



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 2010

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

Autori: Giuseppe Scribano, Lucia Ducci, Fiorella Baratto, 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. 5
- 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. 7

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. 43
- 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. 53
- 2.2.1** Scheda tecnica » 60
- 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. 65

2.3.1 Scheda tecnica » 73

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. 77

2.4.1 Scheda tecnica » 90

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. 93

2.5.1 Scheda tecnica » 100

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. 105

2.6.1 Scheda tecnica » 111

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. 115

2.7.1 Scheda tecnica » 124

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. 131

2.8.1 Scheda tecnica » 139

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. 145

2.9.1 Scheda tecnica » 158

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. 171

2.10.1 Scheda tecnica » 178

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. 185

2.11.1 Scheda tecnica » 192

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. 195

2.12.1	Scheda tecnica	pag. 217
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. 237
2.13.1	Scheda tecnica	»
241		
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. 247
2.14.1	Scheda tecnica	» 257

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. 261
3.2	Composizione del Comitato paritetico interistituzionale	pag. 263
3.3	Sottogruppi di lavoro nell'ambito del Tavolo di consultazione permanente	pag. 265
3.4	Sottogruppo di lavoro nell'ambito del Comitato paritetico interistituzionale	pag. 268
3.5	Seduta di insediamento del Tavolo di consultazione permanente e del Comitato paritetico interistituzionale	pag. 269
3.6	Sedute del Tavolo di consultazione permanente e relativi resoconti sintetici	pag. 273
3.7	Sedute del Comitato paritetico interistituzionale e relativi resoconti sintetici	pag. 283

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”.

Pubblicato 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 salutarie, 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, al 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 reclusi 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 Consultori 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 sociosanitarie.

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 alcooldipendenza 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	
Figura professionale di riferimento: ex infermiere professionale	CATEGORIA D
TECNICO B3	Profilo: collaboratore professionale sanitario-infermiere
Figura professionale di riferimento: ex caposala	
TECNICO RADIOLOGO B2 - B3 - B3S	CATEGORIA D
Figura professionale di riferimento: ex tecnico radiologo	Profilo: collaboratore professionale sanitario - tecnico sanitario di radiologia medica
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 sfoltoimento 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 viciniori 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. Contratto collettivo nazionale di lavoro del personale comparto Ministeri. Rapporto di lavoro a tempo indeterminato. Contratto collettivo nazionale di lavoro del personale comparto Ministeri. Rapporto di lavoro a tempo indeterminato. Contratto collettivo nazionale di lavoro del personale comparto Ministeri. Rapporto di lavoro a tempo indeterminato. Contratto collettivo nazionale di lavoro del personale comparto Ministeri. Rapporto di lavoro a tempo indeterminato.
Capo Sala - B3	245	0	245	
Infermiere Professionale - B2	162	0	162	
Infermiere Generico - B1	2	0	2	
Assistente Tecnico	2	0	2	

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**

	DAF	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**

DAF 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

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

Att. A Conseguente
in sede
20. III. 08
4

**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.

Att. B

Consegnato in sede
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."

Repertorio 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/G.U. 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°: 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 monitorare 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. 109... 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'UNCEN 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

Ermenegilda Siniscalchi

IL PRESIDENTE
On.le Dott. Raffaele Fitto



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 annua secondo 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 1/4 (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




