

A.G.C. 20 - Assistenza Sanitaria – Deliberazione n. 552 del 22 luglio 2010 – Accordi, ai sensi dell'art. 4 del Decreto Legislativo 28 agosto 1997 n. 281 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano in materia di assistenza sanitaria penitenziaria - Presa d' atto

Alla stregua dell'istruttoria compiuta dal Settore e delle risultanze e degli atti tutti richiamati nelle premesse che seguono, costituenti istruttoria a tutti gli effetti di legge, nonché dell'espressa dichiarazione di regolarità della stessa resa dal Dirigente del Settore a mezzo di sottoscrizione della presente

PREMESSO CHE:

- che il Decreto Legislativo 22.6.99 n. 230, come modificato ed integrato dal Decreto Legislativo 22.12.2000 n. 433, ha introdotto il riordino della medicina penitenziaria sancendo il principio fondamentale della parità di trattamento, in tema di assistenza sanitaria, dei cittadini liberi e degli individui detenuti ed internati;
- che il D.P.C.M. 01.04.2008, adottato ai sensi dell'art. 2, commi 283 e 284 della Legge 24 Dicembre 2007 n. 244 (legge Finanziaria 2008) stabilisce, al fine di dare completa attuazione al riordino della medicina penitenziaria di cui ai decreti legislativi sopra citati, 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;
- che con DGRC n. 1551 del 26.09.2008 è stato recepito il DPCM sopra citato;
- che l'Allegato A al suddetto DPCM espressamente prevede che, 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, venga 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;

PRESO ATTO

- che con DGRC n. 1812 dell'11.12.2009 sono state definite le azioni per la realizzazione di forme di collaborazione tra ordinamento sanitario ed ordinamento penitenziario e della giustizia minorile per la valutazione dell'efficienza e dell'efficacia degli interventi sanitari mirati all'attuazione di quanto previsto dalle Linee di indirizzo di cui agli Allegati A e C del DPCM 1 aprile 2008 ed è stato approvato il relativo schema di Accordo di Programma;
- che in data 28.12.2009 le Parti contraenti hanno sottoscritto l'Accordo di Programma;
- che con Decreto del Presidente della Giunta Regionale n. 38 del 19 febbraio 2010 è stato istituito l'Osservatorio permanente sulla sanità penitenziaria;

ATTESO CHE:

la Conferenza Stato Regioni ha sancito in materia i seguenti accordi:

- Accordo, ai sensi dell'art. 4 del Decreto Legislativo 28 agosto 1997 n. 281, recante "Schema tipo di convenzione per le prestazioni medico legali in favore del personale del Corpo di polizia Penitenziaria" (rep. 51/CU del 29.10.2009);
- Accordo, ai sensi dell'art. 4 del Decreto Legislativo 28 agosto 1997 n. 281, recante "Strutture sanitarie nell'ambito del sistema penitenziario italiano" (rep. 81/CU del 26.11.2009);
- Accordo, ai sensi dell'art. 4 del Decreto Legislativo 28 agosto 1997 n. 281, recante "Linee di indirizzo per l'assistenza ai minori sottoposti a provvedimento dell'Autorità Giudiziaria" (rep. 82/CU del 26.11.2009);
- Accordo, ai sensi dell'art. 4 del Decreto Legislativo 28 agosto 1997 n. 281, recante "Dati sanitari, flussi informativi e cartella clinica anche informatizzata (rep. 83/CU del 26.11.2009);
- Accordo, ai sensi dell'art. 4 del Decreto Legislativo 28 agosto 1997 n. 281, recante "Definizione di specifiche aree di collaborazione e indirizzi di carattere prioritario sugli interventi negli Ospedali Psichiatrici Giudiziari e nelle Case di Cura e Custodia di cui all'Allegato C del D.P.C.M. 1.04.2008 (rep. 84/CU del 26.11.2009);

RITENUTO

Che i suddetti Accordi sono coerenti con il programma di sviluppo e potenziamento delle rete assistenziale penitenziaria della Regione Campania e rientrano fra gli adempimenti LEA cui sono tenute le Regioni per accedere al maggior finanziamento per l'anno 2009

