

GIUNTA DELLA REGIONE EMILIA ROMAGNA

Questo giorno Lunedì 23 **del mese di** Marzo
dell' anno 2009 **si è riunita nella residenza di** via Aldo Moro, 52 BOLOGNA
la Giunta regionale con l'intervento dei Signori:

1) Errani Vasco	Presidente
2) Muzzarelli Maria Giuseppina	Vice presidente
3) Bissoni Giovanni	Assessore
4) Bruschini Marioluigi	Assessore
5) Campagnoli Armando	Assessore
6) Dapporto Anna Maria	Assessore
7) Muzzarelli Gian Carlo	Assessore
8) Rabboni Tiberio	Assessore
9) Ronchi Alberto	Assessore
10) Sedioli Giovanni	Assessore
11) Zanichelli Lino	Assessore

Funge da Segretario l'Assessore Zanichelli Lino

Oggetto: PROVVEDIMENTI IN ORDINE ALLA DEFINIZIONE DEL MODELLO ORGANIZZATIVO IN MATERIA DI SANITA' PENITENZIARIA, ALLA ISTITUZIONE DELL'OSSERVATORIO PERMANENTE E ALLA ISTITUZIONE DEL COMITATO DI PROGRAMMA, AI SENSI DEL DPCM 1.4.2008

Cod.documento GPG/2009/342

Num. Reg. Proposta: GPG/2009/342

LA GIUNTA DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Richiamati:

- il D.Lgs. 22/6/99, n. 230 *"Riordino della medicina penitenziaria, a norma dell'art. 5 della L. 30 novembre 1998, n. 419"*, ai sensi del quale i detenuti e gli internati hanno diritto, al pari dei cittadini in stato di libertà, all'erogazione delle prestazioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, efficaci ed appropriate, sulla base degli obiettivi generali e speciali di salute e dei livelli essenziali di assistenza individuati dal Piano sanitario nazionale, nei piani sanitari regionali e in quelli locali e richiamato in particolare l'art.3 che attribuisce le competenze in materia sanitaria al Ministero della Salute, in materia di programmazione, indirizzo e coordinamento del SSN negli Istituti penitenziari, alle Regioni le competenze in ordine alle funzioni di organizzazione e programmazione dei servizi sanitari regionali negli Istituti penitenziari e il controllo sul funzionamento dei servizi medesimi e alle Aziende Sanitarie sono affidati la gestione e il controllo dei servizi sanitari negli istituti penitenziari;
- il D.P.R. 30/6/2000, n. 230 *"Regolamento recante norme sull'ordinamento penitenziario e sulle misure privative e limitative della libertà"*, a norma del quale i detenuti e gli internati usufruiscono dell'assistenza sanitaria secondo le disposizioni della vigente normativa;
- l'Accordo Conferenza Permanente Rapporti Stato Regioni del 22/11/2001 tra Governo, Regioni e Province Autonome sui livelli essenziali di assistenza sanitaria, ai sensi dell'art. 1 del D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i.;
- la L.r. n. 29/04 *"Norme generali sull'organizzazione e sul funzionamento del Servizio Sanitario Regionale"*;

- la delibera di Giunta Regionale n. 746 del 21.5.2007 "Approvazione dell'Atto di Intesa tra la RER ed il Ministero di Giustizia e dell'Accordo di collaborazione per il triennio 2007 - 2009 tra la RER e il DAP - PRAP, in materia di assistenza sanitaria erogata a favore delle persone detenute negli istituti penitenziari del territorio regionale";

-la L.R. 19/2/2008, n. 3 "Disposizioni per la tutela delle persone ristrette negli istituti penitenziari della Regione Emilia Romagna";

- la Deliberazione dell'Assemblea Legislativa n.175 del 22 maggio 2008, "Piano Sociale e Sanitario 2008-2010 (Proposta dalla G.R. 1 ottobre 2007, n.1448)", parte IV, capitolo 6;

Visto il D.P.C.M. 1/4/2008 concernente le "Modalità e criteri per il trasferimento al Servizio Sanitario Nazionale delle funzioni sanitarie dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria", pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana n.126 del 30.5.2008 ed entrato in vigore il 14/6/2008;

Rilevato in particolare che l'art.2 del suddetto DPCM prevede che le Regioni assicurano l'espletamento delle funzioni trasferite attraverso le Aziende sanitarie ricadenti nel proprio territorio e nel cui ambito di competenza sono ubicati gli istituti e i servizi minorili di riferimento; a tal fine le Regioni disciplinano gli interventi da attuare attraverso le Aziende Sanitarie in conformità ai principi definiti dalle linee guida di cui all'allegato A parte integrante del DPCM 1.4.2008.

