

News

Sanità Penitenziaria Veneto

Luglio 2013

www.regione.veneto.it/sanitapenitenziaria



Per qualsiasi informazione, proposta o suggerimento: salutementale@regione.veneto.it

PROGRAMMAZIONE

- Con **DGR n. 975 del 18/06/2013** (Organizzazione delle aziende UU.LL.SS.SS. e Ospedaliere. Linee guida per la predisposizione del nuovo atto aziendale, per l'organizzazione del Dipartimento di Prevenzione e per l'organizzazione del Distretto socio sanitario. Articoli 3, comma 1 bis e articolo 7 bis, comma 1 del D.Lgs. 502/1992 e ...) sono state approvate le **Linee guida per l'organizzazione del Distretto socio sanitario**, la cui articolazione organizzativa prevede:

Unità Operativa Semplice per la Sanità Penitenziaria

È formalmente istituita in tutte le Aziende ULSS sede di istituto penitenziario ed è preposta alla gestione unitaria di tutte le attività socio-sanitarie, di base e specialistiche, a favore dei detenuti secondo le Linee di indirizzo sull'organizzazione della Sanità Penitenziaria approvate con DGR n. 2337/2011.

Ha funzione di:

- *garanzia dell'assistenza sanitaria nei confronti dei detenuti in termini di: prestazioni di medicina generale individuate dai LEA, assistenza specialistica, gestione delle emergenze-urgenze, assistenza infermieristica, fornitura di farmaci e presidi;*
- *raccordo delle attività con quelle assicurate dal Dipartimento per le Dipendenze e dal Dipartimento di Salute Mentale a favore dei detenuti;*
- *garanzia dei rapporti fra l'Azienda ULSS e la direzione dell'istituto penitenziario.*

Si configura come una UO semplice a valenza dipartimentale, collocata nella struttura Distretto sede dell'istituto penitenziario.

- Con **DGR n. 565 del 03 maggio 2013** è stato approvato il **Programma assistenziale regionale per l'assunzione in deroga del personale qualificato da dedicare ai percorsi terapeutico riabilitativi finalizzati al recupero e reinserimento sociale dei pazienti internati provenienti dagli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG)**, ai sensi della legge 17 febbraio 2012, n. 9 art 3-ter.

Le Aziende ULSS presenteranno un programma specifico relativamente alle problematiche OPG con una valutazione quantitativa e qualitativa del fenomeno nel proprio territorio (numero internati in OPG, percorsi di dimissione, percorsi alternativi anche in relazione a interventi di sostegno e continuità presso le strutture dedicate). Il programma dovrà anche indicare il fabbisogno di personale medico e infermieristico da dedicare ai percorsi terapeutico riabilitativi finalizzati al recupero e reinserimento sociale dei pazienti provenienti da OPG. Per il reperimento del suddetto personale, le Aziende Ulss dovranno attivare procedure idonee di affidamento del programma in oggetto agli enti del privato sociale che gestiscono strutture nell'area della salute mentale debitamente accreditate o in fase di accreditamento ed in convenzione con le Aziende Ulss.

La scadenza per la presentazione dei programmi aziendali è fissata per il 15 agosto p.v.

- Per approfondimento vedi **Allegato A – DGR 565/2013** in www.regione.veneto.it/sanitapenitenziaria sezione normativa regionale

- Intesa tra Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento di Bolzano e le Autonomie locali sullo schema di D.M. del Ministero della Salute, di concerto con il Ministro dell'Economia e delle finanze, concernente il riparto delle risorse di cui all'art. 3-ter, comma 6, del d.l. 22 dicembre 2011, n. 211, convertito con modificazioni, dalla legge 17 febbraio 2012, n. 9, come modificato dall'art. 6 comma 3, del d.l. 13 settembre 2012, n. 158, convertito

con modificazione, nella legge 8 novembre 2012, n. 189", approvato nel corso della riunione della Conferenza Unificata del 06 dicembre 2012

Le risorse sono erogate alle regioni con successivo decreto del Ministro della salute di approvazione di uno specifico programma di utilizzo, da presentarsi entro 60 gg. dalla pubblicazione in GU.

Il programma in oggetto non è stato presentato entro il 15 maggio u.s. per cui sono in corso le procedure per il commissariamento della Regione Veneto come stabilito dalla Legge n. 57/2013.

PROGETTUALITÀ

- **DGR n. 2722 del 24 dicembre 2012** (Recepimento Accordo Stato Regioni approvato il 19 gennaio 2012 Rep. 5/CU, sul documento recante "Linee di indirizzo per la riduzione del rischio autolesivo e suicidario dei detenuti, degli internati e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale". Approvazione Programma Operativo e modalità di attuazione): tutte le Aziende ULSS interessate hanno recepito le Linee di indirizzo e in tutti gli istituti penitenziari, incluso il minorile di Treviso, è stato avviato il **Programma Operativo per la riduzione del rischio autolesivo e suicidario**
 - Per approfondimento vedi www.regione.veneto.it/sanitapenitenziaria sezione normativa regionale

- Con **DGR n. 128 del 11 febbraio 2013** (Programma 2012 del Centro Nazionale per la Prevenzione ed il Controllo delle Malattie (CCM) Adesione al progetto "Lo stato di salute dei detenuti negli istituti penitenziari di sei regioni italiane: un modello sperimentale di monitoraggio dello stato di salute e di prevenzione dei tentativi suicidari" ed approvazione convenzione con la Regione Toscana) è stata approvata la partecipazione della Regione del Veneto al progetto "**Lo stato di salute dei detenuti negli istituti penitenziari di sei regioni italiane: un modello sperimentale di monitoraggio dello stato di salute e di prevenzione dei tentativi suicidari**", che interesserà tutti gli Istituti Penitenziari del Veneto.
Capofila: Regione Toscana (Agenzia regionale di Sanità)
Partecipanti: Regione Lazio; Regione Umbria; Regione Veneto; Regione Liguria; Azienda USL Salerno
Durata: 24 mesi
Obiettivo generale: rilevare le condizioni di salute della popolazione detenuta nelle strutture penitenziarie delle regioni coinvolte nel progetto con particolare attenzione alla valutazione del rischio suicidario e sperimentazione di azioni preventive in alcuni istituti penitenziari degli enti partecipanti al progetto
Compiti per Regione Veneto: elaborazione contenuti scheda stato di salute; creazione di un archivio informatico; redazione di report scientifici; diffusione delle informazioni; costruzione di un elenco contenente azioni multidisciplinari volte alla prevenzione del suicidio e della autolesioni all'interno delle strutture penitenziarie; applicazione delle azioni in alcune strutture rappresentative del panorama detentivo.
Il progetto è in corso e il coordinamento per il Veneto è stato affidato all'Azienda ULSS 9 di Treviso.

- Con **DGR n. 341 del 19 marzo 2013** (Programma 2012 del Centro Nazionale per la Prevenzione ed il Controllo delle Malattie (CCM) Adesione al progetto "Interventi di tutela e promozione della salute in carcere attraverso la presenza, nelle sezioni degli istituti penitenziari, della figura del Promotore di Salute", della Regione Emilia Romagna) è stata approvata la partecipazione della Regione del Veneto al progetto "**Interventi di tutela e promozione della salute in carcere attraverso la presenza, nelle sezioni degli istituti penitenziari, della figura del Promotore di Salute**", che interesserà gli Istituti Penitenziari di Padova e Vicenza.
Capofila: Regione Emilia-Romagna
Partecipanti: Regione Veneto; Regione Lombardia; in collaborazione con il PRAP
Durata: 24 mesi
Obiettivo generale: promuovere una maggiore equità nella tutela della salute delle persone recluse attraverso un miglioramento della capacità di prendersi cura di sé, attraverso l'adozione di stili di vita salutari, e sensibilizzare il personale dell'Amministrazione penitenziaria sulla importanza della salubrità degli ambienti di vita e di lavoro sia per i detenuti che per tutto il personale che vi presta attività
Compiti per Regione Veneto: collaborazione alla realizzazione del progetto; individuazione del personale da formare; coordinamento e gestione interventi in 2 Istituti penitenziari; partecipazione a stesura report finale
Il progetto è in corso e il coordinamento per il Veneto è stato affidato all'Azienda ULSS 16 di Padova.

