

Decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 1° Aprile 2008
Gazzetta Ufficiale 30 Maggio 2008, n. 126

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

IL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI

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

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

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

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

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

Sulla proposta del Ministro della salute e del Ministro della giustizia, di concerto con il Ministro dell’economia e delle finanze e con il Ministro per le riforme e le innovazioni nella pubblica amministrazione;

DECRETA:

Articolo 1. Ambito operativo

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

Articolo 2. Trasferimento delle funzioni sanitarie

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

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

Articolo 3. Trasferimento dei rapporti di lavoro

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

2. Il personale di cui al comma 1, appartenente alle qualifiche e ai profili di cui alla allegata tabella B, viene inquadrato nelle corrispondenti categorie e profili previsti per il personale delle aziende sanitarie del Servizio sanitario nazionale sulla base della medesima tabella B, che costituisce parte integrante del presente decreto. Fermo restando la corresponsione dell'indennità professionale specifica prevista per la categoria e il profilo di inquadramento, la fascia retributiva di confluenza, nell'ambito della categoria di inquadramento, è determinata facendo riferimento ai parametri contrattuali relativi al biennio 2006/2007, tenendo conto del maturato economico corrispondente alla sommatoria dello stipendio tabellare e dell'indennità penitenziaria, determinati anch'essi sulla base dei rispettivi parametri contrattuali relativi al biennio 2006/2007, decurtato del valore della predetta indennità professionale specifica; ove l'importo così determinato non corrisponda a quello delle fasce retributive della categoria di inquadramento, al dipendente viene assegnata la fascia immediatamente inferiore e la differenza è mantenuta come assegno *ad personam*. Con il trasferimento, il rapporto di lavoro viene disciplinato, oltre che dalle vigenti disposizioni di legge, dalla contrattazione collettiva del personale dei ruoli del Servizio sanitario nazionale. Il servizio prestato alle dipendenze del Ministero della giustizia viene interamente riconosciuto per le finalità giuridiche, previdenziali ed economiche. Per i dirigenti medici penitenziari il trattamento economico è determinato sulla base del corrispondente profilo del Servizio sanitario nazionale e della tipologia di incarico che verrà assegnato dalle aziende sanitarie locali. Il valore delle classi di stipendio in godimento alla data di entrata in vigore del presente decreto, con l'aggiunta del rateo in corso di maturazione alla stessa data espresso in ventiquattresimi, viene, comunque, conservato a titolo di retribuzione individuale di anzianità. Qualora l'importo del trattamento economico complessivo in godimento alla predetta data per stipendio iniziale ed altri assegni fissi e continuativi risulti maggiore di quello corrispondentemente spettante nella nuova posizione di inquadramento, la relativa differenza è conservata come assegno *ad personam*.

3. Il personale di cui al comma 1 appartenente al profilo di psicologo viene inquadrato in apposito ruolo ad esaurimento nell'ambito dell'area III della dirigenza sanitaria non medica del Servizio sanitario nazionale, articolato in sezioni distinte in base al possesso o meno dei necessari requisiti e

titoli professionali, definite in sede di contrattazione collettiva, con attribuzione, in fase di prima applicazione, del trattamento economico iniziale della dirigenza sanitaria non medica.

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

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

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

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

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

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

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

Articolo 4. Trasferimento delle attrezzature e beni strumentali

1. Le attrezzature, gli arredi, i beni strumentali afferenti alle attività sanitarie di proprietà del Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria e del Dipartimento della giustizia minorile del Ministero della giustizia, così come elencati, entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, in apposito inventario redatto dal Ministero della giustizia e trasmesso alle singole Regioni e da esse convalidato con apposito atto formale, vengono trasferiti, in base alle competenze territoriali, alle Aziende sanitarie locali, con la sottoscrizione di un verbale di consegna. I suddetti beni entrano a far parte del patrimonio delle Aziende sanitarie locali di cui all'articolo 5 del decreto legisla-

tivo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, e vengono sottoposti al regime giuridico di cui al citato articolo 5.

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

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

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

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

Articolo 6. Trasferimento risorse finanziarie

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

2. In fase di prima applicazione del presente decreto le risorse finanziarie di cui al comma 1, sono ripartite tra le Regioni, sulla base anche della tipologia delle strutture penitenziarie e dei servizi minorili presenti sul territorio di competenza, nonché dei flussi di accesso ai medesimi, secondo i criteri definiti in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano.

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

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

Articolo 7. Rapporti di collaborazione

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

Articolo 8. Trasferimento alle Regioni a statuto speciale e alle Province autonome

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

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

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

Linee di indirizzo per gli interventi del Servizio Sanitario nazionale a tutela della salute dei detenuti e degli internati negli istituti penitenziari, e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale

Premessa

Il decreto legislativo 22 giugno 1999, n. 230 "Riordino della medicina penitenziaria", all'articolo 1 stabilisce che: i detenuti e gli internati, al pari dei cittadini in stato di libertà, hanno diritto alla erogazione delle prestazioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione previste nei livelli essenziali e uniformi di assistenza.

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

1. Lo Stato, le Regioni, i Comuni, le aziende sanitarie e gli istituti penitenziari uniformano le proprie azioni e concorrono responsabilmente alla realizzazione di condizioni di protezione della salute dei detenuti e degli internati, attraverso sistemi di informazione ed educazione sanitaria per l'attuazione di misure di prevenzione e lo svolgimento delle prestazioni di diagnosi, cura e riabilitazione contenute nel Piano sanitario nazionale, nei piani sanitari regionali e in quelli locali.
2. L'assistenza sanitaria ai detenuti e agli internati è organizzata secondo principi di globalità dell'intervento sulle cause di pregiudizio della salute, di unitarietà dei servizi e delle prestazioni, di integrazione della assistenza sociale e sanitaria e di garanzia della continuità terapeutica.
3. Alla erogazione delle prestazioni sanitarie provvede l'Azienda sanitaria.