Atteso che, detto DPCM nell'allegato A parte integrante, definito "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", prevede:

- al paragrafo "Indicazioni sui modelli organizzativi " che le Regioni entro il 31/03/2009 così come previsto dall'art. 3, comma 4, del suddetto DPCM, individuino 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" per garantire in modo uniforme i livelli essenziali delle prestazioni sanitarie e socio sanitarie nonché un'organizzazione omogenea dei servizi;

- al paragrafo "Monitoraggio e valutazione" che in ogni regione e Provincia autonoma venga realizzato un Osservatorio permanente sulla sanità penitenziaria, con rappresentanti della Regione, dell'Amministrazione Penitenziaria e della Giustizia Minorile, competenti territorialmente al fine di valutare l'efficienza e l'efficacia degli interventi a tutela della salute dei detenuti, degli internati e dei minorenni, competenti territorialmente;

Dato atto che in data 20 novembre u.s. la Conferenza Unificata ha sancito l'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano e le Autonomie Locali concernente la definizione delle forme di collaborazione relative alle funzioni di sicurezza ed i principi e criteri di collaborazione tra l'ordinamento sanitario e l'ordinamento penitenziario e della Giustizia Minorile, in attuazione dell'art.7 del DPCM 1.4.2008;

Richiamata la deliberazione di Giunta Regionale n.1063 del 16.7.2008 con cui la Giunta Regionale dell'Emilia Romagna ha preso atto delle disposizioni contenute nel citato D.P.C.M. 1.4.2008 e ha ritenuto opportuno rinviare tra gli ulteriori adempimenti previsti dal DPCM 1.4.2008 i seguenti:

1.1'istituzione dell'Osservatorio Permanente sulla sanità penitenziaria, composto da rappresentanti della Regione e dell'Amministrazione Penitenziaria e della Giustizia Minorile competenti territorialmente;

2.1'individuazione del modello organizzativo differenziato in rapporto alle tipologie e alla consistenza degli Istituti di Pena ubicati nella Regione Emilia-Romagna, per garantire l'assistenza sanitaria ai detenuti;

3.1'individuazione, entro il 31.3.2009, degli strumenti omogenei più idonei per assicurare, nel rispetto della

normativa applicabile al SSN, ed in conformità al modello organizzativo di cui al punto precedente, la necessaria continuità nell'esercizio delle funzioni trasferite;

Considerato che il Servizio Salute Mentale, Dipendenze Patologiche e Salute nelle carceri, conformemente a quanto previsto dal suddetto DPCM e dalla citata DGR n. 1063, ha ritenuto necessario ed opportuno redigere, il documento allegato "Indicazioni in materia di organizzazione delle funzioni sanitarie all'interno degli Istituti Penitenziari in applicazione del DPCM 1° aprile 2008 -Modalità e criteri per il trasferimento al Servizio Nazionale della funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie, delle attrezzature e dei beni strumentali in materia di sanità penitenziaria"- Istituzione del Programma Regionale per salute negli Istituti penitenziari, parte integrante della presente deliberazione" al fine di fornire alle Aziende Sanitarie indirizzi operativi omogenei per evitare difformità sul piano regionale;

Dato atto in particolare che l'allegato documento prevede la definizione del modello organizzativo in materia di sanità penitenziaria ed in particolare:

- il punto 2 "L'organizzazione dell'assistenza sanitaria: aspetti gestionali" stabilisce che le Aziende USL diventano titolari delle funzioni di gestione di tutte le attività sanitarie rivolte alla popolazione carceraria e a tal fine mettono in campo la propria organizzazione basata sulle attività dei tre Dipartimenti territoriali (Salute Mentale e Dipendenze Patologiche, Cure Primarie e Sanità Pubblica), coordinati all'interno del carcere da un "Medico referente per la salute nell'istituto Penitenziario" o dal "Medico referente per la salute nel centro di Giustizia Minorile" individuato dalla Direzione dell'Ausl;
- il punto 3 delinea "L'organizzazione dell'assistenza sanitaria: la programmazione locale e regionale" e specificatamente:
 - al punto 3.1 "Il livello locale", viene precisato che le Aziende Sanitarie esercitano le funzioni di programmazione, allocazione delle risorse e verifica delle attività svolte all'interno degli Istituti Penitenziari e a tal fine individuano un proprio dirigente "Responsabile del Programma

Aziendale per la salute negli Istituti Penitenziari" incaricato di curare gli aspetti di committenza locale e la rispondenza alle linee organizzative regionali;

- al punto 3.2 "Il livello regionale" viene istituito il "Programma regionale per la salute negli Istituti Penitenziari" con un proprio Responsabile di Programma che si avvale del supporto di un "Comitato esecutivo";
- al punto 6 viene prevista l'Istituzione dell'Osservatorio Regionale permanente sulla salute della popolazione ristretta, ai fini del monitoraggio congiunto tra sistema sanitario regionale e Amministrazione Penitenziaria;

Considerato che, allo scopo di garantire la massima condivisione necessaria ad assicurare la piena operatività e funzionalità di quanto previsto, il documento allegato parte integrante della presente deliberazione, è stato oggetto di confronto e approfondimento con tutti i soggetti istituzionali interessati nonché di informazione alle OO.SS Confederali, del Comparto Sanità e della Dirigenza Medica, nell'incontro tenutosi il 20 febbraio 2009;

Ritenuto pertanto di fornire con il presente atto indicazioni alle Aziende Sanitarie al fine di uniformare il loro operato, nel rispetto dell'autonomia e della responsabilità di ciascuna di esse, e ritenuto dunque di procedere all'approvazione del documento allegato, quale strumento volto a garantire l'unitarietà del servizio sanitario regionale;

Dato atto del parere allegato;

Dato atto del parere favorevole della Commissione Assembleare Politiche per la Salute e Politiche Sociali, nella seduta del 18 marzo 2009;

Su proposta dell'Assessore alle Politiche per la salute;

A voti unanimi e palesi

D e l i b e r a

1. di approvare per le motivazioni espresse in premessa e che qui si intendono integralmente richiamate l'allegato documento "Indicazioni in materia di organizzazione delle funzioni sanitarie all'interno degli Istituti Penitenziari in applicazione del DPCM 1° aprile 2008 -Modalità e criteri per il trasferimento al Servizio Nazionale della funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie, delle attrezzature e dei beni strumentali in materia di sanità penitenziaria" - Istituzione del Programma Regionale per salute negli Istituti penitenziari" parte integrante e sostanziale del presente atto deliberativo;
2. di istituire l'Osservatorio Permanente sulla Sanità penitenziaria, formato da rappresentanti della Regione e dell'amministrazione Penitenziaria e della Giustizia Minorile;
3. di istituire il Comitato esecutivo di Programma;
4. di demandare ad apposito provvedimento del Direttore Generale Sanità e Politiche Sociali la nomina dei componenti del "Comitato esecutivo di programma" e dell'Osservatorio permanente sulla sanità penitenziaria di cui ai precedenti punti 2 e 3;
5. di stabilire che il presente atto non comporterà nessun onere a carico del bilancio regionale;
6. di pubblicare integralmente il presente provvedimento nel Bollettino Ufficiale della Regione Emilia-Romagna.

Indicazioni in materia di organizzazione delle funzioni sanitarie all'interno degli Istituti Penitenziari in applicazione del DPCM 1° aprile 2008 "Modalità e criteri per il trasferimento al Servizio Nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie, delle attrezzature e dei beni strumentali in materia di sanità penitenziaria" - Istituzione del Programma Regionale per salute negli Istituti penitenziari.

Indice.