FORMAZIONE

- Lo scorso **11 giugno** si è tenuto a Montecchio P. (VI) il 1° incontro preparatorio della 2ª Conferenza regionale sulla Salute Mentale sul tema “**Prospettive e sfide nella Psichiatria di Comunità: Salute mentale in carcere e superamento degli OPG**”.
 - Per approfondimento vedi in allegato: Il Punto di Vista della Sanità
- Venerdì **13 settembre** si terrà a Venezia presso la Sala Polifunzionale del Palazzo Grandi Stazioni una Giornata di Studio su “**Salute mentale in carcere e superamento degli OPG**” che riprenderà i temi già affrontati nell’incontro dell’11 giugno scorso.
 - Per approfondimento vedi in allegato: Programma
- Lunedì **30 settembre** si terrà a Venezia presso la Sala Polifunzionale del Palazzo Grandi Stazioni una Giornata di Studio su “**Salute e Carcere: Magistratura, Sanità e Amministrazione penitenziaria a confronto**” durante la quale si inizierà ad approfondire il tema del differimento della pena in caso di malattia.
 - Per approfondimento vedi in allegato: Programma e Scheda su Differimento della pena e detenzione domiciliare in caso di malattia

COMMISSIONI E GRUPPI DI LAVORO

- L’**Osservatorio regionale permanente per la sanità penitenziaria**, previsto dal DPCM 1° aprile 2008 e istituito con DSR n. 114 del 6 ottobre 2011, si è riunito lo scorso 14 febbraio con il seguente O.d.G.:
 - a. Prevenzione dei suicidi in carcere: approvazione della DGR 2722/12;
 - b. Progetto CCM Toscana (Lo stato di salute dei detenuti negli istituti penitenziari di sei regioni italiane: un modello sperimentale di monitoraggio dello stato di salute e di prevenzione dei tentativi suicidari) e Progetto CCM Emilia Romagna (Interventi di tutela e promozione della salute in carcere attraverso la presenza, nelle sezioni degli istituti penitenziari, della figura del Promotore di Salute);
 - c. Dismissione degli OPG;
 - d. I presidi tossicodipendenze in carcere nel nuovo PSSR.

La composizione dell’Osservatorio è stata aggiornata con DSR n. del 7 marzo 2013.

- a. Per approfondimento vedi www.regione.veneto.it/sanitapenitenziaria *sezione normativa regionale*
- Il **Tavolo di consultazione permanente sulla sanità penitenziaria**, istituito ai sensi del DPCM 1° aprile 2008, dove le Regioni sono rappresentate da Regione Veneto, Lazio, Piemonte, Sardegna e Toscana, si è riunito il 21 maggio u.s. e ha concordato di:
 - a. ri-attivare il sottogruppo di lavoro su “Strutture sanitarie nell’ambito del sistema penitenziario” con l’obiettivo di predisporre un documento di aggiornamento dell’Accordo Stato-Regioni del 26 novembre 2009;
 - b. costituire un sottogruppo di lavoro per programmare una nuova edizione delle audizioni realizzate dal Ministero della Salute nel giugno 2011 con gli Osservatori permanenti per la sanità penitenziaria.
 - Per approfondimento vedi Relazione sulle audizioni dei rappresentanti degli Osservatori regionali permanenti in tema di assistenza sanitaria in favore dei detenuti, gli internati e i minori sottoposti a procedimento penale, Ministero della Salute, febbraio 2012, in www.regione.veneto.it/sanitapenitenziaria *sezione documenti*
- Il **Gruppo interregionale sanità penitenziaria** (GISPE), costituito dai referenti regionali di settore, si è incontrato in videoconferenza lo scorso 3 giugno per:
 - a. esaminare gli esiti dell’incontro del Tavolo di consultazione permanente sulla sanità penitenziaria del 21 maggio u.s.;
 - b. confermare per il 2013 i criteri di riparto adottati per il riparto del fondo nazionale per la sanità penitenziaria (167,8 milioni di €) relative al 2012;
 - c. effettuare una ricognizione sulla presentazione da parte delle regioni e P.A. dei Programmi per il superamento degli OPG.

- Il **Gruppo di Lavoro Sanità Penitenziaria**, costituito dai responsabili delle UOSP del Veneto, si è incontrato lo scorso 10 giugno per:
 - a. programmare le attività inerenti il Progetto CCM Toscana (Lo stato di salute dei detenuti negli istituti penitenziari di sei regioni italiane: un modello sperimentale di monitoraggio dello stato di salute e di prevenzione dei tentativi suicidari) e il Progetto CCM Emilia Romagna (Interventi di tutela e promozione della salute in carcere attraverso la presenza, nelle sezioni degli istituti penitenziari, della figura del Promotore di Salute);
 - b. verificare lo stato di avanzamento del Programma Operativo per la riduzione del rischio autolesivo e suicidario, di cui alla DGR n. 2722 del 24 dicembre 2012;
 - c. esaminare le principali criticità della sanità penitenziaria;e lo scorso 1° luglio per:
 - d. esaminare i criteri di riparto delle risorse regionali per la sanità penitenziaria;
 - e. approfondire le principali criticità della sanità penitenziaria, ipotizzando la stipula di un Protocollo d'Intesa con il PRAP (Provveditorato dell'Amministrazione Penitenziaria per il Triveneto).

- Lo scorso 18 giugno si è riunita la **Commissione per il monitoraggio** di cui alla DGR n. 2210 del 21 settembre 2010 ("Protocollo di Intesa fra la Regione del Veneto e il Ministero della Giustizia in materia di **prevenzione dei suicidi**" **tra gli operatori penitenziari**), che ha riscontrato una diminuzione degli accessi nel corso del 2012 (6 rispetto ai 9 del 2011), nonché la scarsa conoscenza tra gli operatori penitenziari di quanto previsto dal Protocollo in oggetto.
 - a. Per approfondimento vedi www.regione.veneto.it/sanitapenitenziaria sezione normativa regionale

- La **Commissione per il monitoraggio del Protocollo d'Intesa tra Regione Veneto e Centro Giustizia Minorile**, approvato con Decreto n. 93 del 1° luglio 2009 in attuazione della DGR n. 940 del 7 aprile 2009, si è incontrata lo scorso 24 luglio e ha concordato sulla necessità di rinegoziare la collaborazione in atto.
 - a. Per approfondimento vedi www.regione.veneto.it/sanitapenitenziaria sezione normativa regionale

RISORSE

- Il CIPE ha approvato nella seduta del 21 dicembre 2012 il riparto del **fondo per la sanità penitenziaria anno 2011** (167,8 milioni di €): al Veneto sono stati assegnati € 6.894.970,00.

- La Conferenza Unificata, nella seduta del 13 marzo 2013, ha approvato l'Intesa sulla proposta di deliberazione CIPE per il riparto del **fondo per la sanità penitenziaria anno 2012** (167,8 milioni di €): al Veneto sono stati assegnati € 6.811.969,00.