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

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

- azioni di protezione, di informazione e di educazione ai fini dello sviluppo della responsabilità individuale e collettiva in materia di salute;
- informazioni complete sul proprio stato di salute all'atto dell'ingresso nell'istituto penale, durante il periodo di esecuzione della pena e all'atto della immissione in libertà;
- interventi di prevenzione, cura e sostegno del disagio psichico e sociale;
- l'assistenza sanitaria della gravidanza e della maternità;
- l'assistenza pediatrica e i servizi di puericultura ai figli delle donne detenute o internate che durante la prima infanzia convivono con le madri negli istituti penitenziari.

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

1. Il trattamento degli imputati sottoposti a misure privative della libertà consiste nell'offerta di interventi diretti a sostenere i loro interessi umani, culturali e professionali.
2. Il trattamento rieducativo dei condannati e degli internati è diretto, inoltre, a promuovere un processo di modificazione delle condizioni e degli atteggiamenti perso-

nali, nonché delle relazioni familiari e sociali che sono di ostacolo a una costruttiva partecipazione sociale.

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

Nel presente documento, laddove non altrimenti specificato, con la dizione Istituti di pena si intendono comprese tutte le seguenti strutture: Istituti di pena per adulti, Istituti di pena per minorenni, Centri di prima accoglienza, Comunità ministeriali terapeutiche ed educative che ospitano minorenni sottoposti a provvedimenti penali, denominate, per semplificare, con il solo termine “comunità”.

Principi di riferimento

- Riconoscimento della piena parità di trattamento, in tema di assistenza sanitaria, degli individui liberi ed degli individui detenuti ed internati e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale;
- necessità di una piena e leale collaborazione interistituzionale tra Servizio sanitario nazionale, Amministrazione penitenziaria e della giustizia minorile, al fine di garantire in maniera sinergica la tutela della salute e il recupero sociale dei detenuti e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale, nonché la esigenza di sicurezza all'interno degli Istituti penitenziari, degli Istituti di pena per minori, dei Centri di prima accoglienza, delle Comunità e dei Centri clinici;
- gli interventi a tutela della salute sono strettamente complementari con gli interventi mirati al recupero sociale del reo, attraverso azioni e programmi condotti con il concorso di tutte le istituzioni interessate, delle cooperative sociali e delle associazioni di volontariato; l'efficacia di tali interventi integrati è favorita dalla partecipazione diretta dei detenuti alle attività di prevenzione, cura e riabilitazione, e ai percorsi di preparazione all'uscita;
- gli Istituti penitenziari, gli Istituti di pena per minori e i Centri di prima accoglienza, le Comunità e i Centri clinici devono garantire, compatibilmente con le misure di sicurezza, condizioni ambientali e di vita rispondenti ai criteri di rispetto della dignità della persona: evitare il sovraffollamento, rispettare i valori religiosi e culturali, ecc.;
- la continuità terapeutica costituisce principio fondante per l'efficacia degli interventi di cura e deve essere garantita dal momento dell'ingresso in carcere e/o in una struttura minorile, durante gli eventuali spostamenti dei detenuti tra diversi istituti penitenziari e strutture minorili, e dopo la scarcerazione e immissione in libertà.

Obiettivi di salute e Livelli essenziali di assistenza

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

- promozione della salute, anche all'interno dei programmi di medicina preventiva e di educazione sanitaria, mirata all'assunzione di responsabilità attiva nei confronti della propria salute;
- promozione della salubrità degli ambienti e di condizioni di vita salutari, pur in considerazione delle esigenze detentive e limitative della libertà;
- prevenzione primaria, secondaria e terziaria, con progetti specifici per patologie e *target* differenziati di popolazione, in rapporto all'età, al genere e alle caratteristiche socio culturali, con riferimento anche alla popolazione degli immigrati;
- promozione dello sviluppo psico-fisico dei soggetti minorenni sottoposti a provvedimento penale;

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

Per perseguire gli obiettivi di salute sopra elencati, occorre:

1. definire modalità organizzative e di funzionamento del servizio sanitario presso ciascun Istituto di pena, prevedendo modelli differenziati in rapporto alla tipologia dell'istituto, ma integrati nella rete dei servizi sanitari regionali per garantire continuità assistenziale anche in termini di equità e qualità;
2. disporre di conoscenze epidemiologiche sistematiche sulle patologie prevalenti;
3. conoscere le condizioni e i fattori di rischio specifici che sono causa o concausa delle manifestazioni patologiche;
4. attivare un sistema informativo alimentato da cartelle cliniche informatizzate;
5. porre attenzione specifica alle patologie che comportano interventi a lungo termine di presa in carico della persona, con caratteristiche di elevata intensità e/o complessità assistenziale (ad esempio tossicodipendenza e patologie correlate, Hiv, malattie mentali), con il concorso di più figure professionali, sanitarie e sociali (in caso di pene alternative o di scarcerazione e di misure proprie del settore minorile);
6. attivare sistemi di valutazione della qualità, riferita soprattutto all'appropriatezza degli interventi (corretto uso di farmaci, approcci diagnostico terapeutici e riabilitativi basati su prove di efficacia);
7. attivare programmi di formazione continua, con particolare riferimento all'analisi del contesto ambientale e alle specifiche variabili che influenzano lo stato di salute fisico e mentale, sia dei detenuti e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale, che del personale della polizia penitenziaria e socio-educativo;
8. attivare modalità di coordinamento fra Regioni, Provveditorati regionali dell'Amministrazione penitenziaria e Centri della giustizia minorile, che garantiscano la concertazione e la verifica dei programmi di intervento, con particolare attenzione alle sinergie necessarie tra l'Area sanitaria (di competenza del Ssn) e le Aree del trattamento e della sicurezza (di competenza delle Amministrazioni penitenziarie).