1. Aspetti generali e di contesto
2. L'organizzazione dell'assistenza sanitaria: aspetti gestionali.
3. L'organizzazione dell'assistenza sanitaria: la programmazione locale e regionale.
4. Il superamento dell'O.P.G.
5. Il Centro clinico di Parma.
6. L'osservatorio regionale permanente sulla salute della popolazione ristretta.
7. La Commissione regionale per l'esecuzione penale adulti.

1. Aspetti generali e di contesto

1.1.Premessa.

I provvedimenti normativi contenuti nel D.P.C.M. 1/4/08 disegnano un assetto completamente nuovo dell'assistenza sanitaria negli Istituti penitenziari, funzione ora a pieno titolo esercitata dal Servizio Sanitario Regionale. Con il presente atto la Regione Emilia-Romagna individua le forme organizzative necessarie ad assicurare la tutela della salute negli Istituti Penitenziari sulla base del principio di uguaglianza rispetto al diritto alla salute tra la popolazione ristretta e quella libera.

L'accordo tra il Governo, le Regioni, le Province autonome di Trento e Bolzano e le Autonomie locali, in merito al citato DPCM, siglato il 20 /11/2008 (rep. n. 102/c.u.), costituisce una prima cornice di riferimento entro la quale collocare le scelte sia a livello regionale, sia a livello locale.

Gli Istituti Penitenziari sono parte integrante del territorio. In essi vengono espletate tutte le attività di prevenzione, promozione della salute, diagnosi, terapia e riabilitazione previste dai Livelli Essenziali di Assistenza nazionali e ricomprese nella programmazione regionale. Il personale delle AUSL che opera negli Istituti Penitenziari svolge la propria attività nel rispetto di tutte le norme deontologiche, civili e penali che regolano l'esercizio professionale nel Sistema Sanitario Nazionale. Il personale sanitario è altresì tenuto al rispetto dei regolamenti penitenziari, così come sancito dal DLgs 230/99. Il Servizio sanitario regionale e l'Amministrazione Penitenziaria svolgono la loro attività sulla base del principio di leale collaborazione tra istituzioni pubbliche.

1.2.Riferimenti normativi

Nazionali

- Il Dlgs 230/99 "Riordino della medicina penitenziaria in applicazione dell'art. 5 della legge 30/11/98 n. 419", assegna al servizio sanitario nazionale il compito di assicurare alle persone detenute o internate livelli di prestazioni di prevenzione, di diagnosi, di cura e riabilitazione analoghi a quelli garantiti ai cittadini in stato di libertà, sulla base degli obiettivi generali, di salute e dei livelli essenziali di assistenza individuati nel piano sanitario nazionale e regionale;
- La Legge costituzionale n. 3 del 18/10/01, "Modifica al Titolo V della parte II della Costituzione", al nuovo articolo 117 riconosce alle regioni potestà legislativa nel rispetto della Costituzione e dei vincoli derivanti dall'ordinamento comunitario ed

internazionale ed indica la “TUTELA DELLA SALUTE” quale materia di legislazione concorrente Stato Regioni;

- Il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 01/04/08 “Modalità e criteri per il trasferimento al Servizio Sanitario Nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria”, pubblicato nella G. U. della Repubblica Italiana n. 126 del 30/05/08 entrato in vigore il 14/06/08 con le relative linee di indirizzo.
- l'accordo tra il Governo, le Regioni, le Province autonome di Trento e Bolzano e le Autonomie locali concernente la definizione delle forme di collaborazione relative alle funzioni della sicurezza, i principi ed i criteri di collaborazione tra l'ordinamento sanitario e l'ordinamento penitenziario e della giustizia minorile in attuazione dell'art. 7 del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 1° aprile 2008;
- legge di ordinamento penitenziario n. 354/75
- Nuovo Regolamento di Esecuzione, emanato con D.P.R. 30/06/2000, n. 230.

