazioni e per eventuali modalità organizzative conseguenti e condivise che potranno essere oggetto di successivi ed eventuali accordi elaborati in sede di Tavolo Tecnico di Consultazione Permanente DPCM e siglati in Conferenza Unificata.



Denominazione Istituto Penale Adulti:

Scheda TOX - CARCERE

RILEVAZIONE PUNTUALE (1) AL 30 GIUGNO 31 DICEMBRE
ANNO.....

**DATI SUI DETENUTI CON USO O DIPENDENZA DA SOSTANZE STUPEFACENTI
ACCERTATI DAL Ser.T. (2)**

n° totale detenuti rilevati dal SerT con uso o dipendenza da drogadi cui:

- n° detenuti con dipendenza da sostanze (secondo criteri ICD-IX-CM) (3)
- n° detenuti assuntori di sostanze senza dipendenza (4)
- n° detenuti su cui è stato eseguito il drug test volontario all'ingresso (5)

Distribuzione dei soggetti accertati per sesso e classi di età:

classi di età	Totale dei soggetti con uso o dipendenza da droga accertati		Di cui:			
	Maschi	Femmine	detenuti con dipendenza (diagnosi ICD-IXCM)		detenuti assuntori (in assenza di diagnosi di dipendenza)	
			Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
18-24 anni						
25-34 anni						
35-44 anni						
45-54 anni						
55-64 anni						
> 64 anni						



Distribuzione dei soggetti con uso o dipendenza da droga, per provenienza geografica e posizione giuridica:

Provenienza geografica	n° con almeno una sentenza definitiva	n° in attesa di giudizio	N° con posizione giuridica mista
cittadini italiani residenti nella regione in cui insiste l'Istituto			
cittadini italiani con residenza in altra regione			
cittadini stranieri comunitari			
cittadini stranieri extra comunitari			
di cui iscritti al SSN (6)			
con cittadinanza non nota			

DATI SUI DETENUTI CON USO O DIPENDENZA DA SOSTANZE STUPEFACENTI ACCERTATI DAL Ser.T

*Distribuzione dei soggetti con uso o dipendenza da droga, in base alla sostanza **primaria** utilizzata*

Sostanza	Totale dei soggetti con uso o dipendenza da droga accertati	Di cui:	
		<i>detenuti con dipendenza (diagnosi ICD-IXCM)</i>	<i>detenuti assuntori (in assenza di diagnosi di dipendenza)</i>
Oppiacei			
Cocaina			
Amfetamine			
Cannabinoidi			
Altro: (specificare)			

N° soggetti con dipendenza da sostanze che presentavano poliabuso all'ingresso (7):.....



N° totale di soggetti con dipendenza da sostanze in trattamento (farmacologico, psico-sociale, integrato):.....di cui:

- n° detenuti in trattamento solo farmacologico
 - di cui in trattamento sostitutivo
 - n° detenuti in trattamento solo psicosociale
 - n° detenuti in trattamento farmacologico e psicosociale (integrato)
 - di cui in trattamento sostitutivo integrato
- (le categorie sono mutuamente esclusive)*

N° totale di detenuti tossicodipendenti che hanno richiesto l'affidamento in prova (art. 94 DPR 309/90) (8):	
N° totale di detenuti tossicodipendenti che al momento della richiesta possedevano i requisiti (pena < 6 anni, non aver già beneficiato 2 volte dell'affidamento) per l'affidamento in prova (art. 94 DPR 309/90) (8):	
N° totale di detenuti tossicodipendenti che sono usciti dal carcere in base ad un'ordinanza del Tribunale di Sorveglianza per l'affidamento in prova (art. 94 DPR 309/90) (8):	

Detenuti accertati dal Ser.T. sottoposti a test per HIV, HBV e HCV

Tipo Test	n° detenuti sottoposti a test	n° detenuti risultati positivi al test	n° sieroconversioni accertate in carcere (test negativo in carcere- retest positivo in carcere) (9)
HIV			
HCV			
HBV			

Note:

1. per rilevazione puntuale si intende il conteggio dei soggetti presenti alla data specifica (30 giugno o 31 dicembre)
2. si intendono i soggetti per i quali è stato possibile verificare la presenza di problematiche sanitarie conseguenti al consumo di sostanze
3. sono ammessi i codici gruppi 304 del ICD-IX-CM solo per la condizione di dipendenza
4. sono ammessi i codici gruppi 292, 305 del ICD-IX-CM escludendo le condizioni riferite all'alcol
5. questo dato rileva esclusivamente il numero di soggetti che si è sottoposto volontariamente al drug test e non alla valutazione e conteggio della esecuzione di procedure diagnostiche cliniche
6. cioè detentori di un numero di tessera sanitaria. Sono esclusi i soggetti con codice STP (Straniero Temporaneamente Presente)
7. è da riportare il numero di soggetti che presentano il consumo di almeno un'altra sostanza oltre alla primaria
8. è da riportare il numero complessivo dei soggetti che hanno richiesto, hanno i requisiti e, successivamente, hanno ottenuto l'affidamento in prova dall'inizio dell'anno alla data della



rilevazione. Si tratta quindi di una rilevazione cumulativa di 6 mesi (30 giugno) e 12 mesi (31 dicembre).

9. si intendono i soggetti per i quali è stata osservata la sieroconversione (primo test negativo eseguito in carcere e successivo test positivo eseguito in carcere) nel corso della detenzione



Scheda 2

Denominazione Istituto Penale Adulti:

Scheda ALC – CARCERE

RILEVAZIONE PUNTUALE AL
ANNO.....

30 GIUGNO

31 DICEMBRE

DATI SUI DETENUTI CON ALCOLDIPENDENZA ACCERTATA DAL Ser.T. (2)

n° totale detenuti in carico al Ser.T. con ALCOLDIPENDENZA

(secondo criteri ICD-IX-CM) (3)

Distribuzione dei soggetti in carico per sesso e classi di età:

AVVERTENZA: non si conteggiano in questa tabella i soggetti tossicodipendenti che sono anche alcoldipendenti

classi di età	Di cui detenuti con alcol dipendenza (diagnosi ICD-IX-CM)	
	Maschi	Femmine
18-24 anni		
25-34 anni		
35-44 anni		
45-54 anni		
55-64 anni		
> 64 anni		

N° soggetti ALCOLDIPENDENTI che presentavano anche dipendenza di sostanze stupefacenti all'ingresso (4) :



Distribuzione dei soggetti in carico per provenienza geografica e posizione giuridica:

Provenienza geografica	n° con almeno una sentenza definitiva	n° in attesa di giudizio	N° con posizione giuridica mista
cittadini italiani residenti nella regione in cui insiste l'Istituto			
cittadini italiani con residenza in altra regione			
cittadini stranieri comunitari			
cittadini stranieri extra comunitari			
di cui iscritti al SSN (5)			
con cittadinanza non nota			

DATI SUI DETENUTI CON ALCOLDIPENDENZA ACCERTATA DAL Ser.T.

N° totale di soggetti alcoldipendenti in trattamento (farmacologico, psico-sociale, integrato):.....di cui:

- n° detenuti in trattamento solo farmacologico
 - n° detenuti in trattamento solo psicosociale
 - n° detenuti in trattamento farmacologico e psicosociale (integrato)
- (le categorie sono mutuamente esclusive)*

N° totale di detenuti alcoldipendenti che hanno richiesto l'affidamento in prova (art. 94 DPR 309/90) (6):	
N° totale di detenuti tossicodipendenti che al momento della richiesta possedevano in requisiti (pena < 6 anni, non aver già beneficiato 2 volte dell'affidamento) per l'affidamento in prova (art. 94 DPR 309/90) (6):	
N° totale di detenuti tossicodipendenti che hanno ottenuto un'ordinanza del Tribunale di Sorveglianza per un dell' affidamento in prova (art. 94 DPR 309/90) (6):	



Detenuti alcoldipendenti accertati dal Ser.T. sottoposti a test per HIV, HBV e HCV

Tipo Test	n° detenuti sottoposti a test	n° detenuti risultati positivi al test	n° sieroconversioni accertate in carcere (test negativo in carcere– retest positivo in carcere) (7)
HIV			
HCV			
HBV			

Note:

1. per rilevazione puntuale si intende il conteggio dei soggetti presenti alla data specifica (30 giugno o 31 dicembre)
1. si intendono i soggetti per i quali è stato possibile verificare la presenza alcoldipendenza
2. sono ammessi i codici gruppi 303 del ICD-IX-CM
3. sono ammessi i codici gruppi 304 del ICD-IX-CM
4. sono esclusi i soggetti con codice STP (Straniero Temporaneamente Presente)
5. è da riportare il numero complessivo dei soggetti che hanno richiesto, hanno i requisiti e, successivamente, hanno ottenuto l'affidamento in prova dall'inizio dell'anno alla data della rilevazione. Si tratta quindi di una rilevazione cumulativa di 6 mesi (30 giugno) e 12 mesi (31 dicembre).
6. si intendono i soggetti per i quali è stata osservata la sieroconversione (primo test negativo eseguito in carcere e successivo test positivo eseguito in carcere) nel corso della detenzione
7. si intendono i soggetti per i quali è stata osservata la sieroconversione (primo test negativo eseguito in carcere e successivo test positivo eseguito in carcere) nel corso della detenzione



Scheda 3

**RILEVAZIONE SUI MINORI O GIOVANI ADULTI TOSSICODIPENDENTI
ISTITUTI PENALI PER MINORENNI
al 31 dicembre 2010**

Regione:

Azienda sanitaria di riferimento territoriale:

Denominazione ISTITUTO PENALE MINORENNI :

DATI ORGANIZZATIVI

PERSONALE SANITARIO in servizio per l'assistenza nel settore delle tossicodipendenze	Personale presente al al 23 marzo 2005 (transitato ai sensi del D. Lgs 230/1999 per il settore tossicodipendenze (2))		Personale presente al 31 dicembre 2010	
	N°	Totale ore settimanali	N°	Totale ore settimanali
Medici di ruolo SSN				
Medici di ruolo incaricato ex L. 740/70				
Medici a contratto				
Psicologi di ruolo				
Psicologi a contratto				
Infermieri di ruolo				
Infermieri a contratto				
Personale ausiliario di ruolo				
Personale ausiliario a contratto				

(2) Si tratta del personale sanitario già transitato ai sensi del D. Lgs 230/1999, dedicato all'assistenza dei detenuti tossicodipendenti che è stato inquadrato definitivamente nel Servizio Sanitario Nazionale con il CCNL 23 marzo 2005



DATI SUI MINORI O GIOVANI ADULTI CON USO O DIPENDENZA DA DROGA ACCERTATI DAL SerT

Dal 1 gennaio 2010 al 31 dicembre 2010

n° totale soggetti accertati dal Sert con problemi sanitari correlati all'uso delle droghe..... di cui :

- n. minori o giovani adulti con dipendenza da sostanze (secondo criteri ICD-9-CM)
- n. minori o giovani adulti assuntori di sostanze senza dipendenza
- n. minori o giovani adulti su cui è stato eseguito il drug test all'ingresso
-

Distribuzione dei soggetti in carico per sesso e classi di età:

classi di età	Maschi	Femmine
14		
15		
16		
17		
18-21 anni		

Distribuzione dei soggetti in carico per provenienza geografica e posizione giuridica al 31 dicembre 2010:

provenienza geografica	N° in esecuzione pena	N° in attesa di giudizio	N° posizione giuridica mista
n° cittadini italiani della regione in cui insiste il servizio			
n° cittadini italiani proveniente da altra regione			
n° cittadini stranieri comunitari			
n° cittadini stranieri extra comunitari			
n° con cittadinanza non nota			

Dati clinici sui minori tossicodipendenti in carico al SerT

Dal 1 gennaio 2010 al 31 dicembre 2010

Distribuzione dei soggetti in carico in base alla sostanza primaria utilizzata:

Sostanza	Tot. Soggetti uso o dipendenza da droga accertati	n. soggetti con dipendenza	n. soggetti assuntori (in assenza di dipendenza)
Oppiacei			
Cocaina			
Amfetamine			
Cannabinoidi			
Altro			

n. soggetti con dipendenza da sostanze che presentano poliabuso all'ingresso:



N. totale di soggetti in trattamento (farmacologico, psico-sociale, integrato): di cui:

n° soggetti in trattamento solo farmacologico
n° soggetti in trattamento solo psicosociale
n° soggetti in trattamento farmacologico e psicosociale (integrato)
(le categorie sono mutuamente esclusive)

n. totale soggetti inviati in comunità : di cui:

n. soggetti in comunità terapeutiche.....;
n. soggetto in comunità socio-educativa.....;
n. soggetti in comunità socio-riabilitative

Soggetti in carico al Ser.T. sottoposti a test per HIV, HBV e HCV

Tipo Test	n° soggetti sottoposti a test	n° soggetti risultati positivi al test	n° sieroconversioni accertate in carcere (test negativo- retest positivo)
HIV			
HCV			
HBV			

Il Responsabile del Ser.T.
(nome, cognome e qualifica)

ISTITUTO PENALE PER I MINORENNI
IL DIRETTORE



Scheda 3 bis

RILEVAZIONE SUI MINORI O GIOVANI ADULTI ALCOLDIPENDENTI
ISTITUTI PENALI PER MINORENNI
al 31 dicembre 2010

Regione:

Azienda sanitaria di riferimento territoriale:

Denominazione ISTITUTO PENALE MINORENNI :

DATI ORGANIZZATIVI				
PERSONALE SANITARIO in servizio per l'assistenza nel settore delle tossicodipendenze	Personale presente al al 23 marzo 2005 (transitato ai sensi del D. Lgs 230/1999 per il settore tossicodipendenze (2))		Personale presente al 31 dicembre 2010	
	N°	Totale ore settimanali	N°	Totale ore settimanali
Medici di ruolo SSN				
Medici di ruolo incaricato ex L. 740/70				
Medici a contratto				
Psicologi di ruolo				
Psicologi a contratto				
Infermieri di ruolo				
Infermieri a contratto				
Personale ausiliario di ruolo				
Personale ausiliario a contratto				

(2) Si tratta del personale sanitario già transitato ai sensi del D. Lgs 230/1999, dedicato all'assistenza dei detenuti tossicodipendenti che è stato inquadrato definitivamente nel Servizio Sanitario Nazionale con il CCNL 23 marzo 2005



DATI SUI MINORI O GIOVANI ADULTI ALCOLDIPENDENTI ACCERTATI DAL SerT

Dal 1 gennaio 2010 al 31 dicembre 2010

n° totale soggetti accertati dal SerT con abuso o dipendenza alcol..... di cui :

- n. minori o giovani adulti con dipendenza da alcol (secondo criteri ICD-9-CM)
- n.. minori o giovani adulti assuntori abituali di alcolici
- n. minori o giovani adulti su cui è stato eseguito il drug test all'ingresso

Distribuzione dei soggetti in carico per sesso e classi di età:

classi di età	Maschi	Femmine
14		
15		
16		
17		
18-21 anni		

Distribuzione dei soggetti in carico per provenienza geografica e posizione giuridica al 31 dicembre 2010:

provenienza geografica	N° in esecuzione pena	N° in attesa di giudizio	N° posizione giuridica mista
n° cittadini italiani della regione in cui insiste il servizio			
n° cittadini italiani proveniente da altra regione			
n° cittadini stranieri comunitari			
n° cittadini stranieri extra comunitari			
n° con cittadinanza non nota			

Dati clinici sui minori alcolodipendenti accertati dal SerT

Dal 1 gennaio 2010 al 31 dicembre 2010

Distribuzione dei soggetti in carico in base alla sostanza primaria utilizzata:

Tot. Soggetti con uso o dipendenza da alcol accertata	n. soggetti con dipendenza	n. soggetti assuntori (in assenza di dipendenza)
√		

N° soggetti ALCOLDIPENDENTI che presentavano anche dipendenza di sostanze stupefacenti all'ingresso:.....



N. totale di soggetti in trattamento (farmacologico, psico-sociale, integrato):.....di cui:

- n° soggetti in trattamento solo farmacologico
 - n° soggetti in trattamento solo psicosociale
 - n° soggetti in trattamento farmacologico e psicosociale (integrato)
- (le categorie sono mutuamente esclusive)

n. totale soggetti inviati in comunità :di cui:

- n. soggetti in comunità terapeutiche.....;
- n. soggetto in comunità socio-educativa.....;
- n. soggetti in comunità socio-riabilitative

Soggetti in carico al Ser.T. sottoposti a test per HIV, HBV e HCV

Tipo Test	n° soggetti sottoposti a test	n° soggetti risultati positivi al test	n° sier conversionsi accertate in carcere (test negativo- retest positivo)
HIV			
HCV			
HBV			

Il Responsabile del SerT
(nome, cognome e qualifica)

ISTITUTO PENALE PER I MINORENNI
IL DIRETTORE



Scheda 4

**RILEVAZIONE SUI MINORI TOSSICODIPENDENTI
CENTRI DI PRIMA ACCOGLIENZA
al 31 dicembre 2010**

Regione:

Azienda sanitaria di riferimento territoriale:

Denominazione CENTRO DI PRIMA ACCOGLIENZA :

DATI ORGANIZZATIVI				
PERSONALE SANITARIO in servizio per l'assistenza nel settore delle tossicodipendenze	Personale presente al al 23 marzo 2005 (transitato ai sensi del D. Lgs 230/1999 per il settore tossicodipendenze (2))		Personale presente al 31 dicembre 2010	
	N°	Totale ore settimanali	N°	Totale ore settimanali
Medici di ruolo SSN				
Medici di ruolo incaricato ex L. 740/70				
Medici a contratto				
Psicologi di ruolo				
Psicologi a contratto				
Infermieri di ruolo				
Infermieri a contratto				
Personale ausiliario di ruolo				
Personale ausiliario a contratto				

(2) Si tratta del personale sanitario già transitato ai sensi del D. Lgs 230/1999, dedicato all'assistenza dei detenuti tossicodipendenti che è stato inquadrato definitivamente nel Servizio Sanitario Nazionale con il CCNL 23 marzo 2005



DATI SUI MINORI CON USO O DIPENDENZA DA DROGA ACCERTATI DAL SerT

Dal 1 gennaio 2010 al 31 dicembre 2010

n° totale soggetti accertati dal SerT con uso o dipendenza da droga di cui :

- n. minori con dipendenza da sostanze (secondo criteri ICD-9-CM)
- n. minori assuntori di sostanze senza dipendenza
- n. minori su cui è stato eseguito il drug test all'ingresso

Distribuzione dei soggetti in carico per sesso e classi di età:

classi di età	Maschi	Femmine
14		
15		
16		
17		

Distribuzione dei soggetti in carico per provenienza geografica e posizione giuridica al 31 dicembre 2010:

provenienza geografica	Minorenni in stato di arresto, fermo o accompagnamento	Posizione Giuridica mista
n° cittadini italiani della regione in cui insiste il servizio		
n° cittadini italiani proveniente da altra regione		
n° cittadini stranieri comunitari		
n° cittadini stranieri extra comunitari		
n° con cittadinanza non nota		

Dati clinici sui minori tossicodipendenti in carico al SerT

Dal 1 gennaio 2010 al 31 dicembre 2010

Distribuzione dei soggetti in carico in base alla sostanza primaria utilizzata:

Sostanza	Tot. soggetti con uso o dipendenza da droga accertati	n. soggetti con dipendenza	n. soggetti assuntori (in assenza di dipendenza)
Oppiacei			
Cocaina			
Amfetamine			
Cannabinoidi			
Altro			

n. soggetti con dipendenza da sostanze che presentano poliabuso all'ingresso:



N. totale di soggetti in trattamento (farmacologico, psico-sociale, integrato):..... di cui:

n° soggetti in trattamento solo farmacologico

n° soggetti in trattamento solo psicosociale

n° soggetti in trattamento farmacologico e psicosociale (integrato)

(le categorie sono mutuamente esclusive)

n° totale soggetti inviati in comunità di cui

n. soggetti in comunità terapeutiche :

n° soggetti in comunità socio-educative-.....

n°soggetti in comunità socio-riabilitative.....

Soggetti in carico al Ser.T. sottoposti a test per HIV, HBV e HCV

Tipo Test	n° soggetti sottoposti a test	n° soggetti risultati positivi al test
HIV		
HCV		
HBV		

Il Responsabile del SerT
(nome, cognome e qualifica)

CENTRO DI PRIMA ACCOGLIENZA
IL DIRETTORE



**RILEVAZIONE SUI MINORI ALCOLDIPENDENTI
CENTRI DI PRIMA ACCOGLIENZA
al 31 dicembre 2010**

Regione:

Azienda sanitaria di riferimento territoriale:

Denominazione CENTRO DI PRIMA ACCOGLIENZA :

DATI ORGANIZZATIVI				
PERSONALE SANITARIO in servizio per l'assistenza nel settore delle tossicodipendenze	Personale presente al al 23 marzo 2005 (transitato ai sensi del D. Lgs 230/1999 per il settore tossicodipendenze (2))		Personale presente al 31 dicembre 2010	
	N°	Totale ore settimanali	N°	Totale ore settimanali
Medici di ruolo SSN				
Medici di ruolo incaricato ex L. 740/70				
Medici a contratto				
Psicologi di ruolo				
Psicologi a contratto				
Infermieri di ruolo				
Infermieri a contratto				
Personale ausiliario di ruolo				
Personale ausiliario a contratto				

(2) Si tratta del personale sanitario già transitato ai sensi del D. Lgs 230/1999, dedicato all'assistenza dei detenuti tossicodipendenti che è stato inquadrato definitivamente nel Servizio Sanitario Nazionale con il CCNL 23 marzo 2005



DATI SUI MINORI ALCOLDIPENDENTI ACCERTATI DAL SerT

Dal 1 gennaio 2010 al 31 dicembre 2010

n° totale soggetti accertati da SerT con abuso o dipendenza da alcol di cui :

- n. minori con dipendenza da alcol (secondo criteri ICD-9-CM)
- n. minori assuntori abituali di alcolici
- n. minori su cui è stato eseguito il drug test all'ingresso
-

Distribuzione dei soggetti in carico per sesso e classi di età:

classi di età	Maschi	Femmine
14		
15		
16		
17		

Distribuzione dei soggetti in carico per provenienza geografica e posizione giuridica al 31 dicembre 2010:

provenienza geografica	Minorenni in stato di arresto, fermo o accompagnamento	Posizione Giuridica Mista
n° cittadini italiani della regione in cui insiste il servizio		
n° cittadini italiani proveniente da altra regione		
n° cittadini stranieri comunitari		
n° cittadini stranieri extra comunitari		
n° con cittadinanza non nota		

Dati clinici sui minori alcolodipendenti accertati da SerT

Dal 1 gennaio 2010 al 31 dicembre 2010

Distribuzione dei soggetti in carico in base alla sostanza primaria utilizzata:

Tot. soggetti con abuso o dipendenza da alcol accertati	n. soggetti con dipendenza	n. soggetti assuntori (in assenza di dipendenza)

N° soggetti ALCOLDIPENDENTI che presentavano anche dipendenza di sostanze stupefacenti all'ingresso:.....



N. totale di soggetti in trattamento (farmacologico, psico-sociale, integrato):.....di cui:

- n° soggetti in trattamento solo farmacologico
 - n° soggetti in trattamento solo psicosociale
 - n° soggetti in trattamento farmacologico e psicosociale (integrato)
- (le categorie sono mutuamente esclusive)

- n° totale soggetti inviati in comunità di cui
- n. soggetti in comunità terapeutiche :
- n° soggetti in comunità socio-educative.....
- n°soggetti in comunità socio-riabilitative.....

Soggetti in carico al Ser.T. sottoposti a test per HIV, HBV e HCV

Tipo Test	n° soggetti sottoposti a test	n° soggetti risultati positivi al test
HIV		
HCV		
HBV		

Il Responsabile del SerT
(nome, cognome e qualifica)

CENTRO DI PRIMA ACCOGLIENZA
IL DIRETTORE



Scheda 5

**RILEVAZIONE SUI MINORI O GIOVANI ADULTI TOSSICODIPENDENTI
COMUNITA' MINISTERIALE
al 31 dicembre 2010**

Regione:

Azienda sanitaria di riferimento territoriale:

Denominazione COMUNITA' MINISTERIALE :

DATI ORGANIZZATIVI				
PERSONALE SANITARIO in servizio per l'assistenza nel settore delle tossicodipendenze	Personale presente al al 23 marzo 2005 (transitato ai sensi del D. Lgs 230/1999 per il settore tossicodipendenze (2))		Personale presente al 31 dicembre 2010	
	N°	Totale ore settimanali	N°	Totale ore settimanali
Medici di ruolo SSN				
Medici di ruolo incaricato ex L. 740/70				
Medici a contratto				
Psicologi di ruolo				
Psicologi a contratto				
Infermieri di ruolo				
Infermieri a contratto				
Personale ausiliario di ruolo				
Personale ausiliario a contratto				

(2) Si tratta del personale sanitario già transitato ai sensi del D. Lgs 230/1999, dedicato all'assistenza dei detenuti tossicodipendenti che è stato inquadrato definitivamente nel Servizio Sanitario Nazionale con il CCNL 23 marzo 2005



DATI SUI MINORI O GIOVANI ADULTI CON USO O DIPENDENZA DA DROGA ACCERTATI DAL SerT
Dal 1 gennaio 2010 al 31 dicembre 2010

n° totale soggetti accertati dal SerT con uso o dipendenza da droga..... di cui :

- n. minori o giovani adulti con dipendenza da sostanze (secondo criteri ICD-9-CM)
- n. minori o giovani adulti assuntori di sostanze senza dipendenza
- n. minori o giovani adulti su cui è stato eseguito il drug test all'ingresso
-

Distribuzione dei soggetti in carico per sesso e classi di età:

classi di età	Maschi	Femmine
14		
15		
16		
17		
18-21 anni		

Distribuzione dei soggetti in carico per provenienza geografica e posizione giuridica al 31 dicembre 2010:

provenienza geografica	Art. 22	Art. 36	Art. 37	Art. 28	Pos. giuridica mista
n° cittadini italiani della regione in cui insiste il servizio					
n° cittadini italiani proveniente da altra regione					
n° cittadini stranieri comunitari					
n° cittadini stranieri extra comunitari					
n° con cittadinanza non nota					

Dati clinici sui minori tossicodipendenti accertati da SerT
Dal 1 gennaio 2010 al 31 dicembre 2010

Distribuzione dei soggetti in carico in base alla sostanza primaria utilizzata:

Sostanza	n. soggetti con dipendenza	n. soggetti assuntori (in assenza di dipendenza)
Oppiacei		
Cocaina		
Amfetamine		
Cannabinoidi		
Altro		

n. soggetti con dipendenza da sostanze che presentano poliabuso all'ingresso:.....



N. totale di soggetti in trattamento (farmacologico, psico-sociale, integrato):..... di cui:

n° soggetti in trattamento solo farmacologico

n° soggetti in trattamento solo psicosociale

n° soggetti in trattamento farmacologico e psicosociale (integrato)

(le categorie sono mutuamente esclusive)

n. totale soggetti inviati in comunità di cui

n. soggetti inviati in comunità terapeutiche.....

n. soggetti inviati in comunità socio-educative.....

n. soggetti inviati in comunità socio-riabilitative.....

soggetti in carico al Ser.T. sottoposti a test per HIV, HBV e HCV

Tipo Test	n° soggetti sottoposti a test	n° soggetti risultati positivi al test	n° sieroconversioni accertate (test negativo- retest positivo)
HIV			
HCV			
HBV			

Il Responsabile del SerT
(nome, cognome e qualifica)

COMUNITA' MINISTERIALE
IL DIRETTORE



Scheda 5 bis

RILEVAZIONE SUI MINORI O GIOVANI ADULTI ALCOLDIPENDENTI
 COMUNITA' MINISTERIALE
 al 31 dicembre 2010

Regione:

Azienda sanitaria di riferimento territoriale:

Denominazione COMUNITA' MINISTERIALE :

DATI ORGANIZZATIVI				
PERSONALE SANITARIO in servizio per l'assistenza nel settore delle tossicodipendenze	Personale presente al al 23 marzo 2005 (transitato ai sensi del D. Lgs 230/1999 per il settore tossicodipendenze (2))		Personale presente al 31 dicembre 2010	
	N°	Totale ore settimanali	N°	Totale ore settimanali
Medici di ruolo SSN				
Medici di ruolo incaricato ex L. 740/70				
Medici a contratto				
Psicologi di ruolo				
Psicologi a contratto				
Infermieri di ruolo				
Infermieri a contratto				
Personale ausiliario di ruolo				
Personale ausiliario a contratto				

(2) Si tratta del personale sanitario già transitato ai sensi del D. Lgs 230/1999, dedicato all'assistenza dei detenuti tossicodipendenti che è stato inquadrato definitivamente nel Servizio Sanitario Nazionale con il CCNL 23 marzo 2005



**DATI SUI MINORI O GIOVANI ADULTI CON ABUSO O DIPENDENZA DA ALCOL ACCERTATI DAL SerT
Dal 1 gennaio 2010 al 31 dicembre 2010**

n° totale soggetti accertati dal SerT con abuso o dipendenza da alcol di cui :

- n. minori o giovani adulti con dipendenza da alcol (secondo criteri ICD-9-CM)
- n. minori o giovani adulti assuntori abituali di alcolici
- n. minori o giovani adulti su cui è stato eseguito il drug test all'ingresso
-

Distribuzione dei soggetti in carico per sesso e classi di età:

classi di età	Maschi	Femmine
14		
15		
16		
17		
18-21 anni		

Distribuzione dei soggetti in carico per provenienza geografica e posizione giuridica al 31 dicembre 2010:

provenienza geografica	Art. 22	Art.36	Art. 37	Art.28	Pos.giuridica mista
n° cittadini italiani della regione in cui insiste il servizio					
n° cittadini italiani proveniente da altra regione					
n° cittadini stranieri comunitari					
n° cittadini stranieri extra comunitari					
n° con cittadinanza non nota					

**Dati clinici sui minori alcol dipendenti accertati da SerT
Dal 1 gennaio 2010 al 31 dicembre 2010**

Distribuzione dei soggetti in carico in base alla sostanza primaria utilizzata:

Tot. Soggetti con abuso o dipendenza da alcol accertati	n. soggetti con dipendenza	n. soggetti assuntori (in assenza di dipendenza)

N° soggetti ALCOLDIPENDENTI che presentavano anche dipendenza di sostanze stupefacenti all'ingresso:.....



N. totale di soggetti in trattamento (farmacologico, psico-sociale, integrato):..... di cui:

n° soggetti in trattamento solo farmacologico

n° soggetti in trattamento solo psicosociale

n° soggetti in trattamento farmacologico e psicosociale (integrato)

(le categorie sono mutuamente esclusive)

n. totale soggetti inviati in comunità di cui

n. soggetti inviati in comunità terapeutiche.....

n. soggetti inviati in comunità socio-educative.....

n. soggetti inviati in comunità socio-riabilitative.....

soggetti in carico al Ser.T. sottoposti a test per HIV, HBV e HCV

Tipo Test	n° soggetti sottoposti a test	n° soggetti risultati positivi al test	n° sier conversionsi accertate (test negativo- retest positivo)
HIV			
HCV			
HBV			

Il Responsabile del SerT
(nome, cognome e qualifica)

COMUNITA' MINISTERIALE
IL DIRETTORE



Scheda 6

**RILEVAZIONE SUI MINORI O GIOVANI ADULTI TOSSICODIPENDENTI
UFFICI DI SERVIZIO SOCIALE PER MINORENNI
al 31 dicembre 2010**

Regione:

Azienda sanitaria di riferimento territoriale:

Denominazione Ufficio di Servizio Sociale per i Minorenni :

Codice Ministeriale del Ser.T. di riferimento:

DATI ORGANIZZATIVI				
PERSONALE SANITARIO in servizio per l'assistenza nel settore delle tossicodipendenze	Personale presente al al 23 marzo 2005 (transitato ai sensi del D. Lgs 230/1999 per il settore tossicodipendenze (2))		Personale presente al 31 dicembre 2010	
	N°	Totale ore settimanali	N°	Totale ore settimanali
Psicologi di ruolo				
Psicologi a contratto				

(2) Si tratta del personale sanitario già transitato ai sensi del D. Lgs 230/1999, dedicato all'assistenza dei detenuti tossicodipendenti che è stato inquadrato definitivamente nel Servizio Sanitario Nazionale con il CCNL 23 marzo 2005



DATI SUI MINORI O GIOVANI ADULTI CON USO O DIPENDENZA DA DROGA ACCERTATI DAL SerT
Dal 1 gennaio 2010 al 31 dicembre 2010

n° totale soggetti accertati dal Ser.T.con uso o dipendenza da droga di cui :

- n. minori o giovani adulti con dipendenza da sostanze (secondo criteri ICD-9-CM)
- n.. minori o giovani adulti assuntori di sostanze senza dipendenza
- n. minori o giovani adulti su cui è stato eseguito il drug test all'ingresso
-

Distribuzione dei soggetti in carico per sesso e classi di età:

classi di età	Maschi	Femmine
14		
15		
16		
17		
18-21 anni		

Distribuzione dei soggetti in carico per provenienza geografica e posizione giuridica al 31 dicembre 2010:

provenienza geografica	Piede libero	Misure cautelari	Art.28	Misure alternative	Altro
N° cittadini italiani della regione in cui insiste il servizio					
N° cittadini italiani proveniente da altra regione					
N° cittadini stranieri comunitari					
N° cittadini stranieri extra comunitari					
N° con cittadinanza non nota					



**Dati clinici sui minori tossicodipendenti con uso o dipendenza da droga accertati dal Sert
dal 1 gennaio 2010 al 31 dicembre 2010**

Distribuzione dei soggetti in carico in base alla sostanza primaria utilizzata:

Sostanza	Tot.soggetti con uso o dipendenza da droga accertati	n. soggetti con dipendenza	n. soggetti assuntori (in assenza di dipendenza)
Oppiacei			
Cocaina			
Amfetamine			
Cannabinoidi			
Altro			

n. soggetti con dipendenza da sostanze che presentano poliabuso all'ingresso:.....