Le azioni programmatiche e gli interventi prioritari

Organizzare le conoscenze epidemiologiche

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

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

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

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

Promozione della salute

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

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

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

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

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

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

È responsabilità dell'Amministrazione penitenziaria e della giustizia minorile provvedere, con appropriata programmazione, al mantenimento degli standard igienico-sanitari previsti dalla normativa vigente.

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

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

- assicurano il soddisfacimento dei bisogni di salute e della domanda di cura dei detenuti, degli internati e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale, privilegiando prioritariamente interventi mirati a prevenire l'insorgenza o il peggioramento degli stati patologici, con particolare riferimento a quelli maggiormente diffusi nelle comunità cosiddette confinate (quali, ad esempio, i disturbi dell'alimentazione e le malattie infettive);
- organizzano percorsi terapeutici che garantiscano la tempestività degli interventi, la continuità assistenziale, l'appropriatezza e la qualità delle prestazioni, la verifica dei risultati, anche attraverso apposite linee guida.

Particolare attenzione programmatica va rivolta agli interventi nelle seguenti aree:

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

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

I presidi sanitari, presenti in ogni Istituto penale, garantiscono l'erogazione delle prestazioni sanitarie di medicina generale individuate dai Livelli essenziali di assistenza (Lea), assicurando l'erogazione delle prestazioni farmaceutiche necessarie, compresi i farmaci di fascia C, in presenza di specifica indicazione terapeutica; in particolare, attuano i seguenti interventi:

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

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

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

Le prestazioni specialistiche

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

Gli obiettivi di riferimento sono:

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

Le risposte alle urgenze

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

Sulla base di tale considerazione è necessario:

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

Le patologie infettive

L'analisi delle patologie infettive più frequentemente segnalate negli istituti di pena indica che la prevalenza massima di infezioni è determinata dalle epatopatie C- correlate e dall'infezione Hiv, entrambe in diversi stadi di evoluzione. Inoltre, altri stati morbosi segnalati di frequente in carcere sono la scabbia, le dermatofitosi, la pediculosi e la tubercolosi.

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

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

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

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

Prevenzione, cura e riabilitazione per le dipendenze patologiche

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

Pertanto questa problematica potrebbe coinvolgere fino al 60-70% della popolazione detenuta, sebbene ancora non esistano dati clinico-specialistici certificati. Inoltre, non è da dimenticare come l'alcol (vino) distribuito nelle carceri per adulti, in quanto alimento non proibito, ma solo a distribuzione controllata, possa rappresentare un serio problema che si innesta sul terreno delle dipendenze e/o come problema a se stante. Inoltre, accanto a questo quadro è necessario considerare anche tutte le forme di "patologie da dipendenza senza sostanza" quali il *doping*, il *gambling*, ecc.

L'assistenza ai soggetti tossicodipendenti è garantita dal Sert dell'Azienda sanitaria, competente per territorio, che stabilisce rapporti di interazione clinica, sia all'interno dell'istituto penale che nel ter-

ritorio, con la rete dei servizi sanitari e sociali che sono coinvolti nel trattamento e nel recupero dei tossicodipendenti. La presa in carico del tossicodipendente prevede l'attuazione delle misure preventive, diagnostiche e terapeutiche che riguardano sia l'aspetto clinico che quello della sfera psicologica.

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

Per tali scopi, è necessario prevedere:

- la formulazione di percorsi capaci di una corretta individuazione dei bisogni di salute, in particolare tramite la raccolta di dati attendibili sulle reali dimensioni della popolazione alcol-tossicodipendente detenuta e di quella minorile sottoposta a provvedimento penale, ottenuti con metodologie scientificamente accreditate, sul "turnover" della popolazione alcol-tossicodipendente detenuta, sull'incidenza delle patologie correlate all'uso di sostanze (patologie psichiatriche, malattie infettive), sullo stato dei presidi per l'assistenza ai soggetti alcol-tossicodipendenti presenti negli istituti di pena, compreso il personale ivi operante;
- la sistematica segnalazione al Sert, da parte dei sanitari addetti alle visite dei nuovi giunti, dei possibili nuovi utenti o soggetti con diagnosi anche solo sospetta;
- l'immediata presa in carico dei detenuti e dei minori sottoposti a provvedimento penale, da parte del Sert è la garanzia della necessaria continuità assistenziale;
- l'implementazione di specifiche attività di prevenzione, informazione ed educazione mirate alla riduzione del rischio di patologie correlate all'uso di droghe;
- la richiesta ed effettuazione di indagini chimico-cliniche ritenute necessarie;
- la effettuazione di ogni eventuale intervento specialistico necessario per l'approfondimento diagnostico e terapeutico;
- la predisposizione o la prosecuzione di programmi terapeutici personalizzati, sulla base di una accurata diagnosi multidisciplinare dei bisogni del soggetto;
- la definizione di specifici protocolli operativi per istituti e sezioni a custodia attenuata quali strutture sanitarie complesse sede di progettazione regionale terapeutica di riabilitazione;
- la definizione di procedure per l'invio dei soggetti, qualora indicato e compatibilmente con le caratteristiche dei singoli, a sezioni od istituti "a custodia attenuata", idonei per *settings* terapeutici più efficaci, con la previsione di precisi meccanismi per facilitare l'accesso ai colloqui e/o visite del detenuto da parte degli operatori;
- la definizione di protocolli operativi per la gestione degli interventi predisposti nell'ambito delle misure alternative, sia che riguardino l'affidamento ad un servizio di cura, ivi comprese le Comunità terapeutiche, sia nel caso degli arresti domiciliari; analoghi protocolli vanno previsti per il trattamento dei minori sottoposti a provvedimenti penali presso le comunità terapeutiche, nei tempi previsti dal provvedimento di esecuzione;
- la realizzazione di iniziative permanenti di formazione che coinvolgano congiuntamente sia gli operatori delle Aziende sanitarie, che quelli della giustizia.

