



Giunta Regionale della Campania
Direzione Generale per la Tutela della Salute ed il
Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale

**Al Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria
Direzione Generale dei Detenuti e del Trattamento
c.a. dott. Gianfranco De Gesu**

e p.c.

**Ai Direttori Generali delle AA.SS.LL.
Avellino, Benevento, Caserta, Napoli 1 Centro,
Napoli 2 Nord, Napoli 3 Sud e Salerno**

**Al Capo del Dipartimento
dell'Amministrazione Penitenziaria**

**Al Vice Capo del Dipartimento
dell'Amministrazione Penitenziaria**

**Al Provveditore regionale
dell'Amministrazione Penitenziaria della Campania**

**All'Osservatorio permanente
per la sanità penitenziaria della Campania**

**Al Direttore della Casa Circondariale
di Santa Maria Capua Vetere**

Al Direttore della Casa Circondariale di Salerno

**Al Tavolo di consultazione permanente
sulla sanità penitenziaria presso la Conferenza Unificata**

Al Garante Nazionale per la Protezione dei Dati Personali

**Al Capo di Gabinetto
del Presidente della Giunta Regionale della Campania**

**Oggetto: Riscontro note m_dg.GDAP.28/06/2023.0260799.U ed m_dg.GDAP.09/08/2023.0318425.U
aventi ad oggetto "Problematiche inerenti trasferimenti di detenuti per motivi di ordine e disciplina
correlati alla inadeguata ricezione di certificazioni sanitarie".**

Con la presente si riscontra la nota in oggetto specificata, con la quale, premettendo considerazioni che sono più oltre specificamente trattate, Codesta Direzione Generale Detenuti e Trattamento del Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria lamenta l'omesso invio al proprio "Ufficio Sanitario" (Ufficio III – Servizi Sanitari) da parte di alcuni istituti Penitenziari della Campania (in particolare, Salerno e S. Maria Capua Vetere) di idonea documentazione sanitaria relativa a persone detenute (relazioni sanitarie, certificazioni e a altre informazioni sanitarie).

La trasmissione della predetta documentazione sanitaria, che da Codesta Direzione Generale e dal proprio predetto Ufficio Sanitario, cui si ritiene competano le valutazioni sanitarie da effettuare per l'individuazione discrezionale dell'Istituto penitenziario ove trasferire una persona ristretta per motivi di ordine e sicurezza, è **richiesta in forma dettagliata, e nelle prassi rilevate spesso anche in forma integrale** (per es.,

comprensiva di esiti degli accertamenti effettuati), in quanto ritenuta **necessaria per essere valutata da un contingente di "propri" medici** (*"medici comandati presso questo Dipartimento dalla Regione Lazio"*), Per completezza, si precisa che Codesta Direzione Generale dà atto che i richiamati Servizi Sanitari della Regione Campania riscontrino comunque le richieste in parola, sebbene precisi che, *"limitandosi a fornire generiche indicazioni sullo stato di salute del detenuto"*, i riscontri pervenuti siano *"non utili ai medici comandati ad individuare i presidi sanitari che devono essere presenti nell'Istituto Penitenziario di destinazione del detenuto"*.

Preliminarmente, si rappresenta che la contestata modalità di condivisione con Codesta Amministrazione delle informazioni sanitarie attuata dai servizi sanitari regionali e, in particolare, da quelli delle Aziende Sanitarie Locali di Caserta e di Salerno, risulta pienamente conforme alla specifica disciplina in tema di trattamento dei dati sanitari in ambito penitenziario che Questa Regione ha adottato con Deliberazioni della Giunta Regionale n. 429/2019 e n. 82/2020, assicurandone l'obbligatoria conformità al **Regolamento Generale sulla protezione dei Dati UE 2016/679, entrato in vigore il 25 maggio 2018.**

Inoltre, questa Regione ha costantemente assicurato, attraverso il Coordinamento della rete regionale di sanità penitenziaria, ogni diretto e opportuno supporto alle operatività di competenza di Codesto Dipartimento, attraverso la disponibilità, in conformità all'Accordo sancito dalla Conferenza Unificata il 22.01.2015, ad interlocuzioni dirette, formali e informali, per l'efficiente ed efficace gestione dei singoli casi, nell'ambito delle competenze di ciascuna Amministrazione e nello spirito della leale e reciproca collaborazione. Quanto richiamato è già stato oggetto della specifica nota prot. 0560149 inviata da questa Direzione Generale alle AASSLL della Campania e, per conoscenza, tra gli altri, anche a Codesta Direzione Generale, il 06.09.2018, poco dopo l'entrata in vigore del richiamato **Regolamento Generale sulla protezione dei Dati n. 679/2018.**

