

GAZZETTA UFFICIALE

DELLA REPUBBLICA ITALIANA



PARTE PRIMA

Roma - Lunedì, 4 gennaio 2010

SI PUBBLICA TUTTI I
GIORNI NON FESTIVIDIREZIONE E REDAZIONE PRESSO IL MINISTERO DELLA GIUSTIZIA - UFFICIO PUBBLICAZIONE LEGGI E DECRETI - VIA ARENULA 70 - 00186 ROMA
AMMINISTRAZIONE PRESSO L'ISTITUTO POLIGRAFICO E ZECCA DELLO STATO - LIBRERIA DELLO STATO - PIAZZA G. VERDI 10 - 00198 ROMA - CENTRALINO 06-85081La **Gazzetta Ufficiale, Parte Prima**, oltre alla **Serie Generale**, pubblica cinque **Serie speciali**, ciascuna contraddistinta da autonoma numerazione:

- 1^a **Serie speciale**: Corte costituzionale (pubblicata il mercoledì)
- 2^a **Serie speciale**: Comunità europee (pubblicata il lunedì e il giovedì)
- 3^a **Serie speciale**: Regioni (pubblicata il sabato)
- 4^a **Serie speciale**: Concorsi ed esami (pubblicata il martedì e il venerdì)
- 5^a **Serie speciale**: Contratti pubblici (pubblicata il lunedì, il mercoledì e il venerdì)

La **Gazzetta Ufficiale, Parte Seconda**, "Foglio delle inserzioni", è pubblicata il martedì, il giovedì e il sabato

AVVISO AGLI ABBONATI

Dal 2 novembre vengono resi noti nelle ultime pagine della *Gazzetta Ufficiale* i canoni di abbonamento per l'anno 2010. Contemporaneamente vengono inviate le offerte di rinnovo agli abbonati, complete di bollettini postali prestampati per la conferma dell'abbonamento stesso. Si pregano i signori abbonati di far uso di questi bollettini.

Si rammenta che la campagna di abbonamento avrà termine il 31 gennaio 2010.

Si pregano comunque gli abbonati che non intendano effettuare il rinnovo per il 2010 di darne comunicazione via fax al Settore Gestione *Gazzetta Ufficiale* (nr. 06-8508-2520) ovvero al proprio fornitore.

AVVISO ALLE AMMINISTRAZIONI

Al fine di ottimizzare la procedura per l'inserimento degli atti nella *Gazzetta Ufficiale* telematica, le Amministrazioni sono pregate di inviare, contemporaneamente e parallelamente alla trasmissione su carta, come da norma, anche copia telematica dei medesimi (in formato word) al seguente indirizzo di posta elettronica: gazzettaufficiale@giustizia.it, curando che nella nota cartacea di trasmissione siano chiaramente riportati gli estremi dell'invio telematico (mittente, oggetto e data).

CONFERENZA UNITICATA

ACCORDO 26 NOVEMBRE 2009

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 - CU). (09A15305)



CONFERENZA UNIFICATA

ACCORDO 26 novembre 2009

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 - CU). (09A15305)

LA CONFERENZA UNIFICATA

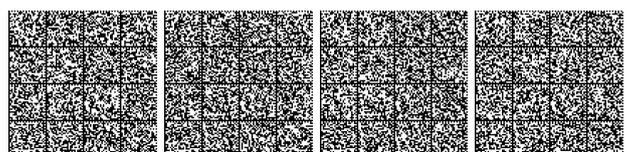
Nell'odierna seduta del 26 novembre 2009;

Visto l'art. 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'art. 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 art. 2, comma 283, della legge n. 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 decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 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 decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 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;

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 l'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.

Roma, 26 novembre 2009

Il presidente: Fitto

Il segretario: Siniscalchi



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.

Roma, 26 novembre 2009

Il presidente: FITTO

Il segretario: SINISCALCHI

ALLEGATO A

STRUTTURE SANITARIE NELL'AMBITO DEL SISTEMA PENITENZIARIO ITALIANO**Tipologia delle strutture**

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

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

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

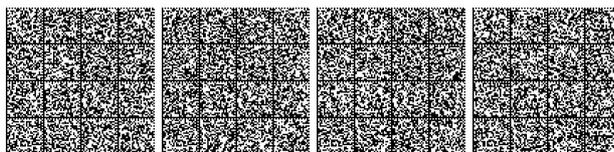
L'acronimo C.D.T. (Centro Diagnostico Terapeutico o "centro clinico") ad oggi, indica una tipologia di strutture detentive finalizzate ad erogare un'assistenza sanitaria di differente e maggiore livello rispetto agli istituti penitenziari ordinari, in regime di "ricovero penitenziario" su richiesta anche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

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

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

Data questa premessa è possibile identificare 3 diverse categorie:

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



- 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 foterapici/riabilitativi usualmente effettuati all'interno degli IIPP per problematiche artrosiche/post-traumatiche etc.