- È stato avviato l'iter di un provvedimento di Giunta per:
 - a. il riparto tra le Aziende ULSS interessate delle risorse relative agli anni 2011 e 2012, confermando i criteri di riparto provvisori approvati con DGR n. 1575 del 4 ottobre 2011 (DPCM 1° aprile 2008: criteri di riparto tra le Aziende ULSS delle risorse assegnate per il 2011 alla Regione Veneto);
 - b. la formazione del personale sanitario e penitenziario per la prevenzione del rischio autolesivo e suicidario dei detenuti, degli internati e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale, come previsto dalla DGR n. 2722 del 24 dicembre 2012 (Recepimento Accordo Stato Regioni approvato il 19 gennaio 2012 Rep. 5/CU, sul documento recante "Linee di indirizzo per la riduzione del rischio autolesivo e suicidario dei detenuti, degli internati e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale". Approvazione Programma Operativo e modalità di attuazione);
 - c. l'acquisizione di apparecchiature di telemedicina per le seguenti attività diagnostiche: elettrocardiogramma, ortopantomografia, rx torace;
 - d. l'innovazione dell'organizzazione dell'Osservatorio regionale permanente per la sanità penitenziaria, istituito con DSR n. 114 del 6 ottobre 2011.

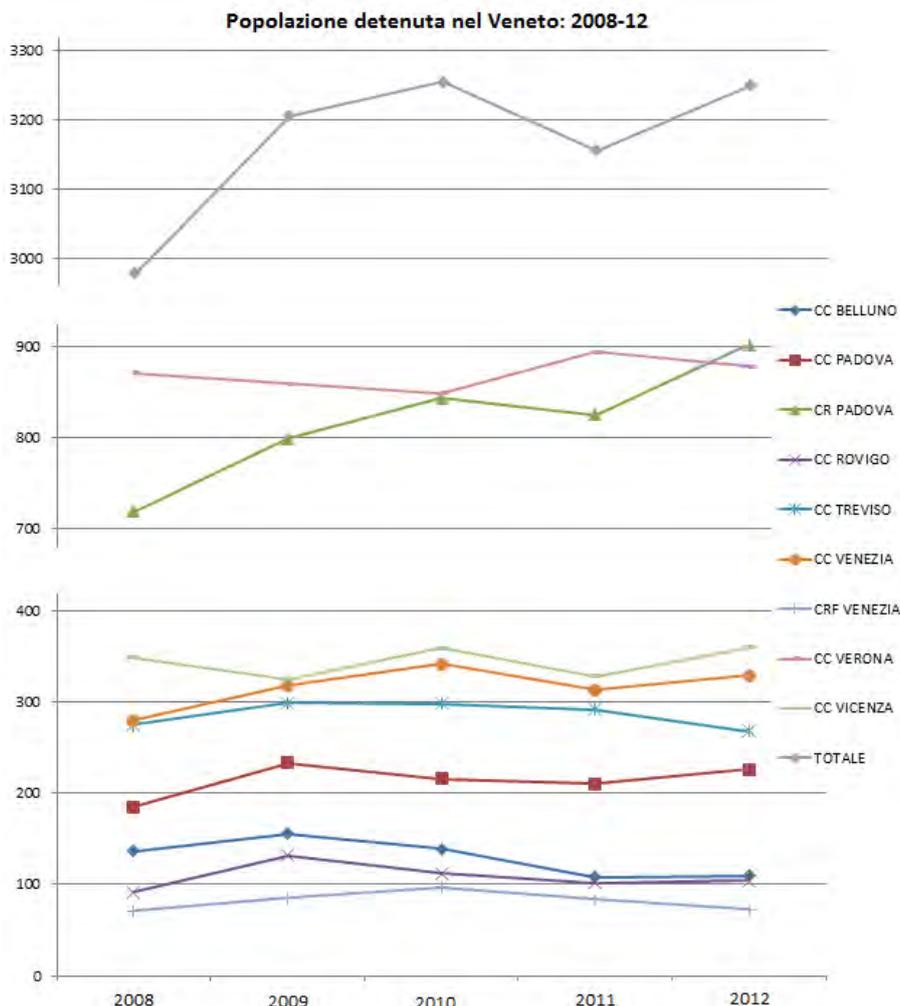
- È in corso di predisposizione un provvedimento di Giunta per la determinazione dei **criteri di riparto** tra le Aziende ULSS delle risorse assegnate alla Regione Veneto per la sanità penitenziaria.

- Sono tuttora in corso le procedure per il riparto del **fondo per la sanità penitenziaria anno 2013** (167,8 milioni di €): è ipotizzabile per il Veneto una assegnazione di circa € 7 milioni.

- Sono in fase di completamento le procedure, in attuazione della DGR n. 1968 del 2 ottobre 2012 (Interventi di riabilitazione e reinserimento sociale per persone dimesse dagli OPG: individuazione modalità di presentazione dei progetti da parte delle Az. ULSS del Veneto – DSM realizzati nel 2012 e determinazione dei criteri di riparto del finanziamento), per l’assegnazione dei contributi alle Aziende ULSS che abbiano dimesso dall’OPG internati residenti nel proprio territorio, utilizzando i fondi, ora esauriti, di 2 progetti finanziati dal Ministero della Salute:
 - verrà rimborsato l’85% delle rette di 44 internati di 17 Aziende ULSS per 8.865 giornate di assistenza pari a complessivi € 692.203,38;
 - con Decreto n. 111 del 17 luglio 2012 era stato rimborsato per il 2011 il 100% delle rette di 20 internati di 14 Aziende ULSS per 2.703 giornate di assistenza pari a complessivi € 258.152,61.

- Con nota del 27 giugno 2013 avente per oggetto “**pagamento rette di pazienti in dimissione dall’OPG**” è stato precisato che:
 - a. si tratta di inserimenti che hanno carattere di priorità in quanto è in atto un allarme ed una attenzione sociale molto elevata;
 - b. non sono presenti fondi nazionali e regionali specifici da destinare al pagamento delle spese per la dimissione dei pazienti provenienti dagli OPG. I costi che ne derivano dovranno, pertanto, rientrare nella disponibilità del budget dell’Azienda;
 - c. gli oneri derivanti dalle azioni che si renderà necessario intraprendere andranno ripartiti fra i servizi in ottemperanza della normativa vigente in materia di LEA sulla base della specifica natura dei bisogni assistenziali delle persone interessate, confermando quanto già precisato con nota del 12 settembre 2011.
 - Per approfondimento vedi www.regione.veneto.it/sanitapenitenziaria sezione documenti

STATISTICHE



Popolazione carceraria 2012					
Az. ULSS	II.PP.	Capienza*	N. medio detenuti 2012	N. Nuovi Ingressi 2012	N. medio Detenuti definitivi 2012
1-Belluno	CC	84-103	107	210	69
6-Vicenza	CC	136-272	344	572	213
9-Treviso	CC	128-187	263	445	150
12-Venezia	CC	111-161	313	1.202	165
	CRF	111-113	75	102	56
16-Padova	CC	98-126	233	890	31
	CR	446-789	856	580	804
18-Rovigo	CC	66-79	108	215	58
20-Verona	CR	564-855	870	1.199	517
Totale		1.782-2.728	3.169	5.415	2.063

Internati in OPG al 31/12/2012					
Az. ULSS	Reggio Emilia	Castiglione	altri OPG	Totale	di cui F
1				0	
2		1		1	1
3	3			3	
4				0	
5	3	1		4	1
6	5			5	
7	1			1	
8	2			2	
9	1			1	
10	1			1	
12	2			2	
13	2	1		3	1
14	5			5	
15	4	1	1	6	1
16	7			7	
17				0	
18	1			1	
19				0	
20	9	2		11	1
21	1			1	
22	4	1		5	1
Totale	51	7	1	59	6