Regionali

- La Deliberazione della Giunta regionale 746/07 “Approvazione dell'atto di intesa tra la RER ed il ministero della Giustizia e dell'accordo di collaborazione per il triennio 2007-2009 tra la RER ed il DAP-PRAP in materia di assistenza sanitaria erogata a favore delle persone detenute negli Istituti Penitenziari del territorio regionale”, con la quale le due amministrazioni si impegnavano a realizzare negli Istituti Penitenziari della regione il progressivo passaggio al SSR della Sanità penitenziaria e provvedevano a far transitare dal 1.6.2007 tutte le funzioni specialistiche alle AUSL della regione;
- La legge regionale n. 3 del 19 febbraio 2008 “Disposizioni per la tutela delle persone ristrette negli istituti penitenziari della Regione Emilia-Romagna” che all'art. 3 “Tutela della salute” già prevedeva, in accordo con il Provveditorato regionale dell'Amministrazione Penitenziaria, interventi riguardanti la farmaceutica, la tossicodipendenza, la profilassi delle malattie infettive e inoltre interventi a favore degli internati dell'OPG;
- Il Piano Sociale e Sanitario della R.E.R. 2008-2010, deliberazione dell'Assemblea Legislativa del 22/5/2008 n. 175, prevede anche interventi di assistenza sanitaria a favore dei detenuti in particolare: a) nella parte prima relativa alle forme di integrazione socio/sanitaria e alla programmazione congiunta; b) nella parte seconda che comprende la definizione delle aree e degli obiettivi delle politiche sociali; c) nei

capitoli relativi alle tematiche dell'adolescenza, dei giovani, degli immigrati stranieri, della salute mentale, delle dipendenze patologiche, della salute nelle carceri, delle sezioni relative alla sanità pubblica e integrazione sovra aziendali.

- La deliberazione di Giunta Regionale n. 1063 del 16/07/2008 con la quale viene formalmente recepito il DPCM del 1° aprile 2008 in particolare per quanto riguarda i rapporti di lavoro e rimanda a successivi atti in ordine:
 1. al trasferimento delle attrezzature, degli arredi e dei beni strumentali afferenti alle attività sanitarie(per i quali dovrà essere redatto dal Ministero della Giustizia apposito inventario) mediante acquisizione degli stessi e contestuale trasferimento nel patrimonio delle AUSL della Regione Emilia Romagna. A tale trasferimento provvederanno i Responsabili dei Servizi competenti in materia di strutture socio sanitarie e di sanità pubblica presso la Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali;
 2. alla istituzione, con proprio successivo provvedimento, dell'Osservatorio permanente sulla sanità penitenziaria, formato da rappresentanti della Regione e dell'Amministrazione penitenziaria e della Giustizia minorile competenti territorialmente, previsto dall'allegato A al D.P.C.M. 1/4/08, recante "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;
 3. all'individuazione, con proprio successivo provvedimento, del modello organizzativo, differenziato in rapporto alle tipologie e alla consistenza degli Istituti di Pena ubicati nella Regione Emilia-Romagna, per garantire l'assistenza sanitaria ai detenuti;
 4. all'individuazione, con proprio successivo provvedimento, entro il 31.3.2009, degli strumenti omogenei più idonei per assicurare, nel rispetto della normativa applicabile al Servizio Sanitario Nazionale, ed in conformità al modello organizzativo di cui al punto precedente, la necessaria continuità nell'esercizio delle funzioni trasferite.

1.3. La tutela della salute nelle carceri dell'Emilia-Romagna

L'organizzazione della assistenza sanitaria nelle carceri ha sin qui poggato sulla legge di ordinamento penitenziario n. 354/75 e sul Nuovo Regolamento di Esecuzione,