Prevenzione, cura e riabilitazione nel campo della salute mentale

Secondo uno studio dell'Organizzazione mondiale della sanità che riporta varie ricerche internazionali, circa la metà dei soggetti detenuti è affetta da un qualche disturbo di personalità, mentre un decimo soffre di serie patologie mentali, quali psicosi e depressione grave. Quasi tutti i detenuti e i minori entrati nel circuito penale presentano episodi di umore depresso. Ed è, altresì, noto un tasso di suicidi e di tentativi di suicidio fra i detenuti più elevato rispetto alla popolazione generale. Si

consideri, infine, la consistente prevalenza di comorbidità per disturbi psichici nei detenuti tossicodipendenti¹.

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

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

- attivare un sistema di sorveglianza epidemiologica, attraverso l'osservazione dei nuovi giunti e la valutazione periodica delle condizioni di rischio;
- attivare interventi di individuazione precoce dei disturbi mentali, con particolare attenzione ai soggetti minorenni;
- curare la formazione e l'aggiornamento degli operatori coinvolti, ivi compreso il personale penitenziario, secondo moduli che tengano conto delle specificità del contesto in cui si opera;
- garantire ai soggetti malati tutte le possibilità di cura e riabilitazione fornite dai servizi del territorio, attraverso la presa in carico con progetti individualizzati, sia all'interno dell'istituto di pena che all'esterno, nel caso di pazienti che fruiscono di misure trattamentali all'esterno ovvero in esecuzione penale esterna. Il Servizio di salute mentale, responsabile degli interventi all'interno di un dato istituto di pena, stabilisce ogni opportuno contatto col Servizio del territorio di residenza delle persone con patologia mentale, ai fini della continuità della presa in carico al ritorno in libertà;
- garantire presso ogni istituto penale per i minori, centro di prima accoglienza e comunità, in presenza di soggetti con disturbi mentali, appropriati interventi psichiatrici, psicologici, psicoterapeutici;
- favorire fra i detenuti e i minorenni sottoposti a provvedimento penale, la nascita e lo sviluppo di gruppi di auto sostegno;
- attivare specifici programmi mirati alla riduzione dei rischi di suicidio;
- favorire e implementare la cooperazione tra area sanitaria e area trattamentale, in modo che gli obiettivi trattamentali propri dell'amministrazione penitenziaria e dell'amministrazione minorile si possano coniugare con quelli della tutela e della promozione della salute mentale, attraverso gli interventi più adeguati, sia a tutela della salute della persona, sia a tutela della sicurezza sociale. Tale prassi deve essere attuata già al primo ingresso, tramite il servizio nuovi giunti, e perseguita in tutto il periodo di permanenza nell'istituto di pena. Per tale scopo vanno definiti protocolli e modalità di collaborazione tra gli operatori dei servizi di salute mentale e gli operatori del Dipartimento dell'Amministrazione penitenziaria e della giustizia minorile. In particolare, tale prassi deve essere fortemente incentivata negli istituti di pena per minori, nei centri di prima accoglienza e nelle comunità, anche al fine di fornire all'Autorità giudiziaria, attraverso la valutazione della personalità del minorenne (ex articolo 9 del Dpr 448/88), tutti gli elementi necessari ad adottare la misura penale più idonea al trattamento e al recupero del minore autore di reato, individuando le comunità terapeutiche idonee al collocamento dei minori in misura cautelare e non cautelare.

¹ L'emergenza della problematica riferibile alla presenza di patologia mentale presso gli istituti penitenziari era già ben chiara al legislatore della L. 354/75 che, oltre a dettare disposizioni specifiche per gli Ospedali psichiatrici giudiziari (Opg), nell'articolo 11, dedicato al servizio sanitario in generale, stabilisce, diversamente dalle altre branche specialistiche, che ogni Istituto penitenziario, e quindi non solo gli Ospedali psichiatrici giudiziari, deve avvalersi dell'opera di almeno uno specialista in psichiatria.

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

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

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

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

Tra le azioni programmatiche, si ricordano in particolare:

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

La tutela della salute della popolazione immigrata

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

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

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

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

Tra i punti critici da superare, si evidenziano:

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

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

Indicazioni sui modelli organizzativi

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

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

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

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

La definizione dei modelli organizzativi deve tener conto di criteri diversificati, quali il numero dei detenuti previsti per capienza negli istituti di pena, ma anche la tipologia dei ristretti (minori, donne, disabili, persone affette da specifiche patologie ...), o particolari esigenze di sicurezza (collaboratori di giustizia, alta sicurezza, ecc.).