Inserimento in comunità di minori tossicodipendenti e/o con disagio psichico						
Anno	N.	di cui tossicodipendenti	gg.	% fuori regione	€	N. Az. ULSS con minori
2010	20	14	3.971	46,2	355.722,04*	10
2011	16	n.d.	3.947	43,8	355.639,09**	8
2012	16	n.d.	2.327	43,8	276.680,54**	8

* 100% a carico della Regione

** 70% rimborsato l'anno successivo dalla Regione

Personale sanitario in servizio (31/12/2012 vs. 30/09/2008)

	Casa Circondariale di Belluno						Casa Reclusione di Vicenza						Casa Circondariale di Treviso						Istituto Penale Minorile di Treviso					
	30/09/2008		31/12/2012		Δ		30/09/2008		31/12/2012		Δ		30/09/2008		31/12/2012		Δ		30/09/2008		31/12/2012		Δ	
	N	hr	N	hr	N	hr	N	hr	N	hr	N	hr	N	hr	N	hr	N	hr	N	hr	N	hr	N	hr
Medici incaricati (L.740/1970)	1	72	1	88	0	16	1	78	1	72	0	0	1	75	1	120	0	45	1	75	1	80	0	5
Medici SIAS	3	450	4	450	1	0	5	720	7	720	2	0	6	480	5	1.000	-1	520					0	0
Medici a contratto					0	0					0	0					0	0					0	0
Infermieri di ruolo					0	0			8	1.248	7	1.078			5	720	5	720	2	18			-2	-18
Infermieri a contratto	1	156	3	246	2	90	7	720			-7	-720	3	348			-3	-348					0	0
Personale tecnico di ruolo					0	0					0	0			1	144	1	144					0	0
Personale tecnico a contratto					0	0					0	0					0	0					0	0
Personale ausiliario di ruolo					0	0					0	0					0	0					0	0
Personale ausiliario a contratto					0	0					0	0	1	116			-1	-116					0	0

	Casa Circondariale di Venezia						Casa Reclusione Femminile di VE						Casa Circondariale di Padova						Casa Reclusione di Padova					
	30/09/2008		31/12/2012		Δ		30/09/2008		31/12/2012		Δ		30/09/2008		31/12/2012		Δ		30/09/2008		31/12/2012		Δ	
	N	hr	N	hr	N	hr	N	hr	N	hr	N	hr	N	hr	N	hr	N	hr	N	hr	N	hr	N	hr
Medici incaricati (L.740/1970)	1	78	1	78	0	0	1	78	1	81	0	3	1	78	1	78	0	0	2	156	2	156	0	0
Medici SIAS	6	480	6	496	0	16	3	360	3	372	0	12	5	558	6	558	1	0	8	744	8	744	0	0
Medici a contratto					0	0					0	0					0	0					0	0
Infermieri di ruolo					0	0					0	0					0	0					0	0
Infermieri a contratto	6	720	6	744	0	24	3	360	3	558	0	198	5	588	5	558	0	-30	13	1364	8	1364	-5	0
Personale tecnico di ruolo					0	0					0	0					0	0					0	0
Personale tecnico a contratto					0	0					0	0					0	0					0	0
Personale ausiliario di ruolo					0	0					0	0					0	0					0	0
Personale ausiliario a contratto					0	0					0	0					0	0					0	0

	Casa Circondariale di Rovigo						Casa Circondariale di Verona						Totale Veneto					
	30/09/2008		31/12/2012		Δ		30/09/2008		31/12/2012		Δ		30/09/2008		31/12/2012		Δ	
	N	hr	N	hr	N	hr	N	hr	N	hr	N	hr	N	hr	N	hr	N	hr
Medici incaricati (L.740/1970)	1	72	3	300	0	4	2	153	5	5.736	-2	5016	12	915	12	2.700	0	1.785
Medici SIAS	3	296			0	0	7	720			0	0	46	4808	47	10.376	1	5.568
Medici a contratto			1	36	-1	-252			17	32.573	17	32573	0	0			0	0
Infermieri di ruolo	2	288	2	72	2	72					-7	-590	4	306	31	34.577	27	34.271
Infermieri a contratto					0	0	7	590			0	0	45	4846	27	3.542	-18	-1.304
Personale tecnico di ruolo					0	0					0	0	0	0	1	144	1	144
Personale tecnico a contratto					0	0					0	0	0	0			0	0
Personale ausiliario di ruolo					-1	-152					-1	-180	0	0			0	0
Personale ausiliario a contratto	1	152	1	75	0	3	1	180			-1	-180	3	448	0	0	-3	-448

Costi Sanità Penitenziaria - Anno 2011	Az. ULSS 1 Belluno	Az. ULSS 6 Vicenza	Az. ULSS 9 Treviso	Az. ULSS 12 Venezia	Az. ULSS 16 Padova	Az. ULSS 18 Rovigo	Az. ULSS 20 Verona	TOTALE
PERSONALE :	274.532	624.931	691.315	927.514	1.544.572	395.806	903.000	5.361.669
- Medici incluso psichiatra e infettivologo (escluso TD)	134.497	123.592	248.648	485.167	608.459	214.161	489.000	2.303.526
- Infermieri (escluso tossicodipendenze)	64.481	295.337	258.044	320.364	428.264	99.568	376.000	1.842.058
- altro (escluso tossicodipendenze)	6.983	19.284	107.782	121.982	128.561		38.000	422.593
- presidio tossicodipendenze	68.571	186.717	76.840		379.288	82.077	238.000	1.031.492
RICOVERI (valorizzati a DRG)	13.860	45.281	15.000	37.965	162.654	21.178	161.000	456.938
- produzione propria	13.860	45.281	15.000	0	20.885	21.178	0	116.205
- acquisto di servizi	0	0	0	37.965	141.769	0	161.000	340.733
ASSISTENZA SPECIALISTICA	31.369	21.942	10.782	42.416	201.006	17.724	155.000	480.239
- produzione propria	30.869	21.942	0		33.766	4.246	153.000	243.823
- acquisto di servizi	500	0	10.782	42.416	167.239	13.478	2.000	236.416
ASSISTENZA PROTESICA	0	0	0	0	0	0	0	0
FARMACI	76.778	51.704	35.663	113.981	218.689	20.119	196.000	712.935
ALTRI BENI SANITARI - (dispositivi e presidi)	3.031	4.547	4.838	5.310	18.820	4.117	29.000	69.663
BENI NON SANITARI	751	3.848	3.491	450	8.151	596	7.000	24.287
ATTREZZATURE/ MACCHINARI SANITARI E NON	10.034	8.084	8.540	397	15.417	528	8.000	51.000
SERVIZI SANITARI	1.359	420.175	41.201	36.733	1.604	456	456.000	957.528
- trasporti ambulanza per motivi sanitari	0	16.895	0	270	0	0	0	17.165
- consulenze sanitarie	0	187.419	0	0	0	0	0	187.419
- altro (specificare)	1.359	215.862	41.201	36.463	1.604	456	456.000	752.944
SERVIZI NON SANITARI	181	40.613	13.734	6.710	9.821	414	4.000	75.473
- rifiuti speciali	181	0	0	835	1.268	103	2.000	4.387
- consulenze non sanitarie	0	0	0	0	0	0	0	0
- altro (specificare)	0	40.613	13.734	5.876	8.453	310	2.000	70.986
ALTRI COSTI (imposte e tasse, interessi passivi ed altri oneri)	32.871	0	0	0	0	0	0	32.871
QUOTA COSTI GENERALI	21.629	102.993	0	87.861	218.073	1.312	191.000	622.867
TOTALE	466.394	1.324.119	824.563	1.259.336	2.398.806	462.250	2.110.000	8.845.468
Costi 2010	485.680	1.322.141	678.951	896.158	2.366.983	464.217	1.560.000	7.774.131
Δ 2011-2010	-19.286	1.978	145.612	363.179	31.822	-1.967	550.000	1.071.338
%	-3,97	0,15	21,45	40,53	1,34	-0,42	35,26	13,78
Costi 2009	318.938	1.086.919	736.141	889.211	1.807.626	206.184	1.292.000	6.337.018
Δ 2010-2009	166.742	235.222	-57.190	6.947	559.358	258.033	268.000	1.437.112
%	52,28	21,64	-7,77	0,78	30,94	125,15	20,74	22,68