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

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

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



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

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

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

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

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

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

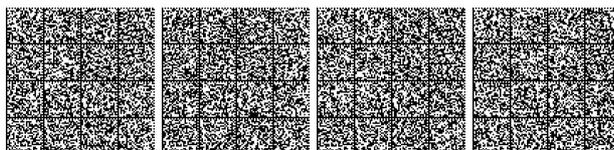
Nelle more di possibili diverse forme di organizzazione di tale servizio, si ritiene opportuno mantenere le strutture esistenti, sottolineando però al contempo la necessità che ogni ASL competente per ciascuna struttura penitenziaria provveda alla presa in carico psichiatrica.

f) Istituti o sezioni a custodia attenuata

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

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

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



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

Le azioni

- Ricognizione/monitoraggio

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

- Definizione criteri

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

- Rete regionale

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

- Rete nazionale

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

- Reparti ospedalieri

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



Principi

Il ripensamento del sistema deve ispirarsi ai seguenti principi:

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

09A15305



LA CONFERENZA UNIFICATA

Nell'odierna seduta del 26 novembre 2009;

Visto l'art. 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 comunita' montane, al fine di coordinare l'esercizio delle rispettive competenze e svolgere in collaborazione attivita' di interesse comune;

Visto l'art. 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 comunita' 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 modalita' 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 sanita' penitenziaria;

Visto il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 1° aprile 2008, emanato in attuazione del menzionato art. 2, comma 283, della legge 244 del 2007, recante «Modalita' 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 sanita' penitenziaria»;

Visto, in particolare, l'art. 5, comma 2, del citato decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 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 decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 1° aprile 2008;

Considerato che nel predetto allegato C al decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 1° aprile 2008 si prevede, tra l'altro, che tramite specifici accordi vengono definiti la tipologia assistenziale e le forme della sicurezza, gli standard di organizzazione e i rapporti di collaborazione tra le amministrazioni coinvolte;

Rilevato che questa Conferenza, nella seduta del 31 luglio 2008, ha deliberato (Rep. Atti n. 81/CU) la costituzione del Comitato paritetico interistituzionale, previsto dal citato art. 5, comma 2, del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 1° aprile 2008, a cui sono demandati la predisposizione degli indirizzi sugli adempimenti di cui al richiamato allegato C al medesimo decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, nonche' 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'art. 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'art. 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 responsabilit  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 «territorialit » 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   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   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,   stata concordata l'attivazione di un apposito sottogruppo di lavoro interno al Comitato medesimo;

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   stata diramata a cura della Segreteria della Conferenza Stato-regioni con lettera in data 18 novembre 2009;

Considerato che, ai sensi dell'art. 2, comma 3, della delibera della Conferenza unificata del 31 luglio 2009 (Rep Atti N. 81/CU), lo schema di accordo in parola   stato comunicato al Tavolo di consultazione permanente sulla sanita' 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 regioni 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 potest  organizzative e programmatiche, in attuazione delle linee di

indirizzo per gli interventi negli OPG e nelle CCC di cui all'allegato C del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 17 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 dall'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 dall'approvazione del presente accordo, fatte salve motivate eccezioni anche inerenti gravi ragioni di ordine e di sicurezza;

3. Al fine di prevenire contenziosi relativi all'attribuzione di competenza territoriale si conviene che il Dipartimento di salute mentale (DSM) territorialmente competente per il singolo internato e' individuato in quello presso il quale la persona aveva la residenza prima dell'ingresso nel circuito penitenziario; in caso di internati senza fissa dimora fara' fede l'abituale dimora prima dell'internamento; in caso di contenzioso fara' 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 decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 17 aprile 2008, sono cosi' ridefiniti:

Castiglione delle Stiviere

Utenza maschile delle seguenti regioni:

Lombardia;
Valle d'Aosta;
Piemonte;

Utenza femminile delle seguenti regioni:

Piemonte;
Valle d'Aosta;
Lombardia;
Provincia autonoma di Trento e Bolzano;
Veneto;
Friuli-Venezia Giulia;
Liguria;
Emilia-Romagna;
Toscana;
Umbria;
Marche;
Sardegna.

Reggio Emilia

Utenza maschile delle seguenti regioni:

Emilia-Romagna;
Provincia autonoma di Trento e Bolzano;
Friuli-Venezia Giulia;
Veneto;
Marche.

Montelupo Fiorentino

Utenza maschile delle seguenti regioni:

Toscana;
Umbria;
Liguria;
Sardegna.

Campania (Napoli e Aversa)

Utenza maschile delle seguenti regioni:

Campania;
Abruzzo;
Molise;
Lazio.

Barcellona Pozzo di Gotto

Utenza maschile delle seguenti regioni:

Sicilia;
Calabria;
Basilicata;
Puglia.

Utenza femminile delle seguenti regioni:

Lazio;
Abruzzo;
Molise;
Campania;
Puglia;
Basilicata;
Calabria;
Sicilia.

5. Al fine di realizzare quanto previsto dalle fasi II e III del percorso delineato nell'allegato C al decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 1^o aprile 2008, si identificano e si adottano modelli organizzativi negli OPG e nelle strutture ad essi alternative, nonché si definiscono accordi tra il Ministero della giustizia - DAP e le regioni che insistono nei bacini sopra definiti.

L'applicazione di quanto concordato nei punti che precedono, i quali risultano tra loro interdipendenti e con obiettivi raggiungibili solo sinergicamente, sarà oggetto di apposito monitoraggio da parte del Ministero della giustizia, del Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali e delle regioni e province autonome, i cui risultati saranno verificati dal Comitato paritetico interistituzionale, anche al fine di individuare le misure correttive per apprestare soluzioni alle criticità eventualmente emergenti.

Roma, 26 novembre 2009

Il presidente: Fitto

Il segretario: Siniscalchi