Come certamente noto a chi legge, un Regolamento dell'Unione Europea, nella **gerarchia delle fonti**, è un atto normativo avente portata generale, obbligatorio in tutti i suoi elementi e contestualmente, automaticamente e uniformemente applicabile in tutti gli Stati membri (art. 288, par. 2 del Trattato sul funzionamento dell'UE); in forza di questa sua efficacia diretta, tenuto conto del principio del primato del diritto dell'Unione, tale tipologia di atto normativo osta all'applicazione di qualsiasi norma nazionale con esso incompatibile, anche se tale norma è stata adottata posteriormente.

La traslazione di quanto precede, nel contesto normativo di riferimento per la trattazione della criticità rappresentata dalla Vs. nota m_dg.GDAP.28/06/2023.0260799.U, implica che l'intera disciplina di riforma nazionale della sanità penitenziaria – primaria e, soprattutto secondaria –, in quanto totalmente definita precedentemente all'entrata in vigore del Regolamento (UE) 2016/679, risulta inapplicabile dal 25 maggio 2018 nelle parti non più compatibili con lo stesso Regolamento.

Preliminarmente alle considerazioni più operative, è necessario precisare dunque che, alla luce del mutato assetto normativo in materia di *Data protection*, nei casi di **richieste di acquisizione dei dati in parola formulate dall'Amministrazione Penitenziaria ai Titolari e Responsabili del trattamento** - cioè le Aziende Sanitarie Locali e Regioni in cui insistono gli istituti Penitenziari e che sono competenti, in via esclusiva, dell'assistenza sanitaria di tutte le persone ivi ristrette - devono esserci adeguate **basi giuridiche** che possano costituire il necessario presupposto per la successiva definizione delle forme e modalità di legittimo trasferimento e condivisione degli stessi, attesi gli obblighi imposti ai predetti titolari e responsabili (artt. 6 e 9 GDPR 679/2016).

Orbene, questa Regione sta riscontrando difficoltà ad individuare le basi giuridiche di quanto, in più punti, nella nota di Codesta Direzione Generale affermato in tema di trattamento dei dati personali.

Il riferimento è, *in primis*, al capoverso che recita *"Ugualmente la tutela della salute della persona detenuta rappresenta un diritto non comprimibile, il cui rispetto rientra tra gli impegni istituzionali di questa Amministrazione. Nella scelta tra gli istituti in cui trasferire un ristretto per motivi di ordine e disciplina deve rientrare quindi anche la valutazione della presenza di servizi sanitari idonei ad assicurare un'assistenza commisurata alle patologie accertate dello stesso"*.

In merito, invero, si rammenta che, a seguito del D. Lgs 230/99 e del DPCM del 01.04.2008, tutte le competenze in materia di sanità penitenziaria sono transitate dal Ministero di Giustizia al Servizio Sanitario Nazionale – più correttamente, alle singole Aziende Sanitarie Locali (ASL), per il tramite delle Regioni e PP.AA. - determinandosi così, di fatto, una chiara e netta divisione di ruoli fra i due Enti, che sono sì tenuti a collaborare reciprocamente, in maniera sinergica e leale, ma in autonomia e preservando le rispettive competenze e perimetri d'azione.

In particolare, il legislatore nazionale, in tema di *"competenze in materia sanitaria"*, riconosce in capo all'Amministrazione Penitenziaria esclusivamente un potere di vigilanza sulla corretta erogazione, da parte dei competenti organi sanitari (ASL e Regioni o PP.AA.), dei livelli essenziali di assistenza previsti per la popolazione detenuta, prevedendo, all'art. 3, comma 4, del D.Lgs 230/99, che *"l'Amministrazione penitenziaria*

segnala alle Aziende unità sanitarie locali e, ai fini dell'esercizio di poteri sostitutivi, alle regioni e al Ministero della sanità, la mancata osservanza delle disposizioni del presente decreto legislativo".

Nulla invece statuisce, il legislatore nazionale, né ivi né in altri loci giuridici, circa un presunto potere di valutazione dei bisogni sanitari dei detenuti e degli internati o di "valutazione della presenza di servizi sanitari idonei" che l'Amministrazione penitenziaria potrebbe esercitare in sede di scelta dell'Istituto in cui trasferire un ristretto per motivi di ordine e disciplina.