1° incontro preparatorio della 2ª Conferenza regionale sulla Salute Mentale
Prospettive e sfide nella Psichiatria di Comunità: Salute mentale in carcere e superamento degli OPG
Montecchio P. (VI), 11 giugno 2013

Salute mentale in carcere e dismissione degli OPG: Il punto di vista della Sanità

- Le funzioni sanitarie svolte dall'Amministrazione Penitenziaria con riferimento ai soli settori della prevenzione e dell'assistenza ai detenuti e internati tossicodipendenti sono state trasferite a decorrere dal 1 gennaio 2000 per effetto del Decreto Legislativo 230/99
- Tutte le altre funzioni sanitarie finalizzate a garantire i LEA a favore delle persone detenute, inclusi internati in OPG e minori tossicofili e/o con disagio psichico, sono state trasferite a decorrere dal 14 giugno per effetto del DPCM 1 aprile 2008
- Quindi, gli ambiti di intervento sono tre:
 - Assistenza sanitaria ai detenuti
 - Dismissione degli OPG
 - Inserimento in comunità di minori tossicodipendenti e/o con disagio psichico

Assistenza sanitaria ai detenuti

- Alcuni dati:
 - 9 Istituti Penitenziari per adulti (nei capoluoghi di provincia; 2 a Padova e Venezia) + 1 per minori (Treviso)
 - Capienza complessiva: 1.782 posti regolamentari – 2.728 posti tollerabili
 - Nel 2012 in media 3.169 detenuti (di cui 2.063 definitivi) + 5.415 nuovi ingressi
 - Personale sanitario al 31/12/2012: 12 medici di sanità penitenziaria, 47 medici SIAS, 58 infermieri
 - Costo complessivo nel 2011: € 8.845.468,28
 - Finanziamento statale nel 2011: € 6.894.971,00
- Progettualità in corso:
 - Linee di indirizzo sull'organizzazione della Sanità Penitenziaria (DGR n. 2337/2011), definite d'intesa con l'Amministrazione Penitenziaria
 - Linee di indirizzo per la riduzione del rischio autolesivo e suicidario dei detenuti, degli internati e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale (DGR n. 2711/2012), definite d'intesa con l'Amministrazione Penitenziaria in attuazione dell'Accordo Stato-Regioni del 19 gennaio 2012): in corso di attuazione in tutti gli istituti penitenziari (adulti e minori)
 - Adesione al progetto CCM-Toscana "Lo stato di salute dei detenuti negli istituti penitenziari di sei regioni italiane" (DGR n. 128/2013): in corso di attuazione in tutti gli istituti penitenziari per adulti
 - Adesione al progetto CCM-Emilia-Romagna "Interventi di tutela e promozione della salute in carcere attraverso la figura del Promotore di Salute": in corso di attuazione nelle carceri di Padova e Vicenza
 - Programma regionale per il controllo della Tubercolosi nelle carceri (DGR n. 241/2012): in corso di attuazione in tutti gli istituti penitenziari (adulti e minori)
- Criticità:
 - Sovraffollamento (+78% rispetto ai posti regolamentari; +16% rispetto ai posti tollerabili)
 - Condizioni igienico-sanitarie (non drammatiche ma comunque problematiche anche nel Veneto)
 - Presenza di extracomunitari (ca. 40%)
 - Presenza di tossicodipendenti (ca. 30%)
 - Traduzioni all'esterno per visite specialistiche o interventi di Pronto Soccorso (che secondo l'Amministrazione penitenziaria nazionale sarebbero sensibilmente aumentati dopo il trasferimento delle funzioni: stiamo verificando con l'Amministrazione penitenziaria regionale)
 - Somministrazione dei farmaci (rischio di accumulo e utilizzo improprio dei farmaci da parte dei detenuti)
 - Risorse trasferite inferiori ai costi reali (ca. – 2 milioni di Euro in meno l'anno)
 - LEA: quelli garantiti dall'Amministrazione penitenziaria prima del trasferimento delle funzioni erano superiori (es. farmaci ormonali per transessuali; protesi dentarie)
 - Inquadramento del personale: rimangono ancora alcune questioni aperte derivanti dal trasferimento del personale alle Aziende ULSS; un recente intervento risolutivo è rappresentato dalla DGR n. 753 del 21 maggio u.s. "misure a favore del personale medico operante negli Istituti penitenziari"
 - Piena e leale collaborazione interistituzionale: per certi aspetti la criticità principale che deriva dalla difficoltà di dialogare tra due mondi (sanitario e penitenziario) con organizzazioni, regole, culture, principi distinti e spesso in contrasto
- Criticità – Tutela della salute mentale in carcere:

le audizioni degli Osservatori regionali per la Sanità penitenziaria realizzate dal Ministero della Salute nel giugno 2011 hanno fatto emergere, a livello nazionale ma la stessa situazione si presenta anche nel Veneto, che:

“L’assistenza psichiatrica è assicurata in tutti gli istituti (in genere attraverso i DSM); tuttavia, risulta generalmente insufficiente la gestione dei disturbi mentali per i quali si renda necessaria un’osservazione prolungata e una presa in carico continuativa; ciò comporta trasferimenti “anomali” in istituti di altre regioni, in cui è presente un reparto psichiatrico (vedi in particolare Torino e Milano)”

Dismissione degli OPG

- Alcuni dati:
 - Internati veneti in OPG al 31/12/2012: 59
 - di cui 13 in licenza
 - di cui 50 a Reggio Emilia, 6 a Castiglione delle S. (MN), 3 a Montelupo F. (FI)
 - Dimissioni nel 2012: 25
 - Internati al 31/12/2011: 57
 - Dimissioni nel 2011: 25
 - Dalla rilevazione sui bisogni assistenziali realizzato dai DSM con riferimento ai 66 internati in OPG alla data del 31/12/2011 è emerso che 39 sono psichiatrici, 6 tossicodipendenti, 20 doppie diagnosi, 3 disabili; quindi la responsabilità per la presa in carico e il trattamento, nonché i relativi costi, non riguardano solo la Psichiatria ma l’ASL nel suo complesso
- Soluzioni possibili per la dimissioni degli internati in OPG, compatibilmente con le risorse finanziarie (All. C, DPCM 1° aprile 2008):
 - dalle strutture OPG che richiedono la vigilanza esterna
 - 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
- Progettualità in corso:
 - “Reparto” di osservazione psichiatrica presso la Casa circondariale di Verona: 5 posti letto attivi dal 1/03/2012
 - Contributi alle ASL che abbiano dimesso dall’OPG internati residenti nel proprio territorio, utilizzando i fondi, ora esauriti, di 2 progetti finanziati dal Ministero della Salute:
 - € 258.152,61 nel 2011: 20 internati (2.703 gg.): rimborsato il 100% delle rette
 - € 692.203,38 nel 2012: 44 internati (8.865 gg.): rimborsato l’85% delle rette
 - Sperimentazione di una Struttura intermedia di accoglienza – Az. ULSS 21 in collaborazione con Casa San Giuseppe – sede: Ronco all’Adige (VR) – 18 posti letto attivi dal 1° ottobre 2012 (DGR n. 1331 del 17 luglio 2012)
 - Progettazione di una struttura regionale ad elevata sicurezza ai sensi dell’art. 3 ter della Legge 9/2012 (20 + 20 p.l.) – N.B. previsto il commissariamento in quanto il programma non è stato presentato entro il 15 maggio u.s. come stabilito dalla Legge n. 57/2013
- Criticità:
 - Normativa nazionale e provvedimenti applicativi: i tempi e i modi stabiliti dalle norme nazionali sono spesso incoerenti con i tempi e i modi dei relativi provvedimenti applicativi e delle azioni concrete da realizzare a livello regionale, nonché con le risorse messe a disposizione
 - Status giuridico degli internati in OPG, che è rimasto inalterato e quindi non consente la dimissione di tutti gli internati in OPG; quello che è cambiato con il DPCM 1° aprile 2008 è la struttura dove internare i pazienti psichiatrici autori di reato
 - Turn over degli internati in OPG: il numero delle dimissioni approssima il numero dei nuovi internamenti in OPG
 - Mancanza di criteri omogenei e condivisi tra magistratura, operatori degli OPG e operatori dei DSM per stabilire la dimissibilità
 - Carenza sia a livello nazionale che regionale di strutture residenziali sia ad elevata che a media protezione
 - Costi degli inserimenti in comunità (da € 45.000,00 a € 75.000,00 all’anno per persona)