N. totale di soggetti in trattamento (farmacologico, psico-sociale, integrato):.....di cui:

n° soggetti in trattamento solo farmacologico

n° soggetti in trattamento solo psicosociale

n° soggetti in trattamento farmacologico e psicosociale (integrato)

(le categorie sono mutuamente esclusive)

n. soggetti inviati in comunità terapeutiche :

n°soggetti inviati in comunità socio-educative.....

n°soggetti inviati in comunità socio-riabilitative.....

n°soggetti inviati in comunità socio-riabilitative

Soggetti in carico al Ser.T. sottoposti a test per HIV, HBV e HCV

Tipo Test	n° soggetti sottoposti a test	n° soggetti risultati positivi al test
HIV		
HCV		
HBV		

Il Responsabile del SerT
(nome, cognome e qualifica)

UFFICIO DI SERVIZIO SOCIALE PER I MINORENNI
IL DIRETTORE



**RILEVAZIONE SUI MINORI O GIOVANI ADULTI ALCOLDIPENDENTI
UFFICI DI SERVIZIO SOCIALE PER MINORENNI
al 31 dicembre 2010**

Regione:

Azienda sanitaria di riferimento territoriale:

Denominazione Ufficio di Servizio Sociale per i Minorenni :

Codice Ministeriale del Ser.T. di riferimento:

DATI ORGANIZZATIVI				
PERSONALE SANITARIO in servizio per l'assistenza nel settore delle tossicodipendenze	Personale presente al al 23 marzo 2005 (transitato ai sensi del D. Lgs 230/1999 per il settore tossicodipendenze (2))		Personale presente al 31 dicembre 2010	
	N°	Totale ore settimanali	N°	Totale ore settimanali
Psicologi di ruolo				
Psicologi a contratto				

(2) Si tratta del personale sanitario già transitato ai sensi del D. Lgs 230/1999, dedicato all'assistenza dei detenuti tossicodipendenti che è stato inquadrato definitivamente nel Servizio Sanitario Nazionale con il CCNL 23 marzo 2005



DATI SUI MINORI O GIOVANI ADULTI ABUSO O DIPENDENZA DA ALCOL ACCERTATI DAL SerT

Dal 1 gennaio 2010 al 31 dicembre 2010

n° totale soggetti accertati dal Ser.T.con abuso o dipendenza alcol di cui :

- n. minori o giovani adulti con dipendenza da alcol (secondo criteri ICD-9-CM)
- n.. minori o giovani adulti assuntori abituali di alcolici
- n. minori o giovani adulti su cui è stato eseguito il drug test all'ingresso

Distribuzione dei soggetti in carico per sesso e classi di età:

classi di età	Maschi	Femmine
14		
15		
16		
17		
18-21 anni		

Distribuzione dei soggetti in carico per provenienza geografica e posizione giuridica al 31 dicembre 2010:

provenienza geografica	Piede libero	Misure cautelari	Art.28	Misure alternative	Altro
n° cittadini italiani della regione in cui insiste il servizio					
n° cittadini italiani proveniente da altra regione					
n° cittadini stranieri comunitari					
n° cittadini stranieri extra comunitari					
n° con cittadinanza non nota					



**Dati clinici sui minori alcoldipendenti accertati dal Sert
dal 1 gennaio 2010 al 31 dicembre 2010**

Distribuzione dei soggetti in carico in base alla sostanza primaria utilizzata:

Tot.soggetti con abuso o dipendenza da alcol accertati	n. soggetti con dipendenza	n. soggetti assuntori (in assenza di dipendenza)

N° soggetti ALCOLDIPENDENTI che presentavano anche dipendenza di sostanze stupefacenti all'ingresso:.....

N. totale di soggetti in trattamento (farmacologico, psico-sociale, integrato):..... di cui:

- n° soggetti in trattamento solo farmacologico
 - n° soggetti in trattamento solo psicosociale
 - n° soggetti in trattamento farmacologico e psicosociale (integrato)
- (le categorie sono mutuamente esclusive)

n. soggetti inviati in comunità terapeutiche :

n°soggetti inviati in comunità socio-educative.....

n°soggetti inviati in comunità socio-riabilitative.....

n°soggetti inviati in comunità socio-riabilitative

Soggetti in carico al Ser.T. sottoposti a test per HIV, HBV e HCV

Tipo Test	n° soggetti sottoposti a test	n° soggetti risultati positivi al test
HIV		
HCV		
HBV		

Il Responsabile del SerT
(nome, cognome e qualifica)

UFFICIO DI SERVIZIO SOCIALE PER I MINORENNI
IL DIRETTORE





*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*
CONFERENZA UNIFICATA

Servizio III°: Sanità e politiche sociali

CONFERENZA UNIFICATA
Seduta del 18 maggio 2011
Punto n. 7 dell'o.d.g.

Oggetto: Accordo sul documento proposto dal Tavolo di consultazione permanente sulla sanità penitenziaria concernente le schede relative alla rilevazione dei detenuti adulti, minori e giovani adulti tossicodipendenti e alcolodipendenti integrativo dell'Accordo sancito dalla Conferenza Unificata nella seduta dell'8 luglio 2010 (Rep. Atti n. 59/CU). **Codice sito: 4.10/2009/8-5**
Accordo ai sensi dell'articolo 9 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281.

Finalità del provvedimento: La Conferenza Unificata, nella seduta del 31 luglio 2008, ha deliberato (Rep. Atti n. 81/CU) la costituzione del "Tavolo di consultazione permanente sulla sanità penitenziaria" di cui all'Allegato A al D.P.C.M. 1° aprile 2008 ("Modalità e criteri per il trasferimento al Servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie, di rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria"), emanato in attuazione dell'articolo 2, comma 283, della legge 24 novembre 2007, n. 244 (legge finanziaria 2008).

Al predetto Tavolo sono demandati, tra gli altri, il monitoraggio del livello di attuazione del predetto D.P.C.M., nonché il compito di predisporre indirizzi per favorire la realizzazione di programmi di interventi nelle realtà territoriali e quello di definire strumenti volti a favorire il coordinamento fra le Regioni, Provveditorati regionali dell'Amministrazione penitenziaria e Centri della giustizia minorile.

Su proposta del Tavolo in parola, la Conferenza Unificata, nella seduta dell'8 luglio 2010, ha sancito Accordo sul documento recante: "Monitorare l'attuazione del D.P.C.M. 1° aprile 2008 concernente le modalità ed i criteri per il trasferimento al Servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria" (Rep. Atti n. 59/CU).

Con il suddetto Accordo, in attesa che venga attivato un Sistema informativo nazionale per la sanità penitenziaria, sono fornite le indicazioni sui dati che è necessario rilevare per una prima valutazione dello stato di attuazione del D.P.C.M. 1° aprile 2008 con particolare riguardo all'assetto organizzativo e al funzionamento dei servizi sanitari sui vari territori regionali.

In una prima versione, tale documento aveva incluso anche alcune schede di rilevazione relative al monitoraggio dei dati sui detenuti con problemi sanitari droga-correlati accertati dai Ser.T. delle Aziende Sanitarie; successivamente tali schede di rilevazione sono state concordemente stralciate dal documento complessivo durante i lavori del Tavolo di consultazione permanente sulla sanità



*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*
CONFERENZA UNIFICATA

penitenziaria, perché necessitanti di ulteriori approfondimenti tecnici da parte dell'apposito sottogruppo di lavoro dello stesso Tavolo.

Il documento di cui all'oggetto è, quindi, da considerarsi un'appendice integrativa, concordata in sede tecnica dal Tavolo di consultazione permanente, del documento sul Monitoraggio dell'attuazione del D.P.C.M. approvato l'8 luglio 2010 in Conferenza Unificata.

Le schede di rilevazione, raccolte dalle Regioni e Province autonome e sottoposte all'attenzione dei rispettivi Osservatori permanenti interistituzionali per le opportune valutazioni e necessaria condivisione, sono trasmesse al Dipartimento per le politiche antidroga della Presidenza del Consiglio dei Ministri e al Ministero della salute tramite le Direzioni competenti che provvedono alla loro elaborazione coerentemente con la prospettiva dell'attivazione dei previsti Sistemi Informativi Nazionali. I dati elaborati sono messi a disposizione del Tavolo di consultazione permanente presso la Conferenza Unificata per le ulteriori valutazioni e per eventuali modalità organizzative conseguenti e condivise che potranno essere oggetto di successivi ed eventuali accordi elaborati in sede di Tavolo di consultazione permanente sulla sanità penitenziaria e sanciti in Conferenza Unificata.

Istruttoria: Con lettera pervenuta il 27 luglio 2010, e diramata in pari data, il Dipartimento per le politiche antidroga ha inviato alla Segreteria di questa Conferenza una proposta di accordo integrativo del predetto Accordo sancito l'8 luglio 2010 relativa alle schede di rilevazione dei dati sui detenuti tossicodipendenti, come concordato nel corso della riunione del Tavolo di consultazione permanente sulla sanità penitenziaria svoltasi in data 21 luglio 2010.

La documentazione in parola è stata esaminata nel corso di alcune riunioni del suddetto Tavolo. Nella riunione svoltasi il 24 febbraio 2011 si è convenuto di procedere con un testaggio delle schede medesime, prima di arrivare alla definizione di un accordo integrativo del citato Accordo dell'8 luglio 2010.

Con lettera del 12 aprile 2011, diramata ai componenti del Tavolo in data 13 aprile 2011, la Regione Veneto ha comunicato che la Commissione salute, nella seduta del 23 marzo 2011, ha "condiviso il percorso di testaggio delle schede di monitoraggio del numero di tossicodipendenti in carcere. Il testaggio è in corso presso le Regioni che si sono dichiarate disponibili (Campania, Calabria, Emilia-Romagna, Friuli Venezia-Giulia, Lazio, Marche, Piemonte, Toscana, Veneto, Provincia Autonoma di Trento), la cui scadenza è fissata è per il giorno 29 aprile 2011.

Con nota in data 10 maggio 2011, il Dipartimento per le politiche antidroga ha inviato la versione definitiva del documento indicato in oggetto che recepisce le modifiche concordate nel corso della riunione del Tavolo di consultazione permanente svoltasi nella medesima giornata del 10 maggio 2011.



*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*
CONFERENZA UNIFICATA

Con lettera in data 11 maggio 2011, la predetta versione definitiva del documento in oggetto è stata diramata alle Amministrazioni centrali interessate, alle Regioni e Province autonome ed alle Autonomie locali.

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



2.16 Accordo, ai sensi dell'articolo 9 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, sul 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".

Rep. atti n. 95/CU del 13 ottobre 2011 - Pubblicato nella Gazzetta Ufficiale del 3 novembre 2011, n. 256

Il documento è stato approvato nella seduta del Comitato paritetico interistituzionale del 5 ottobre 2011 e successivamente comunicato al Tavolo di consultazione permanente nella seduta svoltasi in pari data (ai sensi dell'articolo 2, comma 3 della Delibera della Conferenza Unificata del 31 luglio 2008).



*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA UNIFICATA

Accordo, ai sensi dell'articolo 9 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, sul 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".

Rep. Atti n. 95/CU del 13/10/2011

LA CONFERENZA UNIFICATA

Nell'odierna seduta del 13 ottobre 2011;

VISTO l'articolo 9 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281 e, in particolare, il comma 2, lettera c), in base al quale questa Conferenza promuove e sancisce accordi tra Governo, Regioni, Province, Comuni e Comunità montane, al fine di coordinare l'esercizio delle rispettive competenze e svolgere in collaborazione attività di interesse comune;

VISTO l'articolo 2, comma 283, della Legge 24 dicembre 2007, n. 244 (Finanziaria 2008), il quale prevede che, al fine di dare completa attuazione al riordino della medicina penitenziaria, comprensivo dell'assistenza sanitaria negli Istituti penali minorili, nei centri di prima accoglienza, nelle comunità e degli ospedali psichiatrici giudiziari, con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro della salute e del Ministro della giustizia, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze e con il Ministro per le riforme e le innovazioni nella pubblica amministrazione, di intesa con la Conferenza Stato-Regioni, sono definite le modalità ed i criteri per il trasferimento dal Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria e dal Dipartimento della giustizia minorile del Ministero della giustizia al Servizio Sanitario Nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali, in materia di sanità penitenziaria;

VISTO il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 1° aprile 2008, emanato in attuazione del menzionato articolo 2, comma 283, della legge 244 del 2007, recante "Modalità e criteri per il trasferimento al Servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria";

VISTO, in particolare, l'articolo 5, comma 2, del citato D.P.C.M. 1° aprile 2008, il quale prevede l'istituzione di un apposito Comitato paritetico interistituzionale per l'attuazione delle linee di indirizzo per gli interventi specifici negli Ospedali psichiatrici giudiziari (OPG) e nelle Case di Cura e Custodia (CCC) di cui all'Allegato C al medesimo D.P.C.M. 1° aprile 2008;

CONSIDERATO che nel predetto Allegato C al D.P.C.M. 1° aprile 2008 si prevede, tra l'altro, che tramite specifici Accordi vengono definiti la tipologia assistenziale e le forme della sicurezza, gli standard di organizzazione e i rapporti di collaborazione tra le amministrazioni coinvolte;





*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA UNIFICATA

RILEVATO che questa Conferenza, nella seduta del 31 luglio 2008, ha deliberato (Rep. Atti n. 81/CU) la costituzione del Comitato paritetico interistituzionale, previsto dal citato articolo 5, comma 2, del D.P.C.M. 1° aprile 2008, a cui sono demandati la predisposizione degli indirizzi sugli adempimenti di cui al richiamato Allegato C al medesimo D.P.C.M., nonché degli strumenti necessari per supportare il programma di superamento graduale degli O.P.G. e favorire le forme di collaborazione tra il Ministero della giustizia ed il Servizio sanitario nazionale a livello nazionale, regionale e locale;

VISTO, in particolare, l'articolo 2, comma 3, dell'anzidetta Delibera della Conferenza Unificata del 31 luglio 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;

VISTA la nota in data 25 maggio 2011, con la quale le Regioni e le Province autonome hanno inviato, ai fini del perfezionamento di un apposito Accordo presso questa Conferenza, un documento concernente la definizione di ulteriori iniziative per l'attuazione delle linee di indirizzo per gli interventi negli OPG e nelle Case di Cura e Custodia;

VISTA la lettera in data 31 maggio 2011, con la quale il citato documento è stato trasmesso a tutti i componenti del Comitato paritetico interistituzionale;

CONSIDERATO che, nel corso della riunione del suddetto Comitato svoltasi in data 21 giugno 2011, si è convenuto di attivare un apposito sottogruppo di lavoro per la redazione di un documento più dettagliato, da sottoporre successivamente all'approvazione del Comitato stesso;

VISTA la nota in data 8 luglio 2011, con la quale, in esito ai lavori del suddetto sottogruppo, il rappresentante della Regione Campania ha inviato il documento di cui trattasi, che è stato trasmesso a tutti i componenti del Comitato paritetico con nota in data 11 luglio 2011;

VISTA la successiva nota del 12 luglio 2011, con la quale il rappresentante della Regione Campania ha chiesto il differimento della riunione già convocata per il 14 luglio 2011, al fine di realizzare una più ampia condivisione tra le Regioni del documento elaborato dal sottogruppo di lavoro;

VISTA la lettera in data 12 settembre 2011, con la quale il rappresentante della Regione Campania ha inviato una versione aggiornata del documento in parola, che è stata trasmessa a tutti i componenti del Comitato paritetico con nota in data 16 settembre 2011;

VISTA la lettera in data 3 ottobre 2011 concernente la trasmissione ai componenti del Comitato paritetico della nota del 30 settembre 2011 con cui il rappresentante della Regione Toscana in





*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA UNIFICATA

seno al Tavolo di consultazione permanente sulla sanità penitenziaria ha espresso il proprio orientamento negativo sul documento in parola;

VISTA la lettera del 4 ottobre 2011, con la quale il rappresentante della Regione Campania ha inviato una nuova versione del suddetto documento, che è stata trasmessa a tutti i componenti del Comitato con nota in pari data;

RILEVATO che, nel corso della riunione del Comitato paritetico interistituzionale svoltasi in data 5 ottobre 2011, i componenti del Comitato medesimo hanno congiuntamente elaborato ed approvato la versione definitiva del documento in oggetto, Allegato sub A, parte integrante del presente Atto, che è stata diramata alle Regioni ed alle Province autonome ed alle Autonomie locali con lettera in data 7 ottobre 2011;

CONSIDERATO che, ai sensi dell'articolo 2, comma 3, della Delibera della Conferenza Unificata del 31 luglio 2009 (Rep Atti N. 81/CU), lo schema di documento in parola è stato comunicato al Tavolo di consultazione permanente sulla sanità penitenziaria nel corso della riunione di quest'ultimo svoltasi in data 5 ottobre 2011;

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 "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", Allegato sub A, parte integrante del presente atto.

IL SEGRETARIO
Cons. Ermenegilda Siniscalchi

Ermenegilda Siniscalchi



IL PRESIDENTE
On. Dott. Raffaele Fitto

Raffaele Fitto



ALLEGATO A

Integrazioni agli indirizzi di carattere prioritario sugli interventi negli OPG e le CCC di cui all'Allegato C al DPCM 01.04.2008.

Nel presente documento vengono definiti alcuni ulteriori interventi di carattere prioritario necessari prevalentemente al completamento dell'attuazione della prima fase del percorso di superamento degli attuali OPG di cui all'Allegato C al DPCM 01.04.2008 (Linee di indirizzo per gli interventi negli ospedali psichiatrici giudiziari (OPG) e nelle case di cura e custodia).

Nella premessa del suddetto Allegato è sottolineato che il successo del programma specifico per gli OPG è strettamente connesso con la realizzazione di tutte le misure e azioni indicate per la tutela della salute mentale negli istituti pena, e in particolare con l'attivazione, all'interno degli istituti, di specifiche sezioni organizzate o reparti, destinati agli imputati e condannati con infermità psichica sopravvenuta nel corso della misura detentiva, nonché ai soggetti condannati a pena diminuita per vizio parziale di mente.

Sebbene in prima istanza venga così indicato l'utilizzo delle predette articolazioni sanitarie per evitare l'invio in OPG delle persone che presentano problemi psichici durante la detenzione, garantendo idonee risposte all'interno degli istituti ordinari, le linee guida ne ampliano successivamente le funzioni quando inseriscono tra le azioni da realizzare nella prima fase del percorso il programma attivo dei DSM finalizzato, oltre che alla *dimissione degli internati che hanno concluso la misura di sicurezza*, anche a riportare nelle carceri di provenienza i ricoverati in OPG per disturbi psichici sopravvenuti durante l'esecuzione della pena e ad assicurare che le osservazioni per l'accertamento delle infermità psichiche di cui all'art. 112 D.P.R. 230/2000 siano espletate negli istituti ordinari.

Nell'attuale fase del percorso di superamento degli OPG, con l'avviata progressiva presa incarico da parte delle Aziende Sanitarie, attraverso progetti terapeutico riabilitativi territoriali, delle persone con misura di sicurezza, l'indisponibilità di idonee risposte per la tutela della salute mentale in carcere rende di fatto non praticabile - anche indipendentemente da un'auspicabile riforma del codice penale in materia di imputabilità - alcun percorso alternativo all'OPG per tutte quelle persone che vi si trovano detenute proprio in relazione a disturbi psichici sopravvenuti in corso di detenzione oppure, in misura percentualmente minore, per periodi di osservazione psichiatrica.

Inoltre, tra le azioni della prima fase, le Linee di indirizzo evidenziano che, per quanto inizialmente solo le Regioni in cui opera un OPG sono interessate alla gestione della struttura, è necessario che ogni Regione italiana, nell'ambito dei propri atti di programmazione specifici, affronti la questione della cura, della riabilitazione e dell'inclusione sociale delle persone che in stato di sofferenza psichica sono incorsi in una sentenza edittale per reato commesso, sia stabilendo rapporti di collaborazione e di intesa con le Regioni impegnate nella gestione degli OPG, sia mettendo in programma ed attuando i servizi e i presidi che si rendono necessari per dare risposte appropriate a persone malate che presentano diversità cliniche e giuridiche.

Un indirizzo verso siffatta operatività interregionale integrata è già stato previsto esplicitamente all'interno dell' *Accordo concernente la definizione di specifiche aree di collaborazione e gli indirizzi di carattere prioritario sugli interventi negli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG) e nelle Case di Cura e Custodia (CCC) di cui all'Allegato C al D.P.C.M. 1° aprile 2008* (Rep. Atti n. 84/CU, pubblicato nella G.U. n. 2, serie generale, del 4 gennaio 2010).

Tuttavia, dal monitoraggio avviato dalle Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano è apparso subito evidente che la necessaria e strategica funzione di coordinamento dei bacini macroregionali di afferenza degli attuali OPG non è stata realizzata con modalità uniformi nell'intero territorio nazionale, analogamente a quanto avvenuto con il recepimento del DPCM 1.04.2008 con ripercussioni, in particolare, sulla complessa situazione degli OPG di Castiglione delle Stiviere e di Reggio Emilia.

Sono inoltre state evidenziate, attraverso il richiamato iniziale monitoraggio, situazioni che richiamano quanto già determinatosi nel percorso di chiusura degli Ospedali Psichiatrici, con una significativa presenza di persone la cui diagnosi principale non è di natura strettamente psichiatrica, e per le quali è





*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA UNIFICATA

necessaria, al fine di garantire idonee risposte ai bisogni di salute, una presa in carico che, ferma restando, per motivi di carattere anche organizzativo, l'iniziale responsabilità dei Dipartimenti di Salute Mentale, impegni le Aziende Sanitarie a prevenire e risolvere ogni possibile conflitto di titolarità e realizzare programmi terapeutico riabilitativi condivisi tra tutti i servizi sanitari territoriali competenti per diversi bisogni assistenziali delle singole persone (in particolare dipendenze e disabilità) ed integrati con i Servizi Sociali Comunali per il necessario reinserimento nei contesti sociali di appartenenza.

Pertanto, al fine di assicurare le necessarie integrazioni agli indirizzi di carattere prioritario contenuti nel richiamato Accordo sancito dalla Conferenza Unificata il 26.11.2009 (Rep. Atti n. 84/CU) ed al contempo apprestare soluzioni alle criticità applicative rilevate nel preliminare monitoraggio già effettuato dalle Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano si ritiene necessario che:

(Implementazioni per la tutela della salute mentale negli istituti penitenziari ordinari)

- Ogni Regione e Provincia autonoma, attraverso i propri DDSSMM, programmi, in accordo con all'Amministrazione Penitenziaria, ed attivi entro il 30 giugno 2012, in almeno uno degli Istituti Penitenziari del proprio territorio, o, preferibilmente, in quello di ognuna delle Aziende Sanitarie, in una specifica sezione, ai fini dell'implementazione della tutela intramuraria della salute mentale delle persone ristrette negli Istituti del territorio di competenza (regionale o aziendale), un'ideale articolazione del servizio sanitario;
- La suddetta articolazione, con riferimento alle pertinenti azioni ed obiettivi di cui all'Allegato C al D.P.C.M. 01.04.2008, dovrà operativamente concorrere al superamento dell'OPG garantendo almeno le seguenti due funzioni:
 - con riferimento alle persone detenute negli Istituti del territorio della Regione o Provincia autonoma, assicurando l'espletamento negli Istituti ordinari delle osservazioni per l'accertamento delle infermità psichiche di cui all'art. 112 del DPR 230/2000 e prevenendo l'invio in OPG o in CCC nei casi di persone con infermità psichica sopravvenuta nel corso della misura detentiva o condannate a pena diminuita per vizio parziale di mente (art. 111, comma 5 e 7 del DPR 230/2000);
 - con esclusivo riferimento alle persone di competenza presenti in uno degli Istituti-OPG, anche se diverso da quello del bacino macroregionale di riferimento, rispondendo ai loro bisogni di salute mentale e accogliendole e prendendole in carico – sì da determinarne sia la dimissione dall'OPG che il ritorno in un Istituto ordinario della Regione o Provincia autonoma.
- L'Amministrazione Penitenziaria, contestualmente all'avvio dell'operatività delle suddette sezioni, ed a seguito di formale comunicazione da parte della Regione o della Provincia Autonoma, non disporrà più invii di detenuti negli Ospedali Psichiatrici Giudiziari per osservazione psichiatrica, ai sensi dell'art. 112 DPR 230/00 e concorrerà, per quanto di competenza, a garantire e facilitare l'utilizzo delle stesse sezioni per le restanti funzioni di cui ai commi precedenti.
- Anche nel caso di Regioni e P.A. di piccole dimensioni, ove l'attivazione di una vera e propria sezione risulti eccedente il bisogno, le suddette funzioni dovranno comunque essere assicurate all'interno di un Istituto Penitenziario ordinario.

(Coordinamento dei bacini macroregionali di afferenza degli OPG)

- In attuazione di quanto previsto dalle Linee di Indirizzo sancite dall'Allegato C al DPCM 1 aprile 2008, allo scopo di meglio coordinare, da parte di ciascuna Regione e Provincia autonoma, gli interventi di presa in carico degli internati di propria competenza, e di assicurare idonee forme di collaborazione e di coordinamento per il miglioramento dell'efficienza e dell'efficacia degli interventi mirati alla realizzazione del complessivo programma di superamento degli O.P.G., viene istituito in ciascuno dei bacini macroregionali di riferimento degli OPG - come stabiliti nell'Accordo concernente la definizione di specifiche aree di collaborazione e gli indirizzi di carattere prioritario sugli interventi negli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG) e nelle Case di Cura e Custodia (CCC) di cui all'Allegato C al D.P.C.M. 1° aprile 2008 (Rep. Atti n. 84/CU, pubblicato nella G.U. n. 2, serie





*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA UNIFICATA

generale, del 4 gennaio 2010) - il Gruppo di Coordinamento del Bacino Macroregionale per il Superamento degli OPG, composto da un rappresentante per ciascuna delle Regioni afferenti al Bacino. Le funzioni di coordinatore del Gruppo sono assunte dal rappresentante della Regione in cui ha sede l'OPG, componente designato nel Comitato Paritetico Interistituzionale ex art. 5, comma 2 del DPCM 01.04.2008.

- Contestualmente, ciascuna Regione e Provincia Autonoma istituisce il collegato Sottogruppo Tecnico Regionale per il Superamento degli OPG, con idonea rappresentanza dei servizi deputati alla presa in carico delle persone internate in OPG e coordinati dal rappresentante della Regione o Provincia autonoma componente del Gruppo di Coordinamento del Bacino Macroregionale.
- Per tale scopo, viene stipulato, tra le Regioni e le Province Autonome afferenti a ciascun bacino, entro il 31 dicembre 2011, specifico Accordo di programma, preferenzialmente ai sensi del D.Lgs 18 agosto 2000 n. 267, art. 34, che, nel rispetto delle specifiche potestà organizzative di ogni singola Regione o Provincia autonoma, renda operativi i Gruppi di Coordinamento del Bacino Macroregionale per il Superamento degli OPG ed i collegati Sottogruppi Tecnici Regionali per il Superamento degli OPG e che contenga inoltre i seguenti ulteriori specifici impegni:
 - finalizzare le azioni di propria competenza alla completa attuazione del percorso di superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari e promuovere in ogni fase del percorso la gestione uniforme ed omogenea dell'assistenza sanitaria a favore di tutte le persone detenute ed internate, attraverso adeguate ed efficaci modalità di coordinamento fra le amministrazioni coinvolte e realizzando un collegamento funzionale e bidirezionale tra i Servizi competenti per l'assistenza sanitaria e gli organismi paritetici interistituzionali di coordinamento ed indirizzo attivi a livello regionale, di bacino e nazionale;
 - assumere, per la singola persona destinataria di una misura di sicurezza che preveda o disponga l'internamento in OPG o misure allo stesso alternative, anche in contesti sociali e sanitari ordinari, il principio della iniziale costante competenza del DSM presso il quale la persona aveva la residenza o l'abituale dimora al momento dell'applicazione della misura di sicurezza, in coerenza tanto con le "Linee di indirizzo per gli interventi negli ospedali psichiatrici giudiziari (OPG) e nelle case di cura e custodia" di cui all'Allegato C del D.P.C.M. 01.04.08, quanto con l'art. 6, comma 4 della Legge 8 novembre 2000, n. 328, ed il citato Accordo sancito dalla Conferenza Unificata il 26.11.2009;
 - contestualmente impegnare le Aziende Sanitarie a realizzare programmi terapeutico riabilitativi condivisi tra i tutti i servizi sanitari territoriali competenti per i diversi bisogni assistenziali delle singole persone (in particolare dipendenze e disabilità) ed integrati con i Servizi Sociali Comunali per il necessario reinserimento nei contesti sociali di appartenenza.

(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 - Dipartimento per l'Amministrazione Penitenziaria e del Ministero della Salute che procederanno a rilevare, con cadenza semestrale, le azioni e le attività mirate alla realizzazione dei contenuti del presente Accordo e, più in generale, delle azioni attuative dell'Allegato C al DPCM 01.04.2008, sia tramite relazioni scritte che attraverso audizioni dirette, in uno spirito di reciproca collaborazione tra tutte le istituzioni interessate, ivi compresa l'Autorità giudiziaria; ciò anche al fine di individuare misure correttive e suggerire soluzioni alle criticità eventualmente emergenti.
- I dati elaborati sono messi a disposizione del Comitato paritetico interistituzionale presso la Conferenza Unificata.





*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA UNIFICATA

Servizio III^o: Sanità e politiche sociali

CONFERENZA UNIFICATA

Seduta del 13 ottobre 2011

Punto n. 4 dell'o.d.g.

Oggetto: Accordo sul 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". **Codice sito: 4.10/2009/9-2**

Accordo ai sensi dell'articolo 9 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281.

Finalità del provvedimento: L'articolo 2, comma 283, della Legge 24 dicembre 2007, n. 244 (Finanziaria 2008) prevede che, al fine di dare completa attuazione al riordino della medicina penitenziaria, comprensivo dell'assistenza sanitaria negli Istituti penali minorili, nei centri di prima accoglienza, nelle comunità e degli ospedali psichiatrici giudiziari, con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro della salute e del Ministro della giustizia, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze e con il Ministro per le riforme e le innovazioni nella pubblica amministrazione, di intesa con la Conferenza Stato-Regioni, sono definite le modalità ed i criteri per il trasferimento dal Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria e dal Dipartimento della giustizia minorile del Ministero della giustizia al Servizio Sanitario Nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali, in materia di sanità penitenziaria.