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

- nelle Aziende sanitarie sul cui territorio sono presenti istituti penitenziari con una capienza complessiva fino a 200 detenuti, istituire un Servizio multiprofessionale che assicuri le prestazioni di base e specialistiche. Il medico responsabile del Servizio coordina le prestazioni erogate dalle strutture e dal personale dell'Azienda sanitaria. La Regione stabilisce la collocazione organizzativa del Servizio nell'ambito del distretto o alle dirette dipendenze della direzione sanitaria dell'Azienda sanitaria;
- nelle Aziende sanitarie sul cui territorio sono presenti istituti penitenziari con una capienza complessiva da 200 a 500 detenuti, istituire una unità operativa multiprofessionale, ai fini della erogazione delle prestazioni di base e specialistiche. Il medico responsabile dell'unità coordina la medicina generale e quella specialistica, promuove gli interventi necessari da parte delle competenti articolazioni organizzative delle Aziende sanitarie;
- nelle Aziende sanitarie sul cui territorio sono presenti istituti penitenziari con una capienza complessiva di oltre 500 detenuti, o istituti sede di Centro clinico o di sezioni specializzate di degenza ospedaliera, osservazione e/o riabilitazione psichiatrica, disabilità motoria, malattie infettive, ovvero quando presenti più istituti penitenziari anche di diversa tipologia (minorili, femminili), l'indicazione è di istituire idonea struttura con autonomia organizzativa;
- nelle Aziende sanitarie sul cui territorio sono presenti Istituti di pena per minorenni (Ipm), Centri di prima accoglienza (Cpa) o Comunità, l'indicazione è di istituire nell'ambito della struttura organizzativa istituita dalla Regione, una specifica unità operativa, ovvero uno specifico servizio multidisciplinare. L'unità operativa o servizio multidisciplinare comprende tutte le professionalità necessarie allo svolgimento dello specifico tipo di assistenza e collabora con gli uffici di Servizio sociale della giustizia e del territorio con il compito precipuo di sottrarre il minore al circuito penale;
- nelle Aziende Sanitarie sul cui territorio sono presenti istituti penitenziari femminili per adulti e per minori l'indicazione è di istituire, nell'ambito della struttura organizzativa istituita dalla Regione, una specifica unità operativa, ovvero uno specifico servizio multidisciplinare.

Le Regioni e le Aziende sanitarie individuano le modalità organizzative idonee a garantire, quando necessario, il ricovero dei detenuti e degli internati nelle strutture ospedaliere del Ssn, di cui alla legge 296/1993, ovvero nelle strutture residenziali extraospedaliere, nel rispetto delle esigenze di sicurezza. Onde contenere il ricorso a strutture esterne agli istituti di pena, le Regioni e le aziende valutano l'opportunità di provvedere all'adeguamento o alla ristrutturazione dei Centri clinici penitenziari.

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

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

Indicazioni specifiche nel settore delle dipendenze patologiche

Per quanto riguarda il modello organizzativo dei Sert che operano negli istituti di pena, ferme restando la competenza regionale al riguardo e le esigenze di sicurezza, l'indicazione è l'istituzione di una area detentiva (Day hospital o Day service), idonea al trattamento della sindrome di astinenza (fase acuta), distinta da quelle di normale permanenza dei detenuti (fase post-acuta). Questa area sanitaria, che si affianca alle sezioni ed istituti a custodia attenuata già esistenti, deve garantire interventi terapeutici tempestivi, anche al fine di gestire il disagio dell'arresto e i potenziali atti di au-

tolesionismo, oltre che la necessaria osservazione clinica; i locali individuati per lo svolgimento delle attività terapeutico riabilitative intra-murarie devono avere una valenza esclusivamente sanitaria. Il modello organizzativo dovrà, altresì, consentire il coordinamento con i programmi svolti all'esterno, in particolare con quelli svolti in regime di misura alternativa alla detenzione. Per la diagnosi, cura e riabilitazione degli stati di tossicodipendenza si applicano il Dm n. 444/90, la legge 45/99 ed il Dpr 309/90 e sue modifiche ed integrazioni.

Indicazioni specifiche nel settore della salute mentale

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

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

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

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

Monitoraggio e valutazione

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

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

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

ALLEGATO B

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

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

Premessa

Nell'ambito degli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione in favore dei detenuti affetti da disturbi mentali, un programma specifico deve essere attivato per gli Ospedali psichiatrici giudiziari (Opg) e le Case di cura e custodia (Ccc)², strutture di internamento che ospitano soggetti con patologie psichiatriche, tutti autori di reato, ma con posizioni giuridiche eterogenee³.

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

È da sottolineare che il successo del programma specifico per gli Opg è strettamente connesso con la realizzazione di tutte le misure e azioni indicate per la tutela della salute mentale negli istituti di pena, con particolare riferimento all'attivazione, all'interno degli istituti, di sezioni organizzate o reparti, destinati agli imputati e condannati, con infermità psichica sopravvenuta nel corso della misura detentiva che non comporti l'applicazione provvisoria della misura di sicurezza del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario o l'ordine di ricovero in Opg o in case di Cura o custodia⁴; presso

² In tali strutture (Opg e Ccc) vengono eseguite le misure di sicurezza detentive per persone prosciolte e riconosciute pericolose socialmente. All'esecuzione di tali misure sovrintende il magistrato di sorveglianza (articolo 70 e segg. L. 354/1975 - Ordinamento penitenziario).