L'invocata titolarità di detta prerogativa, come da Vs. nota m_dg.GDAP.28/06/2023.0260799.U, non appare, pertanto, legittima declinazione del dettato normativo.

Le medesime difficoltà di sussunzione giuridica si sono rinvenute rispetto ai contenuti del capoverso "Tali indicazioni di carattere sanitario vengono fornite da medici comandati presso questo Dipartimento dalla regione Lazio, a seguito di quanto stabilito dal DPCM 01 aprile 2008 per le funzioni residuali del Ministero della Giustizia, sulla base di relazioni inviate da omologhi professionisti dei singoli Istituti Penitenziari".

Sul punto si rimanda all'articolo 4, comma 4, del D. Lgs 230/99, che recita "In relazione alle esigenze dell'amministrazione penitenziaria è definito, senza oneri a carico del bilancio dello Stato, con provvedimento adottato dal Ministero di grazia e giustizia, di concerto con il Ministro della sanità, con il Ministro per la funzione pubblica e con il Ministro del tesoro, del bilancio e della programmazione economica, sentite le organizzazioni sindacali, un contingente di personale medico e sanitario da destinare all'Amministrazione penitenziaria. Con il medesimo provvedimento sono stabiliti i requisiti e i criteri per la individuazione di detto personale, nonché i relativi compiti, fermo restando il diritto di opzione per tale contingente di personale."

Orbene, questa Regione non ha, ad oggi, rinvenuto evidenze circa l'avvenuta adozione del citato provvedimento, per cui si trova nell'impossibilità di vagliare, mediante riconduzione ad una precisa ed apposita fonte normativa legittimante, il fondamento giuridico dell'attività di consulenza che Codesto Dipartimento asserisce essere espletata, presso lo stesso, dai medici comandati dalla Regione Lazio.

Inoltre, laddove fosse stato prodotto il richiamato provvedimento, resterebbe da valutare, a condizione di inapplicabilità, la sua coerenza con il Regolamento (UE) 2016/679.

Infine, riguardo allo specifico punto, si rappresenta che la disposizione di cui all'articolo 4, comma 4, del D. Lgs 230/99, risulta di tipo previsionale, definendo una mera possibilità, non poi attuata, per quanto noto a Questa Regione, nella fase di effettivo e completo trasferimento del servizio sanitario penitenziario alle singole Aziende Sanitarie Locali, per il tramite delle Regioni e PP.AA., come rilevabile dall'assenza di pertinenti regolamentazioni e procedure nel 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").

Né può costituire base giuridica idonea ai sensi del GDPR 679/2016 la normativa secondaria - tipicamente Accordi o Intese approvate dalla Conferenza Unificata su proposta del Tavolo di Consultazione Permanente per la sanità Penitenziaria - tesa a regolare i rapporti tra l'Amministrazione Sanitaria e l'Amministrazione Penitenziaria nell'ottica della dovuta sinergia operativa tra l'Area Sanitaria di competenza della prima e le Aree del Trattamento e della Sicurezza di competenza della seconda, anche laddove la stessa definisca la necessità di una piena condivisione dei dati sanitari tra le due Amministrazioni.

Ci si riferisce, in particolare, all'Accordo Rep. Atti n. 83/CU sancito dalla Conferenza Unificata il 26.11.2009 sul documento del richiamato Tavolo di Consultazione Permanente per la Sanità Penitenziaria "Dati sanitari, flussi informativi e cartella clinica anche informatizzata". Con il predetto documento si evidenziava che - in concreto, solo in ragione della incompleta attuazione della riforma e non rispetto alla disciplina normativa - "in capo all'Amministrazione Penitenziaria e la Giustizia Minorile" **residuavano** "alcune funzioni sanitarie", tra cui il "Trasferimento dei detenuti per motivi di salute", evidenziando che "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". Al tempo, per la gestione delle competenze non ancora pienamente trasferite, si convenne che "l'Amministrazione Penitenziaria e la Giustizia Minorile" avessero la "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". La stessa regolamentazione prevedeva, inoltre, la necessaria propedeutica definizione tra le due Amministrazioni, "a livello di singolo Istituto".