Allegato 1

RIPARTO DELLE RISORSE FINANZIARIE PER LA MEDICINA PENITENZIARIA

ANNO 2008

COMPETENZA TEORICA DAL 1° GENNAIO 2008

Regione	presenze detenuti	n. ingressi	n. indice	PERSONALE A TEMPO INDETERMINATO			FUNZIONAMENTO			PERSONALE INCARICATO			PERSONALE CONVENZIONATO		
				Spesa storica sostenuta dal Ministero della Giustizia	INTEGRAZIONE a valore sui residui del capitolo GIUSTIZIA (3,5 mil ca)	INTEGRAZIONE a valore sui capitoli SALUTE dal 15 GIUGNO 2008 PER LE RSO E DAL 1° OTTOBRE 2008 PER LE RSS E PROV. AUTONOME (10 mil)	Spesa storica sostenuta dal Ministero della Giustizia	INTEGRAZIONE a valore sui residui del capitolo 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 del capitolo 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 del capitolo GIUSTIZIA (3,5 mil ca)	INTEGRAZIONE a valore sui capitoli SALUTE (10 mil)
						(A)									
				2006	2008		2006	2008		2006	2008		2006	2008	
				N°	N°	A	B	b	b1	C	c	c1	D=5	d	d1
				euro	euro	euro	euro	euro	euro	euro	euro	euro	euro	euro	euro
ABRUZZO	1.900	2.037	1,1	425.380	10.369	115.381	154.424	3.764	-	399.685	9.742	-	1.874.300	45.686	-
BASILICATA	556	640	1,2	136.923	3.338	19.037	44.177	1.077	-	159.874	3.897	-	683.272	16.858	-
CALABRIA	2.356	2.571	1,1	338.613	8.254	51.424	373.891	9.114	-	559.559	13.639	-	3.292.181	80.247	-
CAMPANIA	7.686	10.623	1,4	4.851.674	118.260	797.222	1.897.982	46.263	-	1.638.710	39.944	-	10.437.243	254.408	-
EMILIA R	4.023	6.108	1,5	974.959	23.785	155.561	491.835	11.988	-	839.339	20.459	-	6.153.518	149.992	-
FRIULI V G	866	1.797	2,1	35.215	858	2.197	164.885	4.019	-	199.843	4.871	-	946.906	23.081	-
LAZIO	5.989	8.538	1,4	3.438.667	83.818	695.352	1.319.868	32.172	-	1.718.647	41.892	-	8.302.105	202.384	-
LIGURIA	1.479	2.550	1,7	257.489	6.276	32.443	406.831	9.917	-	359.717	8.768	-	2.384.569	58.124	-
LOMBARDIA	8.699	14.595	1,7	602.257	14.680	130.410	2.658.504	64.801	-	1.438.667	35.072	-	8.630.849	210.377	-
MARCHE	1.023	1.736	1,7	164.578	4.012	32.443	80.286	1.956	-	279.780	6.820	-	1.534.535	37.404	-
MOLISE	443	319	0,7	102.913	2.509	14.278	31.888	777	-	119.906	2.923	-	433.461	10.566	-
PIEMONTE	4.783	9.867	2,1	480.532	11.713	104.989	752.447	18.341	-	959.245	23.382	-	5.835.225	142.234	-
PUGLIA	3.725	7.224	1,9	1.549.225	37.762	235.584	381.500	9.299	-	839.339	20.459	-	4.213.576	102.706	-
SARDEGNA	2.090	1.775	0,8	640.174	15.604	44.682	251.327	6.128	-	719.434	17.536	-	3.457.467	84.276	-
SICILIA	6.546	6.853	1,0	3.683.771	89.792	286.270	2.091.634	50.984	-	1.758.615	42.886	-	8.322.297	202.886	-
TOSCANA	4.055	5.436	1,3	1.531.601	37.333	262.548	603.346	14.707	-	1.278.993	31.175	-	7.421.665	180.903	-
TRENTO	243	663	2,7	-	-	-	66.073	1.611	-	79.937	1.948	-	315.796	7.698	-
BOLZANO	156	669	4,2	-	-	-	31.052	757	-	39.969	974	-	161.604	3.939	-
UMBRIA	996	1.163	1,2	341.591	8.328	56.183	360.319	8.783	-	236.811	5.845	-	1.851.881	40.285	-
VENETO	2.825	5.271	1,9	321.136	7.828	82.179	733.872	17.888	-	519.591	12.665	-	2.801.569	68.289	-
V D'AOSTA	269	214	0,8	-	-	-	43.210	1.053	-	39.969	974	-	255.590	6.230	-
TOTALI	60.710	90.649	1,5	19.876.698	484.495	3.118.184	12.939.311	315.396	-	14.188.828	345.653	-	79.109.631	1.928.299	-
						23.479.376			13.254.707			14.534.681			81.037.929

(A) spese derivanti dall'inquadramento nel Servizio sanitario nazionale del personale trasferito a decorrere dal 15 giugno 2006 per le RSO e dal 1° ottobre 2008 per le RSS e Province Autonome nell'ipotesi di adozione dei regolamenti di attuazione con pari decorrenza.