³ Le categorie giuridiche sono essenzialmente le seguenti:

1. internati prosciolti per infermità mentale (articolo 89 e segg. c.p.) sottoposti al ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario in quanto socialmente pericolosi (articolo 222 c.p.);
2. internati con infermità mentale sopravvenuta per i quali sia stato ordinato l'internamento in Ospedale psichiatrico giudiziario o in Casa di cura e custodia (Ccc) (articolo 212 c.p.);
3. internati provvisori imputati, in qualsiasi grado di giudizio, sottoposti alla misura di sicurezza provvisoria in ospedale psichiatrico giudiziario, in considerazione della presunta pericolosità sociale ed in attesa di un giudizio definitivo (articolo 206 c.p., 312 c.p.p.);
4. internati con vizio parziale di mente, dichiarati socialmente pericolosi ed assegnati alla casa di cura e custodia, eventualmente in aggiunta alla pena detentiva, previo accertamento della pericolosità sociale (articolo 212 c.p.);
5. detenuti minorati psichici (articolo 111, Dpr 230/2000, Nuovo regolamento di esecuzione dell'ordinamento penitenziario);
6. detenuti condannati in cui l'infermità di mente sia sopravvenuta durante l'esecuzione della pena (articolo 148 c.p.);
7. detenuti dei quali deve essere accertata l'infermità psichica, per un periodo non superiore a 30 giorni (articolo 112, c. 2, Dpr 230/2000 - Nuovo regolamento di esecuzione dell'ordinamento penitenziario).

⁴ Articolo 65, legge 354/1975 (Ordinamento penitenziario) e articolo 111, c. 5 e c. 7, Dpr 230/2000 (Nuovo regolamento di esecuzione dell'ordinamento penitenziario).

le stesse sezioni potrebbero essere assegnati, per l'esecuzione della pena, anche i soggetti condannati a pena diminuita per vizio parziale di mente⁵.

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

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

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

Per tutte queste ragioni, il principio di territorialità costituisce il fondamento che motiva il decentramento degli Opg e rende possibile la differenziazione nella esecuzione della misura di sicurezza, come del resto hanno sanzionato le sentenze della Corte costituzionale che non legano l'applicazione della misura di sicurezza in modo univoco ed esclusivo all'Opg⁶.

Le azioni

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

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

- dimettere gli internati che hanno concluso la misura della sicurezza, con soluzioni concordate con le Regioni interessate⁷, che devono prevedere forme di inclusione sociale adeguata,

⁵ Queste azioni sono previste nelle Linee guida per gli interventi del Servizio sanitario nazionale a tutela della salute dei detenuti e degli internati negli istituti penitenziari, e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale (allegato A del Dpcm). Ne sono esclusi, a meno dell'intervento di una modifica legislativa, i detenuti sottoposti all'articolo 148 c.p. (condannati con sopravvenuta infermità mentale) per cui può essere disposto unicamente il ricovero in Opg.

⁶ Va richiamata e valorizzata la sentenza costituzionale n. 253/2003 che ha dichiarato la illegittimità costituzionale dell'articolo 222 C. p. nella parte in cui non consente al giudice "..... di non adottare, in luogo dell'ospedale psichiatrico giudiziario, una diversa misura di sicurezza prevista dalla legge, idonea ad assicurare adeguate misure all'infermo di mente e a far fronte alla pericolosità sociale". Tale misura, come la stessa sentenza spiega, può essere rappresentata dalla libertà vigilata (misura di sicurezza non detentiva), accompagnata dalla prescrizione di un rapporto stabile e continuativo con il servizio psichiatrico territoriale. Si deve aggiungere che tale indicazione costituzionale, dettata per l'Opg non può non valere, per le stesse ragioni, anche per la Casa di cura e custodia. Sulla stessa linea si muove anche un'altra sentenza costituzionale, la n. 367/2004, che afferma la stessa possibilità di scelta fra internamento e affidamento esterno ai servizi, per la misura di sicurezza provvisoria (Opg o casa di cura e custodia) di cui all'articolo 206 C. p.

⁷ Anche se inizialmente solo le Regioni in cui opera un Opg sono interessate alla gestione della struttura, è necessario che ogni Regione italiana, nell'ambito dei propri atti di programmazione specifici, affronti la questione della cura, della riabilitazione e dell'inclusione sociale delle persone che in stato di sofferenza psichica sono incorsi in una sentenza editale per reato commesso, sia stabilendo rapporti di collaborazione e di intesa

coinvolgendo gli enti locali di provenienza, le Aziende sanitarie interessate e i servizi sociali e sanitari delle realtà di origine o di destinazione dei ricoverati da dimettere;

- riportare nelle carceri di provenienza i ricoverati in Opg per disturbi psichici sopravvenuti durante l'esecuzione della pena. Questa azione è resa possibile solo dopo l'attivazione delle sezioni di cura e riabilitazione, all'interno delle carceri⁸
- assicurare che le osservazioni per l'accertamento delle infermità psichiche di cui all'articolo 112, Dpr 230/2000 siano espletate negli istituti ordinari.

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

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

In via orientativa:

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

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

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

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

con le Regioni impegnate nella gestione degli Opg, sia mettendo in programma ed attuando i servizi e i presidi che si rendono necessari per dare risposte appropriate a persone malate che presentano diversità cliniche e giuridiche.

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

⁸ Articolo 65, O.P., articolo 111, c. 5 e c. 7, Dpr 230/2000 e articolo 115, c. 4, Dpr 230/2000.