Più in particolare, si evidenzia che la definizione operativa concordata tra le Amministrazioni il 26 novembre 2009 apprestava temporanea soluzione a problematiche strettamente connesse allo stato del processo di attuazione della riforma che, specificamente, risultava condizionato dalle seguenti evidenze:

- 1) Il recepimento e l'attuazione del D.P.C.M. 1° aprile 2008 non era stato nel 2009 effettuato da tutte le Regioni e le PP.AA.; in particolare, un tempo significativamente lungo era stato necessario alle Amministrazioni a Statuto Autonomo; si pensi alla Regione Sicilia, ove il trasferimento delle funzioni in materia di sanità penitenziaria è avvenuto solo il 5 febbraio 2016, all'entrata in vigore del D.lgs. 15 dicembre 2015, n. 222; pertanto, permanevano di certo in capo all'Amministrazione Penitenziaria funzioni sanitarie, atteso che nei richiamati ambiti territoriali tutte le prestazioni sanitarie erano ancora direttamente erogate dalla stessa Amministrazione, cui restavano afferenti anche il personale, le risorse, i locali e le attrezzature per lo svolgimento delle funzioni sanitarie, solo in quanto non ancora trasferite ex DPCM 1 Aprile 2008 alle ASL e alle Regioni o PP.AA.;

- 2) Fino ai 6 mesi successivi all'approvazione dell'Accordo Rep. Atti n. 3/CU del 22.01.2015, le singole ASL e Regioni, non risultavano essere nella condizione di garantire quanto previsto dalla disciplina di riforma della sanità penitenziaria e, per esempio, rimanevano nella competenza gestionale generale del Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria 5 Centri Diagnostico Terapeutici (oggi S.A.I.) e, più in generale, non disponevano ancora - di una rete regionale idonea a "garantire che tutti i bisogni di salute dei detenuti trovino adeguata e appropriata risposta all'interno delle strutture regionali intra-penitenziarie e territoriali" e nemmeno di un soggetto cui attribuire le "Funzioni di coordinamento della rete regionale", di cui poteva avvalersi l'Amministrazione Penitenziaria per i casi di trasferimenti di detenuti in ambito intra-regionali oppure, eccezionalmente, extra-regionale.

Successivamente all'approvazione del menzionato Accordo del gennaio 2015, decorsi i 6 mesi previsti, l'assunzione della piena competenza da parte delle singole Regioni e PP.AA. per tutta l'offerta dei servizi di sanità penitenziaria è invece divenuta totale e con lo stesso Accordo, tra l'altro, è stato coerentemente previsto che:

- "l'Accordo della Conferenza Unificata del 26 novembre 2009 (...) è abrogato limitatamente alla lettera a), quarto capoverso n.1" che definiva "insopprimibili" i predetti C.D.T. e ne manteneva eccezionalmente una configurazione a valenza sovragionale.
- "il trasferimento presso servizi sanitari di altre regioni è effettuato dall'Amministrazione Penitenziaria in caso di necessità di cura di altissima specializzazione o di cura di particolare complessità clinica (cardiochirurgia, neurochirurgia, trapianti, ustioni, ...)".

Dal punto di vista strettamente giuridico, si ritiene che la regolamentazione sopra descritta non può assurgere a base giuridica idonea a legittimare operazioni di trattamento di dati personali e sanitari da parte dell'Amministrazione penitenziaria, come rivendicate con nota m_dg.GDAP.28/06/2023.0260799.U, in quanto trattasi di tipico esempio di **normativa non più applicabile in conseguenza dell'entrata in vigore del Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR)**, attesa la palese non conformità della stessa con i principi regolamentari¹, che escludono sempre la possibilità che un trattamento dei dati così generalizzato, se non integrale, possa essere ritenuto lecito.