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	el euro	F euro	f euro	fl euro	G euro	g euro	gl euro	H euro	h euro	hl euro	I euro	i euro	il euro
ABRUZZO	73.900	1.801	-	181.288	4.419	-	11.479	280	-	-	-	-	-	-	-
BASILICATA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
CALABRIA	6.100	149	-	320.541	7.813	-	50.468	1.230	-	-	-	-	-	-	-
CAMPANIA	225.600	5.499	-	57.067	1.391	-	138.798	3.363	-	-	-	878.221	-	-	136.259
EMILIA R	110.800	2.896	-	502.152	12.240	-	74.285	1.810	-	-	-	1.151.003	-	-	29.198
FRILU V G	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
LAZIO	125.000	3.047	-	127.007	3.096	-	51.640	1.299	-	-	-	-	-	-	873.794
LIGURIA	258.700	6.306	-	-	-	-	2.263	56	-	-	-	-	-	-	-
LOMBARDIA	672.800	16.400	-	258.473	6.325	-	98.946	2.412	-	12.871.032	313.732	-	-	-	134.761
MARCHE	-	-	-	47.522	1.158	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
MOLISE	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
PIEMONTE	178.400	4.349	-	-	-	-	64.154	1.564	-	-	-	-	-	-	-
PUGLIA	39.500	963	-	520.100	12.677	-	48.303	1.129	-	-	-	-	-	-	-
SARDEGNA	69.400	2.179	-	14.820	361	-	36.951	901	-	-	-	-	-	-	-
SICILIA	-	-	-	267.456	6.519	-	121.856	2.970	-	-	-	1.233.400	-	-	-
TOSCANA	19.700	480	-	109.278	2.664	-	19.394	473	-	-	-	1.898.678	-	-	546.442
TRENTO	8.000	195	-	6.473	159	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
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	8.161.362	-	-	1.720.454
			2.048.750			2.614.828		763.149				18.346.126			1.720.454