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

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

Indicazioni sui modelli organizzativi

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

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

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

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

Monitoraggio e valutazione

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

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

Per tale scopo, deve essere attivato uno specifico gruppo di lavoro, sia all'interno di ogni Osservatorio regionale, sia, a livello nazionale, all'interno del Tavolo di consultazione permanente presso la Conferenza unificata fra lo Stato, le Regioni e le Province autonome e le autonomie locali, previsto nelle Linee guida per gli interventi del Servizio sanitario nazionale a tutela della salute dei detenuti e degli internati negli istituti penitenziari, e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale per il monitoraggio del passaggio di competenze della sanità penitenziaria al Servizio sanitario nazionale. Gli interventi previsti dovranno essere posti in essere senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica e nell'ambito delle risorse finanziarie, umane e strumentali trasferite.

ALLEGATO D

PERSONALE DI RUOLO DEL DIPARTIMENTO DELL'AMMINISTRAZIONE PENITENZIARIA E DEL DIPARTIMENTO DELLA GIUSTIZIA MINORILE ALLEGATO D				
Qualifica dirigenziale o figura professionale	Dipartimento amministrazione penitenziaria	Dipartimento giu- stizia minorile	Totale unità	Rapporto lavoro
Dirigente Medico psichia- tra	14	0	14	Dirigente penitenziario - Legge 27 luglio 2005, n. 154 e Dlgs 15 febbraio 2006, n. 63. Rapporto di lavoro a tempo indeterminato
Capo Sala – B3	245	0	245	Contratto collettivo nazionale di lavoro del personale comparto Ministeri. Rapporto di lavoro a tempo indeterminato
Infermiere Professionale – B2	162	0	162	Contratto collettivo nazionale di lavoro del personale comparto Ministeri. Rapporto di lavoro a tempo indeterminato
Infermiere Generico – B1	2	0	2	Contratto collettivo nazionale di lavoro del personale comparto Ministeri. Rapporto di lavoro a tempo indeterminato
Assistente Tecnico Labo- ratorio Analisi - B3	2	0	2	Contratto collettivo nazionale di lavoro del personale comparto Ministeri. Rapporto di lavoro a tempo indeterminato
Tecnico Capo di Radiolo- gia e/o Radioterapia - B3 Super	14	0	14	Contratto collettivo nazionale di lavoro del personale comparto Ministeri. Rapporto di lavoro a tempo indeterminato
Tecnico Capo di Radiolo- gia e/o Radioterapia - B3	8	0	8	Contratto collettivo nazionale di lavoro del personale comparto Ministeri. Rapporto di lavoro a tempo indeterminato
Tecnico Radiologia medi- ca - B2	16	0	16	Contratto collettivo nazionale di lavoro del personale comparto Ministeri. Rapporto di lavoro a tempo indeterminato
Psicologo - C3	4	4	8	Contratto collettivo nazionale di lavoro del personale comparto Ministeri. Rapporto di lavoro a tempo indeterminato
Psicologo - C2	11	11	22	Contratto collettivo nazionale di lavoro del personale comparto Ministeri. Rapporto di lavoro a tempo indeterminato
Psicologo - C1	2	29	31	Contratto collettivo nazionale di lavoro del personale comparto Ministeri. Rapporto di lavoro a tempo indeterminato
Totale	480	44	524	

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

Qualifica dirigenziale o figura professionale	Dipartimento amministrazione penitenziaria	Dipartimento giustizia minorile	Totale unità	Rapporto lavoro
Dirigente Medico psichiatra	2	0	2	Dirigente penitenziario - Legge 27 luglio 2005, n. 154 e Dlgs 15 febbraio 2006, n. 63. Rapporto di lavoro a tempo indeterminato
Capo Sala – B3	67	0	67	Contratto collettivo nazionale di lavoro del personale comparto Ministeri. Rapporto di lavoro a tempo indeterminato
Infermiere Professionale – B2	37	0	37	Contratto collettivo nazionale di lavoro del personale comparto Ministeri. Rapporto di lavoro a tempo indeterminato
Infermiere Generico – B1	2	0	2	Contratto collettivo nazionale di lavoro del personale comparto Ministeri. Rapporto di lavoro a tempo indeterminato
Assistente Tecnico Laboratorio Analisi - B3	0	0	0	Contratto collettivo nazionale di lavoro del personale comparto Ministeri. Rapporto di lavoro a tempo indeterminato
Tecnico Capo di Radiologia e/o Radioterapia - B3 Super	1	0	1	Contratto collettivo nazionale di lavoro del personale comparto Ministeri. Rapporto di lavoro a tempo indeterminato
Tecnico Capo di Radiologia e/o Radioterapia - B3	0	0	0	Contratto collettivo nazionale di lavoro del personale comparto Ministeri. Rapporto di lavoro a tempo indeterminato
Tecnico Radiologia medica - B2	3	0	3	Contratto collettivo nazionale di lavoro del personale comparto Ministeri. Rapporto di lavoro a tempo indeterminato
Psicologo - C3	0	0	0	Contratto collettivo nazionale di lavoro del personale comparto Ministeri. Rapporto di lavoro a tempo indeterminato
Psicologo - C2	1	0	1	Contratto collettivo nazionale di lavoro del personale comparto Ministeri. Rapporto di lavoro a tempo indeterminato
Psicologo - C1	1	6	7	Contratto collettivo nazionale di lavoro del personale comparto Ministeri. Rapporto di lavoro a tempo indeterminato
Totale	114	6	120	