L'Intesa sullo schema di D.P.C.M. di cui trattasi è stata a suo tempo perfezionata nella seduta della Conferenza Stato-Regioni del 20 marzo 2008 (Rep. Atti n. 91).

L'articolo 5, comma 2, del D.P.C.M. 1 aprile 2008 ("Modalità e criteri per il trasferimento al Servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie, di rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria"), emanato in attuazione del menzionato articolo 2, comma 283, della Legge n. 244/2007, prevede l'istituzione di un apposito Comitato paritetico interistituzionale per l'attuazione delle linee di indirizzo per gli interventi specifici negli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG) e nelle Case di Cura e Custodia (CCC) di cui all'Allegato C al medesimo D.P.C.M. 1 aprile 2008.

Nel predetto Allegato C si prevede, tra l'altro, che, tramite specifici Accordi in sede di Conferenza, vengono definite la tipologia assistenziale e le forme della sicurezza, gli standard di organizzazione e i rapporti di collaborazione tra le amministrazioni coinvolte.

La Conferenza Unificata, nella seduta del 26 novembre 2009, con proprio Atto Rep. n. 84/CU, ha sancito un Accordo sulla definizione di specifiche aree di collaborazione e sugli indirizzi di carattere prioritario sugli interventi negli Ospedali psichiatrici giudiziari e nelle Case di Cura e Custodia che prevede, in particolare:



*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA UNIFICATA

- l'impegno delle Regioni a raggiungere l'obiettivo di circa 300 dimissioni entro la fine del 2010, mediante un piano tra loro coordinato da avviarsi entro due mesi dall'approvazione dell'accordo;
- la ridefinizione dei bacini di utenza dei singoli OPG, individuati solo in via orientativa nell'allegato C al D.P.C.M. 1 aprile 2008;
- l'impegno dell'Amministrazione Penitenziaria ad inviare gli internati agli OPG secondo i bacini di utenza come sopra ridefiniti a partire da due mesi dall'approvazione dell'Accordo;
- indirizzi per l'individuazione del Dipartimento di Salute Mentale (DSM) territoriale competente per il singolo internato;
- l'impegno del Ministero della Giustizia, del Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali, nonché delle Regioni e Province autonome a monitorare l'applicazione di quanto concordato nell'Accordo e di riferire al riguardo al Comitato paritetico interistituzionale, anche al fine di individuare le misure correttive per apprestare soluzioni alle criticità eventualmente emergenti.

Il documento indicato in oggetto, elaborato dal Comitato paritetico interistituzionale previsto dal predetto art. 5 comma 2, del D.P.C.M. 1 aprile 2008, 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.

Il documento in parola, in particolare, al fine di assicurare le necessarie integrazioni agli indirizzi di cui al citato Accordo del 26 novembre 2009 e, al contempo, apprestare soluzioni a talune criticità applicative rilevate sulla base del preliminare monitoraggio già effettuato dalle Regioni e dalle Province autonome di Trento e Bolzano, prevede ulteriori azioni concernenti:

- implementazioni per la tutela della salute mentale negli Istituti penitenziari ordinari;
- coordinamento dei bacini macroregionali di afferenza degli OPG;
- monitoraggio e verifica sull'attuazione dell'Accordo.

Istruttoria: La Conferenza Unificata, nella seduta del 31 luglio 2008, ha deliberato (Rep. Atti 81/CU) la costituzione del Comitato paritetico interistituzionale previsto dall'articolo 5, comma 2, del D.P.C.M. 1 aprile 2008.

Al predetto Comitato sono demandati i seguenti compiti:

- a) predisposizione degli indirizzi sugli adempimenti di cui allegato C al D.P.C.M. 1 aprile 2008 al fine di promuovere azioni omogenee sull'intero territorio nazionale;
- b) predisposizione degli strumenti necessari per supportare il programma di superamento graduale degli OPG e favorire le forme di collaborazione tra il Ministero della Giustizia ed il Servizio sanitario nazionale a livello nazionale, regionale e locale.

Con nota in data 25 maggio 2011, le Regioni e le Province autonome hanno inviato un documento concernente la definizione delle successive iniziative per l'attuazione delle linee di indirizzo per gli interventi negli OPG e nelle Case di Cura e Custodia, che, con lettera in data 31 maggio 2011, è stato trasmesso a tutti i componenti del Comitato paritetico interistituzionale.



*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA UNIFICATA

Nel corso della riunione del suddetto Comitato, svoltasi in data 21 giugno 2011, si è costituito un sottogruppo di lavoro per la redazione di un documento più dettagliato, da sottoporre successivamente all'approvazione del Comitato stesso.

Con nota in data 8 luglio 2011, le Regioni e le Province autonome hanno inviato una proposta di Accordo, che è stata trasmessa a tutti i componenti del Comitato paritetico con nota dell'11 luglio 2011.

Con successiva nota in data 12 luglio 2011, le Regioni e le Province autonome hanno chiesto il differimento della riunione già convocata per il 14 luglio 2011, al fine di realizzare una più ampia condivisione del documento elaborato dal sottogruppo di lavoro.

Con nota in data 12 settembre 2011, il rappresentante della Regione Campania ha inviato una versione aggiornata del documento in parola che è stata trasmessa a tutti i componenti del Comitato paritetico con nota in data 16 settembre 2011.

Con lettera in data 3 ottobre 2011 è stata trasmessa ai componenti del Comitato paritetico la nota in data 30 settembre 2011 con la quale il rappresentante della Regione Toscana in seno al Tavolo di consultazione permanente sulla sanità penitenziaria (nota CINSEDO del 1 ottobre 2008) ha espresso il proprio orientamento negativo sul documento in parola.

Con lettera del 4 ottobre 2011 il rappresentante della Regione Campania ha inviato una nuova versione del suddetto documento, che è stata inviata a tutti i componenti del Comitato con nota in pari data.

Nel corso della riunione del Comitato paritetico svoltasi in data 5 ottobre 2011, i componenti del Comitato medesimo hanno congiuntamente elaborato ed approvato la versione definitiva del documento in oggetto (Allegato A), che è stata diramata alle Regioni ed alle Province autonome ed alle Autonomie locali con lettera in data 7 ottobre 2011.

Ai sensi dell'articolo 2, comma 3, della Delibera della Conferenza Unificata del 31 luglio 2009 (Rep Atti N. 81/CU), lo schema di accordo in parola è stato comunicato al Tavolo di consultazione permanente sulla sanità penitenziaria nel corso della riunione di quest'ultimo svoltasi in data 5 ottobre 2011.

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

Integrazioni agli indirizzi di carattere prioritario sugli interventi negli OPG e le CCC di cui all'Allegato C al DPCM 01.04.2008.

Nel presente documento vengono definiti alcuni ulteriori interventi di carattere prioritario necessari prevalentemente al completamento dell'attuazione della prima fase del percorso di superamento degli attuali OPG di cui all'Allegato C al DPCM 01.04.2008 (Linee di indirizzo per gli interventi negli ospedali psichiatrici giudiziari (OPG) e nelle case di cura e custodia).

Nella premessa del suddetto Allegato è sottolineato che il successo del programma specifico per gli OPG è strettamente connesso con la realizzazione di tutte le misure e azioni indicate per la tutela della salute mentale negli istituti pena, e in particolare con l'attivazione, all'interno degli istituti, di specifiche sezioni organizzate o reparti, destinati agli imputati e condannati con infermità psichica sopravvenuta nel corso della misura detentiva, nonché ai soggetti condannati a pena diminuita per vizio parziale di mente.

Sebbene in prima istanza venga così indicato l'utilizzo delle predette articolazioni sanitarie per evitare l'invio in OPG delle persone che presentano problemi psichici durante la detenzione, garantendo idonee risposte all'interno degli istituti ordinari, le linee guida ne ampliano successivamente le funzioni quando inseriscono tra le azioni da realizzare nella prima fase del percorso il programma attivo dei DSM finalizzato, oltre che alla *dimissione degli internati che hanno concluso la misura di sicurezza*, anche a riportare nelle carceri di provenienza i ricoverati in OPG per disturbi psichici sopravvenuti durante l'esecuzione della pena e ad assicurare che le osservazioni per l'accertamento delle infermità psichiche di cui all'art. 112 D.P.R. 230/2000 siano espletate negli istituti ordinari.

Nell'attuale fase del percorso di superamento degli OPG, con l'avviata progressiva presa incarico da parte delle Aziende Sanitarie, attraverso progetti terapeutico riabilitativi territoriali, delle persone con misura di sicurezza, l'indisponibilità di idonee risposte per la tutela della salute mentale in carcere rende di fatto non praticabile - anche indipendentemente da un'auspicabile riforma del codice penale in materia di imputabilità - alcun percorso alternativo all'OPG per tutte quelle persone che vi si trovano detenute proprio in relazione a disturbi psichici sopravvenuti in corso di detenzione oppure, in misura percentualmente minore, per periodi di osservazione psichiatrica.

Inoltre, tra le azioni della prima fase, le Linee di indirizzo evidenziano che, per quanto inizialmente solo le Regioni in cui opera un OPG sono interessate alla gestione della struttura, è necessario che ogni Regione italiana, nell'ambito dei propri atti di programmazione specifici, affronti la questione della cura, della riabilitazione e dell'inclusione sociale delle persone che in stato di sofferenza psichica sono incorsi in una sentenza edittale per reato commesso, sia stabilendo rapporti di collaborazione e di intesa con le Regioni impegnate nella gestione degli OPG, sia mettendo in programma ed attuando i servizi e i presidi che si rendono necessari per dare risposte appropriate a persone malate che presentano diversità cliniche e giuridiche.

Un indirizzo verso siffatta operatività interregionale integrata è già stato previsto esplicitamente all'interno dell' *Accordo concernente la definizione di specifiche aree di collaborazione e gli indirizzi di carattere prioritario sugli interventi negli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG) e nelle Case di Cura e Custodia (CCC) di cui all'Allegato C al D.P.C.M. 1° aprile 2008* (Rep. Atti n. 84/CU, pubblicato nella G.U. n. 2, serie generale, del 4 gennaio 2010).

Tuttavia, dal monitoraggio avviato dalle Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano è apparso subito evidente che la necessaria e strategica funzione di coordinamento dei bacini macroregionali di afferenza degli attuali OPG non è stata realizzata con modalità uniformi nell'intero territorio nazionale, analogamente a quanto avvenuto con il recepimento del DPCM 1.04.2008 con ripercussioni, in particolare, sulla complessa situazione degli OPG di Castiglione delle Stiviere e di Reggio Emilia.

Sono inoltre state evidenziate, attraverso il richiamato iniziale monitoraggio, situazioni che richiamano quanto già determinatosi nel percorso di chiusura degli Ospedali Psichiatrici, con una significativa presenza di persone la cui diagnosi principale non è di natura strettamente psichiatrica, e per le quali è necessaria, al fine di garantire idonee risposte ai bisogni di salute, una presa in carico che, ferma restando, per motivi di carattere anche organizzativo, l'iniziale responsabilità dei Dipartimenti di Salute Mentale, impegni le Aziende Sanitarie a prevenire e risolvere ogni possibile conflitto di titolarità e realizzare programmi terapeutico riabilitativi condivisi tra tutti i servizi sanitari territoriali competenti per diversi bisogni assistenziali delle singole persone (in particolare dipendenze e disabilità) ed integrati con i Servizi Sociali Comunali per il necessario reinserimento nei contesti sociali di appartenenza.

Pertanto, al fine di assicurare le necessarie integrazioni agli indirizzi di carattere prioritario contenuti nel richiamato Accordo sancito dalla Conferenza Unificata il 26.11.2009 (Rep. Atti n. 84/CU) ed al contempo apprestare soluzioni alle criticità applicative rilevate nel preliminare monitoraggio già effettuato dalle Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano si ritiene necessario che:

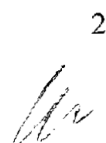
[Handwritten signatures and initials]

(Implementazioni per la tutela della salute mentale negli istituti penitenziari ordinari)

- Ogni Regione e Provincia autonoma, attraverso i propri DDSSMM, programmi, in accordo con all'Amministrazione Penitenziaria, ed attivi entro il 30 giugno 2012, in almeno uno degli Istituti Penitenziari del proprio territorio, o, preferibilmente, in quello di ognuna delle Aziende Sanitarie, in una specifica sezione, ai fini dell'implementazione della tutela intramuraria della salute mentale delle persone ristrette negli Istituti del territorio di competenza (regionale o aziendale), un'ideale articolazione del servizio sanitario;
- La suddetta articolazione, con riferimento alle pertinenti azioni ed obiettivi di cui all'Allegato C al D.P.C.M. 01.04.2008, dovrà operativamente concorrere al superamento dell'OPG garantendo almeno le seguenti due funzioni:
 - con riferimento alle persone detenute negli Istituti del territorio della Regione o Provincia autonoma, assicurando l'espletamento negli Istituti ordinari delle osservazioni per l'accertamento delle infermità psichiche di cui all'art. 112 del DPR 230/2000 e prevenendo l'invio in OPG o in CCC nei casi di persone con infermità psichica sopravvenuta nel corso della misura detentiva o condannate a pena diminuita per vizio parziale di mente (art. 111, comma 5 e 7 del DPR 230/2000);
 - con esclusivo riferimento alle persone di competenza presenti in uno degli Istituti-OPG, anche se diverso da quello del bacino macroregionale di riferimento, rispondendo ai loro bisogni di salute mentale e accogliendole e prendendole in carico – si da determinarne sia la dimissione dall'OPG che il ritorno in un Istituto ordinario della Regione o Provincia autonoma.
- L'Amministrazione Penitenziaria, contestualmente all'avvio dell'operatività delle suddette sezioni, ed a seguito di formale comunicazione da parte della Regione o della Provincia Autonoma, non disporrà più invii di detenuti negli Ospedali Psichiatrici Giudiziari per osservazione psichiatrica, ai sensi dell'art. 112 DPR 230/00 e concorrerà, per quanto di competenza, a garantire e facilitare l'utilizzo delle stesse sezioni per le restanti funzioni di cui ai commi precedenti.
- Anche nel caso di Regioni e P.A. di piccole dimensioni, ove l'attivazione di una vera e propria sezione risulti eccedente il bisogno, le suddette funzioni dovranno comunque essere assicurate all'interno di un Istituto Penitenziario ordinario.

(Coordinamento dei bacini macroregionali di afferenza degli OPG)

- In attuazione di quanto previsto dalle Linee di Indirizzo sancite dall'Allegato C al DPCM 1 aprile 2008, allo scopo di meglio coordinare, da parte di ciascuna Regione e Provincia autonoma, gli interventi di presa in carico degli internati di propria competenza, e di assicurare idonee forme di collaborazione e di coordinamento per il miglioramento dell'efficienza e dell'efficacia degli interventi mirati alla realizzazione del complessivo programma di superamento degli O.P.G., viene istituito in ciascuno dei bacini macroregionali di riferimento degli OPG - come stabiliti nell'Accordo concernente la definizione di specifiche aree di collaborazione e gli indirizzi di carattere prioritario sugli interventi negli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG) e nelle Case di Cura e Custodia (CCC) di cui all'Allegato C al D.P.C.M. 1° aprile 2008 (Rep. Atti n. 84/CU, pubblicato nella G.U. n. 2, serie generale, del 4 gennaio 2010) - il Gruppo di Coordinamento del Bacino Macroregionale per il Superamento degli OPG, composto da un rappresentante per ciascuna delle Regioni afferenti al Bacino. Le funzioni di coordinatore del Gruppo sono assunte dal rappresentante della Regione in cui ha sede l'OPG, componente designato nel Comitato Paritetico Interistituzionale ex art. 5, comma 2 del DPCM 01.04.2008.
- Contestualmente, ciascuna Regione e Provincia Autonoma istituisce il collegato Sottogruppo Tecnico Regionale per il Superamento degli OPG, con idonea rappresentanza dei servizi deputati alla presa in carico delle persone internate in OPG e coordinati dal rappresentante della Regione o Provincia autonoma componente del Gruppo di Coordinamento del Bacino Macroregionale.
- Per tale scopo, viene stipulato, tra le Regioni e le Province Autonome afferenti a ciascun bacino, entro il 31 dicembre 2011, specifico Accordo di programma, preferenzialmente ai sensi del D.Lgs 18 agosto 2000 n. 267, art. 34, che, nel rispetto delle specifiche potestà organizzative di ogni singola Regione o Provincia autonoma, renda operativi i Gruppi di Coordinamento del Bacino Macroregionale per il Superamento degli OPG ed i collegati Sottogruppi Tecnici Regionali per il Superamento degli OPG e che contenga inoltre i seguenti ulteriori specifici impegni:
 - finalizzare le azioni di propria competenza alla completa attuazione del percorso di superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari e promuovere in ogni fase del percorso la gestione uniforme ed omogenea dell'assistenza sanitaria a favore di tutte le persone detenute ed internate, attraverso adeguate ed efficaci modalità di coordinamento fra le amministrazioni coinvolte e realizzando un collegamento funzionale e bidirezionale tra i Servizi competenti per l'assistenza sanitaria e gli organismi paritetici interistituzionali di coordinamento ed indirizzo attivi a livello regionale, di bacino e nazionale;



- assumere, per la singola persona destinataria di una misura di sicurezza che preveda o disponga l'internamento in OPG o misure allo stesso alternative, anche in contesti sociali e sanitari ordinari, il principio della iniziale costante competenza del DSM presso il quale la persona aveva la residenza o l'abituale dimora al momento dell'applicazione della misura di sicurezza, in coerenza tanto con le "Linee di indirizzo per gli interventi negli ospedali psichiatrici giudiziari (OPG) e nelle case di cura e custodia" di cui all'Allegato C del D.P.C.M. 01.04.08, quanto con l'art. 6, comma 4 della Legge 8 novembre 2000, n. 328; ed il citato Accordo sancito dalla Conferenza Unificata il 26.11.2009;
- contestualmente impegnare le Aziende Sanitarie a realizzare programmi terapeutico riabilitativi condivisi tra i tutti i servizi sanitari territoriali competenti per i diversi bisogni assistenziali delle singole persone (in particolare dipendenze e disabilità) ed integrati con i Servizi Sociali Comunali per il necessario reinserimento nei contesti sociali di appartenenza.

(Monitoraggio e verifica) *del Ministero della Salute*

- L'applicazione del presente Accordo sarà oggetto di apposito monitoraggio da parte delle Regioni e delle Province Autonome e del Ministero della Giustizia - Dipartimento per l'Amministrazione Penitenziaria che procederanno a rilevare, con cadenza semestrale, le azioni e le attività mirate alla realizzazione dei contenuti del presente Accordo e, più in generale, delle azioni attuative dell'Allegato C al DPCM 01.04.2008, sia tramite relazioni scritte che attraverso audizioni dirette, in uno spirito di reciproca collaborazione tra tutte le istituzioni interessate, ivi compresa l'Autorità giudiziaria; ciò anche al fine di individuare misure correttive e suggerire soluzioni alle criticità eventualmente emergenti.
- I dati elaborati sono messi a disposizione del Comitato paritetico interistituzionale presso la Conferenza Unificata.

gh

gh

TDP

len
fer
J
ce

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"¹, 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.

¹ Comitato Nazionale per la Bioetica: "Il suicidio in carcere. Orientamenti bioetici" 25/6/2010





Presidenza del Consiglio dei Ministri

CONFFERENZA 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".



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"¹, 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.

¹ 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 strumenti per il
monitoraggio delle diffusi e delle conseguenze delle procedure, ecc.*

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.

am *TDF* *MS*

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.:





*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 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: "p", "MM", "pm", "Me", "y", "MS", "TAF", "Ca", "A/B"]

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, 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

2.21 Intesa sulla proposta del Ministro della salute di deliberazione CIPE concernente il riparto per l'anno 2011 delle risorse finanziarie trasferite nelle disponibilità del Servizio sanitario nazionale, ai sensi dell'articolo 6 del DPCM 1° aprile 2008, ai fini dell'esercizio delle funzioni sanitarie afferenti alla medicina penitenziaria. Intesa ai sensi dell'articolo 115, comma 1, lettera a), del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112.

Rep. atti n. 138/CU del 6 dicembre 2012



*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*
CONFERENZA UNIFICATA

Intesa, ai sensi dell'articolo 115, comma 1, lettera a), del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, sulla proposta del Ministro della salute di deliberazione CIPE concernente il riparto per l'anno 2011 delle risorse finanziarie trasferite nelle disponibilità del Servizio Sanitario Nazionale, ai sensi dell'articolo 6 del DPCM 1° aprile 2008, ai fini dell'esercizio delle funzioni sanitarie afferenti alla medicina penitenziaria.

Rep. Atti n. 138/CU del 6/12/2012

LA CONFERENZA UNIFICATA

Nella odierna seduta del 6 dicembre 2012:

VISTA la delega a presiedere l'odierna seduta conferita al Sottosegretario di Stato alla Presidenza del Consiglio dei Ministri Prof. Giampaolo Vittorio D'Andrea;

VISTO il decreto legislativo 15 dicembre 1997, n. 446, che, all'articolo 39, comma 1, demanda al CIPE, su proposta del Ministro della sanità, d'intesa con la Conferenza Stato - Regioni, l'assegnazione annuale alle Regioni e alle Province autonome delle quote del fondo sanitario nazionale di parte corrente;

VISTO l'articolo 115, comma 1, lettera a), del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, il quale dispone che il riparto delle risorse per il finanziamento del Servizio sanitario nazionale avvenga previa intesa con la Conferenza Stato - Regioni;

VISTO l'articolo 2, comma 283, della legge 24 dicembre 2007, n. 244 (Finanziaria 2008) il quale prevede che, al fine di dare attuazione al riordino della medicina penitenziaria comprensivo dell'assistenza sanitaria negli istituti penali minorili, nei centri di prima accoglienza, nelle comunità e negli ospedali psichiatrici giudiziari, con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro della salute e del Ministro della giustizia, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze e con il Ministro per le riforme e le innovazioni nella pubblica amministrazione, di intesa con la Conferenza Stato - Regioni, sono definite le modalità ed i criteri per il trasferimento dal Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria e dal Dipartimento della giustizia minorile del Ministero della giustizia al Servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali, in materia di sanità penitenziaria;

VISTA l'intesa sullo schema di D.P.C.M. di cui trattasi, perfezionata nella seduta del 20 marzo 2008 (Rep. atti n. 91);

VISTO il comma 1 dell'articolo 6 del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 1° aprile 2008 ("Modalità e criteri per il trasferimento al Servizio Sanitario Nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria"), emanato in attuazione del menzionato art. 2, comma 283, della legge n.

ROMA, 10/12/2012 - SERVIZIO PUBLICAZIONI E LOGICA DELLO STATO A.P. 1/3





*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA UNIFICATA

244/2007, il quale prevede che, ai fini dell'esercizio da parte del Servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie afferenti alla medicina penitenziaria, le risorse finanziarie trasferite nelle disponibilità del Servizio sanitario nazionale sono quantificate complessivamente in 157,8 milioni di euro per l'anno 2008, in 162,8 milioni di euro per l'anno 2009 e in 167,8 milioni di euro a decorrere dall'anno 2010;

VISTO il comma 2 del predetto articolo 6 del D.P.C.M. 1° aprile 2008, il quale stabilisce, inoltre, che, in fase di prima applicazione del D.P.C.M. medesimo, le risorse finanziarie di cui al menzionato comma 1 sono ripartite tra le Regioni, sulla base anche della tipologia delle strutture penitenziarie e dei servizi minorili presenti sul territorio di competenza, nonché dei flussi di accesso ai medesimi, secondo criteri definiti in sede di Conferenza Stato - Regioni;

CONSIDERATO che questa Conferenza, nella seduta del 31 luglio 2008, ha deliberato (Rep. Atti n. 81/CU) la costituzione del "Tavolo di consultazione permanente sulla sanità penitenziaria", di cui all'Allegato A del più volte detto D.P.C.M. 1° aprile 2008, tra i cui compiti è previsto anche l'espletamento dell'attività istruttoria dei provvedimenti, da sottoporre all'esame di questa Conferenza medesima, attuativi del D.P.C.M. in parola, ivi compreso quello previsto dal richiamato articolo 6;

VISTA la nota in data 6 febbraio 2012, con la quale il Ministero della salute ha trasmesso la proposta di deliberazione CIPE in oggetto;

VISTA la lettera del 13 febbraio 2012, con la quale la predetta proposta è stata diramata alle Regioni, alle Province autonome di Trento e Bolzano ed alle Autonomie locali;

CONSIDERATO che, nel corso della riunione del suddetto Tavolo di consultazione permanente svoltasi in data 8 marzo 2012, il rappresentante della Regione Veneto, Coordinatrice interregionale in sanità, ed i rappresentanti del Ministero della giustizia hanno formulato alcune osservazioni in merito alla proposta di deliberazione CIPE in oggetto;

VISTA la nota pervenuta in data 15 marzo 2012, con la quale il Ministero della salute ha trasmesso una nuova versione della proposta di deliberazione CIPE in parola, che tiene conto degli approfondimenti condotti nel corso dell'anzidetta riunione;

VISTA la nota in data 16 marzo 2012, con cui tale nuova versione è stata trasmessa alle Regioni, alle Province autonome ed alle Autonomie locali ed è stata, inoltre, convocata una nuova riunione del Tavolo di consultazione permanente per il giorno 2 aprile 2012 per l'esame della nuova versione della proposta di deliberazione CIPE in parola;

VISTA la nota del 29 marzo 2012, diramata da questa Segreteria in pari data, con la quale la Regione Veneto, Coordinatrice interregionale in sanità, ha chiesto il differimento della suddetta riunione, al fine di condurre ulteriori approfondimenti;

VISTA la successiva nota della Regione Veneto, pervenuta in data 20 giugno 2012, con la quale è stata inviata, in esito agli approfondimenti condotti a livello interregionale, una proposta delle

ROMA 2011 - ISTITUTO POLIGRAFICO E ZECCA DELLO STATO S.p.A. - 2





*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA UNIFICATA

Regioni e delle Province autonome di riparto per l'anno 2011 delle risorse finanziarie di cui all'oggetto;

VISTA la lettera del 21 giugno 2012, con la quale tale proposta è stata inviata al Ministero della salute con richiesta di conoscere le proprie valutazioni al riguardo;

VISTA la nota del 12 ottobre 2012, con la quale il predetto Ministero ha trasmesso una nuova versione della proposta di deliberazione CIPE in oggetto, che recepisce le richieste delle Regioni di cui alla citata nota del 20 giugno 2012;

VISTA la lettera di questa Segreteria in data 16 ottobre 2012, con la quale tale nuova versione è stata trasmessa al Ministero della giustizia e al Ministero dell'economia e delle finanze con richiesta di assenso tecnico;

VISTA la nota pervenuta in data 26 ottobre 2012, con la quale la Provincia autonoma di Bolzano ha avanzato una richiesta di modifica della proposta di deliberazione CIPE in oggetto, che, in pari data, è stata trasmessa al Ministero della salute per le proprie valutazioni;

VISTA la lettera del Ministero della giustizia del 5 novembre 2012, con la quale il Ministero in parola ha formulato talune osservazioni concernenti la proposta indicata in oggetto, che, con nota in data 7 novembre 2012, sono state portate a conoscenza del Ministero della salute e del Ministero dell'economia e delle finanze;

VISTA la nota del 4 dicembre 2012, con la quale il Ministero della salute, nel rappresentare le proprie considerazioni in ordine a talune richieste di approfondimento tecnico avanzate, in particolare, dal Ministero della giustizia e dalla Provincia autonoma di Bolzano, ha chiesto che la proposta di deliberazione CIPE indicata in oggetto venga esaminata in sede di Conferenza Unificata nella versione già diramata con la menzionata lettera del 16 ottobre 2012 e sulla quale, peraltro, era stato a suo tempo acquisito l'assenso del Ministero dell'economia e delle finanze;

VISTA la lettera in data 4 dicembre 2012, con la quale la suddetta nota è stata trasmessa al Ministero della giustizia, alla Regione Veneto, Coordinatrice della Commissione salute, e all'ANCI con richiesta di far pervenire, a stretto giro di posta, i propri assenti sulla proposta in oggetto, nella versione di cui alla citata lettera del 16 ottobre 2012;

VISTE le note del 5 dicembre 2012, con le quali la Regione Veneto, Coordinatrice della Commissione salute, e l'ANCI hanno comunicato il loro assenso tecnico sulla proposta di deliberazione CIPE in parola;

VISTA la nota in data 5 dicembre 2012, con la quale il Ministero della giustizia ha comunicato il proprio assenso sulla suddetta proposta di deliberazione CIPE;

ACQUISITO, nel corso dell'odierna seduta, l'assenso del Governo, delle Regioni e delle Province autonome di Trento e di Bolzano e delle Autonomie locali sulla proposta di deliberazione CIPE in esame, nella versione di cui alla più volte citata lettera del 16 ottobre 2012, Allegato A, parte integrante del presente atto;

ROMA, 2011 - DECRETO POLARIS/PROV. E ISSO/ANELLO STATO CIPE - D.





*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*
CONFERENZA UNIFICATA

SANCISCE INTESA

sulla proposta del Ministero della salute di deliberazione CIPE, Allegato A, parte integrante del presente atto, concernente il riparto per l'anno 2011 delle risorse finanziarie trasferite nelle disponibilità del Servizio sanitario nazionale, ai sensi dell'articolo 6 del DPCM 1° aprile 2008, ai fini dell'esercizio delle funzioni sanitarie afferenti alla medicina penitenziaria.

IL SEGRETARIO
Cons. Ermenegilda Siniscalchi

Ermenegilda Siniscalchi



IL PRESIDENTE
Prof. Giampaolo Vittorio D'Andrea

Giampaolo Vittorio D'Andrea

ROMA, 2009 - ISTITUTO NAZIONALE DI STATISTICA E REGISTRAZIONE

gh

Allegato A

Allegato A



Ministero della Salute

Dipartimento della Programmazione e dell'ordinamento del SSN
Direzione Generale della Programmazione Sanitaria
Ex Uff. IV DGPROG

Proposta di deliberazione per il CIPE

Oggetto: Fondo Sanitario Nazionale 2011: nuova proposta di ripartizione della quota destinata al finanziamento della sanità penitenziaria.

L'articolo 2, comma 283 della legge 244/07 ha previsto che con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro della salute e del Ministro della giustizia, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze e con il Ministro per le riforme e le innovazioni nella pubblica amministrazione, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano vengano definite le modalità ed i criteri per il trasferimento, dal Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria e dal Dipartimento della giustizia minorile del Ministero della giustizia al Servizio sanitario nazionale, di tutte le funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali, afferenti alla sanità penitenziaria, stanziando a tal proposito l'importo di euro 157,8 milioni per l'anno 2008, 162,8 milioni per il 2009 e 167,8 milioni a decorrere dal 2010.

Con la presente proposta si provvedono a ripartire i predetti **167,8 milioni di euro** per il finanziamento delle spese che le Aziende sanitarie locali sostengono per effetto del sopradescritto trasferimento di funzioni.

Il criterio di riparto della somma complessiva stanziata per l'anno 2011 abbandona il criterio della spesa storica utilizzato in sede di riparto per il 2008, allorché si era ritenuto di proporzionare la quota spettante alla "spesa storica" sostenuta nel 2006 dai Dipartimenti del Ministero della Giustizia. L'anno 2011 segna il passaggio definitivo ai "nuovi criteri" concludendo, così, il percorso di superamento graduale del criterio della "spesa storica", già iniziato nel 2009.

La ripartizione della quota indistinta si basa ora sui seguenti nuovi criteri:

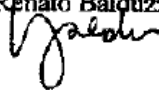
- a. per il 60% sulla base del peso percentuale del numero dei detenuti al 31.12.2010 comunicato dal Ministero della giustizia;
- b. per il 30% sulla base del peso percentuale del numero degli ingressi dei detenuti al 31.12.2010 comunicato dal Ministero della giustizia;
- c. per il 10% sulla base del peso percentuale del numero degli istituti penitenziari con un numero inferiore ai 200 posti in considerazione del fatto che per tali strutture devono, comunque, essere sostenuti costi fissi di personale e di struttura, indipendentemente dal numero di accesso dei detenuti.