CONSIDERATA

– l' esigenza di recepire i suddetti Accordi tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sottoscritti in data 29.10.2009 e 26.11.2009;

Propone e la Giunta, in conformità, a voti unanimi

DELIBERA

di recepire i seguenti Accordi sanciti tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano:

- Accordo, ai sensi dell'art. 4 del Decreto Legislativo 28 agosto 1997 n. 281, recante "Schema tipo di convenzione per le prestazioni medico legali in favore del personale del Corpo di polizia Penitenziaria" (rep.51/CU del 29.10.2009);
- Accordo, ai sensi dell'art. 4 del Decreto Legislativo 28 agosto 1997 n. 281, recante "Strutture sanitarie nell'ambito del sistema penitenziario italiano" (rep. 81/CU del 26.11.2009);
- Accordo, ai sensi dell'art. 4 del Decreto Legislativo 28 agosto 1997 n. 281, recante "Linee di indirizzo per l'assistenza ai minori sottoposti a provvedimento dell'Autorità Giudiziaria" (rep. 82/CU del 26.11.2009);
- Accordo, ai sensi dell'art. 4 del Decreto Legislativo 28 agosto 1997 n. 281, recante "Dati sanitari, flussi informativi e cartella clinica anche informatizzata (Rep. 83/CU del 26.11.2009);
- Accordo, ai sensi dell'art. 4 del Decreto Legislativo 28 agosto 1997 n. 281, recante "Definizione di specifiche aree di collaborazione e indirizzi di carattere prioritario sugli interventi negli Ospedali Psichiatrici Giudiziari e nelle Case di Cura e Custodia di cui all'Allegato C del D.P.C.M. 1.04.2008 (Rep. 84/CU del 26.11.2009).

di disporre che i contenuti dei suddetti Accordi troveranno applicazione nella realizzazione delle azioni positive governate dall'Osservatorio Regionale della Sanità penitenziaria attraverso la proposta di Linee di indirizzo;

di precisare che all'attuazione della presente deliberazione si provvede senza oneri aggiuntivi a carico del bilancio regionale;

di trasmettere il presente atto, per quanto di competenza, ai Settori Assistenza Sanitaria, Interventi a favore di fasce particolarmente deboli, Programmazione Sanitaria, Assistenza Ospedaliera ed all'ARSAN;

di inviare al Settore Stampa, Documentazione ed Informazione per la pubblicazione sul BURC.

Il Segretario
Cancellieri

Il Presidente
Caldoro



*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA UNIFICATA

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

Rep. n. 51/ev del 29 ottobre 2009

LA CONFERENZA UNIFICATA

Nell'odierna seduta del 29 ottobre 2009:

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

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

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

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





*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA UNIFICATA

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

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

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

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

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

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

SANCISCE ACCORDO

tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano e le Autonomie locali sullo schema tipo di convenzione per le prestazioni medico legali in favore del personale della Polizia Penitenziaria, Allegato sub A, parte integrante del presente atto.

IL SEGRETARIO
Cons. Ermenegilda Siniscalchi

IL PRESIDENTE
On. Dott. Raffaele Fitto



*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA UNIFICATA

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

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

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

Il Direttore Generale della Azienda Sanitaria _____

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

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

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

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

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

stipulano e convengono quanto segue:

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



*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA UNIFICATA

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

Elenco del personale medico individuato per le prestazioni medico-legali

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

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

Sono escluse spese contrattuali.

La presente convenzione viene redatta in duplice originale.

Letto, confermato e sottoscritto: li _____

Il Direttore Generale della Azienda sanitaria

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



*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA UNIFICATA

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

E. Siniscalchi



IL PRESIDENTE
On. Dott. Raffaele Fitto

R. Fitto



STRUTTURE SANITARIE NELL'AMBITO DEL SISTEMA PENITENZIARIO ITALIANO

Tipologia delle strutture

Seguendo la vecchia classificazione del Ministero della Giustizia e relativa alle tipologie delle strutture sanitarie nella 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 fterapici/riabilitativi usualmente effettuati all'interno degli IIPP per problematiche artrosiche/post-traumatiche etc.