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

Qualifica dirigenziale o figura professionale	Dipartimento amministrazione penitenziaria	Dipartimento giustizia minorile	Totale unità	Rapporto lavoro
Dirigente Medico psichiatra	12	0	12	Dirigente penitenziario - Legge 27 luglio 2005, n. 154 e Dlgs 15 febbraio 2006, n. 63. Rapporto di lavoro a tempo indeterminato
Capo Sala – B3	178	0	178	Contratto collettivo nazionale di lavoro del personale comparto Ministeri. Rapporto di lavoro a tempo indeterminato
Infermiere Professionale – B2	125	0	125	Contratto collettivo nazionale di lavoro del personale comparto Ministeri. Rapporto di lavoro a tempo indeterminato
Infermiere Generico – B1	0	0	0	Contratto collettivo nazionale di lavoro del personale comparto Ministeri. Rapporto di lavoro a tempo indeterminato
Assistente Tecnico Laboratorio Analisi - B3	2	0	2	Contratto collettivo nazionale di lavoro del personale comparto Ministeri. Rapporto di lavoro a tempo indeterminato
Tecnico Capo di Radiologia e/o Radioterapia - B3 Super	13	0	13	Contratto collettivo nazionale di lavoro del personale comparto Ministeri. Rapporto di lavoro a tempo indeterminato
Tecnico Capo di Radiologia e/o Radioterapia - B3	8	0	8	Contratto collettivo nazionale di lavoro del personale comparto Ministeri. Rapporto di lavoro a tempo indeterminato
Tecnico Radiologia medica - B2	13	0	13	Contratto collettivo nazionale di lavoro del personale comparto Ministeri. Rapporto di lavoro a tempo indeterminato
Psicologo - C3	4	4	8	Contratto collettivo nazionale di lavoro del personale comparto Ministeri. Rapporto di lavoro a tempo indeterminato
Psicologo - C2	10	11	21	Contratto collettivo nazionale di lavoro del personale comparto Ministeri. Rapporto di lavoro a tempo indeterminato
Psicologo - C1	1	23	24	Contratto collettivo nazionale di lavoro del personale comparto Ministeri. Rapporto di lavoro a tempo indeterminato
Totale	366	38	404	

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

Qualifica professionale	Dipartimento am- ministrazione penitenziaria	Dipartimento giu- stizia minorile	Totale unità	Rapporto lavoro
Medico incaricato	162	4	166	Legge 9 ottobre 1970, n. 740 (articolo 1) – Rapporto di lavoro a tempo indeterminato
Medico incaricato provvisorio	104	10	114	Legge 9 ottobre 1970, n. 740 (articolo 50) – Rapporto di lavoro a tempo indeterminato
Medico di guardia	1007	7	1014	Legge 9 ottobre 1970, n. 740 (articolo 51) – Rapporto di lavoro a convenzione
Medico di guardia psichiatrica	59	0	59	Legge 9 ottobre 1970, n. 740 (articolo 51) – Rapporto di lavoro a convenzione
Medico specialista	1112	4	1116	Legge 9 ottobre 1970, n. 740 (articolo 52) – Rapporto di lavoro a convenzione
Infermiere	1118	33	1151	Legge 9 ottobre 1970, n. 740 (articolo 53) – Rapporto di lavoro a convenzione
Ausiliario socio sanitario	73	0	73	Legge 9 ottobre 1970, n. 740 (articolo 53) – Rapporto di lavoro a convenzione
Personale tecnico parasanitario	81	0	81	Legge 9 ottobre 1970, n. 740 (articolo 53) – Rapporto di lavoro a convenzione
Puericultrice	13	0	13	Legge 9 ottobre 1970, n. 740 (articolo 53) – Rapporto di lavoro a convenzione
Personale addetto alla sorveglianza fisico-dosimetrica	99	0	99	Decreto legislativo 26 maggio 2000, n. 187
Totale non di ruolo	3828	58	3886	

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

Qualifica professionale	Dipartimento am- ministrazione penitenziaria	Dipartimento giu- stizia minorile	Totale unità	Rapporto lavoro
Medico incaricato	34	1	35	Legge 9 ottobre 1970, n. 740 (articolo 1) – Rapporto di lavoro a tempo indeterminato
Medico incaricato provvisorio	38	2	40	Legge 9 ottobre 1970, n. 740 (articolo 50) – Rapporto di lavoro a tempo indeterminato
Medico di guardia	252	5	257	Legge 9 ottobre 1970, n. 740 (articolo 51) – Rapporto di lavoro a convenzione
Medico di guardia psichiatrica	7	0	7	Legge 9 ottobre 1970, n. 740 (articolo 51) – Rapporto di lavoro a convenzione
Medico specialista	278	1	279	Legge 9 ottobre 1970, n. 740 (articolo 52) – Rapporto di lavoro a convenzione
Infermiere	225	9	234	Legge 9 ottobre 1970, n. 740 (articolo 53) – Rapporto di lavoro a convenzione
Ausiliario socio sanitario	0	0	0	Legge 9 ottobre 1970, n. 740 (articolo 53) – Rapporto di lavoro a convenzione
Personale tecnico parasanitario	13	0	13	Legge 9 ottobre 1970, n. 740 (articolo 53) – Rapporto di lavoro a convenzione
Puericultrice	0	0	0	Legge 9 ottobre 1970, n. 740 (articolo 53) – Rapporto di lavoro a convenzione
Personale addetto alla sorveglianza fisico-dosimetrica	19	0	19	Decreto legislativo 26 maggio 2000, n. 187
Totale non di ruolo	866	18	884	

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

	DAP	DGM	
Totale non di ruolo	4694	76	4770
Totale di ruolo	480	44	524
Totale generale	5174	120	5294

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

	DAP	DGM	
Totale non di ruolo	866	18	884
Totale di ruolo	114	6	120
Totale generale	980	24	1004

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

	DAP	DGM	
Totale non di ruolo	3828	58	3886
Totale di ruolo	366	38	404
Totale generale	4194	96	4290