Gli stessi assicurano una ripartizione il più possibile congrua rispetto al fabbisogno di ciascuna regione, nel momento in cui la sanità penitenziaria è passata dalle competenze del Ministero della giustizia a quelle del SSN.



Con il presente riparto si provvedono a ripartire solo le somme in favore delle regioni a statuto ordinario, in quanto per le regioni a statuto speciale e province autonome di Trento e Bolzano (RSS) si continuano ad accantonare le somme, in applicazione di quanto previsto dall'articolo 8 di detto DPCM del 1° aprile 2008 che stabilisce che il trasferimento delle funzioni dell'Amministrazione penitenziaria e della giustizia minorile alle province autonome di Trento e Bolzano ed alle regioni a statuto speciale avverrà solo di seguito all'emanazione delle norme di attuazione secondo i loro rispettivi statuti e che, pertanto, l'onere del personale dipendente di tali regioni e province autonome resta a carico del Ministero della giustizia.

Si allega la relativa tabella di riparto.

Il Ministro
Renato Balduzzi


Roma, 12 OTT. 2012



RIPARTO 2011 PENITENZIARIA

Regione	DETENUTI		FATTORI DI CORREZIONE				O.P.C.	CENTRI CLINICI	INDISTRIBITO	RIPARTO TEORICO 2011 SUL TOTALE DELLA SOMMA PER TUTTE LE REGIONI (NUOVO CRITERIO)	RIPARTO 2011 A EFFETTO 2011 A SOLO PER LE REGIONI A STATO DI CROWDING (NUOVO CRITERIO)	SOMME DA ACCANTONARE A VALERE SUL FSN RELATIVA ALLE QUOTE PROVENIENTI DAL CAPITOLO SALUTE (SOLO RRS)	SOMME RESINDE A CARICO MINISTERO GIUSTIZIA DAL 1° GENNAIO 2009 A VALERE SUI PROPRI CAPITOLI DI RILANCIO SULLA BASE DEL CRITERIO MISTO (SOLO RRS)	SOMME ACCANTONATE A VALERE SUL FSN RELATIVA ALLE QUOTE PROVENIENTI DAL CAPITOLO SALUTE (SOLO RRS)	SOMME RESINDE A CARICO MINISTERO GIUSTIZIA DAL 1° GENNAIO 2009 A VALERE SUI PROPRI CAPITOLI DI RILANCIO SULLA BASE DEL CRITERIO MISTO (SOLO RRS)	SOMME DA ACCANTONARE A VALERE SUL FSN RELATIVA ALLE QUOTE PROVENIENTI DAL CAPITOLO SALUTE (SOLO RRS)	
	Presenze detenuti	N°	Presenze detenuti	Presenze detenuti	N° detenuti	Presenze detenuti											2010
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)	
ABRUZZO	1.985	1.897	1.938	4	3,23%	0	0	0	3.812,107	1.872,107	2,13%	1.812,107	1.812,107	1.812,107	1.812,107	1.812,107	
BASILICATA	816	816	816	3	2,47%	0	0	0	1.342,532	1.342,532	0,80%	1.342,532	1.342,532	1.342,532	1.342,532	1.342,532	
CALABRIA	3.709	3.709	3.709	8	6,45%	0	0	0	6.260,730	6.260,730	3,74%	6.260,730	6.260,730	6.260,730	6.260,730	6.260,730	
CAMPANIA	7.010	7.010	7.010	8	6,45%	0	0	0	14.775,784	14.775,784	11,73%	14.775,784	14.775,784	14.775,784	14.775,784	14.775,784	
EMILIA	4.873	4.873	4.873	8	6,45%	0	0	0	8.068,638	8.068,638	7,23%	8.068,638	8.068,638	8.068,638	8.068,638	8.068,638	
FRANCIA	850	850	850	3	4,03%	0	0	0	2.375,877	2.375,877	1,47%	2.375,877	2.375,877	2.375,877	2.375,877	2.375,877	
LIGURIA	6.367	6.367	6.367	6	4,03%	0	0	0	12.843,568	12.843,568	2,80%	12.843,568	12.843,568	12.843,568	12.843,568	12.843,568	
LOMBARDIA	9.471	9.471	9.471	5	4,03%	0	0	0	3.791,552	3.791,552	2,20%	3.791,552	3.791,552	3.791,552	3.791,552	3.791,552	
MARCHE	1.147	1.147	1.147	8	6,45%	0	0	0	18.710,167	18.710,167	17,35%	18.710,167	18.710,167	18.710,167	18.710,167	18.710,167	
MOLISE	1.147	1.147	1.147	8	6,45%	0	0	0	2.840,923	2.840,923	1,85%	2.840,923	2.840,923	2.840,923	2.840,923	2.840,923	
MONTE	5.198	5.198	5.198	3	2,47%	0	0	0	1.045,817	1.045,817	0,82%	1.045,817	1.045,817	1.045,817	1.045,817	1.045,817	
PIEMONTE	4.755	4.755	4.755	7	5,51%	0	0	0	10.878,424	10.878,424	6,45%	10.878,424	10.878,424	10.878,424	10.878,424	10.878,424	
PUGLIA	2.217	2.217	2.217	8	6,45%	0	0	0	9.961,105	9.961,105	5,84%	9.961,105	9.961,105	9.961,105	9.961,105	9.961,105	
ROMANIA	7.872	7.872	7.872	17	13,71%	0	0	0	4.318,109	4.318,109	2,54%	4.318,109	4.318,109	4.318,109	4.318,109	4.318,109	
SARDEGNA	4.515	4.515	4.515	11	9,87%	0	0	0	14.916,562	14.916,562	10,86%	14.916,562	14.916,562	14.916,562	14.916,562	14.916,562	
SICILIA	403	403	403	2	1,81%	0	0	0	8.943,210	8.943,210	8,91%	8.943,210	8.943,210	8.943,210	8.943,210	8.943,210	
TOSCANA	1.889	1.889	1.889	1	0,81%	0	0	0	1.305,558	1.305,558	0,78%	1.305,558	1.305,558	1.305,558	1.305,558	1.305,558	
VALLE D'AOSTA	3.252	3.252	3.252	1	0,81%	0	0	0	2.783,343	2.783,343	1,85%	2.783,343	2.783,343	2.783,343	2.783,343	2.783,343	
VENETIA	473	473	473	1	0,81%	0	0	0	8.894,871	8.894,871	4,11%	8.894,871	8.894,871	8.894,871	8.894,871	8.894,871	
TOTALE	87.381	87.381	87.381	134	100%	0	0	0	134.032.081	134.032.081	100%	134.032.081	134.032.081	134.032.081	134.032.081	134.032.081	134.032.081





*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*
CONFERENZA UNIFICATA

CONFERENZA UNIFICATA

Seduta del 6 dicembre 2012

Punto n. 2bis dell'o.d.g.

Oggetto: Intesa sulla proposta del Ministro della salute di deliberazione CIPE concernente il riparto per l'anno 2011 delle risorse finanziarie trasferite nelle disponibilità del Servizio Sanitario Nazionale, ai sensi dell'articolo 6 del DPCM 1° aprile 2008, ai fini dell'esercizio delle funzioni sanitarie afferenti alla medicina penitenziaria. (Codice: 4.10/2012/10 – Servizio III)
Intesa ai sensi dell'articolo 115, comma 1, lettera a), del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112.

Finalità del provvedimento: L'articolo 2, comma 283, della legge 24 dicembre 2007, n. 244 (Finanziaria 2008) prevede che, al fine di dare attuazione al riordino della medicina penitenziaria comprensivo dell'assistenza sanitaria negli istituti penali minorili, nei centri di prima accoglienza, nelle comunità e negli ospedali psichiatrici giudiziari, con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro della salute e del Ministro della giustizia, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze e con il Ministro per le riforme e le innovazioni nella pubblica amministrazione, di intesa con la Conferenza Stato – Regioni, sono definite le modalità ed i criteri per il trasferimento dal Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria e dal Dipartimento della giustizia minorile del Ministero della giustizia al Servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali, in materia di sanità penitenziaria.

L'intesa sullo schema di D.P.C.M. di cui trattasi è stata a suo tempo perfezionata nella seduta del 20 marzo 2008 (Rep. atti n. 91).

L'articolo 6 del D.P.C.M. 1° aprile 2008 ("Modalità e criteri per il trasferimento al Servizio Sanitario Nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria"), emanato in attuazione dell'articolo 2, comma 283, della legge n. 244/2007, prevede, al primo comma, che, ai fini dell'esercizio da parte del Servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie afferenti alla medicina penitenziaria, le risorse finanziarie trasferite nelle disponibilità del Servizio sanitario nazionale sono quantificate complessivamente in 157,8 milioni di euro per l'anno 2008, in 162,8 milioni di euro per l'anno 2009 e in 167,8 milioni di euro a decorrere dall'anno 2010.

Il comma 2 del predetto articolo 6 del D.P.C.M. 1° aprile 2008 stabilisce inoltre, che, in fase di prima applicazione del D.P.C.M. medesimo, le risorse finanziarie di cui al menzionato comma 1 sono ripartite tra le Regioni, sulla base anche della tipologia delle strutture penitenziarie e dei servizi minorili presenti sul territorio di competenza, nonché dei flussi di accesso ai medesimi, secondo criteri definiti in sede di Conferenza Stato – Regioni.

Il decreto legislativo 15 dicembre 1997, n. 446, all'articolo 39, comma 1, demanda al CIPE, su proposta del Ministro della sanità, d'intesa con la Conferenza Stato – Regioni, l'assegnazione



*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*
CONFERENZA UNIFICATA

annuale alle Regioni e alle Province autonome delle quote del fondo sanitario nazionale di parte corrente.

L'articolo 115, comma 1, lett. a), del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, dispone che il riparto delle risorse per il finanziamento del Servizio sanitario nazionale avvenga previa intesa con la Conferenza Stato – Regioni.

In attuazione delle predette disposizioni, il Ministro della salute, con nota in data 6 febbraio 2012, ha inviato la proposta di deliberazione CIPE in oggetto, per il riparto della somma di **167,8 milioni di euro** trasferita, per l'anno 2011, nelle disponibilità del Servizio sanitario nazionale ai fini dell'esercizio delle funzioni sanitarie relative alla medicina penitenziaria.

La Tabella, allegata alla proposta di deliberazione CIPE in oggetto, esplicita la metodologia adottata per la ripartizione di cui trattasi.

L'anno 2011 segna il passaggio definitivo ai "nuovi criteri" di riparto della somma complessiva stanziata, concludendo il percorso di superamento graduale del criterio della "spesa storica" utilizzato in sede di riparto per il 2008, allorché si era ritenuto di proporzionare la quota spettante alla "spesa storica" sostenuta nel 2006 dal Ministero della Giustizia.

In particolare, il nuovo criterio di riparto adottato per l'anno 2011 prende a riferimento gli stessi importi assegnati in sede di ripartizione dell'anno 2010, a valere sul finanziamento complessivo pari a **167.800.000,00** euro, distinti tra:

- a) OPG pari a **23.093.111,00** euro (colonna A tabella riparto);
- b) Centri Clinici pari a **8.674.888,00** euro (colonna B tabella riparto);
- c) quota indistinta pari a **136.032.001,00** euro dopo aver finanziato le Regioni nelle quali insistono gli OPG e i Centri Clinici (colonna C tabella riparto).

La ripartizione della quota indistinta si basa ora sui seguenti nuovi criteri:

- per il **60%** sulla base del peso percentuale del numero dei detenuti al 31 dicembre 2010, comunicato dal Ministero della Giustizia;
- per il **30%** sulla base del peso percentuale del numero degli ingressi dei detenuti al 31 dicembre 2010 comunicato dal Ministero della Giustizia;
- per il **10%** sulla base del peso percentuale del numero degli istituti penitenziari con un numero inferiore ai 200 posti in considerazione del fatto che per tali strutture devono, comunque, essere sostenuti costi fissi di personale e di struttura, indipendentemente dal numero di accesso dei detenuti.

Con il riparto in oggetto si provvedono a ripartire solo le somme in favore delle Regioni a statuto ordinario per un totale di **141.083.656,00** euro (colonna E tabella riparto), poiché per le Regioni a Statuto speciale e per le Province autonome di Trento e Bolzano si continuano ad accantonare le somme, in applicazione di quanto previsto dall'articolo 8 del D.P.C.M. 1° aprile 2008, il quale stabilisce che il trasferimento delle funzioni dell'Amministrazione penitenziaria e della giustizia minorile alle Province autonome di Trento e Bolzano ed alle Regioni a statuto speciale avverrà



*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*
CONFERENZA UNIFICATA

solo di seguito all'emanazione delle norme di attuazione secondo i loro rispettivi statuti e che, pertanto, l'onere del personale dipendente di tali Regioni e Province autonome resta a carico del Ministero della Giustizia.

Istruttoria: L'articolo 6, comma 2, del D.P.C.M. 1° aprile 2008 prevede che le risorse finanziarie di cui al comma 1 sono ripartite tra le Regioni secondo criteri definiti in sede di Conferenza Stato-Regioni. La Conferenza Unificata, nella seduta del 31 luglio 2008, ha deliberato (Rep. Atti n. 81/CU) la costituzione del "Tavolo di consultazione permanente sulla sanità penitenziaria", di cui all'Allegato A del più volte detto D.P.C.M. 1° aprile 2008, tra i cui compiti è previsto anche l'espletamento dell'attività istruttoria dei provvedimenti, da sottoporre all'esame della Conferenza Unificata medesima, attuativi del D.P.C.M. in parola, ivi compreso quello previsto dal richiamato articolo 6.

Con nota in data 6 febbraio 2012, il Ministero della salute ha trasmesso la proposta indicata in oggetto, che è stata diramata con lettera in data 13 febbraio 2012.

Nel corso della riunione del suddetto Tavolo di consultazione permanente svoltasi in data 8 marzo 2012, il rappresentante della Regione Veneto, Coordinatrice interregionale in sanità, ed i rappresentanti del Ministero della Giustizia hanno formulato alcune osservazioni in merito alla proposta di deliberazione CIPE in oggetto.

Con nota pervenuta in data 15 marzo 2012, il Ministero della salute ha trasmesso una nuova versione della proposta di deliberazione CIPE in parola, che tiene conto degli approfondimenti condotti nel corso dell'anzidetta riunione.

Con nota in data 16 marzo 2012, tale nuova versione è stata trasmessa alle Regioni, alle Province autonome ed alle Autonomie locali. Con la medesima nota è stata convocata una nuova riunione del Tavolo di consultazione permanente per il giorno 2 aprile 2012 per l'esame della nuova versione della proposta di deliberazione CIPE in parola.

Con nota del 29 marzo 2012, diramata da questa Segreteria in pari data, la Regione Veneto, Coordinatrice interregionale in sanità, ha chiesto il differimento della suddetta riunione, al fine di condurre ulteriori approfondimenti.

Con nota pervenuta in data 20 giugno 2012, la Regione Veneto ha inviato, in esito agli approfondimenti condotti a livello interregionale, una proposta delle Regioni e delle Province autonome di riparto per l'anno 2011 delle risorse finanziarie di cui all'oggetto.

Con lettera del 21 giugno 2012, tale proposta è stata inviata al Ministero della salute con richiesta di conoscere le valutazioni al riguardo.

Il Ministero della salute, con nota del 12 ottobre 2012, ha trasmesso una nuova versione della proposta di deliberazione CIPE in oggetto, che recepisce le richieste delle Regioni di cui alla citata nota del 20 giugno 2012.

ROMA, 2014 - ISTITUTO POLIGRAFICO E ZECCA DELLO STATO S.p.A. - 5



*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*
CONFERENZA UNIFICATA

Con lettera del 16 ottobre 2012, tale nuova versione è stata trasmessa al Ministero della giustizia e al Ministero dell'economia e delle finanze con richiesta di assenso tecnico.

Con nota pervenuta in data 26 ottobre 2012, la Provincia autonoma di Bolzano ha avanzato una richiesta di modifica della proposta di deliberazione CIPE in oggetto, che, in pari data, è stata trasmessa al Ministero della salute per le proprie valutazioni.

Con lettera del 5 novembre 2012, il Ministero della Giustizia ha formulato talune osservazioni concernenti la proposta indicata in oggetto, che, con nota in data 7 novembre 2012, sono state portate a conoscenza del Ministero della salute e del Ministero dell'economia e delle finanze.

Con lettera in data 4 dicembre 2012, il Ministero della salute, nel rappresentare le proprie considerazioni in ordine alle richieste di approfondimento tecnico avanzate dal Ministero della giustizia e dalla Provincia autonoma di Bolzano, ha chiesto che la proposta di deliberazione CIPE indicata in oggetto venga esaminata in sede di Conferenza Unificata nella versione già diramata con la menzionata lettera del 16 ottobre u.s. e sulla quale, peraltro, era stato a suo tempo acquisito l'assenso del Ministero dell'economia e delle finanze.

Con nota del 4 dicembre 2012, sono stati richiesti gli assensi delle Regioni, dell'ANCI e del Ministero della giustizia.

Con note in data 5 dicembre 2012, la Regione Veneto, Coordinatrice della Commissione salute, e l'ANCI hanno comunicato il loro assenso tecnico sulla proposta di deliberazione CIPE in parola.

Con nota in data 5 dicembre 2012, il Ministero della giustizia ha comunicato il proprio assenso.

Si sottopone all'esame della Conferenza Unificata per il perfezionamento dell'intesa ai sensi dell'articolo 115, comma 1, lettera a), del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112.

Il Segretario
Cons. Ermenegilda Siniscalchi

2.22 Intesa sulla proposta del Ministro della salute di deliberazione CIPE concernente il riparto per l'anno 2011 delle risorse finanziarie trasferite nelle disponibilità del Servizio sanitario nazionale, ai sensi dell'articolo 6 del DPCM 1° aprile 2008, ai fini dell'esercizio delle funzioni sanitarie afferenti alla medicina penitenziaria. Intesa ai sensi dell'articolo 115, comma 1, lettera a), del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112.

Rep. atti n. 139/CU del 6 dicembre 2012



*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*
CONFERENZA UNIFICATA

Intesa, ai sensi dell'articolo 3-ter, comma 6, del decreto legge 22 dicembre 2011, n. 211, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano e le Autonomie locali sullo schema di decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, concernente il riparto delle risorse di cui all'articolo 3-ter, comma 6, del decreto legge 22 dicembre 2011, n. 211, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 febbraio 2012, n. 9, come modificato dall'articolo 6, comma 3, del decreto legge 13 settembre 2012, n. 158, convertito con modificazioni, nella legge 8 novembre 2012, n. 189.

Rep. Atti n. 139/CV del 6/12/2012

LA CONFERENZA UNIFICATA

Nella odierna seduta del 6 dicembre 2012:

VISTA la delega a presiedere l'odierna seduta conferita al Sottosegretario di Stato alla Presidenza del Consiglio dei Ministri Prof. Giampaolo Vittorio D'Andrea;

VISTO l'articolo 3-ter del decreto legge 22 dicembre 2011, n. 211, convertito, con modificazioni dalla legge 17 febbraio 2012, n. 9 contenente disposizioni per il definitivo superamento degli Ospedali psichiatrici giudiziari, che fissa al 1° febbraio 2013 il termine per il completamento del processo di superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari;

VISTO il comma 2 del suddetto articolo 3-ter il quale dispone che, con decreto di natura non regolamentare del Ministro della salute, adottato di concerto con il Ministro della giustizia, di intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, sono definiti ad integrazione di quanto previsto dal decreto del Presidente della Repubblica 14 gennaio 1997, ulteriori requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi, anche con riguardo ai profili di sicurezza, relativi alle strutture destinati 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;

VISTO il proprio Atto Rep. n. 98/CU del 25 luglio 2012, con il quale è stata sancita l'Intesa, ai sensi del richiamato 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;

VISTO il proprio Atto Rep. n. 111/CU del 26 settembre 2012, con il quale è stata sancita l'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





*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*
CONFERENZA UNIFICATA

applicate le misure di sicurezza del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario e dell'assegnazione a case di cura e custodia;

VISTO, in particolare, il comma 6 del più volte menzionato articolo 3-ter del decreto legge 22 dicembre 2011, n. 211, convertito, con modificazioni, dalla Legge 17 febbraio 2012, n. 9, il quale prevede che:

- per la copertura degli oneri derivanti dalla attuazione del presente articolo, limitatamente alla realizzazione e riconversione delle strutture, è autorizzata la spesa di 120 milioni di euro per l'anno 2012 e 60 milioni di euro per l'anno 2013;
- le predette risorse, in deroga alla procedura di attuazione del programma pluriennale di interventi di cui all'articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67, sono ripartite tra le Regioni e le Province autonome, con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, previa intesa sancita dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, ed assegnate alle singole Regioni con decreto del Ministro della salute di approvazione di specifici programmi di utilizzo proposti dalle Regioni medesime;
- all'erogazione delle risorse si provvede per stati di avanzamento dei lavori;
- per le Province autonome di Trento e Bolzano si applicano le disposizioni di cui all'articolo 2, comma 109, della legge 23 dicembre 2009, n. 191;

VISTA la nota in data 21 novembre 2012, con la quale il Ministero della salute ha inviato lo schema di provvedimento in oggetto;

VISTA la lettera del 22 novembre 2012, con la quale la suddetta proposta è stata trasmessa ai componenti del Comitato paritetico interistituzionale, giusta quanto previsto dalla Delibera della Conferenza Unificata del 31 luglio 2009 (Rep. Atti n. 81/CU) di costituzione di tavoli tecnici di lavoro tra lo Stato, le regioni e province autonome e le Autonomie locali con funzioni istruttorie, di raccordo, di consultazione e concorso alle attività della Conferenza Unificata in materia di attuazione del DPCM 1° aprile 2008 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;

VISTA l'ulteriore nota in pari data, con la quale ai sensi dell'articolo 2, comma 3 della citata Delibera, la suddetta proposta è stata comunicata al Tavolo di consultazione permanente sulla sanità penitenziaria;

CONSIDERATO che, nel corso della riunione del suddetto Comitato paritetico interistituzionale svoltasi in data 26 novembre 2012, le Regioni e le Province autonome hanno formulato talune osservazioni sulla proposta di riparto in oggetto;

VISTA la lettera in data 4 dicembre 2012, con la quale il Ministero della salute ha trasmesso una nuova versione dello schema di provvedimento in oggetto, previamente concertata con il Ministero dell'economia e delle finanze, che tiene conto delle osservazioni formulate nel corso della predetta riunione;





*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*
CONFERENZA UNIFICATA

VISTA la nota in data 4 dicembre 2012, con la quale tale nuova versione è stata diramata, con richiesta di assenso tecnico alla Regione Veneto, Coordinatrice della Commissione salute ed all'ANCI;

VISTA la medesima nota, con la quale è stato richiesto al Ministero della giustizia di far pervenire eventuali osservazioni in merito alla proposta di cui trattasi;

VISTA la nota del 5 dicembre 2012, con la quale l'ANCI ha fatto pervenire il proprio assenso tecnico;

VISTA la nota in data 5 dicembre 2012, portata a conoscenza dei Ministeri della salute e dell'economia e delle finanze con lettera in pari data, con la quale la Regione Veneto, Coordinatrice della Commissione salute, ha comunicato il proprio avviso tecnico favorevole all'intesa subordinato allo sblocco delle risorse relative all'edilizia sanitaria, ex art. 20 legge 67/88, nonché alla seguente riformulazione del comma 1 dell'articolo 3 dello schema di decreto in oggetto: "Le Regioni qualora abbiano un fabbisogno stimato al 31.12.2011 inferiore a dieci posti letto possono stipulare specifici accordi interregionali per la realizzazione di strutture comuni in cui ospitare i soggetti internati provenienti dalle regioni stesse";

CONSIDERATO che, nel corso dell'odierna seduta, i Presidenti delle Regioni e delle Province autonome hanno espresso parere favorevole al perfezionamento dell'intesa subordinato allo sblocco delle risorse relative all'edilizia sanitaria ex articolo 20 della legge n. 67 del 1988;

RILEVATO che, nel corso della seduta, il Governo ha assunto l'impegno di convocare in tempi brevi una apposita riunione per l'approfondimento delle problematiche relative alle risorse spettanti alle Regioni per il perfezionamento degli interventi in materia di edilizia sanitaria;

CONSIDERATO che i Presidenti delle Regioni e delle Province autonome, nel prendere atto dell'impegno come sopra assunto dal Governo, hanno espresso parere favorevole al perfezionamento dell'intesa sullo schema di provvedimento indicato in oggetto, nella versione diramata con la predetta nota del 4 dicembre 2012;

RILEVATO che, nel corso dell'odierna seduta, l'ANCI e l'UPI hanno espresso avviso favorevole al perfezionamento dell'intesa sullo schema di decreto in parola;

ACQUISITO, nel corso dell'odierna seduta, l'assenso del Governo, delle Regioni e delle Province Autonome di Trento e di Bolzano e delle Autonomie locali;

SANCISCE INTESA

sullo schema di decreto di cui all'oggetto, nella versione diramata con lettera in data 4 dicembre 2012 di cui in premessa.

ROMA, 2014 - ISTITUTO POLIGRAFICO E ZECCA DELLO STATO S.p.A. - 5

IL SEGRETARIO
Cons. Ermenegilda Siniscalchi



IL PRESIDENTE
Prof. Giampaolo Vittorio Di Andrea



*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*
CONFERENZA UNIFICATA

Servizio III^o: Sanità e politiche sociali

CONFERENZA UNIFICATA
Seduta del 6 dicembre 2012

Punto n. 2^{ter} dell'o.d.g.

Oggetto: Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano e le Autonomie locali sullo schema di decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, concernente il riparto delle risorse di cui all'articolo 3-*ter*, comma 6, del decreto legge 22 dicembre 2011, n. 211, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 febbraio 2012, n. 9, come modificato dall'articolo 6, comma 3, del decreto legge 13 settembre 2012, n. 158, convertito con modificazioni, nella legge 8 novembre 2012, n. 189. **Codice sito: 4.10/2012/96**
Intesa ai sensi dell'articolo 3-ter, comma 6, del decreto legge 22 dicembre 2011, n. 211.

Finalità del provvedimento: L'articolo 3-*ter* del decreto legge 22 dicembre 2011, n. 211, convertito, con modificazioni dalla legge 17 febbraio 2012, n. 9 contenente disposizioni per il definitivo superamento degli Ospedali psichiatrici giudiziari, fissa al 1° febbraio 2013 il termine per il completamento del processo di superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari.

Il comma 2 del suddetto articolo 3-*ter* dispone che, con decreto di natura non regolamentare del Ministro della salute, adottato di concerto con il Ministro della giustizia, di intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, sono definiti ad integrazione di quanto previsto dal decreto del Presidente della Repubblica 14 gennaio 1997, ulteriori requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi, anche con riguardo ai profili di sicurezza, relativi alle strutture destinati 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.

La Conferenza Unificata, nella seduta del 25 luglio 2012, con proprio Atto Rep. n. 98/CU, ha sancito 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.

ROMA, 2014 - TUTTI I DIRITTI RISERVATI. È REPRODUCTIONE DELLO STATO S. P. A. - 3



*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA UNIFICATA

Nella seduta del 26 settembre 2012, con proprio Atto Rep. n. 111/CU, la Conferenza ha sancito 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.

L'articolo 3-ter, comma 6, del decreto legge 22 dicembre 2011, n. 211, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 febbraio 2012, n. 9, prevede che per la copertura degli oneri derivanti dalla attuazione del presente articolo, limitatamente alla realizzazione e riconversione delle strutture, è autorizzata la spesa di 120 milioni di euro per l'anno 2012 e 60 milioni di euro per l'anno 2013. Le predette risorse, in deroga alla procedura di attuazione del programma pluriennale di interventi di cui all'articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67, sono ripartite tra le Regioni e le Province autonome, con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, previa intesa sancita dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, ed assegnate alla singola regione o provincia autonoma con decreto del Ministro della salute di approvazione di uno specifico programma di utilizzo proposto dalla medesima regione o provincia autonoma. All'erogazione delle risorse si provvede per stati di avanzamento dei lavori. Per le Province autonome di Trento e Bolzano si applicano le disposizioni di cui all'articolo 2, comma 109, della legge 23 dicembre 2009, n. 191.

In attuazione delle predette disposizioni, il Ministero della salute, con nota in data 21 novembre 2012, ha trasmesso, ai fini dell'acquisizione della prescritta intesa, lo schema di decreto indicato in oggetto.

Lo stanziamento di bilancio per le finalità di cui al citato articolo 3-ter, comma 6, pari complessivamente a **173.807.991,00 euro**, è determinato in **117.055.955,00 euro** per l'esercizio 2012 e **56.752.036,00 euro** per l'esercizio 2013.

La Tabella di riparto tra le Regioni delle predette risorse, allegata allo schema di decreto in oggetto, esplicita la metodologia adottata per la ripartizione medesima.

In particolare, la ripartizione è articolata:

- per il **50%** sulla base della popolazione residente al 1° gennaio 2011;
- per il restante **50%** sulla base del numero dei soggetti internati negli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG) suddivisi per regione di residenza, alla data del 31 dicembre 2011.

Istruttoria: Con nota in data 21 novembre 2012, il Ministero della salute ha inviato lo schema di provvedimento indicato in oggetto.

Con lettera del 22 novembre 2012, la suddetta proposta è stata trasmessa ai componenti del Comitato paritetico interistituzionale, giusta quanto previsto dalla Delibera della Conferenza Unificata del 31 luglio 2009 (Rep. Atti n. 81/CU)



*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*
CONFERENZA UNIFICATA

Con ulteriore nota in pari data, ai sensi dell'articolo 2, comma 3, della citata Delibera ne è stata data comunicazione al Tavolo di consultazione permanente sulla sanità penitenziaria.

Nel corso della riunione del Comitato paritetico interistituzionale svoltasi in data 26 novembre 2012, le Regioni e le Province autonome hanno formulato talune osservazioni sulla proposta di riparto in oggetto.

Con lettera in data 4 dicembre 2012, il Ministero della salute ha trasmesso una nuova versione dello schema di provvedimento in oggetto, previamente concertata con il Ministero dell'economia e delle finanze, che tiene conto delle osservazioni formulate nel corso della predetta riunione.

Con nota in pari data, tale nuova versione è stata diramata, con richiesta di assenso tecnico alla Regione Veneto, Coordinatrice della Commissione salute ed all'ANCI. Con la medesima nota, inoltre, è stato richiesto al Ministero della giustizia di far pervenire eventuali osservazioni in merito alla proposta di cui trattasi.

Con nota del 5 dicembre 2012, l'ANCI ha fatto pervenire il proprio assenso tecnico.

Con nota in data 5 dicembre 2012, portata a conoscenza del Ministero della salute e dell'economia e delle finanze con lettera in pari data, la Regione Veneto, Coordinatrice della Commissione salute, ha comunicato il proprio avviso favorevole all'intesa subordinato allo sblocco delle risorse relative all'edilizia, art. 20 legge 67/88, nonché alla seguente riformulazione del comma 1 dell'articolo 3 dello schema di decreto: "*Le Regioni qualora abbiano un fabbisogno stimato al 31.12.2011 inferiore a dieci posti letto possono stipulare specifici accordi interregionali per la realizzazione di strutture comuni in cui ospitare i soggetti internati provenienti dalle regioni stesse*".

Si sottopone all'esame della Conferenza Unificata per il perfezionamento dell'intesa ai sensi dell'articolo 3-ter, comma 6, del decreto legge 22 dicembre 2011, n. 211.

Il Segretario
Cons. Ermenegilda Siniscalchi

2.23 Intesa, ai sensi dell'articolo 115, comma 1, lettera a) del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano e le Autonomie locali sulla proposta del Ministero della salute di deliberazione del CIPE concernente il riparto tra le Regioni, per l'anno 2012, delle risorse previste dall'articolo 3-ter, comma 7, del decreto legge 22 dicembre 2011, n. 211, convertito dalla legge 17 febbraio 2012, n. 9.

Rep. atti n. 140/CU del 6 dicembre 2012



*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*
CONFERENZA UNIFICATA

Intesa, ai sensi dell'articolo 115, comma 1, lettera a) del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano e le Autonomie locali sulla proposta del Ministero della salute di deliberazione del CIPE concernente il riparto tra le Regioni, per l'anno 2012, delle risorse previste dall'articolo 3-ter, comma 7, del decreto legge 22 dicembre 2011, n. 211, convertito dalla legge 17 febbraio 2012, n. 9.