Inserimento in comunità di minori tossicodipendenti e/o con disagio psichico

- Alcuni dati:

Anno	N.	di cui tossicodipendenti	gg.	% fuori regione	€	N. ASL con minori
2010	20	14	3.971	46,2	355.722,04*	10
2011	16		3.947	43,8	355.639,09**	8
2012	16		2.327	43,8	276.680,54**	8

* 100% a carico della Regione

** 70% rimborsato l’anno successivo dalla Regione

- Progettualità in corso:
 - Protocollo d’Intesa fra Regione Veneto e Centro Giustizia Minorile per il Veneto (DGR n. 940/2009; DD n. 93/2009) relativo all’invio in comunità di minori tossicodipendenti e/o con disagio psichico autori di reato

- Linee di indirizzo per la riduzione del rischio autolesivo e suicidario dei detenuti, degli internati e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale (DGR n. 2711/2012), attualmente in corso
- Approvazione dei requisiti e standard per le unità di offerta rivolte a minori/adolescenti in situazione di disagio psicopatologico (DGR n. 242/2012) che prevedono anche l’inserimento di minori tossicodipendenti e/o con disagio psichico autori di reato
- Criticità:
 - Carezza di strutture residenziali adatte all’inserimento di minori tossicodipendenti e/o con disagio psichico autori di reato sia a livello regionale che nazionale
 - Costi degli inserimenti in comunità (da € 20.000,00 a € 90.000,00 all’anno per minore)
 - Compartecipazione sociale, ossia applicazione del LEA minori che prevede il 30% delle rette a carico dei comuni e/o delle famiglie (N.B. ricorso al TAR vinto dal Comune di San Stino di Livenza)
 - Diagnosi di tossicodipendenza: i criteri diagnostici adottati dagli operatori dei SerT sono diversi e ben più stringenti dei criteri diagnostici adottati dalla magistratura e dall’amministrazione penitenziaria

SALUTE MENTALE IN CARCERE E SUPERAMENTO DEGLI OSPEDALI PSICHIATRICI GIUDIZIARI: confronto tra Sanità, Amministrazione Penitenziaria e Magistratura di Sorveglianza		
Venezia, venerdì 13 settembre 2013 Sala Polifunzionale – Palazzo Grandi Stazioni		
Programma		
Ore 9,00		Apertura dei Lavori
Ore 9,30		Presentazione della giornata Lorenzo Rampazzo
Ore 10,00		Salute mentale in carcere: quali criticità e quali prospettive? Giancarlo Cuccato
Ore 10,30		Dismissione degli OPG: quali criticità e quali prospettive? Tommaso Maniscalco
Ore 11,00		Il punto di vista dell’Amministrazione Penitenziaria Angela Venezia
Ore 11,30		Il punto di vista della Magistratura di Sorveglianza Marcello Bortolato
Ore 12,00		Discussione
Ore 13,00		Chiusura dei Lavori Lorenzo Rampazzo
RELATORI		
Giancarlo	Cuccato	Direttore 2° Servizio Psichiatrico del Dipartimento Interaziendale di Salute Mentale, Az. Ulss n. 16 Padova
Tommaso	Maniscalco	Direttore Dipartimento Salute Mentale, Az. Ulss 21 Legnago (VR)
Marcello	Bortolato	Magistrato di Sorveglianza di Padova
Lorenzo	Rampazzo	Dirigente Servizio Tutela Salute Mentale, Direzione Attuazione Programmazione Sanitaria, Regione Veneto
Angela	Venezia	Direttore Ufficio dei Detenuti e del Trattamento, Provveditorato Regionale Amministrazione Penitenziaria per il Triveneto
SEGRETERIA ORGANIZZATIVA		
Servizio Tutela Salute Mentale, Direzione Regionale Attuazione Programmazione Sanitaria, Regione Veneto Ex Ospedale G.B. Giustinian – Dorsoduro 1454 - 30123 Venezia Tel. 041/2793414-3443-3487 - Fax 041/2793425 e-mail salutementale@regione.veneto.it Web: www.regione.veneto.it/sanitapenitenziaria		
ISCRIZIONI		
La partecipazione all’incontro è gratuita, ma per motivi logistici è obbligatoria l’iscrizione. Il termine ultimo per l’iscrizione a mezzo fax o e-mail è venerdì 6 settembre 2013		

REGIONE del VENETO

Segreteria regionale per la Sanità



MINISTERO DELLA GIUSTIZIA
DIPARTIMENTO DELL'AMMINISTRAZIONE
PENITENZIARIA
PROVVEDITORATO REGIONALE PER IL TRIVENETO



Tribunale di Sorveglianza
di Venezia

Salute e Carcere: Magistratura, Sanità e Amministrazione Penitenziaria a confronto



Venezia, 30 settembre 2013

Sala polifunzionale, Palazzo Grandi Stazioni

L'approccio e la gestione dei problemi di salute in carcere vede l'operare di saperi diversi.

La salute e la pena si intrecciano con risvolti per certi versi clinici per altri giuridici con delle ricadute sulle persone sottoposte a misure privative della libertà di notevole importanza.

Il panorama dei suddetti saperi e le diverse deontologie di riferimento rendono non sempre agevole il dialogo e questo può limitare l'efficacia degli interventi.

Alla luce dell'esperienza sin qui maturata si ritiene opportuno riflettere sulla delicata materia organizzando un incontro formativo/informativo nell'ambito del quale affrontare i temi più importanti per migliorare il confronto e il dialogo delle azioni poste in essere da tutti gli attori istituzionali a vario titolo coinvolti.