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

Regione	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)	TOTALE COMPETENZA TEORICA PER L'INTERO ANNO 2008
	2006	2008		2008
	X = A+B+C+...	Y = a+b+c+...	W = s1+b1+c1+..	X + Y + W
	euro	euro	euro	euro
ABRUZZO	3.120.457	78.061	115.381	3.311.899
BASILICATA	1.024.246	24.966	19.037	1.068.250
CALABRIA	4.941.354	120.446	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	367.847	1.569.146	17.019.728
LIGURIA	3.689.569	89.446	32.443	3.791.458
LOMBARDIA	27.232.730	663.798	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	395.988	1.519.729	18.161.348
TOSCANA	10.983.977	267.735	2.707.669	13.959.380
TRENTO	478.279	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 determini	n. indice	Ingressi	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)	(A)					
					2008	spesa storica 2006	2008		spesa storica 2006	2008		spesa storica 2006	2008		spesa storica 2006	2008	spesa storica 2006	2008				
																			A	B	C	D
																			euro	euro	euro	euro
N°	N°			A1	A1bis	B	b	b1	C	c	c1	D	d	d1								
				euro	euro	euro	euro	euro	euro	euro	euro	euro	euro	euro	euro							
ABRUZZO	1.900	2.037	1,1	106.345	2.592	115.381	38.806	941	-	99.921	2.438	-	488.575	11.422	-							
BASILICATA	558	640	1,2	34.231	834	19.037	11.044	289	-	38.968	974	-	170.818	4.164	-							
CALABRIA	2.358	2.571	1,1	84.653	2.063	51.424	93.473	2.278	-	138.890	3.410	-	823.045	20.062	-							
CAMPANIA	7.888	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	155.581	122.959	2.997	-	209.835	5.115	-	1.538.380	37.498	-							
FRIULI V G	888	1.797	2,1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-							
LAZIO	5.989	8.538	1,4	859.667	20.954	695.352	329.867	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	-	598.142	14.531	-							
LOMBARDIA	8.899	14.595	1,7	150.684	3.670	130.410	664.628	16.200	-	356.717	8.788	-	2.187.712	62.694	-							
MARCHE	1.023	1.738	1,7	41.145	1.003	32.443	20.086	489	-	69.945	1.705	-	383.634	9.351	-							
MOLISE	443	319	0,7	25.728	627	14.278	7.872	194	-	29.978	731	-	108.365	2.841	-							
PIEMONTE	4.783	9.867	2,1	120.133	2.928	104.989	188.112	4.585	-	239.811	5.845	-	1.458.806	35.568	-							
PUGLIA	3.725	7.224	1,9	387.308	9.441	235.584	95.375	2.325	-	209.835	5.115	-	1.053.394	25.677	-							
SARDEGNA	2.090	1.775	0,8	-	-	44.682	-	-	-	-	-	-	-	-	-							
SICILIA	8.548	8.853	1,0	-	-	298.270	-	-	-	-	-	-	-	-	-							
TOSCANA	4.058	5.436	1,3	382.900	9.333	262.548	150.838	3.877	-	319.748	7.794	-	1.856.418	45.226	-							
TRENTO	243	863	2,7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-							
BOLZANO	158	869	4,2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-							
UMBRIA	998	1.163	1,2	85.398	2.082	56.183	90.080	2.196	-	69.953	1.481	-	412.970	10.068	-							
VENETO	2.825	5.271	1,9	80.284	1.957	82.179	183.468	4.472	-	129.896	3.166	-	700.397	17.072	-							
V D'AOSTA	299	214	0,8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-							
TOTALI	80.710	90.648	1,5	3.879.384	94.560	2.785.035	2.572.782	62.712	-	2.837.766	69.171	-	16.412.493	400.055	-							
							7.092.128		2.835.494			2.908.936			16.812.548							

Legenda:

- (A) somme da erogare alle regioni a statuto ordinario a valore 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 valore 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 (B)	INTEGRAZIONE a valore sui residui dei capitoli GIUSTIZIA (3,5 mil ca). Le spese di questa colonna SONO RICOMPRESE nelle colonne 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 nelle colonne del personale e del funzionamento (B)	INTEGRAZIONE a valore sui capitoli SALUTE (10 mil) (B)
	spesa storica 2006	2008		spesa storica 2006	2008		spesa storica 2006	2008		spesa storica 2006	2008			spesa storica 2006	2008	
	E euro	a euro	a1 euro	F euro	f euro	f1 euro	G euro	g euro	g1 euro	H euro	h euro	h1 euro	h1b euro	I euro	I euro	H euro
ABRUZZO	-	-	-	-	-	-	2.870	79	-	-	-	-	-	-	-	-
BASILICATA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
CALABRIA	-	-	-	-	-	-	12.817	308	-	-	-	-	-	-	-	-
CAMPANIA	-	-	-	-	-	-	34.899	846	-	-	-	475.793	-	-	-	73.807
EMILIA R	-	-	-	-	-	-	18.566	453	-	-	-	623.480	-	-	-	15.818
FRULLI V G	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
LAZIO	-	-	-	-	-	-	12.910	318	-	-	-	-	-	-	-	473.306
LIGURIA	-	-	-	-	-	-	506	14	-	-	-	-	-	-	-	-
LOMBARDIA	-	-	-	-	-	-	24.737	603	-	-	-	-	-	-	-	72.998
MARCHE	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
MOLISE	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
PIEMONTE	-	-	-	-	-	-	16.036	391	-	-	-	-	-	-	-	-
PUGLIA	-	-	-	-	-	-	11.578	282	-	-	-	-	-	-	-	-
SARDEGNA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
SICILIA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	308.346	-	-	290.989
TOSCANA	-	-	-	-	-	-	4.849	116	-	-	-	1.028.451	-	-	-	-
TRENTO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TRENTINO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
VAL D'AOSTA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTALI	-	-	-	-	-	-	146.846	3.372	-	-	-	2.127.814	308.346	-	-	631.813
									150.118				2.436.979			831.813
																32.686.118
																32.322.002