Rep. Atti n. 140/CU del 6/12/2012

LA CONFERENZA UNIFICATA

Nella odierna seduta del 6 dicembre 2012:

VISTA la delega a presiedere l'odierna seduta conferita al Sottosegretario di Stato alla Presidenza del Consiglio dei Ministri Prof. Giampaolo Vittorio D'Andrea;

VISTO il decreto legislativo 15 dicembre 1997, n. 446, che, all'articolo 39, comma 1, demanda al CIPE, su proposta del Ministro della sanità, d'intesa con la Conferenza Stato - Regioni, l'assegnazione annuale alle Regioni e alle Province autonome delle quote del fondo sanitario nazionale di parte corrente;

VISTO l'articolo 115, comma 1, lett. a), del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, il quale dispone che il riparto delle risorse per il finanziamento del Servizio sanitario nazionale avvenga previa intesa con Conferenza Stato - Regioni;

VISTO l'articolo 3-ter del decreto-legge 22 dicembre 2011, n.211, convertito con modificazioni nella legge 17 febbraio 2012, n. 9, recante "Disposizioni per il definitivo superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari", il quale, al comma 7, ha previsto che, al fine di concorrere alla copertura degli oneri di parte corrente derivanti dal completamento del processo di superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari, ivi inclusi gli oneri derivanti dalle assunzioni di personale qualificato da dedicare ai percorsi terapeutico riabilitativi finalizzati al recupero e reinserimento sociale dei pazienti provenienti dai menzionati ospedali psichiatrici giudiziari, è autorizzata la spesa nel limite massimo complessivo di 38 milioni di euro per l'anno 2012 e 55 milioni di euro a decorrere dal 2013;

VISTA la nota in data 21 novembre 2012, con la quale il Ministero della salute ha inviato la proposta di deliberazione CIPE indicata in oggetto;

VISTA la lettera del 22 novembre 2012, con la quale la suddetta proposta è stata trasmessa ai componenti del Comitato paritetico interistituzionale, giusta quanto previsto dall'articolo 2 della Delibera della Conferenza Unificata del 31 luglio 2009 (Rep. Atti n. 81/CU) di costituzione di tavoli tecnici di lavoro tra lo Stato, le regioni e province autonome e le Autonomie locali con funzioni istruttorie, di raccordo, di consultazione e concorso alle attività della Conferenza Unificata in materia di attuazione del DPCM 1° aprile 2008 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;





*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA UNIFICATA

VISTA l'ulteriore nota in pari data, con la quale, ai sensi del predetto articolo 2, comma 3 della citata Delibera, la suddetta proposta è stata comunicata al Tavolo di consultazione permanente sulla sanità penitenziaria;

CONSIDERATO che, nel corso della riunione del suddetto Comitato paritetico interistituzionale svoltasi in data 26 novembre 2012, le Regioni e le Province autonome hanno formulato talune osservazioni sulla proposta di riparto in oggetto;

VISTA la lettera in data 4 dicembre 2012, con la quale il Ministero della salute ha trasmesso una nuova versione della proposta di deliberazione CIPE indicata in oggetto, previamente concertata con il Ministero dell'economia e delle finanze, che tiene conto delle osservazioni formulate nel corso della predetta riunione;

VISTA la nota in data 4 dicembre 2012, con la quale tale nuova versione è stata diramata, con richiesta di assenso tecnico alla Regione Veneto, Coordinatrice della Commissione salute ed all'ANCI;

VISTA la medesima nota, con la quale è stato richiesto al Ministero della giustizia di far pervenire eventuali osservazioni in merito alla proposta di cui trattasi;

VISTA la nota del 5 dicembre 2012, con la quale l'ANCI ha fatto pervenire il proprio assenso tecnico;

VISTA la nota in data 5 dicembre 2012, portata a conoscenza dei Ministri della salute e dell'economia e delle finanze con lettera in pari data, con la quale la Regione Veneto, Coordinatrice della Commissione salute, ha comunicato il proprio avviso tecnico favorevole all'intesa subordinato allo sblocco delle risorse relative all'edilizia sanitaria, ex art. 20 della legge n. 67 del 1988;

CONSIDERATO che, nel corso dell'odierna seduta, i Presidenti delle Regioni e delle Province autonome hanno espresso parere favorevole al perfezionamento dell'intesa subordinato allo sblocco delle risorse relative all'edilizia sanitaria ex articolo 20 della legge n. 67 del 1988;

RILEVATO che, nel corso della seduta, il Governo ha assunto l'impegno di convocare in tempi brevi una apposita riunione per l'approfondimento delle problematiche relative alle risorse spettanti alle Regioni per il finanziamento degli interventi in materia di edilizia sanitaria;

CONSIDERATO che i Presidenti delle Regioni e delle Province autonome, nel prendere atto dell'impegno come sopra assunto dal Governo, hanno espresso parere favorevole al perfezionamento dell'intesa sulla proposta di deliberazione CIPE indicata in oggetto, nella versione diramata con la predetta nota del 4 dicembre 2012;

RILEVATO che, nel corso dell'odierna seduta, l'ANCI e l'UPI hanno espresso avviso favorevole al perfezionamento dell'intesa;

MOD. 200 - F. TIRIO - P. LUSURFU - E. NICCI - NELL'ISTATO S.P.A. - 1





*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*
CONFERENZA UNIFICATA

ACQUISITO, nel corso dell'odierna seduta, l'assenso del Governo, delle Regioni e delle Province Autonome di Trento e di Bolzano e delle Autonomie locali;

SANCISCE INTESA

sulla proposta del Ministero della salute di deliberazione CIPE, Allegato A, parte integrante del presente atto, concernente il riparto tra le Regioni, per l'anno 2012, delle risorse previste dall'articolo 3-ter, comma 7, del decreto legge 22 dicembre 2011, n. 211, convertito dalla legge 17 febbraio 2012, n. 9.

IL SEGRETARIO
Cons. Ermenegilda Siniscalchi



IL PRESIDENTE
Prof. Giampaolo Vittorio D'Andrea



Ministero della Salute

Dipartimento della Programmazione e dell'ordinamento del SSN
Direzione Generale della Programmazione Sanitaria
Ufficio IV

Proposta di deliberazione per il CIPE

Oggetto: Fondo Sanitario Nazionale 2012: proposta di ripartizione della quota destinata al finanziamento di parte corrente per il superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari. Richiesta di intesa alla Conferenza Stato-Regioni, ai sensi dell'articolo 115, comma 1, lett.a) del decreto legislativo 31 marzo 1998, n.112.

L'articolo 3-ter del decreto-legge 22 dicembre 2011, n.211 convertito, con modificazione nella legge 17 febbraio 2012, n. 9 recante "Disposizioni per il definitivo superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari", al comma 7 ha previsto uno specifico stanziamento per concorrere alla copertura degli oneri di parte corrente derivanti dal completamento del processo di superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari (il termine previsto è fissato al 1° febbraio 2013), ivi inclusi gli oneri derivanti dalle assunzioni di personale qualificato da dedicare ai percorsi terapeutico riabilitativi finalizzati al recupero e reinserimento sociale dei pazienti provenienti dagli ospedali psichiatrici giudiziari, in deroga alla normativa nazionale in materia di contenimento della spesa del personale.

Alla copertura di detti oneri si provvede, nel limite massimo complessivo di 38 milioni di euro per l'anno 2012 e 55 milioni di euro a decorrere dal 2013, attraverso lo stanziamento del capitolo di spesa denominato "Fondo sanitario nazionale" iscritto nello stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze.

La presente proposta provvede a ripartire le risorse di parte corrente per l'anno 2012, sulla base dei criteri definiti nell'ambito del gruppo di lavoro interistituzionale Stato-Regioni istituito con decreto del Ministro della salute del 4 maggio 2012.

In particolare, la proposta prevede di ripartire il 50% delle risorse disponibili sulla base della popolazione residente in ciascuna regione e provincia autonoma ed il restante 50% sulla base del numero delle persone, internate negli ospedali psichiatrici giudiziari alla data del 31 dicembre 2011, residenti in ciascuna regione e provincia autonoma, come comunicato dal Coordinamento delle Regioni per la sanità penitenziaria (rilevazione delle Regioni sede di OPG).

Tali criteri si basano sull'assunzione che le spese di funzionamento derivanti per il Servizio sanitario nazionale, di seguito all'applicazione della richiamata normativa, siano correlate in parte all'attivazione delle nuove strutture secondo quanto previsto dal citato articolo 3-ter del decreto-legge 211/11 ed in parte al rafforzamento della rete complessiva dei servizi residenziali ed ambulatoriali per la salute mentale, destinati ad accogliere una quota degli attuali internati negli OPG. Gli stessi criteri assicurano, pertanto, una ripartizione il più possibile congrua rispetto al



fabbisogno di ciascuna regione, nel momento in cui le stesse dovranno farsi carico dei maggiori oneri sia per l'assunzione di personale, in deroga alla normativa vigente, sia per il funzionamento delle strutture e dei servizi che dovranno prendere in carico gli internati provenienti dagli OPG ai fini della loro riabilitazione e reinserimento sociale.

Trattandosi del primo anno di applicazione, l'erogazione delle risorse spettanti alle regioni è subordinata all'adozione del decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro per la pubblica amministrazione e la semplificazione e del Ministro dell'economia e delle finanze, di approvazione dei programmi assistenziali regionali per il completamento del processo di superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari, comprensivi delle richieste di assunzione in deroga del personale qualificato da dedicare anche ai percorsi terapeutico riabilitativi finalizzati al recupero e reinserimento sociale dei pazienti internati provenienti dagli ospedali psichiatrici giudiziari, coerenti con il programma di utilizzo delle risorse per investimenti.

Relativamente alle regioni a statuto speciale e le province autonome di Trento e Bolzano, occorre far presente che il relativo trasferimento delle risorse è subordinato, altresì, ai sensi dell'articolo 8 del DPCM del 1° aprile 2008, all'avvenuta adozione delle norme di attuazione di recepimento del predetto DPCM, secondo i loro rispettivi statuti e secondo le procedure ivi previste. In particolare, per le province autonome di Trento e Bolzano si applicano le disposizioni di cui all'articolo 1, comma 3, del d.lgs. n. 252/2010 e di cui all'articolo 2, comma 109, della legge n. 191/2009, che prevedono che gli oneri siano a carico dei rispettivi fondi sanitari provinciali.

Per la regione Sardegna, le funzioni in materia di sanità penitenziaria risultano trasferite al servizio sanitario della regione. L'erogazione delle risorse è subordinato all'applicazione delle procedure dell'articolo 6, comma 1, del d.lgs. n. 140/2011, per cui la misura e i criteri del trasferimento sono definiti in sede di Conferenza permanente per i rapporti fra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano.

Per la regione Valle d'Aosta, il trasferimento delle funzioni in materia di sanità penitenziaria è subordinato all'applicazione delle procedure dell'articolo 5 del d.lgs. n. 192/2011. Conseguentemente, occorre attendere l'adozione del DPCM previsto dall'articolo 5 del d.lgs. 192/2011.

Per la regione Friuli Venezia Giulia, il trasferimento delle funzioni in materia è subordinato alla modifica dell'ordinamento finanziario, mediante legge statale sentita la regione, in applicazione delle procedure dell'articolo 7 del decreto legislativo n. 274/2010.

Per la regione Sicilia, invece, ancora non è stata adottata la normativa di attuazione.

Al momento, le Regioni che hanno adottato i decreti legislativi per dare attuazione al predetto passaggio sono, quindi:

- **Trentino Alto Adige:** d.lgs. 19 novembre 2010, n. 252 (Gazzetta Ufficiale n. 26 del 2 febbraio 2011), in vigore dal 17 febbraio 2011;
- **Sardegna:** d.lgs. 18 luglio 2011, n. 140 (Gazzetta Ufficiale n. 193 del 20 agosto 2011);
- **Valle d'Aosta:** d.lgs. 26 ottobre 2010, n. 192 (Gazzetta Ufficiale n. 271 del 19 novembre 2010). L'art. 2 del decreto prevede che il trasferimento delle funzioni in materia di sanità penitenziaria decorra dal trasferimento delle risorse finanziarie. Tali finanziamenti sono attribuiti alla Regione con d.p.c.m. sentito il Ministero della giustizia ed il Ministero della salute, decreto che non è ancora stato adottato;
- **Friuli-Venezia Giulia:** d.lgs. 23 dicembre 2010, n. 274 (Gazzetta Ufficiale n. 50 del 2 marzo 2011). La decorrenza dell'efficacia delle disposizioni contenute nel decreto di attuazione è subordinata al trasferimento delle risorse da parte dell'Amministrazione statale tramite l'aumento della quota di compartecipazione ai tributi erariali che dovrà essere determinata e disposta da una legge statale di modifica dello statuto regionale;



Ne consegue che al momento le quote individuate per tali regioni a statuto speciale e province autonome di Trento e Bolzano, vengono accantonate, per essere assegnate a quelle aventi diritto ai sensi della normativa vigente e comunque dopo aver definito con il Ministero della giustizia le modalità di regolazione finanziaria per l'anno 2012 dei rapporti con le medesime regioni a statuto speciale e province autonome.

Con il presente atto si provvede, quindi, a ripartire la somma complessiva in favore dei territori delle regioni a statuto ordinario e delle regioni a statuto speciale (RSS) e delle province autonome (P.P.A.A.).

Si allega la relativa tabella di riparto.

Il Ministro

Roma,



MINISTERO DELLA SALUTE

DIPARTIMENTO DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA E DELL'ORDINAMENTO DEL SSN
DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA

FSN 2012- Somme di parte corrente per il superamento degli OPG (art.3-ter del decreto-legge 211/11 convertito nella legge 9/2012)

	Popolazione residente all'1.1.2011		n° INTERNATI	50% QUOTA COMPLESSIVA	TOTALE
	euro	19.000.000			
	Popolazione residente all'1.1.2011	19.000.000	n° Internati OPG	50% QUOTA COMPLESSIVA	(3) = (1a) + 2a)
	(1)	(1a)	(2)	(2a)	
Piemonte	4.457.335	1.396.905	97	7.216.235	2.613.160
*Valle d'Aosta	128.230	40.187	3	36.470	78.596
Lombardia	9.917.714	3.100.738	308	3.879.397	6.987.949
*P. A. Bolzano	1.037.114	325.036	16	294.832	529.878
*P. A. Trento	4.937.854	1.547.497	78	985.852	2.533.349
Veneto	1.235.808	387.295	13	165.443	553.738
*Friuli Venezia Giulia	1.618.788	506.093	58	729.767	1.336.479
Liguria	4.432.418	1.389.096	63	793.803	2.182.899
Emilia Romagna	3.749.813	1.173.171	63	753.639	1.968.974
Toscana	906.488	284.038	12	217.856	437.727
Umbria	1.565.335	490.368	17	1.882.087	708.225
Marche	5.728.668	1.795.340	150	384.098	3.677.421
Lazio	1.342.366	420.890	31	89.623	804.788
Abruzzo	319.780	100.217	7	2.189.360	188.840
Molise	5.834.056	1.823.382	174	1.190.704	4.817.731
Campania	4.081.259	1.282.179	95	80.623	2.472.883
Puglia	887.517	184.125	7	806.006	273.748
Basilicata	2.011.385	630.360	64	2.522.245	1.438.966
Calabria	5.051.075	1.582.980	200	685.770	4.305.224
*Sicilia	1.675.411	525.853	53	1.190.835	1.190.835
*Sardegna	60.826.442	19.000.000	1.510	19.000.000	38.000.000
TOTALE					

* RSS e PPAA

FONTI DATI:
Popolazione residente: ISTAT
N° Internati: Coordinamento delle regioni per la sanità penitenziaria (rilevazione delle Regioni sede di OPG) - rilevazione al 31.12.2011





*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*
CONFERENZA UNIFICATA

Servizio III^o: Sanità e politiche sociali

CONFERENZA UNIFICATA
Seduta del 6 dicembre 2012
Punto n. 2^{quater} dell'o.d.g.

Oggetto: Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano e le Autonomie locali sulla proposta del Ministero della salute di deliberazione del CIPE concernente il riparto tra le Regioni, per l'anno 2012, delle risorse previste dall'articolo 3-ter, comma 7, del decreto legge 22 dicembre 2011, n. 211, convertito dalla legge 17 febbraio 2012, n. 9. **Codice sito:** 4.10/2012/97

Intesa ai sensi dell'articolo 115, comma 1, lettera a) del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112.

Finalità del provvedimento: L'articolo 3-ter del decreto-legge 22 dicembre 2011, n.211 convertito, con modificazione nella legge 17 febbraio 2012, n. 9 recante "Disposizioni per il definitivo superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari", al comma 7 ha previsto uno specifico stanziamento per concorrere alla copertura degli oneri di parte corrente derivanti dal completamento del processo di superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari (il termine previsto è fissato al 10 febbraio 2013), ivi inclusi gli oneri derivanti dalle assunzioni di personale qualificato da dedicare ai percorsi terapeutico riabilitativi finalizzati al recupero e reinserimento sociale dei pazienti provenienti dagli ospedali psichiatrici giudiziari, in deroga alla normativa nazionale in materia di contenimento della spesa del personale.

Alla copertura di detti oneri si provvede, nel limite massimo complessivo di 38 milioni di euro per l'ano 2012 e 55 milioni di euro a decorrere dal 2013, attraverso lo stanziamento del capitolo di spesa denominato "Fondo sanitario nazionale" iscritto nello stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze.

L'articolo 115, comma 1, lett. a), del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, dispone che il riparto delle risorse per il finanziamento del Servizio sanitario nazionale avvenga previa intesa con la Conferenza Stato – Regioni.

In attuazione delle predette disposizioni, il Ministero della salute, con nota in data 21 novembre 2012, ha trasmesso la proposta di deliberazione CIPE in oggetto per il riparto tra le Regioni della suddetta somma di 38 milioni di euro, per l'anno 2012.

In particolare, la proposta (V. Tabella allegata) prevede di ripartire il 50% delle risorse disponibili sulla base della popolazione residente in ciascuna Regione e Provincia autonoma ed il restante 50% sulla base del numero delle persone, internate negli ospedali psichiatrici giudiziari alla data del 1° gennaio 2011, residenti in ciascuna Regione e Provincia autonoma, come comunicato dal Coordinamento delle Regioni per la sanità penitenziaria (rilevazione delle Regioni sede di OPG).



*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*
CONFERENZA UNIFICATA

Tali criteri si basano sul presupposto che le spese di funzionamento derivanti per il Servizio sanitario nazionale, di seguito all'applicazione della richiamata normativa, siano correlate in parte all'attivazione delle nuove strutture secondo quanto previsto dal citato articolo 3-ter del decreto-legge n. 211 del 2011 ed in parte al rafforzamento della rete complessiva dei servizi residenziali ed ambulatoriali per la salute mentale, destinati ad accogliere una quota degli attuali internati negli OPG.

Istruttoria: Con nota in data 21 novembre 2012, il Ministero della salute ha inviato la proposta di deliberazione CIPE indicata in oggetto.

Con lettera del 22 novembre 2012, la suddetta proposta è stata trasmessa ai componenti del Comitato paritetico interistituzionale, giusta quanto previsto dall'articolo 2, comma 3, della Delibera della Conferenza Unificata del 31 luglio 2009 (Rep Atti N. 81/CU).

Con ulteriore nota in pari data, ai sensi dell'articolo 2, comma 3, della citata Delibera della Conferenza Unificata del 31 luglio 2009, è stata data apposita comunicazione al Tavolo di consultazione permanente sulla sanità penitenziaria.

Nel corso della riunione del Comitato paritetico interistituzionale, svoltasi in data 26 novembre 2012, le Regioni e le Province autonome hanno formulato talune osservazioni sulla proposta di riparto in oggetto.

Con lettera in data 4 dicembre 2012, il Ministero della salute ha trasmesso una nuova versione della proposta di riparto di cui trattasi, previamente concertata con il Ministero dell'economia e delle finanze, che tiene conto delle osservazioni formulate nel corso della predetta riunione.

Con nota in pari data, tale nuova versione è stata diramata, con richiesta di assenso tecnico alla Regione Veneto, Coordinatrice della Commissione salute, all'ANCI.

Con nota del 5 dicembre 2012, l'ANCI ha fatto pervenire il proprio assenso tecnico.

Con nota in data 5 dicembre 2012, portata a conoscenza del Ministero della salute e dell'economia e delle finanze con lettera in pari data, la Regione Veneto, Coordinatrice della Commissione salute, ha comunicato il proprio avviso favorevole all'intesa subordinato allo sblocco delle risorse relative all'edilizia, ex art. 20 legge 67/88.

Si sottopone all'esame della Conferenza Unificata per il perfezionamento dell'intesa ai sensi dell'articolo 115, comma 1, lettera a), del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112.

Il Segretario
Cons. Emenegilda Siniscalchi

MINISTERO DELLA SALUTE

DIPARTIMENTO DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA E DELL'ORDINAMENTO DEL SSN
DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA

FSN 2012- Somme di parte corrente per il superamento degli OPG (art.3-ter del decreto-legge 211/11 convertito nella legge 9/2012)

	Popolazione residente all'1.1.2011		n° Internati OPG	n° INTERNATI		TOTALE
	euro	19.000.000		euro	19.000.000	
	(1)	(1a)	(2)	(2a)	(3) = (1a + 2a)	
Piemonte	4.457.335	1.396.905	97	1.216.235	2.613.160	
*Valle d'Aosta	128.230	40.187	3	38.410	78.596	
Lombardia	9.917.714	3.108.158	308	3.879.391	6.987.549	
*P.A. Bolzano						
*P.A. Trento	1.037.114	325.026	16	204.852	529.878	
Veneto	4.937.854	1.347.497	78	985.852	2.533.349	
*Friuli Venezia Giulia	1.235.808	387.296	13	166.443	533.738	
Liguria	1.616.788	506.693	58	729.787	1.236.479	
Emilia Romagna	4.432.418	1.389.096	63	793.803	2.182.899	
Toscana	3.749.813	1.175.171	63	793.803	1.968.974	
Umbria	906.486	284.088	12	153.639	437.727	
Marche	1.565.335	490.568	17	217.656	708.223	
Lazio	5.728.688	1.795.340	150	1.862.081	3.677.421	
Abruzzo	1.342.366	420.690	31	384.098	804.788	
Molise	319.780	100.217	7	89.673	189.640	
Campania	5.834.056	1.828.362	174	2.189.360	4.017.721	
Puglia	4.091.259	1.282.179	95	1.190.704	2.472.883	
Basilicata	587.517	184.123	7	89.673	273.748	
Calabria	2.011.395	630.360	64	806.606	1.436.966	
*Sicilia	5.051.075	1.582.980	200	2.322.245	4.105.224	
*Sardegna	1.675.411	523.065	53	665.770	1.190.835	
TOTALE	60.826.442	19.000.000	1.510	19.000.000	38.000.000	

* RSS e PPAA

FONTE DATI:
Popolazione residente: ISTAT
N° Internati: Coordinamento delle regioni per la sanità penitenziaria (rilevazione delle Regioni sede di OPG) - rilevazione al 31.12.2011



CAPITOLO III

ATTIVITÀ DEL TAVOLO DI CONSULTAZIONE PERMANENTE SULLA SANITÀ PENITENZIARIA E DEL COMITATO PARITETICO INTERISTITUZIONALE

3.1 Composizione del Tavolo di consultazione permanente

Il Tavolo di consultazione permanente è composto:

- da 3 rappresentanti del Ministero della giustizia, da 2 rappresentanti del Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali, da 1 rappresentante del Ministero dell'economia e delle finanze e da 1 rappresentante del Dipartimento della pubblica amministrazione e dell'innovazione della Presidenza del Consiglio dei Ministri;
- da 5 rappresentanti delle Regioni e Province autonome;
- da 5 rappresentanti delle Autonomie locali;
- dal Segretario della Conferenza Unificata, o dirigente suo delegato, con funzioni di coordinamento.

Alle riunioni del Tavolo, in relazioni agli argomenti in discussione, possono essere invitati, di volta in volta, anche altri rappresentanti delle Regioni e degli Enti locali, nonché di Amministrazioni pubbliche.

In virtù di tale previsione, sul fronte governativo, sono stati invitati a partecipare ai lavori del Tavolo e del Comitato, fin dalle loro prime riunioni, anche i rappresentanti del Dipartimento per gli Affari Regionali e del Dipartimento per le Politiche Antidroga.

L'attribuzione al Tavolo anche del compito di svolgere l'attività istruttoria di provvedimenti a valenza generalissima (si pensi, per esempio, alle proposte di deliberazione CIPE per il riparto tra tutte le Regioni delle risorse finanziarie) ha reso opportuna la presenza al Tavolo anche dei rappresentanti del Coordinamento interregionale in sanità e del CINSEDO, che, quindi, sono stati invitati fin dalla prima riunione del Tavolo medesimo.

Al fine di dare immediato avvio ai lavori del Tavolo in questione, la Segreteria della Conferenza, con lettera in data 5 settembre 2008, ha chiesto a tutte le Amministrazioni interessate di voler comunicare le designazioni dei propri rappresentanti.

Il Tavolo risulta attualmente così composto:

Tavolo di consultazione permanente sulla sanità penitenziaria	
Ministero della giustizia	Dr.ssa Serenella Pesarin – Direttore Generale Giustizia Minorile Dr. Riccardo Turrini Vita – Dipartimento Amministrazione Penitenziaria - Direttore Generale del Personale e della Formazione Cons. Calogero Roberto Piscitello - Dipartimento Amministrazione Penitenziaria - Direttore Generale dei Detenuti e del Trattamento
Ministero della salute	Dr.ssa Teresa Di Fiandra – Dirigente psicologo c/o Direzione Generale Prevenzione sanitaria (supplente: Dr. Guido Vincenzo Ditta – esperto materia di prevenzione sanitaria) Dr.ssa Silvia Arcà – Dirigente c/o Direzione Generale Programmazione sanitaria, livelli di assistenza e principi etici di sistema
Ministero dell'economia e delle finanze	Dr.ssa Barbara Filippi – Dirigente Ufficio IX Ispettorato Generale Spesa Sociale
Dipartimento della pubblica amministrazione Nota 10/02/2009 (sola disponibilità alla collaborazione)	
Regioni e Province autonome	Dr. Sandro Libianchi – Regione Lazio Dr.ssa Marina Gentile – Regione Piemonte Dr. Roberto Bocchieri – Regione Toscana Dr. Lorenzo Rampazzo – Regione Veneto Dr. Matteo Papoff – Regione Sardegna
Autonomie locali Manca UPI (2 rapp)	Dr. Giacomo Bazzoni – Cons. com. Pontevico Dr.ssa M. Lucia Centillo– Cons. com. Torino Dr. Michele Lamacchia – Pres. Cons. com. S. Ferdinando di Puglia
Segreteria della Conferenza Stato-Regioni	Dr. Giuseppe Scribano – Dirigente Servizio III° - Sanità e Politiche sociali – con funzioni di coordinamento del Tavolo

3.2 Composizione del Comitato paritetico interistituzionale

Il Comitato paritetico interistituzionale è composto:

- da 1 rappresentante per ciascuna delle seguenti Amministrazioni centrali: Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali, Ministero della giustizia, Ministero dell'economia e delle finanze, Dipartimento della pubblica amministrazione e dell'innovazione della Presidenza del Consiglio dei Ministri;
- da 1 rappresentante per ciascuna Regione sede di OPG (Lombardia, Emilia-Romagna, Toscana, Campania e Sicilia);
- da 5 rappresentanti delle Autonomie locali;
- dal Segretario della Conferenza Unificata, o dirigente suo delegato, con funzioni di coordinamento.

Con riguardo ai lavori del Comitato, si è resa indispensabile la presenza del Coordinamento interregionale in sanità e del CINSEDO, tenuto conto che, a parte la primissima fase degli interventi previsti per gli OPG, che vede impegnate solo le Regioni sede di OPG, le fasi successive vedono il pieno coinvolgimento di tutte le Regioni

Il Comitato risulta attualmente composto dai seguenti rappresentanti:

Comitato paritetico interistituzionale	
Ministero della giustizia	Cons. Calogero Roberto Piscitello - Dipartimento Amministrazione Penitenziaria - Direttore Generale dei Detenuti e del Trattamento
Ministero della salute	Dr.ssa Teresa Di Fiandra – Dirigente psicologo c/o D.G. Prevenzione sanitaria (supplente: Dr. Guido Vincenzo Ditta – esperto in materia di prevenzione sanitaria)
Ministero dell'economia e delle finanze	Dr.ssa Barbara Filippi – Dirigente Ufficio IX I - Ispettorato Generale Spesa Sociale
Dipartimento della pubblica amministrazione Nota 10/02/2009 (sola disponibilità alla collaborazione)	
Regione Lombardia (sede di OPG)	Dr. Franco Milani

Regione Emilia-Romagna (sede di OPG)	Dr. ssa Mila Ferri
Regione Toscana (sede di OPG)	Dr. Franco Scarpa
Regione Campania (sede di OPG)	Dr. Giuseppe Nese
Regione Sicilia (sede di OPG)	Dr. Biagio Gennaro
Autonomie locali Manca UPI (2 rapp)	Dr. Domenico Della Porta – Resp. Dip. Prevenzione ASL Salerno (Salerno 2) Dr. Aldo Morrone – Direttore Gen. Azienda Ospedaliera San Camillo- Forlanini Dr. Giorgio Del Ghingaro – Sindaco Com. Capannori (LU)
Segreteria della Conferenza Stato-Regioni	Dr. Giuseppe Scribano – Dirigente Servizio III° - Sanità e Politiche sociali – con funzioni di coordinamento del Tavolo

3.3 Sottogruppi di lavoro nell'ambito del Tavolo di consultazione permanente sulla sanità penitenziaria

All'interno del Tavolo di consultazione permanente sulla sanità penitenziaria sono stati attivati i seguenti sottogruppi di lavoro:

Sottogruppo per la problematica afferente i c.d. Centri clinici

(attivato nel corso della riunione del Tavolo del 23 giugno 2009)

Ministero della giustizia:

Componenti del Tavolo: dott. Massimo De Pascalis, dott. Sebastiano Ardita

Tecnici: dott.ssa Maria Cristina Di Marzio, dott. Giulio Starnini, dott.ssa Paola Montesanti

Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali:

Componenti del Tavolo: dott.ssa Silvia Arcà

Tecnici: dott.ssa Carola Magni

Regioni e Province Autonome:

Componenti del Tavolo: dott. Roberto Bocchieri, dott. Sandro Libianchi, dott. Matteo Papoff

Tecnici: dott.ssa Eleonora Amato

ANCI:

Componenti del Tavolo: dott. Giacomo Bazzoni

Tecnici: dott. Carmelo Scarcella

Sottogruppo per il monitoraggio del livello di attuazione del D.P.C.M. 1° aprile 2008

(attivato nel corso della riunione del Tavolo del 23 giugno 2009)

Ministero della giustizia:

Componenti del Tavolo: dott.ssa Serenella Pesarin, dott. Massimo De Pascalis, dott. Sebastiano Ardita

Tecnici: dott.ssa Simona Casciotti, dott.ssa Alessandra Lagorio, dott.ssa Marta Costantino, dott.ssa Paola Montesanti, dott.ssa Maria Cristina Di Marzio

Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali:

Componenti del Tavolo: dott. Guido Ditta

Tecnici: dott. Pietro Canuzzi

Regioni e Province Autonome:

Componenti del Tavolo: dott. Roberto Bocchieri, dott. Lorenzo Rampazzo, dott. Sandro Libianchi;

Tecnici: dott. Sergio Schiaffino

ANCI:

Componenti del Tavolo: dott. Giacomo Bazzoni, dott.ssa M. Lucia Centillo

Sottogruppo sui flussi informativi (cartella clinica)

(attivato nel corso della riunione del Tavolo del 23 giugno 2009)

Ministero della giustizia:

Componenti del Tavolo: dott.ssa Serenella Pesarin, dott. Massimo De Pascalis, dott. Sebastiano Ardita

Tecnici: dott. Concetto Zaghi, dott.ssa Simona Casciotti, dott.ssa Paola Montesanti, dott. Ferdinando Mulas, dott. Giulio Starnini

Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali:

Componenti del Tavolo: dott.ssa Silvia Arcà, dott. Guido Ditta

Tecnici: dott.ssa Lidia Di Minco, dott.ssa Teresa Di Fiandra, dott.ssa Rosa Rosini

Regioni e Province Autonome:

Componenti del Tavolo: dott. Roberto Bocchieri, dott. Matteo Papoff, dott.ssa Marina Gentile

Tecnici: dott. Gioacchino Bellone

ANCI:

Componenti del Tavolo: dott. Michele Lamacchia, dott. Giacomo Bazzoni

Sottogruppo minori:

(attivato nel corso della riunione del Tavolo dell'11 marzo 2009)

Ministero della giustizia: dott.ssa Serenella Pesarin

Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali: dott. Guido Ditta

Regioni: dott. Roberto Bocchieri, dott. Lorenzo Rampazzo (Veneto), dott.ssa Marina Gentile (Piemonte); consulente tecnico dott.ssa Michaela Chiodini (Umbria)

ANCI: dott.ssa M. Lucia Centillo

Sottogruppo dedicato alla problematica del diritto alla salute ed alla cura dei detenuti tossicodipendenti

(attivato nel corso della riunione del Tavolo del 20 gennaio 2010)

Ministero della giustizia:

Componenti del Tavolo: dott.ssa Serenella Pesarin, dott. Sebastiano Ardita

Tecnici: dott.ssa Bruna Brunetti, dott.ssa Cinzia Calandrino, dott.ssa Simona Casciotti, dott.ssa Marta Costantino, dott.ssa Maria Cristina Di Marzio, dott.ssa Paola Montesanti, dott. Ferdinando Mulas, dott. Riccardo Turrini Vita

Ministero della salute:

Componenti del Tavolo: dott. Guido Ditta, dott.ssa Silvia Arcà

Tecnici: dott.ssa Carola Magni, dott. Pietro Canuzzi

Presidenza Consiglio dei Ministri – Dipartimento politiche antidroga

Tecnici: dott. Roberto Mollica, dott.ssa Giuseppina Guglielmi

Regioni e Province Autonome:

Componenti del Tavolo: dott. Roberto Bocchieri, dott. Sandro Libianchi

Tecnici: dott.ssa Mila Ferri, dott. Roberto Pirro, dott. Sergio Schiaffino

ANCI:

Componente del Tavolo: dott. Giacomo Bazzoni

Sottogruppo di lavoro su “Presenza in carico dei Nuovi Giunti, prevenzione del rischio suicidario e/o atti autolesivi, modelli organizzativi interattivi, questione Psicologi ex articolo 80”.