La condizione di illiceità del trattamento rivendicato da Codesta Amministrazione ex nota m_dg.GDAP.28/06/2023.0260799.U, assume ulteriore connotazione anche da altro angolo prospettico, posto che l'attività consulenziale medica per l'Amministrazione Penitenziaria svolta da Medici "comandati" dalla ASL presso l'Ufficio III Servizi sanitari si potrebbe sovrapporre, e anche in maniera potenzialmente confliggente, con le attività precipue della figura del Coordinatore regionale della rete per la sanità penitenziaria, previste espressamente dalle "Linee guida in materia di modalità di erogazione dell'assistenza sanitaria negli Istituti penitenziari per adulti; implementazione delle reti sanitarie regionali e nazionali" approvato dalla Conferenza Unificata - Rep. Atti n. 3/CU del 22 gennaio 2015, nonché con le attività quotidiane dei professionisti delle Aziende Sanitarie a cui spettano la valutazione e la prescrizione di qualsiasi intervento sanitario da erogare al singolo detenuto o internato paziente, presente in un Istituto Penitenziario, che rientra nella competenza sanitaria di una Azienda Sanitaria Locale, compresa l'eventuale indicazione dell'allocazione del detenuto paziente, per motivi clinici, presso specifiche sezioni penitenziarie a garanzia del diritto alla salute e ai LEA. E invero le previsioni dell'Accordo Rep. Atti n. 3/CU del 22.01.2015 hanno implicato, per ragioni di "successione di norme nel tempo", la caducazione di ogni precedente previsione normativa di segno contrario (i.e. Accordo sancito dalla C.U. - Rep. N. 83/CU del 26.11.2009), per cui la relativa osservanza si palesa *condicio sine qua non* ai fini del legittimo esercizio, da parte di Codesta Amministrazione, della funzione di trasferimento delle persone private della libertà personale di cui la stessa è titolare. Le medesime previsioni, da altro angolo prospettico, vanno sempre coordinate con la già richiamata normativa unionistica e nazionale in materia di protezione dei dati personali (ex pluribus GDPR 679/2016 e D. Lgs 101/2018), che impone di tracciare i confini di ciascun trattamento di volta in volta, facendo riferimento ad una serie di elementi strettamente connessi tra loro (finalità perseguite, quantità e tipologia di dati, periodo e modalità di conservazione degli stessi) al fine di limitarlo **esclusivamente a quanto necessario per svolgere le attività di cui trattasi, con la conseguenza che ogni utilizzo di dati superflui o eccedenti deve essere considerato illecito e, pertanto, passibile delle previste sanzioni**. Questa operazione di interconnessione e raffronto, onere del Titolare dei dati (e pertanto, nel caso in esame, della Amministrazione sanitaria), conferma la necessità che le informazioni sulla salute dei soggetti detenuti siano limitate alla generica descrizione del quadro clinico del paziente, risultando tale generica descrizione adeguata al perseguimento delle finalità proprie della Amministrazione penitenziaria.

¹ Si riepilogano di seguito, schematicamente, i principi generali del GDPR: 1) liceità, correttezza e trasparenza (lawfulness, fairness and transparency) dei dati; 2) limitazione delle finalità (purpose limitation) dei dati; 3) minimizzazione dei dati (data minimisation); 4) accuratezza (accuracy); 5) limitazione dello spazio di archiviazione (storage limitation); 6) integrità riservatezza (integrity and confidentiality). Il GDPR introduce nell'articolo 5, paragrafo 2, il principio di responsabilità (principle of accountability), in base al quale il titolare del trattamento è responsabile del rispetto dei principi elencati.

Tutto quanto sopra premesso circa il fondamento giuridico delle operazioni di trattamento dati personali rivendicate da Codesta Amministrazione ex nota m_dg.GDAP.28/06/2023.0260799.U, entrando nella **concreta operatività** in tema di trasferimenti tra diversi Istituti Penitenziari dei soggetti sottoposti a misure limitative della libertà personale, sia per motivi di salute e che per ragioni di sicurezza o di opportunità, questa Regione è ben consapevole che trattasi di competenza di Codesta Amministrazione e che la stessa conserva un certo grado di discrezionalità, che diventa massimo nei soli casi di trasferimento per motivi non sanitari, ma ritiene che il suo esercizio resti sempre da svolgersi nel rispetto delle funzioni attribuite dalla vigente e applicabile normativa, che non integra più quelle sanitarie.

Per quanto relativo ai **trasferimenti per motivi sanitari**, è necessario richiamare l'**Accordo Rep. Atti n. 3/CU sancito dalla Conferenza Unificata il 22 gennaio 2015, che ha definito, in sede materiae, di concerto anche con Codesta Amministrazione, un'apposita procedura**, dettagliatamente prevista dall'art. 1, comma 2, rispetto alla quale l'Amministrazione Penitenziaria deve calibrare i margini di discrezionalità che le sono riconosciuti ai fini della individuazione finale della sede penitenziaria di trasferimento del detenuto.