Pietro Buffa, Provveditore Regionale per l'Amministrazione Penitenziaria del Triveneto

Domenico Mantoan, Segretario Regionale per la Sanità, Regione Veneto

Giovanni Maria Pavarin, Presidente del Tribunale di Sorveglianza di Venezia

Relatori

Pietro Buffa, Provveditore Regionale per l'Amministrazione Penitenziaria del Triveneto

Gabriella Rossi, Responsabile U.O.S. Sanità Penitenziaria - Az. ULSS n. 18 Rovigo

Lorenzo Rampazzo, Dirigente Servizio Tutela Salute Mentale, Direzione Attuazione Programmazione Sanitaria, Regione Veneto

Angela Venezia, Direttore Ufficio Detenuti e Trattamento - Provveditorato Regionale Amministrazione Penitenziaria del Triveneto

Giovanni Maria Pavarin, Presidente del Tribunale di Sorveglianza di Venezia

Salvatore Di Prima, Medico Sanità penitenziaria c/o la Casa Circondariale di Vicenza

Daniele Rodriguez, Professore Ordinario di Medicina Legale, Università di Padova

Programma

Ore 9.15

Apertura dei Lavori

Ore 9.30

DPCM 1° aprile 2008: dall'Amministrazione Penitenziaria alla Sanità Regionale
Lorenzo Rampazzo

Ore 10.00

Funzioni, compiti, interrelazioni dei soggetti con la Magistratura di Sorveglianza sugli aspetti di salute: nodi critici
Giovanni Maria Pavarin

Ore 10.30

Stato detentivo, stato di salute e comunicazione istituzionale
Pietro Buffa

Ore 11.00

Il differimento della pena in caso di malattia: aspetti giuridici e medico legali
Daniele Rodriguez

Ore 11.30

Dal Ministero di Giustizia alla Sanità Regionale: condivisioni, responsabilità, vin-

coli. L'esperienza di un Medico Incaricato
Salvatore Di Prima

Ore 12.00

Discussione

Ore 13.00

Pranzo libero

Ore 14.00 – 16.00

Gruppi di lavoro:

- ◆ Criteri di identificazione della grave infermità fisica
coordina Gabriella Rossi
- ◆ Linee guida e procedure per la "incompatibilità" alla detenzione
coordina Angela Venezia

16.00

Restituzione dei lavori dei Gruppi di lavoro e discussione

17.00

Chiusura dei lavori.

INDICAZIONI LOGISTICHE

Il Palazzo Grandi Stazioni è situato tra Piazzale Roma e la Stazione FF.SS. di Venezia S. Lucia



Segreteria organizzativa

Servizio Tutela Salute Mentale

Direzione Attuazione Programmazione Sanitaria, Regione Veneto

tel. +39 041 2793490

fax +39 041 279 3425

e-mail:

salutementale@regione.veneto.it

web:

www.regione.veneto.it/sanitapenitenziaria

ISCRIZIONI

La partecipazione all'incontro è gratuita, ma per motivi logistici è obbligatoria l'iscrizione.

Il termine ultimo per l'iscrizione a mezzo fax o e-mail è il 15 settembre 2013.

SCHEDA – DIFFERIMENTO DELLA PENA E DETENZIONE DOMICILIARE IN CASO DI MALATTIA

Alla base di tutte le agevolazioni giuridiche, riservate ai condannati in precarie condizioni di salute, ci sono due articoli del codice penale, il 146 e il 147 sostituiti nell'attuale versione dall'art. 1 legge 8 marzo 2001, n. 40⁽¹⁾

Viene poi in rilievo l'articolo 47 *ter*, 1° comma dell'ordinamento penitenziario² (legge 26 luglio 1975, n. 354), secondo cui la detenzione domiciliare può essere concessa a "persona in condizioni di salute particolarmente gravi, che richiedono costanti contatti con i presidi sanitari territoriali", ovvero a "persona di età superiore a sessanta anni, se inabile anche parzialmente". L'articolo 146 prevede il "rinvio obbligatorio dell'esecuzione della pena" quando il condannato è affetto da A.I.D.S. conclamata, o da grave deficienza immunitaria, o da altra malattia particolarmente grave per effetto della quale le sue condizioni di salute risultano incompatibili con lo stato di detenzione.

L'incompatibilità si verifica quando la persona è in una fase della malattia così avanzata da non rispondere più (secondo le certificazioni del Servizio sanitario penitenziario o di quello esterno) ai trattamenti terapeutici praticati in carcere.

L'articolo 147 prevede il "rinvio facoltativo dell'esecuzione della pena" per "chi si trova in condizioni di grave infermità fisica". La legge non dice nulla per definire meglio il concetto di "grave infermità fisica", né si preoccupa di stabilire cosa si intenda per "condizioni di salute particolarmente gravi", né definisce il concetto di "inabilità": per saperne di più dobbiamo guardare alla giurisprudenza che, peraltro, non sempre si è espressa in maniera univoca.

Viene anzitutto riconosciuta nel caso in cui la malattia conduca la persona alla morte senza che vi sia alcuna possibilità di cura; non è sufficiente, però, essere affetti da una malattia cronica irreversibile, in quanto la valutazione del Tribunale di sorveglianza va temperata con il giudizio avente ad oggetto la sussistenza del concreto pericolo della commissione di ulteriori reati (cd. giudizio di pericolosità sociale).

Alcune sentenze hanno vincolato la concessione del differimento alla possibilità della regressione della malattia (quale effetto di trattamenti terapeutici praticati in stato di libertà).

Si afferma però, in generale che il differimento facoltativo dell'esecuzione presuppone che la malattia da cui il condannato è affetto sia grave, cioè tale da porre in pericolo la vita o da provocare rilevanti conseguenze dannose e, comunque, da esigere un trattamento che non si possa facilmente attuare nello stato di detenzione, operando però un bilanciamento tra l'interesse del condannato ad essere adeguatamente curato e le esigenze di sicurezza della collettività (v., per tutte, Cass., pen., sez. 1, n. 972 del 14.10.2001).

Interpretazioni di maggior favore si rinvencono in altre pronunce: "La guaribilità o reversibilità della malattia non sono requisiti richiesti dalla normativa vigente in tema di differimento dell'esecuzione della pena, per la cui concessione è sufficiente che l'infermità sia di tale rilevanza da far apparire l'espiazione in contrasto con il senso di umanità cui fa riferimento l'articolo 27 della Costituzione" (Cass. pen., sez. 1, 1994, Conti).

"Lo stato di salute incompatibile con il regime carcerario, idoneo a giustificare il differimento dell'esecuzione della pena per infermità fisica, non è limitato alla patologia implicante un pericolo di vita, dovendosi avere riguardo ad ogni stato morboso o scadimento fisico capace di determinare una situazione di esistenza al di sotto di una soglia di dignità da rispettarsi pure nella condizione di restrizione carceraria (fattispecie in materia di depressione maggiore ricorrente, con rischio di suicidio, incapacità di reggere la stazione eretta, e condizioni generali scadute come ipertonia e ipertrofia muscolare)" (Cass. pen., sez. 1, n. 22373 del 8.5.2009).

Da segnalare, però, come l'infermità psichica non rientri tra i motivi del possibile differimento della pena. Quando l'infermità è accertata nel processo l'imputato viene prosciolto per vizio di mente e, invece della condanna, subisce l'internamento nell'Ospedale Psichiatrico Giudiziario; se un condannato impazzisce durante la detenzione (o rende manifesta una malattia mentale preesistente) l'aspetta comunque il "ricovero" forzato in un O.P.G. Questa differenza deriva dalla presunzione che la malattia fisica, indebolendo una persona, la renda meno pericolosa per la sicurezza sociale e che, invece, la malattia mentale rappresenti un elemento di maggior pericolo: quindi il "criminale pazzo" va sorvegliato meglio del "criminale sano di mente"...

Ove però le turbe psicologiche siano tali da tradursi in grave infermità fisica, esse sono idonee a giustificare il differimento dell'esecuzione della pena (Cass. pen., sez. fer., n. 32365 del 10.8.2010).

La richiesta di rinvio obbligatorio o facoltativo della pena, come pure quella volta ad ottenere il beneficio della detenzione domiciliare, va rivolta al Tribunale di Sorveglianza (o, in caso di urgenza, al magistrato di sorveglianza).

L'ordinanza del Tribunale di Sorveglianza (di concessione o rigetto) è impugnabile in Cassazione.

Ad analoghi presupposti è ancorato l'istituto della detenzione domiciliare.