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 residui dei capitoli GIUSTIZIA (3,5 mil ca)	INTEGRAZIONE a valere sul capitoli 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	3.357.358	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	58.183	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
	147.800.000		10.000.000	157.800.000
	res da ripartire	121.320.960	4.155.438	125.476.398

verifica stanziamenti

Legenda:

Legenda:

verifica
stanziamenti





*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 di 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. 29/00 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 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:





*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





*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 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:



*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

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/lu 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

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



ALLEGATO A

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 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





*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 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





*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 anestesilogiche 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. Ermenegilda 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



*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA UNIFICATA

ALLEGATO A

**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 la 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 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

gh





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^o: 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 afferenti 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 la 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 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 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 psicotopologici, 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'evolutiveità 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, 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.

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 small 'Gm', a long signature, the letters 'ST', another signature, a stylized 'S', a signature that looks like 'RVA', and a large, bold 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

ESiniscalchi



IL PRESIDENTE
On. Dott. Raffaele Fitto

RF



ALLEGATO A

**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.

gh





*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA UNIFICATA

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

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

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

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

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

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

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

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

* colloquiare con gli altri applicativi,

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

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

In sintesi la cartella informatizzata regionale:

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

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

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

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

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

gh





Presidenza del Consiglio dei Ministri

CONFERENZA UNIFICATA

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

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

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

2.2 IL PERCORSO ASSISTENZIALE FRA REGIONI DIVERSE

2.2.1 Esigenza di condividere la base di conoscenza

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

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

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

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

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

2.2.2 Il Fascicolo Sanitario Nazionale Informatizzato del Detenuto

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

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

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

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





*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA UNIFICATA

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

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

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

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

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

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

2.3 IL SISTEMA INFORMATIVO SULLA SALUTE IN CARCERE

2.3.1 L'analisi del possibile

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

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

Deve garantire l'impossibilità di identificazione dei soggetti trattati.

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





Presidenza del Consiglio dei Ministri

CONFERENZA UNIFICATA

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

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

2.3.2 Obiettivi a regime

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

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

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

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

A. Definizione del debito informativo nazionale.

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

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

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

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

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

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

B. Dati di struttura

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

i. Strutture

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

- * Prestazioni erogabili (Elenco e descrizione)

gh





*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. Ermenegilda 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.

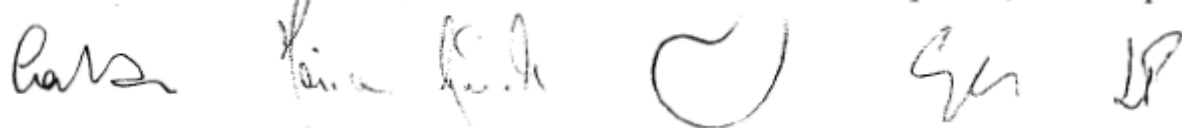
2. DOCUMENTO

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



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 accessibili 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

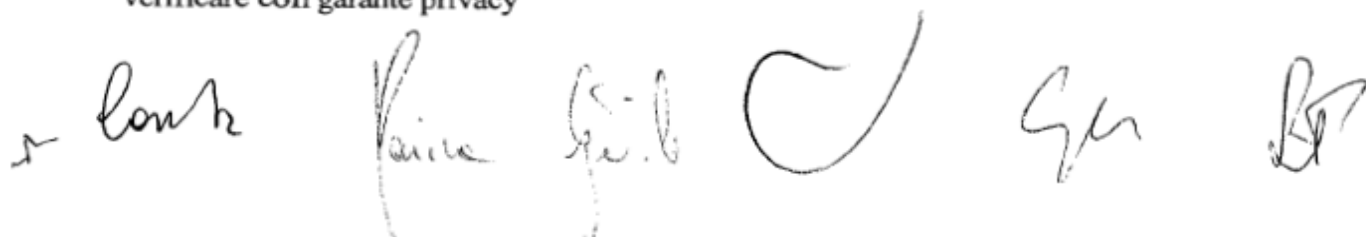
Quanto precede dovrà essere attuato secondo le norme vigenti in tema di regolamento privacy. Si prevede, analogamente ad altri settori già attivati, che i dati dovranno essere in formato individuale, ma privi degli elementi identificativi, essere cioè perfettamente anonimizzati.