In particolare, a sensi del suddetto Accordo, i trasferimenti di detenuti per motivi sanitari sono realizzabili **solo qualora "il Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria competente, o suo delegato, su segnalazione del responsabile medico del servizio - certifichi l'impossibilità di erogare le prestazioni diagnostiche e/o terapeutiche necessarie presso l'istituto penitenziario o comunque nel territorio dell'Azienda Sanitaria competente"**.

In tali casi, **"il trasferimento dei detenuti bisognosi di cure è effettuato dall'Amministrazione penitenziaria in uno degli Istituti penitenziari della Regione", "tenuto conto della valutazione del soggetto cui la Regione ha attribuito funzioni di coordinamento della rete regionale (Rete sanitaria interpenitenziaria regionale interaziendale), su proposta del responsabile del servizio/istituto di partenza e sentito quello del servizio/istituto di destinazione. Per i trasferimenti per motivi di salute in altra Regione, riservati esclusivamente alle patologie di maggior gravità, l'Amministrazione penitenziaria si avvale anche della collaborazione del soggetto regionale che coordina la rete, le cui valutazioni concorrono alla individuazione discrezionale della sede penitenziaria di trasferimento del detenuto per motivi di salute"**.

La vigente regolamentazione in tema di assistenza sanitaria in ambito penitenziario prevede, pertanto, l'attribuzione di compiti, anche valutativi, in capo esclusivamente a soggetti titolari di funzioni sanitarie delle Regioni – coinvolgendo solo il "soggetto cui la Regione ha attribuito funzioni di coordinamento della rete regionale", il "responsabile del servizio/istituto di partenza e ... quello del servizio/istituto di destinazione" e il "Direttore Generale dell'Azienda sanitaria Locale o suo delegato" – ai quali Codesta Amministrazione potrà fare riferimento, fermo restando l'esercizio della propria legittima discrezionalità.

Nessuna competenza in tema di valutazione dei bisogni sanitari risulta, pertanto, attribuita ad altri soggetti, indipendentemente da specifici profili professionali, anche sanitari, o ad altre Amministrazioni.

Per quanto, invece, relativo ai **trasferimenti per motivi non sanitari**, rileva, in aggiunta al possibile ricorso alla collaborazione dei predetti soggetti titolari di funzioni sanitarie, che la **riforma della sanità penitenziaria (D.Lgs. n. 230/99) ha integrato in ogni Servizio sanitario regionale l'obbligazione a garantire, con uniformità e in analogia ai cittadini liberi, tutte le prestazioni sanitarie comprese nei Livelli Essenziali di Assistenza, con erogazione a cura di ciascuna Azienda Sanitaria Locale nel cui territorio insiste un Istituto Penitenziario**. Pertanto, ad ogni persona ristretta in ogni Istituto Penitenziario, indipendentemente dalle caratteristiche qualitative e quantitative dello specifico Istituto Penitenziario di allocazione, sono sempre garantite le stesse prestazioni da ogni Azienda Sanitaria Locale. Resta fermo l'onere per la stessa ASL di provvedere a detta garanzia anche facendo riferimento alla propria Rete regionale di sanità penitenziaria, comprensiva di sezioni sanitarie specializzate e di presidi sanitari opportunamente differenziati, da attivare e mantenere operativa sulla base dei bisogni sanitari rilevati nella popolazione detenuta di competenza, entro sei mesi dall'entrata in vigore dell'Accordo rep. Atti n. 3/CU del 22.01.2015.

Con l'attuazione della disciplina di riforma della sanità penitenziaria è stato così superato il precedente problema di un servizio sanitario penitenziario del Ministero della Giustizia che, garantendo prestazioni significativamente differenziate e non uniformi tra i diversi Istituti Penitenziari, rendeva, pertanto, necessaria, prima di disporre un trasferimento, l'acquisizione di informazioni sulle specifiche condizioni sanitarie delle singole persone ristrette e sulle prestazioni sanitarie che, pertanto, si rendevano necessarie, onde assicurare che il servizio sanitario attivo presso il singolo Istituto Penitenziario potesse garantirle in concreto, in stretta dipendenza dalle risorse professionali presenti localmente.

In netta discontinuità con l'organizzazione precedente, nel riformato contesto sanitario penitenziario, risulta che Codesta Amministrazione – ferma restando la potestà di richiedere l'esercizio dei poteri sostitutivi di cui all'art. 3, comma 4, del D.Lgs 230/99 - possa e debba ritenere 1) sempre assunta la competenza di ciascuna ASL e/o Regione o P.A. e 2) sempre obbligatoria la garanzia dell'erogazione, a cura della ASL e della Regione o P.A., delle prestazioni sanitarie comprese nei L.E.A., potendo così esercitare le funzioni di propria competenza.