(attivato nel corso della riunione del Tavolo del 17 maggio 2010)

Ministero della giustizia:

Componenti del Tavolo: dott. Sebastiano Ardita

Tecnici: dott.ssa Bruna Brunetti, dott.ssa Maria Cristina Di Marzio, dott.ssa Paola Montesanti, dott. Roberto Liso

Ministero della salute:

Componenti del Tavolo: dott. Guido Ditta, dott.ssa Silvia Arcà

Tecnici: dott.ssa Carola Magni, dott.ssa Teresa Di Fiandra

Ministero dell'economia e delle finanze:

Componenti del Tavolo: dott.ssa Barbara Filippi, dott. Antonio Bucci

Presidenza Consiglio dei Ministri – Dipartimento politiche antidroga

Tecnici: dott. Roberto Mollica, dott.ssa Giuseppina Guglielmi

Regioni e Province Autonome:

Componenti del Tavolo: dott. Roberto Bocchieri, dott. Giampietro Rampazzo, dott. Matteo Papoff

Tecnici: dott. Galileo Guidi, dott.ssa Tiziana Gon, dott. Antonio La Torre

ANCI:

Componente del Tavolo: dott. Giacomo Bazzoni

3.4 Sottogruppo di lavoro nell'ambito del Comitato paritetico interistituzionale

Sottogruppo di lavoro per la predisposizione del documento in materia di "Definizione di specifiche aree di collaborazione e gli indirizzi di carattere prioritario sugli interventi negli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG) e nelle Case di Cura e Custodia (CCC) di cui all'Allegato C al DPCM 1° aprile 2008".

(attivato nel corso della riunione del Comitato del 3 giugno 2009)

Componenti del Tavolo: dott. Guido Ditta, dott. Franco Milani, dott. Roberto Bocchieri, dott. Franco Scarpa, dott.ssa Mila Ferri, dott. Biagio Gennaro;

Dott.ssa Marta Costantino

Dott.ssa Grazia De Carli

Dott. Nunziante Rosania

Dott.ssa Giulia Tartarone

3.5 Seduta di insediamento del Tavolo di consultazione permanente e del Comitato paritetico interistituzionale del 12 febbraio 2009 e relativo resoconto sintetico

Il giorno 12 febbraio 2009, alle ore 10.30, presso la sede della Segreteria Conferenza Stato - Regioni, si è tenuta la riunione di insediamento del Tavolo di consultazione permanente sulla sanità penitenziaria e del Comitato paritetico interistituzionale, convocata con nota prot. n. 408 del 28 gennaio 2009.

Intervento introduttivo del Dott. Giuseppe Scribano, Dirigente del Servizio III° - Sanità e politiche sociali, rappresentante della Segreteria della Conferenza Stato-Regioni, con funzioni di coordinamento.

“L’attivazione dei due Tavoli che oggi si riuniscono per la prima volta è prevista dal D.P.C.M. 1° aprile 2008, che, come è noto, reca la disciplina per il trasferimento al Servizio Sanitario Nazionale della Sanità penitenziaria.

In particolare, l’Allegato A al predetto D.P.C.M., concernente le linee di indirizzo per le azioni di carattere generale da porre in essere a tutela della salute dei detenuti e degli internati negli istituti penitenziari e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale, prevede espressamente l’attivazione presso la Conferenza Unificata di un Tavolo di consultazione sulla sanità penitenziaria con l’obiettivo precipuo di garantire l’uniformità degli interventi e delle prestazioni sanitarie e trattamentali nell’intero territorio nazionale; l’art. 5, comma 2, del D.P.C.M. prevede l’istituzione presso la Conferenza Stato – Regioni di un Comitato paritetico interistituzionale con l’obiettivo di garantire l’attuazione delle linee di indirizzo per gli interventi specifici negli O.P.G. e nelle case di cura e custodia di cui all’Allegato C allo stesso D.P.C.M.

Ricorderete che, in fase di istruttoria della delibera della Conferenza Unificata concernente la costituzione dei Tavoli, le Regioni e le Province Autonome, tenuto conto che gli interventi da porre in essere, integrando prestazioni sanitarie e prestazioni sociali, richiedono sinergie di azioni da parte dello Stato, delle Regioni e dei Comuni, hanno proposto:

1. l’attivazione di entrambi i tavoli nell’ambito della Conferenza Unificata;
2. di attribuire ai Tavoli medesimi anche il compito di istruire (esaminare dal punto di vista tecnico) i provvedimenti attuativi del D.P.C.M. 1° aprile 2008 e di sottoporli all’esame della Conferenza Unificata.

Tali proposte sono state condivise in sede di Conferenza Unificata ed hanno trovato formalizzazione nella Delibera del 31 luglio 2008.

Detta Delibera declina la composizione dei predetti Tavoli ed i rispettivi compiti.

Nel rinviare ai contenuti della Delibera, val la pena, in questa prima occasione di incontro, rammentare la composizione e i compiti specifici dei Tavoli.

Tavolo di consultazione sulla sanità penitenziaria

E' composto dai:

1. rappresentanti dell'ex Ministero della salute e del Ministero della Giustizia, che sono le Amministrazioni centrali proponenti il D.P.C.M. e dai rappresentanti delle altre Amministrazioni centrali che a suo tempo concertarono il D.P.C.M. stesso (Economia e finanze, Riforme ed innovazione nella pubblica amministrazione);
2. rappresentanti delle Regioni e Province autonome;
3. rappresentanti delle Autonomie locali.

La delibera del 31 luglio 2008, peraltro, prevede espressamente che alle riunioni del Tavolo, in relazione agli argomenti in discussione, possono essere invitati anche altri rappresentanti delle Regioni e degli Enti locali, nonché rappresentanti di altre Amministrazioni pubbliche.

In virtù di tale previsione, sul fronte governativo, abbiamo ritenuto opportuno invitare a partecipare ai lavori del Tavolo, fin dalla sua prima riunione, anche i rappresentanti del Dipartimento per gli Affari Regionali e del Dipartimento per le Politiche Antidroga.

Relativamente ai compiti specifici assegnati al Tavolo, ricordo:

- a) monitoraggio del livello di attuazione del D.P.C.M. 1° aprile 2008 anche con riferimento alle risorse necessarie;
- b) valutazione dell'efficacia e dell'efficienza degli interventi a tutela della salute dei detenuti, degli internati e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale anche utilizzando i dati del Sistema informativo nazionale sulla salute dei detenuti;
- c) predisposizione di indirizzi per favorire la realizzazione dei programmi di intervento nelle realtà territoriali;
- d) predisposizione di strumenti volti a favorire il coordinamento fra Regioni, Provveditorati regionali dell'Amministrazione penitenziaria e Centri della giustizia minorile.

Il predetto Tavolo di consultazione viene altresì convocato per:

- l'espletamento dell'attività istruttoria dei provvedimenti, da sottoporre all'esame della Conferenza Unificata, attuativi del citato D.P.C.M. 1° aprile 2008 e, in particolare, di quelli previsti dagli articoli 3, comma 6, 4, comma 2, 6, comma 2 e 7 del medesimo D.P.C.M. 1° aprile 2008;
- l'approvazione di schemi tipo per la redazione di apposite convenzioni da stipulare tra il Ministero della giustizia e le Aziende sanitarie locali al fine di garantire la continuità dell'assistenza sanitaria di natura psicologica prestata ai detenuti e agli internati attraverso l'avvalimento della collaborazione degli esperti convenzionati con il predetto Ministero della giustizia ai sensi dell'art. 80 della legge 26 luglio 1975, n. 354 e dell'art. 8 del decreto legislativo del 28 luglio 1989, n. 272 (art. 3, comma 6, del D.P.C.M. 1° aprile 2008);
- l'approvazione di schemi tipo per la redazione di apposite convenzioni da stipularsi per l'utilizzo dei locali adibiti all'esercizio delle funzioni sanitarie di proprietà del Ministero della giustizia e concessi in uso a titolo gratuito alle Aziende sanitarie locali (art. 4, comma 2, del D.P.C.M. 1° aprile 2008);

- la definizione dei criteri per la ripartizione tra le Regioni, in fase di prima applicazione, delle risorse finanziarie trasferite nelle disponibilità del Servizio sanitario nazionale ai fini dell'esercizio da parte di quest'ultimo delle funzioni sanitarie afferenti alla medicina penitenziaria (art. 6, comma 2, del D.P.C.M. 1° aprile 2008);
- la definizione delle forme di collaborazione relative alle funzioni della sicurezza e regolamentazione dei rapporti di collaborazione tra l'ordinamento sanitario e l'ordinamento penitenziario, (anche in materia di patologie da dipendenza) (art. 7 del D.P.C.M. 1° aprile 2008);
- Accordo per la definizione della tipologia assistenziale e delle forme della sicurezza, degli standard di organizzazione e dei rapporti di collaborazione tra le Amministrazioni coinvolte negli interventi relativi al programma specifico da attuare per gli OPG (Allegato C al D.P.C.M. 1° aprile 2008).

“L'attribuzione al Tavolo anche del compito di svolgere l'attività istruttoria di provvedimenti a valenza generalissima (si pensi, per esempio, alle proposte di deliberazione CIPE per il riparto tra tutte le Regioni delle risorse finanziarie) rende ancora più opportuna la presenza al Tavolo anche dei rappresentanti del Coordinamento interregionale in sanità (dott. Roberto Bocchieri) e del CINSEDO (dott.ssa Marina Principe), che, quindi, sono stati invitati fin dalla prima riunione del Tavolo medesimo.

Vi ricordo che dei suddetti provvedimenti, da sottoporre all'esame della Conferenza Unificata, affidati all'attività istruttoria del Tavolo, due – per il carattere di urgenza da essi presentati – sono stati già istruiti e deliberati dalla Conferenza Unificata nelle more della procedura di attivazione del Tavolo:

- l'Accordo perfezionato nella seduta del 20 novembre 2008 (Rep. Atti n. 102) concernente la definizione delle forme di collaborazione tra l'ordinamento sanitario e l'ordinamento penitenziario e della giustizia minorile;
- l'Intesa perfezionata nella seduta del 17 dicembre 2008 (Rep. Atti n. 109) sulla proposta di deliberazione CIPE concernente il riparto per l'anno 2008 delle risorse finanziarie trasferite nelle disponibilità del Servizio sanitario nazionale per la medicina penitenziaria;

Il Comitato paritetico interistituzionale è composto dai:

1. rappresentanti delle Amministrazioni centrali che hanno concertato il D.P.C.M. 1° aprile 2008;
2. rappresentanti delle Regioni sede di Ospedale Psichiatrico Giudiziario (Lombardia, Emilia – Romagna, Toscana, Campania e Sicilia);
3. rappresentanti delle Autonomie locali.

Relativamente ai compiti specifici assegnati al Comitato, ricordo:

- a) la predisposizione degli indirizzi sugli adempimenti di cui all'Allegato C al D.P.C.M. 1° aprile 2008, al fine di promuovere azioni omogenee sull'intero territorio nazionale;

b) la predisposizione degli strumenti necessari per supportare il programma di superamento graduale degli OPG e favorire le forme di collaborazione tra il Ministero della giustizia e il Servizio sanitario nazionale a livello nazionale, regionale e locale.

I documenti elaborati dal Comitato sono comunicati al Tavolo di consultazione permanente anche ai fini del successivo esame da parte della Conferenza Unificata. Occorrerà, quindi, individuare le forme e le modalità più opportune per raccordare i lavori dei due tavoli. Anche con riguardo ai lavori del Comitato, riteniamo indispensabile la presenza del Coordinamento interregionale in sanità (dott. Roberto Bocchieri) e CINSEDO (dott.ssa Marina Principe), tenuto conto che, a parte la primissima fase degli interventi previsti per gli OPG, che vede impegnate solo le Regioni sede di OPG, le fasi successive vedono il pieno coinvolgimento di tutte le Regioni.”

Nel corso della riunione sono emerse una serie di problematiche legate all’attuazione del DPCM 1° aprile 2008 e allo stato dell’amministrazione penitenziaria sul territorio nazionale, della giustizia minorile, degli ospedali psichiatrici giudiziari.

Si conviene che i due tavoli si riuniranno separatamente in modo da approfondire le specifiche tematiche.

Nella prima riunione del Tavolo saranno discussi i 2 schemi di convenzione proposti dalle Regioni e inviati per l’esame in Conferenza Unificata, già diramati in data 10 febbraio 2009.

Nella prima riunione del Comitato paritetico interistituzionale sarà discusso il documento “Ipotesi per l’assunzione di responsabilità da parte del SSN su salute mentale nelle carceri e gestione sanitaria degli OPG” consegnato nel corso della riunione stessa.

Per facilitare l’accesso alla documentazione relativa ai lavori del Tavolo e del Comitato, ai componenti è stata data la possibilità di entrare in una area riservata del sito istituzionale della Segreteria della Conferenza Stato-Regioni e Unificata.

3.6 Sedute del Tavolo di consultazione permanente e relativi resoconti sintetici

Seduta dell'11 marzo 2009

Il giorno 11 marzo 2009, alle ore 15.30, presso la sede della Segreteria Conferenza Stato – Regioni, si è tenuta la riunione del Tavolo permanente, convocata con nota prot. 836 del 19 febbraio 2009, alla presenza dei componenti designati ed altri rappresentanti delle Amministrazioni interessate per l'esame dei due schemi di convenzione proposti dalle Regioni e già diramati con nota del 10 febbraio.

Viene esaminato lo schema tipo di convenzione sull'utilizzo dei locali per le attività sanitarie, in attuazione del DPCM 1° aprile 2008, articolo 4, comma 2.

In particolare, viene analizzato quanto disposto dall'articolo 3 della proposta, relativo alla gestione e manutenzione dei locali – ordinaria e straordinaria -, nonché l'applicazione del D.Lgs.626/94 come modificato dal D.Lgs. 81/2008.

Il rappresentante del Ministero della giustizia consegna una proposta di modifica del citato articolo 3, che viene sottoposta ai presenti.

In conclusione dei lavori, si conviene che il Ministero della giustizia invierà alla Segreteria della Conferenza una nuova versione dello schema di convenzione che tenga conto di tutte le osservazioni concordate nel corso della riunione tecnica e, nello specifico dell'articolo 3, comma 1, recuperi la formula utilizzata nell'articolo 4 del precedente testo concordato tra le Regioni e i Ministeri.

La nuova proposta sarà diramata e iscritta all'ordine del giorno della prossima riunione del Tavolo che potrebbe tenersi intorno a giovedì 26 marzo p.v.

All'odg sarà riproposto anche lo schema tipo sulle prestazioni medico legali a favore della polizia penitenziaria, a chiarimento del quale un rappresentante del Ministero della Giustizia – Direzione del personale – invierà una breve relazione sulla normativa e organizzazione del personale in questione.

Inoltre, su richiesta del rappresentante del Dipartimento della Giustizia minorile viene creato, ai fini dell'esame delle questioni specifiche dei minori in carcere, un sottogruppo costituito da un rappresentante del Ministero della Giustizia, della Salute, delle Regioni e dell'Anzi: Dr.ssa Pesarin, Dr. Ditta, Dr. Libianchi, Dr.ssa Gentile, Dr.ssa Centillo.

Tale gruppo lavorerà sulla proposta della Dr.ssa Pesarin inviata alla Segreteria della Conferenza in data 10 marzo.

Seduta del 16 aprile 2009 - Approvazione, ai sensi dell'articolo 4, comma 2, del D.P.C.M. 1° aprile 2008, dello schema di convenzione tipo per l'utilizzo da parte delle Aziende Sanitarie Locali, nel cui territorio sono ubicati gli istituti e i servizi penitenziari di riferimento, dei locali adibiti all'esercizio delle funzioni sanitarie -

Il giorno 16 aprile 2009, alle ore 10.30, presso la sede della Segreteria Conferenza Stato – Regioni, si è tenuta la riunione del Tavolo permanente, convocata con nota prot. 1564 del 1° aprile 2009, nel corso della quale è stato esaminato lo schema tipo di convenzione sull'utilizzo dei locali per le attività sanitarie (in particolare è stato esaminato l'articolo 3 per il quale il Ministero della Giustizia aveva già inviato una proposta di modifica, diramata a tutti i componenti del Tavolo).

Al termine dell'incontro è stato raggiunto un accordo sullo schema tipo di convenzione – siglato dagli stessi componenti – che sarà portato all'esame della Conferenza Unificata, prevista per il 29 aprile 2009.

Per quanto riguarda la seconda convenzione, relativa alle prestazioni medico legali in favore della polizia giudiziaria, si conviene che verrà convocata una nuova riunione non appena la Funzione pubblica avrà espresso il proprio parere sulla bozza richiesto dalla Segreteria CSR, con nota in data 21 aprile.

Seduta del 13 maggio 2009 – Approvazione dell'Accordo sul documento recante: "Schema tipo di convenzione per le prestazioni medico legali in favore del Corpo della Polizia Penitenziaria" -

Il giorno 13 maggio 2009, alle ore 15.30, presso la sede della Segreteria Conferenza Stato – Regioni, si è tenuta la riunione del Tavolo permanente, convocata con nota prot. 2178 del 5 maggio 2009, nel corso della quale è stato esaminato e approvato lo schema tipo di convenzione relativa alle prestazioni medico legali in favore del personale del Corpo della polizia penitenziaria.

Il punto sarà iscritto all'odg della Conferenza Unificata del 21 maggio 2009.

Nel corso della riunione il rappresentante del Ministero della Salute consegna un documento contenente un programma di lavoro del Tavolo medesimo (il documento verrà inviato e-mail a tutti i componenti del Tavolo per eventuali osservazioni e integrazioni).

Nel corso dello stesso incontro, il rappresentante della Giustizia Minorile consegna documentazione afferente delicate problematiche concernenti l'applicazione del D.P.C.M. 1° aprile 2008 (la suddetta documentazione verrà trasmessa a tutti i membri del Tavolo per opportuni osservazioni e proposte).

Seduta del 23 giugno 2009

Il giorno 23 giugno 2009, alle ore 11.00, presso la sede della Segreteria Conferenza Stato – Regioni, si è tenuta la riunione del Tavolo, convocata con nota prot. 2655 del 5 giugno 2009, per l'esame del documento consegnato dal Ministero della salute nel corso della riunione del Tavolo del 13 maggio scorso "Garantire l'uniformità degli interventi e delle

prestazioni sanitarie trattamentali nell'intero territorio nazionale". Il documento viene approvato.

Viene deliberata, inoltre, l'attivazione dei seguenti sottogruppi di lavori:

- Problematica afferente i c.d. Centri clinici;
- Monitoraggio del livello di attivazione del D.P.M. 1° aprile 2008;
- Flussi informativi (cartella clinica)

Si resta in attesa delle indicazioni sui nominativi dei componenti del Tavolo che parteciperanno ai lavori dei suddetti sottogruppi.

Seduta del 17 novembre 2009 – Approvazione dei seguenti documenti:

- "Strutture sanitarie nell'ambito del sistema penitenziario italiano";
- "Linee di indirizzo per l'assistenza ai minori sottoposti a provvedimento dell'Autorità giudiziaria";
- "Dati sanitari, flussi informativi e cartella clinica anche informatizzata";
- "Definizione di specifiche aree di collaborazione e gli indirizzi di carattere prioritario sugli interventi negli Ospedali psichiatrici giudiziari (OPG) e nelle Case di Cura e Custodia (CCC)" – già approvato dal Comitato paritetico nella seduta del 17 novembre 2009
- Approvazione della proposta del Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali di deliberazione CIPE concernente il riparto per l'anno 2009 delle risorse finanziarie trasferite nelle disponibilità del SSN ai fini dell'esercizio delle funzioni sanitarie afferenti alla medicina penitenziaria.

Il giorno 17 novembre 2009, alle ore 15.00, presso la sede della Segreteria Conferenza Stato – Regioni, si è tenuta la riunione del Tavolo, convocata con nota prot. 4813 del 13 novembre 2009, per l'approvazione dei seguenti documenti:

- Accordo sul documento proposto dal Tavolo di consultazione permanente sulla sanità penitenziaria recante: "Strutture sanitarie nell'ambito del sistema penitenziario italiano".
- Accordo sul documento proposto dal Tavolo di consultazione permanente sulla sanità penitenziaria recante: "Linee di indirizzo per l'assistenza ai minori sottoposti a provvedimento dell'Autorità giudiziaria".
- Accordo sul documento proposto dal Tavolo di consultazione permanente sulla sanità penitenziaria recante: "Dati sanitari, flussi informativi e cartella clinica anche informatizzata".
- Intesa sulla proposta del Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali di deliberazione CIPE concernente il riparto per l'anno 2009 delle risorse finanziarie trasferite nelle disponibilità del SSN ai fini dell'esercizio delle funzioni sanitarie afferenti alla medicina penitenziaria.

In data 11 settembre 2009, le Regioni e le Province autonome hanno fatto pervenire quattro documenti tematici propositivi elaborati dal Gruppo Tecnico Interregionale per la Salute in Carcere relativamente alle problematiche sopra richiamate:

- Strutture sanitarie e/o terapeutiche (Centri clinici CDT, custodia attenuata, sezioni speciali per disabili, infettivi, osservazione psichiatrica, OPG, ambulatori vari) ;
- Modello monitoraggio D.P.C.M. 1° aprile 2008;
- Cartella sanitaria informatizzata in carcere;
- Linee di indirizzo per l'assistenza ai minori sottoposti a provvedimento dell'Autorità giudiziaria.

In data 12 novembre 2009, le Regioni hanno inviato le versioni finali dei predetti documenti elaborate dai relativi sottogruppi di lavoro appositamente attivati al riguardo.

Le versioni definitive dei documenti indicati in oggetto sono state congiuntamente elaborate ed approvate nel corso dell'odierna riunione del 17 novembre 2009.

Il documento recante "Modello di monitoraggio D.P.C.M. 1° aprile 2008", pure oggetto di un primo esame nella menzionata riunione del 17 novembre 2009 del Tavolo, è stato rinviato per ulteriori approfondimenti tecnici al riguardo.

Con nota in data 21 ottobre 2009, il Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali ha trasmesso la proposta di deliberazione CIPE concernente il riparto per la medicina penitenziaria per l'anno 2009.

Nel corso della riunione odierna del Tavolo, i componenti hanno espresso all'unanimità assenso tecnico sulla proposta di deliberazione CIPE di cui trattasi.

I componenti del Tavolo, infine, ai sensi dell'articolo 2, comma 3, della Deliberazione della Conferenza Unificata del 31 luglio 2008, hanno preso atto dello schema di Accordo sulle aree di collaborazione negli O.P.G. approvati dal Comitato paritetico nella riunione svoltasi in data odierna.

Seduta del 20 gennaio 2010

Nel corso delle riunioni del Tavolo di consultazione permanente sulla sanità penitenziaria svoltesi nei giorni 11 marzo 2009 e 23 giugno 2009 è stata concordata l'attivazione dei seguenti sottogruppi di lavoro:

- sottogruppo dedicato alla giustizia minorile per le problematiche evidenziate nella lettera prot. n. 7542 del 9 marzo u.s. del Ministero della Giustizia - Dipartimento Giustizia Minorile – Direzione Generale per l'attuazione dei provvedimenti giudiziari (riunione dell'11 marzo 2009);
- sottogruppi per le problematiche evidenziate nel documento elaborato dai rappresentanti del Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali:

“Garantire l’uniformità degli interventi e delle prestazioni sanitarie e trattamenti nell’intero territorio nazionale” (approvato nel corso della riunione del 23 giugno 2009):

- sottogruppo per le problematiche afferente i c.d. centri clinici;
- sottogruppo per il monitoraggio del livello di attuazione del D.P.C.M. 1° aprile 2008;
- sottogruppo sui flussi informativi (cartella clinica).

In data 11 settembre 2009, le Regioni e le Province autonome hanno fatto pervenire quattro documenti tematici propositivi elaborati dal Gruppo Tecnico Interregionale per la Salute in Carcere relativamente alle problematiche sopra richiamate, tra i quali:

- Strutture sanitarie e/o terapeutiche (Centri clinici CDT, custodia attenuata, sezioni speciali per disabili, infettivi, osservazione psichiatrica, OPG, ambulatori vari) ;
- Modello monitoraggio D.P.C.M. 1° aprile 2008;
- Cartella sanitaria informatizzata in carcere;
- Linee di indirizzo per l’assistenza ai minori sottoposti a provvedimento dell’Autorità giudiziaria.

In data 12 novembre 2009, le Regioni hanno inviato le versioni finali dei predetti documenti elaborate dai relativi sottogruppi di lavoro appositamente attivati al riguardo.

L’esame di tali documenti è stato svolto nel corso della riunione del più volte richiamato Tavolo del 17 novembre 2009.

Nel corso della predetta riunione del 17 novembre 2009, sono state congiuntamente elaborate ed approvate le versioni definitive dei documenti concernenti:

- Strutture sanitarie e/o terapeutiche (Centri clinici CDT, custodia attenuata, sezioni speciali per disabili, infettivi, osservazione psichiatrica, OPG, ambulatori vari) ;
- Linee di indirizzo per l’assistenza ai minori sottoposti a provvedimento dell’Autorità giudiziaria;
- Cartella sanitaria informatizzata in carcere.

Gli Accordi su tali documenti sono stati sanciti nella seduta della Conferenza Unificata del 26 novembre 2009 (rispettivamente, Atti Rep. n. 81-CU, Rep. n. 82-CU, Rep. n. 83-CU)

Il documento recante “Modello di monitoraggio D.P.C.M. 1° aprile 2008”, pure oggetto di un primo esame nella menzionata riunione del 17 novembre 2009 del Tavolo, è stato rinviato in quella sede per ulteriori approfondimenti tecnici al riguardo.

Nel corso dell’odierna riunione del Tavolo è stata congiuntamente elaborata ed approvata la versione definitiva del documento di cui trattasi.

Con detto documento, si forniscono le prime indicazioni sui dati che è necessario rilevare per valutare lo stato di attuazione del D.P.C.M. 1° aprile 2008 relativamente all’assetto

organizzativo ed al funzionamento dei servizi sanitari sui vari territori regionali. Il compito di tale monitoraggio è attribuito agli Osservatori permanenti regionali per la sanità penitenziaria, per i territori di competenza, mentre un ruolo di coordinamento nazionale viene assegnato al Tavolo di consultazione presso la Conferenza Unificata, che disporrà dei dati preventivamente elaborati dal Ministero della salute ai fini di una loro valutazione a garanzia dell'uniformità di attuazione del D.P.C.M. 1° aprile 2008 sull'intero territorio nazionale.

Con lettera del 21 dicembre 2009, il Ministero della Giustizia – Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria ha proposto di attivare, nell'ambito del Tavolo, un apposito sottogruppo di lavoro sulla problematica del diritto alla salute ed alla cura dei detenuti tossicodipendenti.

Nel corso dell'odierna riunione del Tavolo è stata deliberata all'unanimità l'attivazione del predetto sottogruppo di lavoro. (nota 784 del 10/2/2010)

Seduta del 23 marzo 2010

Il giorno 23 marzo 2010, alle ore 10.30, presso la sede della Segreteria Conferenza Stato – Regioni, si è tenuta la riunione del Tavolo, convocata con nota prot. 784 del 10 febbraio 2010.

Nel corso della riunione del Tavolo del 20 gennaio 2010 è stata concordata l'attivazione del sottogruppo di lavoro dedicato alle problematiche del diritto alla salute ed alle cure dei detenuti tossicodipendenti, sollecitata dal Dipartimento dell'Amministrazione penitenziaria con una lettera del 18 dicembre 2009.

Il 18 marzo 2010 è pervenuto un primo documento elaborato dal suddetto sottogruppo di lavoro che concerne una scheda di rilevazione sui detenuti tossicodipendenti nell'anno 2009.

Tale documentazione sarà il primo punto che verrà esaminato nel corso dell'odierna riunione.

Il Dipartimento della Giustizia minorile ha inviato in data 22 febbraio 2010 una lettera con la quale richiama l'attenzione, tra l'altro, sulla necessità di procedere, in seno al sottogruppo di lavoro a suo tempo attivato sulle problematiche peculiari della giustizia minorile, agli approfondimenti relativi ai temi che dal medesimo Dipartimento erano stati evidenziati con una lettera del 9 marzo 2009 e che erano stati discussi dal Tavolo nella riunione dell' 11 marzo 2009 (nel corso della quale si era decisa l'attivazione del sottogruppo).

Il secondo punto all'o.d.g. della presente riunione, pertanto, sarà dedicato a tali problematiche.

Il terzo punto all'o.d.g. è dedicato all'esame dei contenuti di una lettera inviata dal Ministro della salute il 15 marzo 2010 con la quale si evidenzia, anche qui, la necessità di riattivare al più presto i sottogruppi di lavoro che hanno elaborato una serie di documenti già

approvati e che hanno costituito oggetto di Accordi sanciti in sede di Conferenza Unificata:

- “Strutture sanitarie nell’ambito del sistema penitenziario”;
- “Dati sanitari, flussi informativi e cartelle cliniche”;
- “Linee di indirizzo per l’assistenza ai minori sottoposti a provvedimenti dell’Autorità giudiziaria”.

Conclusioni

Il sottogruppo di lavoro sulle problematiche della Tossicodipendenza in carcere provvederà a predisporre un nuovo schema di accordo sul monitoraggio dell’attuazione del D.P.C.M. 1° aprile 2008 che contenga anche la scheda relativa alla “rilevazione sui detenuti tossicodipendenti”. Sarà in ogni caso necessario fornire indicazioni sulle finalità della rilevazione, sulle modalità di trasmissione dei dati e sul fatto che il contesto dei dati trattati è costituito da informazioni non nominative.