Quanto ai rapporti tra il differimento dell'esecuzione e la detenzione domiciliare, si è ritenuto che in presenza di una richiesta di rinvio dell'esecuzione della pena per grave infermità fisica, il giudice deve valutare se le condizioni di salute del condannato siano o meno compatibili con la finalità rieducativa della pena e con le possibilità concrete di reinserimento sociale conseguenti alla rieducazione; all'esito di tale valutazione, qualora, tenuto conto della natura dell'infermità e di un eventuale prognosi infausta *quoad vitam* a breve scadenza, l'espiazione della pena appaia contraria al senso di umanità per le eccessive sofferenze da essa derivanti, ovvero appaia priva di significato rieducativo in conseguenza dell'impossibilità di proiettare in un futuro gli effetti della sanzione sul condannato, deve trovare applicazione l'istituto del differimento previsto dal codice penale, mentre nel caso in cui le condizioni di salute, pur particolarmente gravi, non presentino le suddette caratteristiche di sofferenza o di prognosi infausta e richiedano i contatti con i presidi sanitari territoriali, può essere disposta la detenzione domiciliare (Cass. pen., sez. 1, n. 28555 del 18.6.2008).

La richiesta di rinvio dell'esecuzione della pena per grave infermità fisica, nel caso in cui il condannato si trovi già in detenzione domiciliare per motivi di salute, è accoglibile solo se, tenuto conto della natura dell'infermità e di un eventuale prognosi infausta *quoad vitam* a breve scadenza, l'espiazione della pena appaia contraria al senso di umanità per le eccessive sofferenze da essa derivanti (Cass. pen., sez. 1, n. 26136 del 6 giugno 2012).

(Nota 1)

Art. 146. Rinvio obbligatorio dell'esecuzione della pena. (¹ Articolo così sostituito dall'art. 1, comma 1, della [L. 8 marzo 2001, n. 40](#))

L'esecuzione di una pena, che non sia pecuniaria, è differita:

- 1) se deve aver luogo nei confronti di donna incinta;
- 2) se deve aver luogo nei confronti di madre di infante di età inferiore ad anni uno;
- 3) se deve aver luogo nei confronti di persona affetta da AIDS conclamata o da grave deficienza immunitaria accertate ai sensi dell'articolo 286-bis, comma 2, del codice di procedura penale, ovvero da altra malattia particolarmente grave per effetto della quale le sue condizioni di salute risultano incompatibili con lo stato di detenzione, quando la persona si trova in una fase della malattia così avanzata da non rispondere più, secondo le certificazioni del servizio sanitario penitenziario o esterno, ai trattamenti disponibili e alle terapie curative.

Nei casi previsti dai numeri 1) e 2) del primo comma il differimento non opera o, se concesso, è revocato se la gravidanza si interrompe, se la madre è dichiarata decaduta dalla potestà sul figlio ai sensi dell'articolo 330 del codice civile, il figlio muore, viene abbandonato ovvero affidato ad altri, sempreché l'interruzione di gravidanza o il parto siano avvenuti da oltre due mesi.

Art. 147. Rinvio facoltativo dell'esecuzione della pena.

L'esecuzione di una pena può essere differita:

- 1) se è presentata domanda di grazia, e l'esecuzione della pena non deve esser differita a norma dell'articolo precedente;
- 2) se una pena restrittiva della libertà personale deve essere eseguita contro chi si trova in condizioni di grave infermità fisica;
- 3) se una pena restrittiva della libertà personale deve essere eseguita nei confronti di madre di prole di età inferiore a tre anni. (¹ Numero così sostituito dall'art. 1, comma 2, della [L. 8 marzo 2001, n. 40](#))

Nel caso indicato nel n. 1, l'esecuzione della pena non può essere differita per un periodo superiore complessivamente a sei mesi, a decorrere dal giorno in cui la sentenza è divenuta irrevocabile, anche se la domanda di grazia è successivamente rinnovata.

Nel caso indicato nel numero 3) del primo comma il provvedimento è revocato, qualora la madre sia dichiarata decaduta dalla potestà sul figlio ai sensi dell'articolo 330 del codice civile, il figlio muoia, venga abbandonato ovvero affidato ad altri che alla madre. (² Comma così sostituito dall'art. 1, comma 3, della [L. 8 marzo 2001, n. 40](#))

Il provvedimento di cui al primo comma non può essere adottato o, se adottato, è revocato se sussiste il concreto pericolo della commissione di delitti. (³ Comma aggiunto dall'art. 1, comma 4, della [L. 8 marzo 2001, n. 40](#))

(Nota 2)

Legge 354/78 art. 47 ter (Detenzione domiciliare).

La pena della reclusione per qualunque reato, ad eccezione di quelli previsti dal libro II, titolo XII, capo III, sezione I, e dagli articoli 609-bis, 609-quater e 609-octies del codice penale, dall'articolo 51, comma 3-bis, del codice di procedura penale e dall'articolo 4-bis della presente legge, può essere espiata nella propria abitazione o in altro luogo pubblico di cura, assistenza ed accoglienza, quando trattasi di persona che, al momento dell'inizio dell'esecuzione della pena, o dopo l'inizio della stessa, abbia compiuto i settanta anni di età, purché non sia stato dichiarato delinquente abituale, professionale o per tendenza né sia stato mai condannato con l'aggravante di cui all'articolo 99 del codice penale.

1. La pena della reclusione non superiore a quattro anni, anche se costituente parte residua di maggior pena, nonché la pena dell'arresto, possono essere espiate nella propria abitazione o in altro luogo di privata dimora ovvero in luogo pubblico di cura, assistenza o accoglienza (**ovvero, nell'ipotesi di cui alla lettera a), in case famiglia protette**), quando trattasi di:

- a) donna incinta o madre di prole di età inferiore ad anni dieci con lei convivente; (65)
- b) padre, esercente la potestà, di prole di età inferiore ad anni dieci con lui convivente, quando la madre sia deceduta o altrimenti assolutamente impossibilitata a dare assistenza alla prole;
- c) persona in condizioni di salute particolarmente gravi, che richiedano costanti contatti con i presidi sanitari territoriali;
- d) persona di età superiore a sessanta anni, se inabile anche parzialmente;
- e) persona minore di anni ventuno per comprovate esigenze di salute, di studio, di lavoro e di famiglia.

1. Al condannato, al quale sia stata applicata la recidiva prevista dall'articolo 99, quarto comma del codice penale, può essere concessa la detenzione domiciliare se la pena detentiva inflitta, anche se costituente parte residua di maggior pena, non supera tre anni.

1-bis. La detenzione domiciliare può essere applicata per l'espiazione della pena detentiva inflitta in misura non superiore a due anni, anche se costituente parte residua di maggior pena, indipendentemente dalle condizioni di cui al comma 1 quando non ricorrono i presupposti per l'affidamento in prova al servizio sociale e sempre che tale misura sia idonea ad evitare il pericolo che il condannato commetta altri reati. La presente disposizione non si applica ai condannati per i reati di cui all'articolo 4-bis e a quelli cui sia stata applicata la recidiva prevista dall'articolo 99, quarto comma, del codice penale.

1-ter. Quando potrebbe essere disposto il rinvio obbligatorio o facoltativo della esecuzione della pena ai sensi degli articoli 146 e 147 del codice penale, il tribunale di sorveglianza, anche se la pena supera il limite di cui al comma 1, può disporre la applicazione della detenzione domiciliare, stabilendo un termine di durata di tale applicazione, termine che può essere prorogato. L'esecuzione della pena prosegue durante la esecuzione della detenzione domiciliare.

1-quater. Se l'istanza di applicazione della detenzione domiciliare è proposta dopo che ha avuto inizio l'esecuzione della pena, il magistrato di sorveglianza cui la domanda deve essere rivolta può disporre l'applicazione provvisoria della misura, quando ricorrono i requisiti di cui ai commi 1 e 1-bis. Si applicano, in quanto compatibili, le disposizioni di cui all'articolo 47, comma 4.