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

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

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





*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*
CONFERENZA UNIFICATA

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

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

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

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

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

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

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

f) Istituti o sezioni a custodia attenuata

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

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

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





Presidenza del Consiglio dei Ministri

CONFERENZA UNIFICATA

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

Le azioni

- Ricognizione/monitoraggio

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

- Definizione criteri

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

- Rete regionale

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

- Rete nazionale

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

- Reparti ospedalieri

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





*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA UNIFICATA

Il ripensamento del sistema deve ispirarsi ai seguenti principi:

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





*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA UNIFICATA

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

Ermenegilda Siniscalchi



IL PRESIDENTE
On. Dott. Raffaele Fitto

Raffaele Fitto

MINISTERO DELL'INTERNO - DIREZIONE GENERALE DEL REGISTRO - 00187 ROMA

[Handwritten mark]



*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 le misure cautelari e l'istituto della messa alla prova.

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

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

L'integrazione degli interventi

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





*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 espiazione di pena -qualora vengano applicate misure sostitutive o alternative alla detenzione-, in messa alla prova, in misura di sicurezza;
- il luogo di residenza del minorenne qualora non vengano applicati provvedimenti restrittivi della libertà personale.

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

Ciò considerando, appare indispensabile ottimizzare la presa in carico dei minori a partire da una valutazione multidisciplinare (che deve esser fatta da una 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 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,





*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA UNIFICATA

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

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

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

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

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

Accordi e Protocolli di collaborazione

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

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

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

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

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





*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

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:

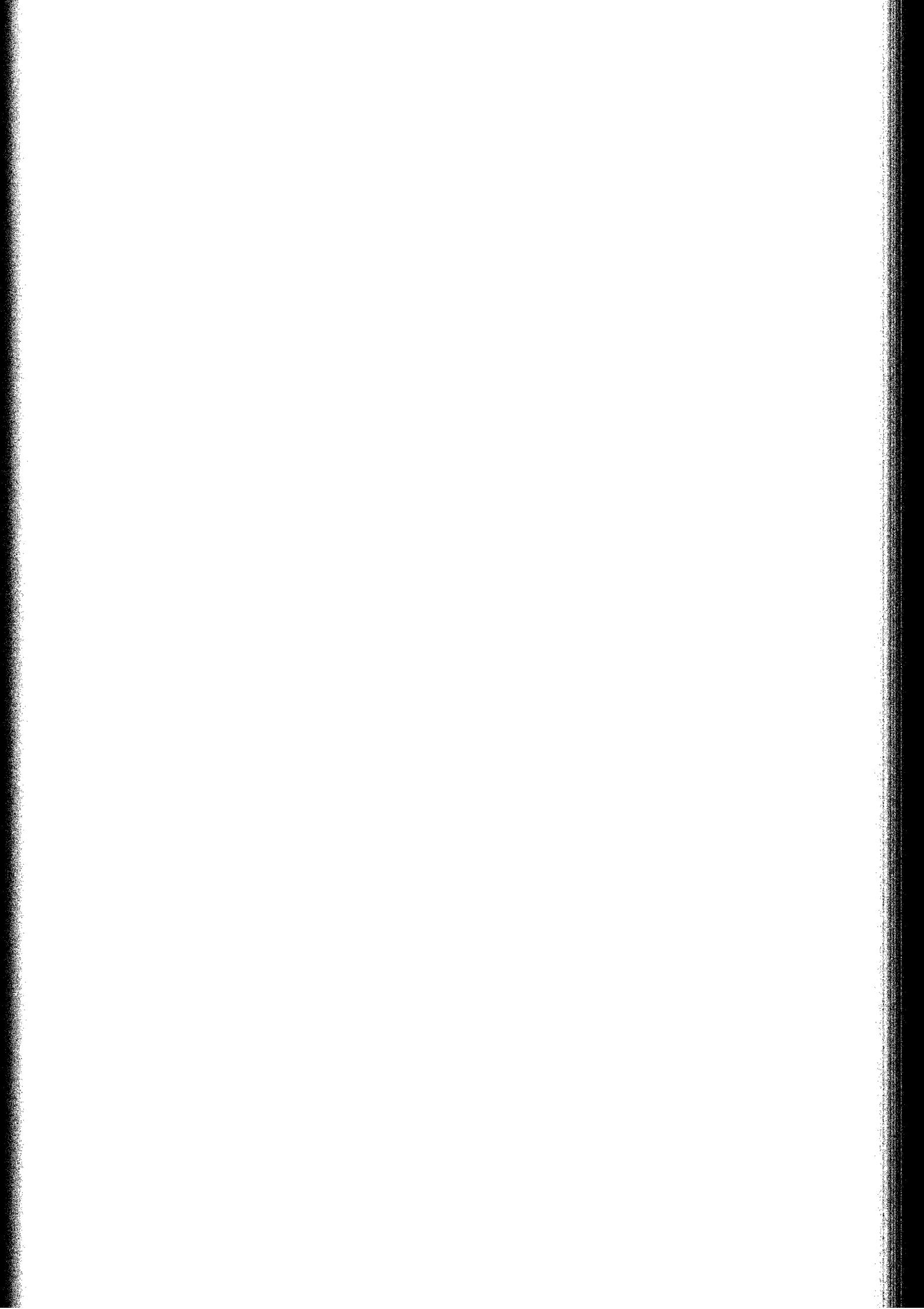
VISTO l'articolo 9 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281 e, in particolare, il comma 2, lettera c), in base al quale questa Conferenza promuove e sancisce accordi tra Governo, Regioni, Province, Comuni e Comunità montane, al fine di coordinare l'esercizio delle rispettive competenze e svolgere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