Relativamente all’attivazione di un sottogruppo di lavoro sulle problematiche del suicidio in carcere, le Regioni hanno assunto l’impegno di inviare un sintetico documento relativo agli approfondimenti che il sottogruppo dovrebbe condurre. Tale documento sarà diramato con la richiesta delle designazioni dei partecipanti al sottogruppo medesimo.

Seduta del 17 maggio 2010

Il giorno 17 maggio 2010, alle ore 11.30, presso la sede della Segreteria Conferenza Stato – Regioni, si è tenuta la riunione del Tavolo, convocata con nota prot. 2207 dell’11 maggio 2010, per l’esame delle seguenti questioni:

- Nuova versione dello schema di accordo sul monitoraggio dell’attuazione del D.P.C.M. 1° aprile 2008 integrato con la scheda relativa alla “rilevazione su detenuti tossicodipendenti adulti”;
- Attivazione di un sottogruppo di lavoro su “Preso in carico dei Nuovi Giunti, prevenzione del rischio suicidio e/o atti autolesivi, modelli organizzativi interattivi, questione Psicologi ex articolo 80”;
- Realizzazione del programma Esecutivo d’Azione – PEA “I reparti ospedalieri di medicina protetta: protocolli condivisi di presa in carico del paziente detenuto” (lettera del Direttore Generale dei Detenuti e del Trattamento dell’Amministrazione Penitenziaria del 12 marzo 2010);
- Attivazione sezioni per infermi e minorati psichici (lettera in data 23 marzo 2010 del Direttore Generale dei Detenuti e del Trattamento dell’Amministrazione Penitenziaria e lettera in data 30 aprile 2010 del Vice Capo Dipartimento dell’Amministrazione Penitenziaria).

Conclusioni

1. Il documento recante “Modello di monitoraggio D.P.C.M. 1° aprile 2008”, oggetto di un primo esame nella riunione del 17 novembre 2009 del Tavolo, è stato rinviato in quella sede per ulteriori approfondimenti tecnici al riguardo.

Nel corso della riunione del più volte richiamato Tavolo, svoltasi in data 20 gennaio 2010, è stata congiuntamente elaborata ed approvata una nuova versione del documento di cui trattasi; nella medesima riunione, inoltre, è stata concordata l'attivazione di un ulteriore sottogruppo di lavoro dedicato alle problematiche del diritto alla salute ed alle cure dei detenuti tossicodipendenti.

L'argomento è stato iscritto all'ordine del giorno della seduta della Conferenza Unificata del 27 gennaio 2010, che non si è tenuta.

In data 18 marzo 2010 è pervenuto un documento elaborato dal nuovo sottogruppo di lavoro dedicato alle problematiche del diritto alla salute ed alle cure dei tossicodipendenti concernente un'ipotesi di scheda di rilevazione sui detenuti tossicodipendenti al 31 dicembre 2009.

Tale documento è stato esaminato nel corso della riunione del Tavolo svoltosi il 23 marzo 2010.

In detta riunione si è dato mandato al più volte detto sottogruppo di lavoro sulle problematiche della tossicodipendenze in carcere di predisporre una versione definitiva dello schema di accordo indicato in oggetto che contenga anche la menzionata scheda relativa alla rilevazione dei dati sui detenuti tossicodipendenti.

Nel corso della riunione in parola, il rappresentante della Segreteria della Conferenza ha avuto modo di richiamare l'attenzione sulla necessità di integrare lo schema di accordo di cui trattasi con puntuali indicazioni sulle finalità della raccolta di dati che interessano, sulle modalità della loro trasmissione e sul fatto che, in ogni caso, il contesto dei dati trattati deve essere costituito da informazioni meramente quantitative ed anonime.

In data 11 maggio 2010 è pervenuta una nuova versione dello schema di accordo in oggetto integrato con la scheda relativa alla “Rilevazione sui detenuti tossicodipendenti adulti al 31 dicembre 2009”.

Con l'accordo in parola si forniscono le prime indicazioni sui dati che è necessario rilevare per conoscere e valutare lo stato di attuazione del D.P.C.M. 1° aprile 2008 con particolare riguardo all'assetto organizzativo ed al funzionamento dei servizi sanitari sui vari territori regionali. Il compito di tale monitoraggio è attribuito alle Regioni e Province autonome., che sottoporranno all'approvazione degli Osservatori permanenti interistituzionali per la Salute in carcere, istituiti presso i rispettivi territori le relative schede di rilevazione. I dati elaborati, per il tramite del Ministero della salute, saranno messi a disposizione del Tavolo di consultazione permanente sulla sanità penitenziaria.

La versione definitiva del documento di cui trattasi è stata congiuntamente elaborata ed approvata nel corso della riunione del Tavolo del 17 maggio 2010.

2. Nel corso della riunione è stata approvata l'attivazione del sottogruppo di lavoro su “Presenza in carico dei Nuovi Giunti, prevenzione del rischio suicidario e/o atti autolesivi,

modelli organizzativi interattivi, questione Psicologi ex articolo 80” e sono state acquisite al riguardo le seguenti designazioni:

Ministero della giustizia:

- Componenti del Tavolo: dott. Sebastiano Ardita
- Tecnici: dott.ssa Bruna Brunetti, dott.ssa Maria Cristina Di Marzio, dott.ssa Paola Montesanti, dott. Roberto Liso

Ministero della salute:

- Componenti del Tavolo: dott. Guido Ditta, dott.ssa Silvia Arcà
- Tecnici: dott.ssa Carola Magni, dott.ssa Teresa Di Fiandra

Ministero dell'economia e delle finanze:

- Componenti del Tavolo: dott.ssa Barbara Filippi, dott. Antonio Bucci

Presidenza Consiglio dei Ministri – Dipartimento politiche antidroga

- Tecnici: dott. Roberto Mollica, dott.ssa Giuseppina Guglielmi

Regioni e Province autonome:

- Componenti del Tavolo: dott. Roberto Bocchieri, dott. Giampietro Rampazzo, dott. Matteo Papoff;
- Tecnici: dott. Galileo Guidi, dott.ssa Tiziana Gon, dott. Antonio La Torre

ANCI:

- Componente del Tavolo: dott. Giacomo Bazzoni

3. Su proposta delle Regioni, il Tavolo ha deliberato che l'argomento sia oggetto dei lavori del Sottogruppo relativo alle "Strutture sanitarie nell'ambito del sistema penitenziario". Il Ministero della Giustizia terrà informato il tavolo sulle fasi di avanzamento dello studio avviato con il PEA.

4. Su proposta delle Regioni, il Tavolo ha deliberato che la questione sia oggetto dei lavori del Comitato OPG.

Seduta del 14 giugno 2010 – Approvazione del documento "Monitorare l'attuazione del D.P.C.M. 1° aprile 2008 concernente le modalità ed i criteri per il trasferimento al Servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria".

Il giorno 14 giugno 2010, alle ore 15.30, presso la sede della Segreteria Conferenza Stato – Regioni, si è tenuta la riunione del Tavolo, convocata con nota prot. 2689 del 9 giugno 2010, per l'esame del "Monitorare l'attuazione del D.P.C.M. 1° aprile 2008 concernente le modalità ed i criteri per il trasferimento al Servizio sanitario nazionale delle funzioni

sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria”.

Nel corso della riunione, i componenti del Tavolo medesimo hanno convenuto sulla necessità che, nelle more degli ulteriori approfondimenti che saranno condotti nel più breve tempo possibile relativamente alla questione della rilevazione dei dati sui detenuti tossicodipendenti, si provveda comunque a proporre per l'esame della prossima Conferenza Unificata la versione definitiva dello schema di accordo in oggetto priva della scheda relativa alla predetta rilevazione.

Seduta del 21 luglio 2010

Il giorno 21 luglio 2010, alle ore 11.00, presso la sede della Segreteria Conferenza Stato – Regioni, si è tenuta la riunione del Tavolo, convocata con nota prot. 3357 del 16 luglio 2010 nel corso della quale sono state esaminate le seguenti questioni:

- 1) Tema delle risorse;
- 2) Schema di Accordo sulle schede relative alla rilevazione sui detenuti tossicodipendenti integrativo dell'Accordo dell'8 luglio 2010 recante: “Monitorare l'attuazione del D.P.C.M. 1° aprile 2008 concernente le modalità ed i criteri per il trasferimento al Servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria” (Rep. Atti n. 59/CU);
- 3) Schema di Accordo sul documento recante: “Linee di indirizzo per gli Osservatori regionali interistituzionali permanenti per la salute in carcere”.

Per quanto concerne il primo punto, le Regioni si sono impegnate ad inviare un documento sul tema in questione al fine di convocare quanto prima un riunione tecnica. Relativamente allo schema di accordo di cui al punto 2) i componenti del Tavolo medesimo hanno convenuto che il Dipartimento delle Politiche antidroga provvederà ad inviare una nuova versione dello schema di accordo in parola che tiene conto degli ulteriori approfondimenti condotti nel corso della medesima riunione.

Infine, riguardo alle Linee di indirizzo per gli Osservatori regionali interistituzionali permanenti per la salute in carcere si è convenuto sulla necessità di svolgere ulteriori approfondimenti al riguardo.

Seduta del 18 gennaio 2011

Il giorno 18 gennaio 2011, alle ore 11.00, si è tenuta la riunione del Tavolo permanente convocato per l'esame dei seguenti documenti - trasmessi dal Ministero della Giustizia e già discussi nell'ambito dei sottogruppi di lavoro attivati per le problematiche relative alla

“Preso in carico dei Nuovi Giunti e prevenzione del rischio suicidario” e per quelle afferenti i “c.d. Centri clinici”:

- Linee di indirizzo sulla prevenzione del rischio suicidario
- Accordo in Conferenza Unificata sull’attivazione delle strutture sanitarie.

Viene esaminato il primo documento relativo al rischio suicidario.

Le Regioni esprimono un parere sostanzialmente favorevole sull’impianto del documento in esame; data la complessità della questione, si impegnano ad elaborare in breve tempo una proposta migliorativa e ad inviarla alla segreteria della Conferenza perché venga esaminata dal Tavolo.

Per quanto riguarda il secondo documento relativo alle strutture sanitarie, dal dibattito emerge la necessità di condurre ulteriori approfondimenti, considerando anche il fatto che la proposta in esame riprende un Accordo già perfezionato in sede di Conferenza nel novembre 2009, la cui applicazione di fatto non è stata ancora monitorata. Nello specifico, è necessaria una verifica di quanto è stato fatto nelle 5 strutture sanitarie sovregionali, indicate nel documento come Centri Clinici necessari ed insopprimibili, per poi passare ad un monitoraggio sulla totalità delle strutture.

Il documento in esame, poichè interessa gli OPG, sarà portato all’attenzione del Comitato paritetico.

Nel corso della discussione emergono le difficoltà relative al monitoraggio, che fa capo al Ministero della salute: ad oggi risultano mancanti i dati di alcune Regioni e incompleti quelli di altre. Il problema sta nei tempi di raccolta degli stessi, nell’incompletezza e conseguente validità della rilevazione. Da ciò emerge la necessità di una riformulazione dello strumento di rilevazione, della scheda di monitoraggio, compresa la scheda relativa ai dati sulle tossicodipendenze, che deve essere testata da parte di alcune Regioni e che sarà oggetto di specifico incontro.

In conclusione dei lavori, si conviene che a breve – possibilmente entro un mese - le Regioni faranno pervenire una nuova proposta del documento sul rischio suicidario, che sarà portata all’attenzione del Tavolo permanente.

Seduta del 24 febbraio 2011

Il giorno 24 febbraio 2011, alle ore 11.30, si è tenuta la riunione del Tavolo permanente per l’esame dei seguenti documenti:

1. documentazione inviata dal Ministero della salute – Direzione generale della programmazione sanitaria, concernente la rilevazione dei dati di cui all’Accordo sul documento recante “Monitorare l’attuazione del D.P.C.M. 1° aprile 2008 concernente le modalità ed i criteri per il trasferimento al Servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse

finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria". (Rep. atti n. 59/CU);

2. schede di rilevazione relative al monitoraggio dei dati sui detenuti tossicodipendenti, nella nuova versione pervenuta dal Dipartimento politiche antidroga in seguito alla riunione del Tavolo del 21 luglio 2010.

Viene esaminato il secondo documento.

Il rappresentante del Dipartimento politiche antidroga comunica che le schede in esame sono state testate in 3 Ser.T. (Verona, Varese, Chieti): ad oggi i dati non sono ancora completi.

[Il DPA sta predisponendo anche delle Linee di indirizzo per l'applicazione delle schede, con l'intento di procedere all'applicazione dell'articolo 94 del TU 309/90 a seguito di diagnosi di tossicodipendenza (accelerare procedure per inserimento in comunità terapeutica, misure alternative)].

Viene consegnato in seduta un documento contenente le schede e una parte descrittiva ed esplicativa delle stesse, che viene distribuita ai presenti.

Il rappresentante della Regione Veneto informa che le schede in esame sono state testate da alcune Regioni; gli esiti del monitoraggio si potranno avere in breve tempo.

Da questa prima sperimentazione emergono una serie di criticità, tra cui la comprensibilità della scheda – da parte dei soggetti che dovranno compilarla – e l'affidabilità del dato che ne segue.

Si conviene che un gruppo ristretto dei componenti il Tavolo valuterà l'utilizzo, a titolo di prova, di tali schede da parte di alcuni Ser.T. di istituti penitenziari e i risultati, così da giungere ad una proposta di schema di Accordo sulle schede relative alla rilevazione dei detenuti tossicodipendenti integrativo dell'Accordo dell'8 luglio 2010, che sarà portata all'attenzione del Tavolo per la relativa approvazione, in occasione della riunione prevista per la metà del mese di marzo.

Per quanto riguarda il primo documento, il rappresentante del Ministero della salute relaziona sugli esiti del monitoraggio sull'attuazione del DPCM 1° aprile 2008: appare evidente la difficoltà incontrata nel trasmettere i dati rispettando la tempistica stabilita; la mancanza di dati provenienti da alcune Regioni; la necessità di far circolare i vari flussi informativi; la responsabilità dei diversi soggetti interessati; il ruolo degli Osservatori regionali; il complesso passaggio di competenze previsto dal DPCM.

Dopo un ampio dibattito sui primi risultati del monitoraggio effettuato, si conviene che si procederà con delle audizioni, in modo da acquisire ulteriori informazioni/dati. Un gruppo ristretto lavorerà alla definizione di strumenti standardizzati necessari allo svolgimento di suddette audizioni (esatta individuazione dei dati informativi integrativi da rilevare, relativo schema di intervista strutturata, tempistica). volte ad effettuare audizioni dirette con i rappresentanti delle Regioni, che consentano di pervenire ad una descrizione più esaustiva dell'attuale assetto organizzativo nei vari territori regionali e del funzionamento dei servizi sanitari in rapporto ai bisogni di salute della popolazione carceraria e dei minori sottoposti a provvedimento penale.

Questa Segreteria resta in attesa di acquisire, entro il 15 marzo p.v., le proposte da parte del Ministero della salute e procederà, successivamente, alla convocazione per l'esame delle medesime, di un'apposita riunione del Tavolo di consultazione permanente sulla sanità penitenziaria.

Infine, i rappresentanti del Ministero della salute chiedono notizie del documento sul rischio suicidario, esaminato già nella riunione del Tavolo dello scorso 18 gennaio.

Il rappresentante della Regione Veneto comunica che il documento è ancora all'attenzione delle Regioni, poiché stanno conducendo ulteriori approfondimenti: sarà loro cura comunicare a breve alla Segreteria della Conferenza eventuali modifiche migliorative al testo stesso.

Seduta del 10 maggio 2011

Il giorno 10 maggio 2011, alle ore 11.00, si è tenuta la riunione del Tavolo permanente per l'esame dei seguenti documenti:

1. bozza di scheda per il monitoraggio dei Centri Diagnostico – Terapeutici “necessari - insopprimibili”;
2. documentazione concernente “Audizione strutturata rappresentanti Osservatori regionali permanenti per la sanità penitenziaria (Regione, PRAP, CGM)”;
3. schema di Accordo sulle schede relative alla rilevazione dei detenuti tossicodipendenti integrativo dell'Accordo del 8 luglio 2010;
4. documento concernente il programma esecutivo d'azione – PEA – I reparti ospedalieri di “Medicina protetta”: protocolli condivisi di presa in carico del paziente detenuto;
5. documento recante “Linee di indirizzo sulla prevenzione del rischio suicidario”.

Primo documento

Nel corso della riunione del Tavolo del 18 gennaio 2011 è stato esaminato, anche su sollecitazione del Ministero della Giustizia, un documento concernente le indicazioni operative volte a facilitare l'attuazione di taluni accordi sanciti in Conferenza Unificata, tra cui quello relativo alle “Strutture sanitarie nell'ambito del sistema penitenziario italiano”. In quella occasione, le Regioni e le Province autonome hanno rappresentato la necessità di condurre ulteriori approfondimenti con riguardo, in particolare, alle strutture indicate nel documento di cui trattasi come “Centri clinici necessari ed insopprimibili”.

In esito a tali approfondimenti, la Regione Veneto, con nota del 12 aprile 2011, ha inviato, per le valutazioni del Tavolo, una proposta di “Scheda per il monitoraggio dei Centri Diagnostico – Terapeutici “necessari - insopprimibili”, approvata dal Gruppo tecnico interregionale per la sanità penitenziaria nell'incontro del 29 marzo 2011.

Nel corso della riunione odierna vengono concordate delle modifiche migliorative del documento in parola (tra cui l'inclusione, nel monitoraggio, del Centro clinico di Torino – rilevante per le patologie psichiatriche-; l'introduzione di una colonna contenente l'elenco

delle più frequenti dieci diagnosi che hanno determinato l'invio al Centro clinico, nell'anno di riferimento; l'introduzione della tipologia di medico incaricato ex L. 740/70).

Al termine dell'esame del punto si conviene che le Regioni invieranno alla Segreteria della Conferenza il nuovo testo che recepisce le modifiche concordate. Le Regioni si impegnano, inoltre, ad acquisire i dati entro la fine del mese di giugno.

Secondo documento

Come concordato nel corso della riunione del Tavolo del 24 febbraio 2011, il Ministero della salute, in data 21 marzo 2011, ha inviato una scaletta degli argomenti da trattare negli incontri diretti con ciascuna Regione da porre in essere per pervenire ad una più esaustiva ed affidabile descrizione dello stato di attuazione del D.P.C.M. 1° aprile 2008.

Questa Segreteria resta in attesa di ricevere da parte del Ministero della salute un nuovo documento contenente le modifiche concordate nel corso della riunione, inclusa la proposta avanzata dal rappresentante della Giustizia minorile di procedere ad audizioni separate per adulti e minori. Inoltre, il Ministero della salute invierà una proposta di calendario delle audizioni, da tenere entro l'estate.

Terzo documento

Con lettera del 12 aprile 2011 la Regione Veneto ha comunicato che la Commissione salute, nella seduta del 23 marzo 2011, ha "condiviso il percorso di testaggio delle schede di monitoraggio del numero di tossicodipendenti in carcere. Il testaggio è in corso presso le Regioni che si sono dichiarate disponibili (Campania, Calabria, Emilia-Romagna, Friuli Venezia-Giulia, Lazio, Marche, Piemonte, Toscana, Veneto, Provincia Autonoma di Trento), la cui scadenza è fissata è per il giorno 29 aprile 2011.

Viene esaminata la nuova versione dello schema di accordo, che il Dipartimento politiche antidroga ha inviato alla Segreteria della Conferenza con nota in data 10 maggio 2011.

Vengono concordate dai presenti talune modifiche allo schema di accordo in parola, che saranno recepite nel testo definitivo che il Dipartimento politiche antidroga invierà alla Segreteria della Conferenza. Il punto sarà iscritto all'odg della seduta utile della Conferenza Unificata del 18 maggio 2011.

Quarto documento

Con lettera in data 21 marzo 2011, il Ministero della Giustizia ha inviato, per eventuali suggerimenti e per la condivisione del Tavolo, il documento in oggetto. Il rappresentante del Ministero medesimo chiarisce che il documento – che riporta una buona esperienza – è stato inviato per la condivisione e presa d'atto da parte del Tavolo.

Il Tavolo esprime apprezzamento e prende atto del lavoro posto in essere.

Quinto documento

Il documento in parola è stato esaminato nel corso della riunione del Tavolo del 18 gennaio 2011. In quell'occasione, le Regioni e le Province autonome si sono impegnate ad elaborare una proposta migliorativa da sottoporre all'esame del Tavolo. Nel corso della successiva riunione svoltasi il 24 febbraio 2011, le Regioni hanno confermato l'intento di presentare la predetta proposta.

La Segreteria della Conferenza resta in attesa di ricevere il nuovo testo che sarà portato all'esame del Tavolo alla prima seduta utile.

Seduta del 13 luglio 2011

Il giorno 13 luglio 2011, alle ore 11.00, si è tenuta la riunione del Tavolo permanente per l'esame dei seguenti documenti:

1. "Infezione da HIV e detenzione";
2. D. Lgs. N. 274 del 23 dicembre 2010 " Norme di attuazione dello Statuto speciale della Regione Friuli Venezia Giulia, in materia di sanità penitenziaria";
3. Linee di indirizzo per la riduzione del rischio auto-lesivo e suicidario in ambito carcerario";
4. Comunicazione in ordine al documento relativo a "Indirizzi di carattere prioritario sugli interventi negli OPG e le CCC di cui all'allegato C al DPCM 1.04.2008" proposto dal Comitato OPG.

Il documento di cui al primo punto, che il Ministero ha proposto per il diretto esame in Conferenza, è di evidente complessità in quanto consta di una parte epidemiologica, una clinica, una sui trattamenti ed una sulla gestione degli stessi e viene esaminato dal tavolo in seguito a specifica richiesta delle regioni.

In proposito, il Dipartimento per le politiche antidroga, propone l'inserimento a pagina 6, dopo la parola rimedi, delle parole " e gli accertamenti tossicologici".

La suddetta richiesta emendativa viene acquisita, ma le successive richieste di parte regionale, nonché le osservazioni dei rappresentanti del Ministero sono molteplici, tanto da evidenziare che il testo, approvato un anno fa, richiede un vero aggiornamento condiviso.

Pertanto, viene approvata la decisione di sottoporre il testo ad un nuovo esame per la produzione di un nuovo documento che, successivamente, sarà riesaminato dal tavolo di consultazione.

Il documento di cui al secondo punto, sottopone alla valutazione del tavolo, in relazione a problemi applicativi del decreto legislativo n. 274/2010, la percorribilità dell'interpretazione secondo la quale il decreto in parola avrebbe acquisito efficacia all'atto della propria formale entrata in vigore.

Si tratta di una interpretazione conservativa secondo la quale entrata in vigore e decorrenza dell'efficacia del D.Lgs n.274/2010 coinciderebbero, con la conseguenza che a tale data andrebbe ricondotto l'inizio dei rapporti di lavoro di cui al comma 3 dell'art.3 del D. Lgs n. 274/2010 ed il loro trasferimento in capo alle Aziende per i servizi sanitari della regione.

Al riguardo, i componenti del Tavolo, per quanto di competenza ed in considerazione anche delle osservazioni contenute nella lettera del 12 luglio 2011 della Regione Friuli-Venezia Giulia, hanno congiuntamente manifestato una posizione orientata nel senso di ritenere opportuno che le problematiche applicative di cui trattasi, riguardanti norme di

attuazione di uno statuto speciale di regione ad autonomia differenziata, vengano sottoposte all'esame dell'apposita Commissione paritetica al fine di valutare l'eventuale necessità di una modificazione normativa al riguardo.

Relativamente al 3° documento, il rappresentante del Ministero della salute rileva la totale assenza di tutte le parti concordate inerenti a disposizioni operative, comportanti impegni precisi per le regioni con la conseguenza che il testo appare condivisibile, ma ovvio.

Si appalesa la necessità di una nuova condivisione del testo che, per motivi di urgenza dettati dalla delicatezza delle problematiche, sarà rielaborato da un ristretto gruppo di soggetti, rappresentanti le istituzioni interessate agli emendamenti, nelle persone del dott. Rampazzo (Regioni), della dott.ssa Montesanti e della dott.ssa Cosciotti (Min. Giustizia), della dott.ssa Fiandra (Min. Salute), del dott. Carlo De Luca (Dipartim. politiche antidroga) e collegato anche alla questione relativa all'avvalimento degli esperti in psicologia di cui all'art. 80 della L. 354/1975.

L'ultimo punto all'o.d.g. non viene trattato in seguito alla richiesta di un congruo rinvio per approfondimenti da parte regionale.

Seduta del 5 ottobre 2011

Il giorno 5 ottobre 2011, alle ore 15.30, si è tenuta la riunione del Tavolo permanente per l'esame del recante "Linee di indirizzo per la riduzione del rischio auto lesivo e suicidario in ambito carcerario".

Nel corso del dibattito vengono congiuntamente elaborate modifiche ed integrazioni al testo in esame che sarà trasmesso a cura della Segreteria della Conferenza per l'approvazione finale da parte di tutte le amministrazioni interessate, prima che venga iscritto alla prima seduta utile della Conferenza Unificata.

Viene posto all'esame del Tavolo anche il documento approvato dal Comitato paritetico interistituzionale, nella seduta del 5 ottobre, recante "Integrazione agli indirizzi di carattere prioritario sugli interventi negli OPG e le CCC di cui all'allegato C al DPCM 1.04.2008", così come previsto ai sensi dell'articolo 2, comma 3, della Delibera della Conferenza Unificata del 31 luglio 2008 (Rep. atti n. 81/CU).

A breve sarà convocato il Tavolo per fare il punto sull'attività già avviata di raccolta dati sul monitoraggio circa l'attuazione del DPCM 1.04.2011.

Seduta del 9 novembre 2011

Il giorno 9 novembre 2011, alle ore 11.00, si è tenuta la riunione del Tavolo permanente per l'esame dei seguenti documenti:

3. "Linee di indirizzo per la riduzione del rischio auto lesivo e suicidario in ambito carcerario".
4. relazione di sintesi sulle audizioni dei rappresentanti degli Osservatori regionali permanenti (Regione, PRAP, CGM) in tema di assistenza sanitaria in favore dei detenuti, gli internati e i minori sottoposti a procedimento penale;

Primo punto.

Viene esaminato il documento in oggetto, partendo dalla versione diramata dalla Segreteria dopo gli approfondimenti condotti nel corso della riunione del 5 ottobre. Vengono concordate ulteriori modifiche al testo, comprendendo anche la proposta trasmessa dal Ministero della salute. L'Accordo sul documento in oggetto, nella versione definitiva sottoscritta da tutti i presenti alla riunione, verrà posta all'odg della prima Conferenza utile.

Secondo punto.

Viene esaminata la relazione di sintesi sulle audizioni dei rappresentanti degli Osservatori regionali permanenti inviata dal Ministero della salute, effettuate sulla base di una scheda precedentemente concordata dai componenti del Tavolo permanente.

A conclusione dell'ampio dibattito sul documento emerge la necessità di procedere con la raccolta dei dati ancora mancanti, sulle tossicodipendenze e sui Centri diagnostico terapeutici "necessari e insopprimibili" (questa ultima questione, nello specifico, sarà affrontata nella prima seduta utile del Tavolo).

Il 16 novembre p.v. si riunirà un sottogruppo di lavoro (composto da un rappresentante per il Ministero della salute, della Giustizia minorile e del DAP e di due Regioni) per implementare la parte del documento in esame relativa alle criticità, al fine di prospettare azioni e proposte operative.

Si prospetta anche l'ipotesi di pubblicizzare i dati raccolti con un Accordo in sede di Conferenza Unificata.

Si resta in attesa di ricevere il nuovo documento da portare all'attenzione del Tavolo permanente.

Seduta del 8 marzo 2012

Il giorno 8 marzo 2012, alle ore 11.00, si è tenuta la riunione congiunta del Tavolo permanente sulla sanità penitenziaria e del Comitato paritetico interistituzionale con il seguente ordine del giorno:

per il Tavolo

- Esame della proposta del Ministro della salute di deliberazione CIPE concernente il riparto per l'anno 2011 delle risorse finanziarie trasferite nelle disponibilità del Servizio sanitario nazionale, ai sensi dell'articolo 6 del D.P.C.M. 1° aprile 2008, ai fini dell'esercizio delle funzioni sanitarie afferenti la medicina penitenziaria
- prosieguo dell'esame della documentazione inviata dal Ministero della salute in data 26 ottobre 2011 relativa alle relazioni di sintesi sulle audizioni dei

rappresentanti degli Osservatori regionali permanenti in materia di sanità penitenziaria;

- documento trasmesso dal Ministero della salute con nota pervenuta in data 13 dicembre 2011 recante “Infezione da HIV e detenzione”;
- avvio dell’esame dei seguenti argomenti:
 - attuazione dell’Accordo sul documento recante “Linee di indirizzo per l’assistenza ai minori sottoposti a provvedimento dell’Autorità giudiziaria”. Criticità relative ai minori con disturbi psichici, tossicodipendenti e/o portatori di doppia diagnosi (lettera del Ministero della Giustizia – Dipartimento Giustizia Minorile del 3/09/2010);
 - sovraffollamento degli istituti penitenziari con strutture sanitarie intramurarie (lettera del Ministero della Giustizia – Dipartimento dell’Amministrazione Penitenziaria del 22/09/2011);
 - procedimenti disciplinari a carico di personale incaricato ex Legge n. 740/70 (lettera del Ministero della salute del 25/07/2011);
 - problematiche di cui alla lettera del Ministero della Giustizia – Dipartimento Giustizia Minorile del 19/11/2011.

per il Comitato

- prosieguo dell’esame della documentazione inviata dal Ministero della salute con nota in data 11 ottobre 2011 concernente lo schema di relazione sui dati forniti da Regioni e Province autonome, Ministero della salute e Ministero della giustizia, relativamente alle rispettive azioni, in attuazione dell’Accordo in Conferenza Unificata del 26 novembre 2009, concernente la definizione di specifiche aree di collaborazione e gli indirizzi di carattere prioritario sugli interventi negli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG) e nelle Case di Cura e Custodia (CCC);
- prosieguo dell’esame delle problematiche afferenti la situazione degli OPG di Castiglione delle Stiviere e di Reggio Emilia.

Mattina

Primo punto

Viene esaminato il documento recante “Infezione da HIV e detenzione”. In seguito ad una ampia discussione, i presenti concordano alcune modifiche del testo e sottoscrivono il documento.

Il punto verrà proposto all’ordine del giorno della prima Conferenza utile.

Secondo punto

Proposta del Ministro della salute di deliberazione CIPE concernente il riparto per l’anno 2011 delle risorse finanziarie trasferite nelle disponibilità del Servizio sanitario nazionale, ai sensi dell’articolo 6 del D.P.C.M. 1° aprile 2008, ai fini dell’esercizio delle funzioni sanitarie afferenti la medicina penitenziaria.

In apertura della discussione, il rappresentante del Ministero della Giustizia, Direzione Generale della formazione e del personale, sollevando il problema relativo al meccanismo

di trasferimento delle risorse alle Regioni a Statuto Speciale, avanza la proposta di apportare una modifica alla delibera CIPE in parola nella parte che riguarda la suddetta questione. La proposta viene condivisa da tutti i presenti..

Il rappresentante delle Regioni informa che la Tabella relativa al riparto è stata condivisa a livello tecnico e politico da tutte le Regioni.

La Segreteria della Conferenza resta in attesa di ricevere dal Ministero della salute una nuova versione della proposta che tiene conto delle predette osservazioni.

Terzo punto

Viene esaminata la relazione di sintesi sulle audizioni dei rappresentanti degli Osservatori regionali permanenti inviata dal Ministero della salute. Alla luce della discussione avvenuta, il rappresentante del Ministero della salute invierà una nuova versione del documento da portare in Conferenza per una presa d'atto.

Si costituisce un piccolo gruppo di lavoro formato da un rappresentante delle Amministrazioni Centrali e delle Regioni presenti al Tavolo (Ditta, Montesanti, Lagorio, Cilento per Emilia Romagna) che lavorerà ad una proposta di nuova scheda di rilevazione dati per proseguire nell'attività di monitoraggio.

Quarto punto

Relativamente alle varie questioni da avviare si conviene sulla opportunità di dedicare un'apposita riunione alle problematiche afferenti la Giustizia minorile e sull'urgenza della questione dei procedimenti disciplinari a carico di personale incaricato ex Legge n. 740/70, di cui si occuperà il Ministero della salute per competenza.