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.

LM
ju

Five

Q. 1

CP

4

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. 575 del 26/11/2008

LA CONFERENZA UNIFICATA

Nella odierna seduta del 26 novembre 2009:

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

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

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

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

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





*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA UNIFICATA

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

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

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

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

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'UNCHEM 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*: 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

E. 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





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;

© 2000 Blackwell Science Ltd, *Journal of Internal Medicine* 247: 399–405





Allegato A

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

Premessa

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

g



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

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

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

Una prima rilevazione

Entro il 31 luglio 2010, dovranno essere forniti:

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

Di seguito vengono elencate più nel dettaglio le informazioni da rilevare

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

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

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

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



Istituti penitenziari per adulti

per ciascun istituto indicare

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

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

Strutture e servizi della Giustizia minorile

per ciascun Istituto penale per minori indicare

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

per ciascun Centro di Prima Accoglienza indicare

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

Rilevare inoltre:

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

per le comunità terapeutiche, rilevare:

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

per le comunità socio educative ministeriali, rilevare:

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

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

Trasmissione dei dati

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

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

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

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

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

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

Le azioni successive

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

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

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

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

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

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

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

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



presa in carico:

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

continuità assistenziale:

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

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

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



APPENDICE

Sono allegate sette schede:

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

Tutte le schede di rilevazione raccolte devono essere firmate:

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



Assistenza sanitaria ai detenuti e ai minori sottoposti a provvedimento penale

SCHEDA N°1

PROGRAMMAZIONE REGIONALE

Regione.....

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

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

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

☐ SI ☐ NO

se SI, specificare le tematiche oggetto di programmazione

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

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

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

☐ SI ☐ NO

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

☐ SI ☐ NO

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

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

FIRMA del Responsabile della Regione



Assistenza sanitaria ai detenuti e ai minori sottoposti a provvedimento penale

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.



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



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 - Fisiochinesiterapia				
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



12

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 adibiti all'esercizio delle funzioni sanitarie - Roma 29 aprile 2009")

☐ SI ☐ NO

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

☐ SI ☐ NO

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

☐ SI ☐ NO

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

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



13

DATI ORGANIZZATIVI

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

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



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 - Fisiokinesiterapia				
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)	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)



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)





*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*
CONFERENZA UNIFICATA

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 afferenti 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*
CONFERENZA 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

ESiniscalchi

[Handwritten mark]

**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

g~

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

gh

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 - Fisiokinesiterapia				
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

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

g

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 - Fisiokinesiterapia				
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)	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)

gr

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

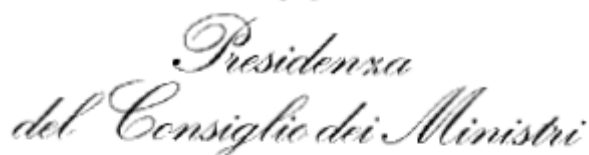
PERSONALE SANITARIO	al 31 dicembre 2009	
	N°	Totale ore settimanali
Medici		
Psicologi		
Altre figure professionali (specificare sotto)	XXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXX

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



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.

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

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;

- 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;

[illegible]



*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

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

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

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

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

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

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

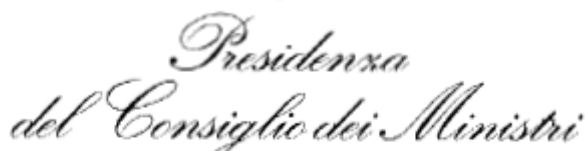
ESPRIME INTESA

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

IL SEGRETARIO
Cons. Ermenegilda Siniscalchi



IL PRESIDENTE
On. Dott. Raffaele Fitto



Servizio III°: Sanità e politiche sociali

Seduta del 23 settembre 2010

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

Intesa ai sensi dell'articolo 2, comma 374, della legge 24 dicembre 2007, n. 244.