*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

E. Siniscalchi



IL PRESIDENTE
On. Dott. Raffaele Fitto

R. Fitto



*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA UNIFICATA

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.





*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA UNIFICATA

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 interpello 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.





*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





*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA UNIFICATA

2.1.1 Scenario

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

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

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

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

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

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

2.1.2 La ricognizione dell'esistente

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

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

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





*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA UNIFICATA

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

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

2.1.3 La Cartella Clinica Informatizzata

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

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

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

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

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

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

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





*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA UNIFICATA

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

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

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

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

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

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

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

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

* colloquiare con gli altri applicativi,

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

*

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

In sintesi la cartella informatizzata regionale:

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

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

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

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

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



MINISTRO DELL'INTERNO - DIREZIONE GENERALE DEL REGISTRO STATO - 1

dh



*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA UNIFICATA

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

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

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

2.2 IL PERCORSO ASSISTENZIALE FRA REGIONI DIVERSE

2.2.1 Esigenza di condividere la base di conoscenza

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

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

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

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

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

2.2.2 Il Fascicolo Sanitario Nazionale Informatizzato del Detenuto

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

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

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

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





*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA UNIFICATA

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

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

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

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

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

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

2.3 IL SISTEMA INFORMATIVO SULLA SALUTE IN CARCERE

2.3.1 L'analisi del possibile

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

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

Deve garantire l'impossibilità di identificazione dei soggetti trattati.

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





*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA UNIFICATA

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

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

2.3.2 Obiettivi a regime

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

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

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

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

A. Definizione del debito informativo nazionale.

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

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

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

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

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

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

B. Dati di struttura

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

i. Strutture

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

* Prestazioni erogabili (Elenco e descrizione)





*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA UNIFICATA

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

ii. Personale

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

2.4 ASPETTI TECNOLOGICI E LOGISTICI

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

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

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

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

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

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

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

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

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





*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*
CONFERENZA UNIFICATA

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 208 si prevede, tra l'altro, che tramite specifici Accordi vengono definiti la tipologia assistenziale e le forme della sicurezza, gli standard di organizzazione e i rapporti di collaborazione tra le amministrazioni coinvolte;

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

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

MINISTERO DELL'INTERNO - DIREZIONE GENERALE DEL REGISTRO - S.p.A. - 5





*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:



Servizio Informazioni e Documentazione - Tel. 06 4708 8044 - 4



*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

Ermenegilda Siniscalchi



IL PRESIDENTE
On. Dott. Raffaele Fitto

Raffaele Fitto

Ministero della Giustizia - Direzione Generale

gh