Pomeriggio

Si prosegue con l'odg del Comitato paritetico interistituzionale.

La discussione si concentra sulla novità della Legge n. 9 del 17 febbraio 2012 recante interventi urgenti per il contrasto della tensione detentiva determinata dal sovraffollamento delle carceri e in particolare sull'articolo 3-ter che prevede disposizioni per il definitivo superamento degli OPG.

Il Ministero della salute informa che si è costituito un gruppo di lavoro (cabina di regia) per la predisposizione del decreto ministeriale previsto appunto dalla legge, da emanare entro il 31 marzo 2012, per la definizione di ulteriori requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi delle nuove strutture.

3.7 Sedute del Comitato paritetico interistituzionale e relativi resoconti sintetici

Seduta dell'11 marzo 2009

Il giorno 11 marzo 2009, alle ore 10.30, presso la sede della Segreteria Conferenza Stato – Regioni, si è tenuta la riunione del Comitato paritetico convocata con nota prot. 838 del 19 febbraio 2009, alla presenza dei componenti designati ed altri rappresentanti delle Amministrazioni interessate per l'esame del documento sugli OPG già consegnato nella riunione del 12 febbraio e discusso all'interno del Coordinamento tecnico interregionale sulla salute mentale.

La discussione del documento proposto ha fatto emergere molte criticità, tra cui il problema del domicilio/residenza dell'internato ai fini della presa in carico da parte dei servizi sanitari competenti, la giusta applicazione della normativa prevista in materia di residenza dell'internato, il sovraffollamento delle strutture, gli interventi di dimissione degli internati, l'esistenza di pochi Osservatori regionali sulla sanità penitenziaria, la diversità dei modelli organizzativi regionali.

Quattro risultano essere i punti più urgenti:

- ridefinizione del cronoprogramma
- ridefinizione dei "bacini" di utenza
- gli "invii" da parte della Magistratura
- nuovo modello di gestione e organizzazione degli OPG.

Le Regioni faranno pervenire un nuovo testo che recepisca le osservazioni formulate nel corso della riunione tecnica; si procederà, quindi, con la convocazione di una riunione per l'esame del nuovo documento.

Seduta del 6 maggio 2009

Il giorno 6 maggio 2009, alle ore 10.30, presso la sede della Segreteria Conferenza Stato – Regioni, si è tenuta la riunione del Comitato paritetico convocata con nota prot. 1818 del 16 aprile 2009 per l'esame del documento elaborato dalle Regioni recante "Ipotesi per l'assunzione di responsabilità da parte del SSN su salute mentale nelle carceri e gestione sanitaria degli OPG", costituito da un cronoprogramma e 3 Allegati relativi a:

- A) protocolli ex articolo 7 D.P.C.M. 1° aprile 2008
- B) modelli organizzativi
- C) principio della territorialità, competenza del DSM e residenza o dimora abituale dell'internato.

Il rappresentante del Ministero della Giustizia si è impegnato ad inviare, entro una quindicina di giorni, una bozza di Accordo da sancire in sede di Conferenza Unificata volto a definire, con riguardo alla prima fase di attuazione degli interventi previsti dal D.P.C.M. 1° aprile 2008, le forme della reciproca responsabilità e della sinergica collaborazione fra il personale sanitario e il personale penitenziario negli Ospedali Psichiatrici Giudiziari, nonché i criteri di individuazione della competenza territoriale nei percorsi di dimissione, di licenza finale di esperimento ovvero di presa in carico dei soggetti interessati presso strutture esterne agli Ospedali di cui trattasi.

La proposta verrà quindi diramata e convocata una riunione tecnica ad hoc.

Nel corso della riunione sono emerse numerose altre problematiche, alle quali saranno dedicati specifici incontri del Comitato: l'adozione di un Programma Nazionale; le sezioni per minorati psichici; il sovraffollamento e le proroghe delle misure di sicurezza; i bacini di riferimento; i flussi di entrata/uscita.

Seduta del 3 giugno 2009

Il giorno 3 giugno 2009, alle ore 11.00, presso la sede della Segreteria Conferenza Stato – Regioni, si è tenuta la riunione del Comitato paritetico convocata con nota prot. 2503 del 26 maggio 2009.

I rappresentanti delle Regioni, nel corso della riunione del Comitato svoltasi il 12 febbraio 2009, hanno consegnato un documento recante "Ipotesi per l'assunzione di responsabilità del Servizio Sanitario Nazionale su salute mentale nelle carceri e gestione sanitaria degli OPG".

Successivamente, le Regioni hanno predisposto una versione aggiornata di tale documento che, con riguardo al cronoprogramma di attività negli OPG, tiene conto dello slittamento di tempi nel frattempo verificatosi, e soprattutto integrata con tre allegati concernenti, rispettivamente:

- 1) un elenco specifico di "aree di collaborazione" tra responsabili del Sistema sanitario e responsabili dell'Amministrazione penitenziaria da individuare, con riguardo agli OPG, in via aggiuntiva rispetto a quelli già individuati con l'Accordo perfezionato nella seduta della Conferenza Unificata del 20 novembre 2008;
- 2) l'esposizione di alcuni temi e di alcune proposte da approfondire sul tema centrale e cruciale dei modelli organizzativi all'interno degli OPG;
- 3) il tema della "territorialità" e, in particolare, quello della definizione dei criteri per l'individuazione delle competenze nei percorsi di dimissione.

Tale nuova versione del documento è stata esaminata dal Comitato nella riunione del 6 maggio 2009.

Il documento prodotto dalle Regioni e gli approfondimenti condotti nel corso della predetta riunione hanno costituito oggetto di particolare attenzione da parte del Ministero della Giustizia, che, con lettera del Vice Capo del Dipartimento dell'Amministrazione

Penitenziaria del Ministero medesimo ha inviato un documento di osservazioni al contributo delle Regioni, che definirei preciso non solo ovviamente per i contenuti del medesimo, ma anche perché frutto di una significativa attività di coordinamento all'interno del Ministero: il documento pervenuto, infatti è stato approvato da un apposito Gruppo di lavoro per lo studio delle problematiche relative al passaggio di competenze alle Regioni della gestione sanitaria degli OPG allargato, per l'occasione a tutte le Direzioni Generali del Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria.

Questo documento di osservazioni, come era necessario e doveroso, è stato a sua volta oggetto di attento esame da parte delle Regioni, che hanno a loro volta elaborato un nuovo documento con talune proposte di lavoro.

Nel corso della riunione sono stati esaminati i documenti citati e si è deciso di attivare un sottogruppo di lavoro per la predisposizione di un documento condiviso.

Seduta del 17 novembre 2009 – Approvazione dello schema di accordo “Definizione di specifiche aree di collaborazione e gli indirizzi di carattere prioritario sugli interventi negli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG) e nelle Case di Cura e Custodia (CCC) di cui all'Allegato C al D.P.C.M. 1° aprile 2008”

Il giorno 17 novembre 2009, alle ore 11.00, presso la sede della Segreteria Conferenza Stato – Regioni, si è tenuta la riunione del Comitato paritetico convocata con nota prot. 4588 del 6 novembre 2009.

I rappresentanti delle Regioni, nel corso della riunione del Comitato svoltasi il 12 febbraio 2009, hanno consegnato un documento recante “Ipotesi per l'assunzione di responsabilità del Servizio Sanitario Nazionale su salute mentale nelle carceri e gestione sanitaria degli OPG”.

In esito agli approfondimenti condotti nella suddetta riunione, le Regioni medesime hanno successivamente predisposto una versione aggiornata del citato documento con tre allegati concernenti, rispettivamente, una elencazione di specifiche “aree di collaborazione” tra responsabili del Sistema sanitario e responsabili dell'Amministrazione penitenziaria, l'esposizione di talune problematiche connesse con la tematica afferente i modelli organizzativi all'interno degli OPG, talune proposte in materia di “territorialità” e, in particolare, di definizione dei criteri per l'individuazione delle competenze nei percorsi di dimissione.

Tale nuova versione del documento in parola è stata esaminata dal Comitato nel corso della riunione del 6 maggio 2009

Successivamente, il Ministero della Giustizia – Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria, con lettera del 18 maggio 2009, ha inviato un documento, approvato dal Gruppo di lavoro ministeriale per lo studio delle problematiche relative al passaggio di competenze alle Regioni della gestione sanitaria degli OPG, recante: “Contributo alla discussione sul documento proposto dal gruppo di lavoro ristretto delle Regioni in sede di Comitato paritetico interistituzionale”.

In relazione a tali osservazioni del Ministero della Giustizia, le Regioni hanno a loro volta elaborato un nuovo documento con talune proposte di lavoro.

I documenti da ultimo menzionati sono stati esaminati dal Comitato nel corso della riunione svoltasi il 3 giugno 2009 e, con riguardo alle problematiche ed alle proposte di soluzione ivi evidenziate, è stata concordata l'attivazione di un apposito sottogruppo di lavoro interno al Comitato medesimo.

In data 12 novembre 2009, le Regioni hanno inviato una nuova stesura del documento elaborato dal predetto sottogruppo di lavoro concernente una proposta di accordo da sancire in Conferenza Unificata su talune questioni che rivestono carattere di particolare urgenza.

Nel corso della riunione tecnica del Comitato svoltasi in data odierna i componenti del Comitato medesimo hanno congiuntamente elaborato ed approvato la versione definitiva dello schema di accordo "Definizione di specifiche aree di collaborazione e gli indirizzi di carattere prioritario sugli interventi negli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG) e nelle Case di Cura e Custodia (CCC) di cui all'Allegato C al D.P.C.M. 1° aprile 2008".

Ai sensi dell'articolo 2, comma 3, della Delibera della Conferenza Unificata del 31 luglio 2009 (Rep Atti N. 81/CU), lo schema di accordo in parola è stato comunicato al Tavolo di consultazione permanente sulla sanità penitenziaria nel corso della riunione di quest'ultimo svoltasi in data 17 novembre 2009.

Seduta del 23 marzo 2010

Il giorno 23 marzo 2010, alle ore 12.30, presso la sede della Segreteria Conferenza Stato – Regioni, si è tenuta la riunione del Comitato paritetico convocata con nota prot. 781 del 10 febbraio 2010.

Nella corso della riunione, si è convenuto che le Regioni ed il Ministero della Giustizia faranno pervenire i dati relativi all'attuazione dell'Accordo del 26 novembre 2009 riferiti ai primi tre mesi di applicazione dell'accordo medesimo. Acquisita tale documentazione potrà provvedersi alla convocazione di una nuova riunione.

Si è discusso, inoltre, dell'attivazione di sezioni per infermi e minorati psichici, come proposto con lettera in data 24 marzo 2010 del Direttore Generale dei detenuti e del trattamento dell'Amministrazione penitenziaria e lettera in data 30 aprile 2010 del Vice Capo del Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria.

Seduta del 29 settembre 2010

Il giorno 29 settembre 2010, alle ore 11.00, presso la sede della Segreteria Conferenza Stato – Regioni, si è tenuta la riunione del Comitato paritetico convocata con nota prot. 4161 del 16 settembre 2010 per l'esame del documento "Linee di indirizzo per gli Osservatori regionali interistituzionali permanenti per la salute in carcere".

Il rappresentante del Ministero della Giustizia – DAP – ha informato i presenti della imminente ufficializzazione da parte del Ministero stesso del “Piano di bacinizzazione” che riguarda il trasferimento di una fetta dei detenuti senza grossi problemi ad essere trasferiti. In questa fase iniziale, il Ministero procederà con l’emanazione dei provvedimenti, senza però immediata attuazione.

Nel corso della riunione sono emerse problematiche che saranno esaminate e approfondite anche in successive sedute del Comitato:

- la questione dei minorati psichici e la presa in carico dei detenuti con gravi problemi;
- il recepimento del DPCM da parte delle Regioni a Statuto Speciale e le relative conseguenze nelle relazioni con le Regioni collegate ai Bacini;
- l’utilizzo della quota del 3% delle risorse del Fondo Sanitario Nazionale dato alle Regioni dietro presentazione di progetti: opportunità di verificare quali Regioni utilizzano tali risorse ed eventuale attivazione di meccanismi di penalizzazione/premialità;
- formazione degli operatori nelle carceri.

I rappresentanti delle Regioni sede di OPG illustrano lo stato dell’arte dei rispettivi Bacini.

Il sottogruppo “Strutture sanitarie”, coadiuvato da altri rappresentanti del Comitato (Dr. Scarpa e Dr. Nese), si riunirà a breve per approfondire la parte del documento esaminato nel corso della riunione, relativa agli OPG.

Prima della convocazione del Comitato ci si accorderà sulle modalità di richiesta di documentazione ufficiale sullo stato di attuazione dell’Accordo del 26 novembre 2009 ai vari soggetti interessati.

Seduta del 16 febbraio 2011

Il giorno 16 febbraio 2011, alle ore 11.30, si è tenuta la riunione del Comitato OPG con il seguente odg:

- esame di un documento – inviato dalle Regioni con lettera del 21 gennaio 2011 - finalizzato alla verifica dei risultati, alla data del 31 gennaio 2011, del monitoraggio di cui all’Accordo perfezionato nella seduta della Conferenza Unificata del 26 novembre 2009 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 di cui all’Allegato C al D.P.C.M. 1° aprile 2008;

- esame di due documenti concernenti la prevenzione del rischio suicidario e le indicazioni operative volte a facilitare l’attuazione di taluni Accordi sanciti in Conferenza Unificata, tra cui quello relativo agli interventi negli OPG, già discussi nella riunione del Tavolo interistituzionale del 18 gennaio u.s.

Viene esaminato il primo documento che contiene una griglia per il monitoraggio, proposta dalle Regioni, con l'indicazione di 4 Obiettivi e, per ognuno di essi, l'individuazione dei responsabili, destinatari e indicatori.

Nel corso del dibattito vengono apportate modifiche migliorative al testo: la nuova versione verrà inviata alla Segreteria della Conferenza e trasmessa a tutti i componenti del Comitato paritetico, nonché al Coordinamento delle Regioni e CINSEDO con l'invito ad inviare, possibilmente entro 30 giorni, i dati richiesti per il monitoraggio di cui all'Accordo del 26 novembre 2009 e all'Allegato C) del DPCM del 1° aprile 2008.

In conclusione dei lavori, si conviene che un gruppo ristretto dei componenti del Comitato lavorerà all'individuazione di strategie ed azioni del Comitato paritetico da definire anche in un nuovo accordo in Conferenza.

Seduta del 16 febbraio 2011

Alla riunione in data 16 febbraio 2012 del Comitato OPG, sono presenti tutti i firmatari della richiesta inoltrata con nota del 25.05.2011 i quali, preliminarmente, rammentano che il successo del programma specifico per gli OPG è direttamente connesso alla realizzazione di tutte le misure e le azioni indicate per la tutela della salute mentale negli istituti di pena, con particolare riferimento all'attivazione, all'interno degli istituti, di sezioni organizzate destinate agli imputati e condannati con infermità psichica sopravvenuta a cui non sia stata applicata la misura di sicurezza del ricovero in OPG presso le quali inserire anche soggetti condannati a pena diminuita per vizio parziale di mente.

Emerge la necessità di azioni sinergiche delle varie competenze istituzionali interessate, anche per la ricerca delle sedi per le suddette sezioni, non individuabili a livello territoriale nazionale.

Inoltre, viene osservata la necessità, al fine di dare attuazione alla prima delle tre fasi del programma specifico per gli OPG e le CCC, di individuare nuove azioni specifiche per ridurre progressivamente il numero dei soggetti ricoverati negli OPG, azioni contestuali a quelle già previste dall'accordo del 2009 e finalizzate a riportare nelle carceri di provenienza i detenuti attualmente ricoverati.

Le suddette azioni necessitano di un efficace sinergismo tra le istituzioni ed , in particolare, del raggiungimento di un accordo formale sulla sistematicità delle stesse, accordo che si appalesa urgente, stante la decisione di avviare un lavoro finalizzato alla definizione dello stesso assunto già nel mese di febbraio u. s..

Occorre, successivamente, procedere al monitoraggio dell'attività delle suddette sezioni mediante raccolta dei dati e osservazione degli stessi.

Al fine di definire le suddette azioni specifiche, le forme della reciproca responsabilità e della sinergica collaborazione, nonché al fine di individuare il necessario cronoprogramma, si determina la costituzione di un sottogruppo per procedere alla redazione di un documento che sarà oggetto di successiva condivisione.

Seduta del 5 ottobre 2011

Il giorno 5 ottobre 2011, alle ore 11.30, si è tenuta la riunione del Comitato OPG per l'esame del documento recante "Integrazione agli indirizzi di carattere prioritario sugli interventi negli OPG e le CCC di cui all'allegato C al DPCM 1.04.2008".

Nel corso del dibattito vengono apportate modifiche migliorative al testo: ai sensi dell'articolo 2, comma 3, della Delibera della Conferenza Unificata del 31 luglio 2008 (Rep. atti n. 81/CU), la nuova versione del documento viene comunicata al Tavolo di consultazione convocato nel pomeriggio stesso del 5 ottobre.

Il punto sarà iscritto all'odg della CU prevista per il 13 ottobre p.v.

Emergono, inoltre, nel corso della riunione altre problematiche, quali la situazione critica dell'OPG di Castiglione delle Stiviere, il mancato recepimento del DPCM 1.04.2008 da parte della Regione siciliana, le difficoltà di alcuni rappresentanti delle Regioni a partecipare alle riunioni tecniche fuori della propria sede di servizio.

Seduta del 9 novembre 2011

Il giorno 9 novembre 2011, alle ore 15.00, si è tenuta la riunione del Comitato OPG per l'esame dello schema di relazione sui dati forniti da Regioni e Province autonome, Ministero della salute e Ministero della giustizia, relativamente alle rispettive azioni, in attuazione dell'Accordo in Conferenza Unificata del 26 novembre 2009, concernente la definizione di specifiche aree di collaborazione e gli indirizzi di carattere prioritario sugli interventi negli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG) e nelle Case di Curia e Custodia (CCC), inviato dal Ministero della salute.

In seguito alla richiesta di integrazione dell'odg della riunione, avanzata dalla Regione Emilia Romagna, sono stati posti anche i seguenti punti:

- compiti e funzioni del Comitato paritetico interistituzionale sugli OPG;
- ridefinizione delle competenze relative al percorso di dimissione, soprattutto in relazione ai rapporti tra Direzione Sanitaria degli OPG, Regioni e Ministero della giustizia;

- definizione di una bozza di nuovo accordo tra le Regioni da approvare in Comitato entro il 2011, con indicazioni operative per ridurre il sovraffollamento degli OPG di Reggio Emilia e Castiglione delle Stiviere.

I rappresentanti della Regione Lombardia ed Emilia Romagna evidenziano la problematica relativa al sovraffollamento dell'OPG di Castiglione delle Stiviere e di Reggio Emilia, le conseguenti difficoltà nella gestione e soluzione del problema.

Nel corso della discussione emergono altre problematiche, riguardanti le detenute donne, la individuazione dei percorsi di dimissioni, la ridefinizione dei bacini, da considerare non come dogma, ma come passaggio intermedio verso la regionalizzazione.

Viene proposto di formalizzare, anche, la richiesta della presenza alle riunioni del Comitato del rappresentante della Sicilia, per una completa partecipazione delle problematiche che riguardano tutti gli OPG presenti sul territorio nazionale.

Tutti convengono sulla opportunità di definire nel dettaglio le modalità del monitoraggio, in modo tale da utilizzare i risultati per prospettare strade di superamento delle criticità.

Si prospetta la possibilità di produrre un Accordo in Conferenza Unificata che specifichi le azioni da intraprendere per affrontare l'emergenza, come specifica dell'Accordo già perfezionato il 13 ottobre 2011 sul 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".

Il rappresentante del Ministero della salute sottolinea l'importanza di omogeneizzare i dati e distinguere i dati di competenza sanitaria da quelli di competenza penitenziaria.

In conclusione, alla luce di quanto emerso nel corso della discussione, si concorda sulla opportunità di pubblicizzare i primi risultati del monitoraggio effettuato (documento proposto dal Ministero della salute), da allegare ad un nuovo Accordo da portare in Conferenza Unificata.

Si resta in attesa di una proposta di nuova scheda di rilevazione dei dati che verrà elaborata da un sottogruppo di lavoro.

Seduta del 8 marzo 2012

Il giorno 8 marzo 2012, alle ore 11.00, si è tenuta la riunione congiunta del Tavolo permanente sulla sanità penitenziaria e del Comitato paritetico interistituzionale con il seguente ordine del giorno:

per il Tavolo

- Esame della proposta del Ministro della salute di deliberazione CIPE concernente il riparto per l'anno 2011 delle risorse finanziarie trasferite nelle disponibilità del Servizio sanitario nazionale, ai sensi dell'articolo 6 del D.P.C.M. 1° aprile 2008, ai fini dell'esercizio delle funzioni sanitarie afferenti la medicina penitenziaria
- prosieguo dell'esame della documentazione inviata dal Ministero della salute in data 26 ottobre 2011 relativa alle relazioni di sintesi sulle audizioni dei

rappresentanti degli Osservatori regionali permanenti in materia di sanità penitenziaria;

- documento trasmesso dal Ministero della salute con nota pervenuta in data 13 dicembre 2011 recante “Infezione da HIV e detenzione”;
- avvio dell’esame dei seguenti argomenti:
 - attuazione dell’Accordo sul documento recante “Linee di indirizzo per l’assistenza ai minori sottoposti a provvedimento dell’Autorità giudiziaria”. Criticità relative ai minori con disturbi psichici, tossicodipendenti e/o portatori di doppia diagnosi (lettera del Ministero della Giustizia – Dipartimento Giustizia Minorile del 3/09/2010);
 - sovraffollamento degli istituti penitenziari con strutture sanitarie intramurarie (lettera del Ministero della Giustizia – Dipartimento dell’Amministrazione Penitenziaria del 22/09/2011);
 - procedimenti disciplinari a carico di personale incaricato ex Legge n. 740/70 (lettera del Ministero della salute del 25/07/2011);
 - problematiche di cui alla lettera del Ministero della Giustizia – Dipartimento Giustizia Minorile del 19/11/2011.

per il Comitato

- prosieguo dell’esame della documentazione inviata dal Ministero della salute con nota in data 11 ottobre 2011 concernente lo schema di relazione sui dati forniti da Regioni e Province autonome, Ministero della salute e Ministero della giustizia, relativamente alle rispettive azioni, in attuazione dell’Accordo in Conferenza Unificata del 26 novembre 2009, concernente la definizione di specifiche aree di collaborazione e gli indirizzi di carattere prioritario sugli interventi negli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG) e nelle Case di Cura e Custodia (CCC);
- prosieguo dell’esame delle problematiche afferenti la situazione degli OPG di Castiglione delle Stiviere e di Reggio Emilia.

Mattina

Primo punto

Viene esaminato il documento recante “Infezione da HIV e detenzione”. In seguito ad una ampia discussione, i presenti concordano alcune modifiche del testo e sottoscrivono il documento.

Il punto verrà proposto all’ordine del giorno della prima Conferenza utile.

Secondo punto

Proposta del Ministro della salute di deliberazione CIPE concernente il riparto per l’anno 2011 delle risorse finanziarie trasferite nelle disponibilità del Servizio sanitario nazionale, ai sensi dell’articolo 6 del D.P.C.M. 1° aprile 2008, ai fini dell’esercizio delle funzioni sanitarie afferenti la medicina penitenziaria.

In apertura della discussione, il rappresentante del Ministero della Giustizia, Direzione Generale della formazione e del personale, sollevando il problema relativo al meccanismo

di trasferimento delle risorse alle Regioni a Statuto Speciale, avanza la proposta di apportare una modifica alla delibera CIPE in parola nella parte che riguarda la suddetta questione. La proposta viene condivisa da tutti i presenti..

Il rappresentante delle Regioni informa che la Tabella relativa al riparto è stata condivisa a livello tecnico e politico da tutte le Regioni.

La Segreteria della Conferenza resta in attesa di ricevere dal Ministero della salute una nuova versione della proposta che tiene conto delle predette osservazioni.

Nel corso della prima riunione utile del Tavolo, saranno condotti approfondimenti in ordine alla procedura di trasferimento in questione.

Terzo punto

Viene esaminata la relazione di sintesi sulle audizioni dei rappresentanti degli Osservatori regionali permanenti inviata dal Ministero della salute. Alla luce della discussione avvenuta, il rappresentante del Ministero della salute invierà una nuova versione del documento da portare in Conferenza per una presa d'atto.

Si costituisce un piccolo gruppo di lavoro formato da un rappresentante delle Amministrazioni Centrali e delle Regioni presenti al Tavolo (Ditta, Montesanti, Lagorio, Cilento – E.R.) che lavorerà ad una proposta di nuova scheda di rilevazione dati per proseguire nell'attività di monitoraggio.

Quarto punto

Relativamente alle varie questioni da avviare si conviene sulla opportunità di dedicare un'apposita riunione alle problematiche afferenti la Giustizia minorile e sull'urgenza della questione dei procedimenti disciplinari a carico di personale incaricato ex Legge n. 740/70, di cui si occuperà il Ministero della salute per competenza.

Pomeriggio

Si prosegue con l'odg del Comitato paritetico interistituzionale.

La discussione si concentra sulla novità della Legge n. 9 del 17 febbraio 2012 recante interventi urgenti per il contrasto della tensione detentiva determinata dal sovraffollamento delle carceri e in particolare sull'articolo 3-ter che prevede disposizioni per il definitivo superamento degli OPG.

Il Ministero della salute informa che si è costituito un gruppo di lavoro (cabina di regia) per la predisposizione del decreto ministeriale previsto appunto dalla legge, da emanare entro il 31 marzo 2012, per la definizione di ulteriori requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi delle nuove strutture.

Il Comitato paritetico affronterà anche la questione del monitoraggio e verifica dell'attuazione dell'articolo 3-ter in sede di Comitato LEA, come previsto dalla legge stessa.

Seduta del 14 maggio 2012

Il giorno 14 maggio 2012_alle ore 11.00, si è tenuta la riunione del Comitato OPG per l'esame dello 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 predetto schema è stato inviato dal Ministero della salute con lettera in data 2 maggio 2012, ai fini del perfezionamento dell'intesa prevista dall'articolo 3-ter del decreto legge 22 dicembre 2011, n. 211, convertito, con modificazioni, in legge 17 febbraio 2012, n. 9, che ne prevedeva l'emanazione entro il 31 marzo 2012.

Il rappresentante del Ministero della salute illustra le linee generali dello schema di decreto, frutto del lavoro di una cabina di regia (amministrazioni centrali + rappresentanti regionali).

Il rappresentante del Ministero della giustizia sottolinea il lavoro svolto nell'armonizzare quanto previsto dal nuovo decreto-legge con la legislazione preesistente. (Sarà compito degli uffici del Ministero medesimo rivedere anche l'Ordinamento penitenziario, alla luce della nuova normativa, mantenendo i punti fermi della tutela del soggetto destinatario di misure di sicurezza e del personale di assistenza)

Il rappresentante del Ministero dell'economia comunica di non avere osservazioni da fare, in quanto all'articolo 3-ter del decreto legge 22 dicembre 2011 è prevista la copertura finanziaria.

I rappresentanti delle Regioni e delle Province autonome presentano una serie di richieste emendative e osservazioni allo schema di decreto in oggetto.

Si apre un ampio dibattito; tra le questioni aperte, sulle quali tutti concordano di dover condurre ulteriori approfondimenti ricordiamo:

- Il pubblico/privato nella gestione delle strutture
- Le misure di vigilanza (eventuale coinvolgimento del Ministero dell'interno)
- L'applicazione dell'Ordinamento penitenziario
- I requisiti organizzativi (personale medico psichiatra)

Sarà cura del Ministero della salute inviare alla Segreteria della Conferenza un nuovo testo, previamente concordato con il Ministero della giustizia, che tenga conto delle osservazioni formulate nel corso della riunione.

Seduta del 14 giugno 2012

Il giorno 14 giugno 2012 alle ore 11.00, si è tenuta la riunione del Comitato OPG per l'esame dello 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 predetto schema è stato inviato dal Ministero della salute con lettera in data 31 maggio 2012, ai fini del perfezionamento dell'intesa prevista dall'articolo 3-*ter* del decreto legge 22 dicembre 2011, n. 211, convertito, con modificazioni, in legge 17 febbraio 2012, n. 9, che ne prevedeva l'emanazione entro il 31 marzo 2012.

Alla riunione è stato invitato anche il Ministero dell'interno per l'esame, in particolare, degli aspetti inerenti l'attività perimetrale di sicurezza e di vigilanza esterna e la previsione di specifici accordi con le Prefetture.

Dopo un'ampia discussione, i rappresentanti dei Ministeri della salute e della giustizia e delle Regioni hanno congiuntamente elaborato una nuova versione dello schema di provvedimento in oggetto, sottoscritto dagli stessi in conclusione dei lavori.

Il rappresentante del Ministero dell'interno ha rappresentato, invece, la necessità di condurre ulteriori approfondimenti.

Questa Segreteria resta in attesa di acquisire gli esiti di tali approfondimenti, ai fini del prosieguo della relativa istruttoria, quindi dell'iscrizione del punto all'odg della prima Conferenza Unificata utile.

Seduta del 26 novembre 2012

Il giorno 26 novembre 2012 alle ore 11.00, si è tenuta la riunione del Comitato OPG per l'esame dei seguenti punti all'o.d.g.:

1. documento concernente indirizzi per l'utilizzo delle articolazioni per la tutela della salute in carcere ex Accordo Rep. Atti n. 95/CU del 13/10/2011 e delle strutture residenziali psichiatriche per l'esecuzione delle misure di sicurezza ex art. 3-*ter* del decreto legge 22 dicembre 2011, n. 211, convertito, con modificazioni, in legge 17 febbraio 2012, n. 9 recante interventi urgenti per il contrasto della tensione detentiva determinata dal sovraffollamento delle carceri;

2. all'esame delle problematiche relative al monitoraggio e alla verifica dell'attuazione del citato Accordo Rep. Atti n. 95/CU del 13/10/2011;
3. Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano e le Autonomie locali sullo schema di decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, concernente il riparto delle risorse di cui all'articolo 3-ter, comma 6, del decreto legge 22 dicembre 2011, n. 211, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 febbraio 2012, n. 9, come modificato dall'articolo 6, comma 3, del decreto legge 13 settembre 2012, n. 158, convertito con modificazioni, nella legge 8 novembre 2012, n. 189.
Intesa ai sensi dell'articolo 3-ter, comma 6, del decreto legge 22 dicembre 2011, n. 211.
4. Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano e le Autonomie locali sulla proposta del Ministero della salute di deliberazione del CIPE concernente il riparto tra le Regioni, per l'anno 2012, delle risorse previste dall'articolo 3-ter, comma 7, del decreto legge 22 dicembre 2011, n. 211, convertito dalla legge 17 febbraio 2012, n. 9.
Intesa ai sensi dell'articolo 115, comma 1, lettera a) del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112.

Il Dr. Scribano propone di anteporre la trattazione dei punti 3 e 4.

I rappresentanti del Ministero della salute illustrano i criteri utilizzati per la predisposizione delle due proposte di riparto.

Il rappresentante della Regione Emilia Romagna, a nome del coordinamento interregionale sulla sanità penitenziaria, presenta una tabella contenente nuovi dati, al 31.12.2011, di tutte le Regioni della popolazione residente e degli internati, che viene sottoscritta dai rappresentati regionali presenti.

Il Ministero della salute, disponibile ad una revisione del proposte di riparto, farà pervenire alla Conferenza una nuova versione che terrà conto delle osservazioni formulate e dei dati contenuti nel documento consegnato in seduta.

Il Dr. Nese, rappresentante della Regione Campania, illustra il documento indicato al punto 1.

Viene costituito il seguente sottogruppo di lavoro per l'approfondimento del documento, alla luce della nuova normativa e dei dati sul monitoraggio e verifica dell'attuazione dell'Accordo Rep. Atti n. 95/CU del 13/10/2011 in corso: Dr. Nese, Dr. Cospito, Dr.ssa Calevro, Dr. Scarpa, Dr.ssa De Carli, Dr. Ditta.

Questa Segreteria resta in attesa di acquisire il nuovo documento.