L'occasione del presente riscontro ben si presta, dunque, per chiedere a Codesto Dipartimento di condividere pronti ed opportuni ragguagli in merito con chi scrive, ma, soprattutto, di rinnovare la necessità che la problematica, già nota al **Tavolo di Consultazione Permanente per la Sanità Penitenziaria**, sia dallo stesso portata a soluzione, pervenendo al completamento dei lavori dello specifico Sottogruppo interistituzionale già attivato.

La necessità e la rilevanza della sollecitata attività, inoltre, trovano ulteriore conferma nell'intervento già prodotto nel 2020 dal **Garante Nazionale per la Protezione dei Dati Personali** che ha comunicato il proprio interesse rilevante e la propria disponibilità a collaborare alla definizione di una regolamentazione in ambito penitenziario, uniforme e nazionale, ed ha anticipato la necessità di *"orientare l'attività al necessario rispetto dei principi applicabili al trattamento, di cui all'art. 5 del regolamento, con particolare riferimento al principio di "accountability", in base al quale è rimessa al titolare l'adozione di adeguate misure tecniche e organizzative atte a garantire che il trattamento venga effettuato in conformità alla normativa vigente (artt. 5, par. 2, 24 e 25)"*². Nella stessa comunicazione, il garante ha, altresì, evidenziato *"l'impatto (...) sui diritti e le libertà degli interessati"* che *"la predetta tematica"* può determinare.

Si dà atto che anche Codesto Dipartimento, in piena sintonia con le indicazioni del Garante ed esplicitando il riferimento all'approvazione di specifiche regolamentazioni in tema di trattamento dei dati personali in ambito penitenziario da parte della Regione Campania e della ASL Roma 2, ha già comunicato, nel 2021, al menzionato Tavolo di Consultazione la disponibilità a *"partecipare"* al Sottogruppo di lavoro *"per affrontare e definire il delicato tema del trattamento dei dati sanitari e giudiziari delle persone detenute e internate in modo uniforme sul territorio nazionale, cogliendo in tal modo l'indicazione del Garante per la privacy"*³.

Altresì, si evidenzia che quanto con la presente richiamato - con particolare riferimento alla competenza per lo svolgimento delle funzioni sanitarie, alle procedure per la garanzia della tutela dei bisogni di salute di detenuti ed internati, all'uniformità delle obbligazioni all'erogazione delle prestazioni sanitarie in ogni Istituto penitenziario da parte della singola ASL, ed ai compiti inerenti alla collaborazione con Codesta Amministrazione per i trasferimenti posti esclusivamente in capo alle *"figure istituite dall'Accordo del 22.01.2015"* - risulta perfettamente sintonico con i contenuti di una recente nota a firma del Capo Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria, che si condivide pienamente e si apprezza per l'opportunità e la chiarezza⁴.

Attesa la rilevanza della problematica trattata e le diversificate implicazioni che ricadono sui Titolari e Responsabili del trattamento dei dati personali, la presente è inviata anche a tutti i Direttori Generali delle AASSLL regionali affinché vogliano sollecitamente verificare la correttezza e la legittimità dei trattamenti attuati in ambito penitenziario e apprestare idonee soluzioni a ogni criticità eventualmente rilevata.

Il Coordinatore del Laboratorio territoriale regionale
di sanità penitenziaria "Eleonora Amato"
(dott. Giuseppe Nese)

Firmato digitalmente da: Giuseppe Nese
Data: 09/08/2023 14:11:41

Il Direttore Generale
Avv. Antonio Postiglione

² Nota prot. U.0014682 del 20/04/2020 del Garante per la protezione dei dati personali.

³ Nota prot. m_dg.GDAP. 0122863.U a firma del Capo Dipartimento, inviata il 29.03.2021 al Tavolo di Consultazione permanente per la sanità penitenziaria e al Garante per la protezione dei dati personali.

⁴ Nota prot. m_dg.GDAP. 0040487.U a firma del Capo Dipartimento, inviata il 30.01.2023 all'Autorità Giudiziaria, ai PRAP e alle Direzioni degli istituti Penitenziari, e pervenuta a Questa Regione per il tramite.