- 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.

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.

[illegible]

g



*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

SEGRETERIA DELLA CONFERENZA PERMANENTE
PER I RAPPORTI TRA LO STATO E 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. *1116* 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 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;

[Handwritten signature]





*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'UNCHEM;

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'UNCHEM 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

E. Siniscalchi



IL PRESIDENTE
On.le Dott. Raffaele Fitto

R. 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 UNITICATA

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

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 (dott.ssa Maria Giuseppina La Falce) e del Dipartimento per le Politiche Antidroga (dott. Giovanni Serpelloni e dott.ssa Elisabetta Simeoni)

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 (dott. Roberto Bocchieri) e del CINSEDO (dott.ssa Marina Principe), 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 così composto:

Tavolo di consultazione permanente sulla sanità penitenziaria	
Ministero della giustizia Nota del 12/09/2008	<ul style="list-style-type: none"> - Dr.ssa Serenella Pesarin – Direttore Generale Giustizia Minorile - Dr. Massimo De Pascalis – Dipartimento Amministrazione Penitenziaria – D.G. Personale e Formazione - Dr. Sebastiano Ardita –Dipartimento Amministrazione Penitenziaria - D.G. Detenuti e Trattamento
Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali Nota del 12/11/2008	<ul style="list-style-type: none"> - Dr. Guido Vincenzo Ditta - Direzione Generale Prevenzione sanitaria - Dr.ssa Silvia Arcà – Direzione Generale Programmazione sanitaria, livelli di assistenza e principi etici
Ministero dell'economia e delle finanze Nota del 3/10/2008	<ul style="list-style-type: none"> - Dr.ssa Barbara Filippi – Dirigente Ufficio IX Ispettorato Generale Spesa Sociale (sostituto: Dr. Antonio Bucci)
Dipartimento della pubblica amministrazione Nota 10/02/2009 (sola disponibilità alla collaborazione)	
Regioni e Province autonome Nota CINSEDO del 1/10/2008 Nota CINSEDO del	<ul style="list-style-type: none"> - 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 Nota ANCI del 18/11/2008 Manca UPI (2 rappr.)	<ul style="list-style-type: none"> - Dr. Bazzoni Giacomo – Cons. com. Pontevico - Dr. Centillo M. Lucia – Cons. com. Torino - Dr. Lamacchia Michele – Pres. Cons. com. S. Ferdinando di Puglia
Segreteria della Conferenza Stato-Regioni	<ul style="list-style-type: none"> - 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 (dott. Roberto Bocchieri) e del 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

Il Comitato risulta composto dai seguenti rappresentanti:

Comitato paritetico interistituzionale	
Ministero della giustizia Nota del 2/03/2009	- Dr. Sebastiano Ardita –Dipartimento Amministrazione Penitenziaria - D.G. Detenuti e Trattamento
Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali Nota del 12/11/2008	- Dr. Guido Vincenzo Ditta - Direzione Generale Prevenzione sanitaria
Ministero dell'economia e delle finanze Nota del 3/10/2008	- Dr.ssa Barbara Filippi – Dirigente Ufficio IX Ispettorato Generale Spesa Sociale (sostituto: Dr. Antonio Bucci)
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
Note CINSADO del 3/11/2008, 7 /05/2010 e 22/10/2010	
Autonomie locali	- Dr. Bertoglio Ambrogio – DG AO Ospedale di Lecco
Nota ANCI del 18/11/2008	- Dr. Lanzone Francesco – Cons. com. Cosenza
Manca UPI (2 rappr.)	- Dr. Scarcella Carmelo – DG ASL Brescia
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. 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. 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 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 peritetico 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'Anci: 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 definita 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 "Presenza 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 tossicodipendenza 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 “Preso in carico dei Nuovi Giunti, prevenzione del rischio suicidarlo 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.

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.