emanato con D.P.R. 30/06/2000, n. 230. Si tratta di un impianto pensato al tempo delle “leggi speciali” che poggia sul criterio di sicurezza e sulla autosufficienza della Amministrazione Penitenziaria per garantire assistenza al proprio interno. Dal 1975 lo scenario dell’universo penitenziario e dei connessi problemi di salute pubblica è profondamente mutato. La popolazione è più che raddoppiata (da 29.000 ad oltre 60.000 prima dell’indulto); nel carcere si sono affacciati problemi nuovi come la tossicodipendenza, l’AIDS ed altri si sono aggravati, come quelli legati ai disturbi mentali ed alle patologie degli immigrati, e al tempo stesso l’obsolescenza dell’OPG è diventata sempre più evidente. Le difficoltà dell’amministrazione penitenziaria nel garantire con le sue sole forze un intervento di salute uguale o paragonabile a quello riservato alla popolazione non ristretta hanno portato ai provvedimenti del DLgs 230/99 e del DPCM 1/4/2008 ed al conseguente trasferimento delle funzioni sanitarie al SSN. Esso è stato preceduto da sperimentazioni ed anticipazioni che hanno per così dire esplorato le potenzialità di questo nuovo assetto, come il passaggio di competenze del presidio di intervento sulle dipendenze patologiche in carcere dal sistema sanitario penitenziario al sistema sanitario regionale: l’assistenza ai detenuti tossicodipendenti dal 2001 è garantita dal SerT competente territorialmente. Questa anticipazione ha dimostrato che l’ingresso del sistema sanitario regionale negli Istituti penitenziari è concretamente praticabile; il valore di questa esperienza è divenuto del tutto evidente al momento dell’indulto, quando oltre il 95% dei detenuti tossicodipendenti in Emilia-Romagna rimessi in libertà ha mantenuto una continuità terapeutica proseguendo all’esterno il programma avviato in carcere.

La Regione Emilia-Romagna sin dall’approvazione del DLgs 230/99 ha cercato di percorrere strade innovative e di concordare modalità di collaborazione con il Ministero della Giustizia e con il Dipartimento dell’Amministrazione Penitenziaria al fine di produrre un miglioramento della assistenza e preparare la strada al completo passaggio delle funzioni assistenziali al SSR. In Emilia-Romagna sono presenti 12 stabilimenti penitenziari: 3 carceri con meno di duecento detenuti (Rimini, Ravenna, Forlì), 3 carceri di medie dimensioni (Ferrara, Reggio-Emilia e Piacenza), 3 carceri di grandi dimensioni (Bologna, Modena e Parma), 2 Case di lavoro (Castelfranco Emilia e Saliceta San Giuliano, entrambe in provincia di Modena), l’Ospedale Psichiatrico Giudiziario di Reggio Emilia, Centro di Giustizia Minorile di Bologna.[*vedi tabella 1 allegata*].

La popolazione che prima dell’indulto era di circa 4.000 unità è scesa intorno alle 3.000 presenze giornaliere per poi risalire alle circa 3.900 attuali. Si può dire che in

Regione sono presenti le principali tipologie di istituzioni penitenziarie e si incontrano i problemi che mediamente si trovano nelle regioni più grandi. La popolazione detenuta è indicativamente costituita per il 50% da immigrati con o senza permesso di soggiorno, per il 30% da detenuti con residenza in Emilia Romagna, e per il restante 20% con residenza in altre regioni.

Il nostro territorio ha dedicato ampia attenzione alla istituzione carceraria con una lunga tradizione di associazionismo attivo con finalità umanitarie, educative e di rappresentanza dei diritti delle persone ristrette. Tale storica collaborazione ha fatto sì che ancor prima del DLgs 230 esistessero protocolli di collaborazione in ambito sanitario che solo dopo tale legge hanno richiesto di essere sistematizzati.

Rispetto allo scenario nazionale, in Emilia-Romagna già oggi esiste un sistema integrato SSR-Amministrazione Penitenziaria e si può oggi puntare ad un effettivo trasferimento di tutte le funzioni, sempre che le scelte di livello nazionale lo consentano. Alcuni elementi di alta qualificazione del sistema misto sono stati realizzati a partire dal lavoro di una commissione paritetica con dirigenti delle due amministrazioni che sin dal 2000 ha elaborato progetti e ne ha curato la implementazione:

- 1) completo passaggio dell'intervento sulle dipendenze patologiche ai SerT e degli interventi di igiene e prevenzione ai Dipartimenti di Sanità Pubblica delle AUSL;
- 2) sempre nell'ambito delle dipendenze patologiche, apertura di tre sezioni a custodia attenuata (SeAtt) a Rimini, Forlì e Castelfranco Emilia, in collaborazione operativa fra D.A.P., SerT, Enti Locali, Enti Ausiliari e volontariato sociale; si tratta di strutture ricavate all'interno degli istituti penitenziari, ma impostate su modelli organizzativi dove prevale l'aspetto trattamentale-riabilitativo rispetto a quello custodialistico;
- 3) fornitura gratuita dei farmaci di fascia A e H da parte dei Servizi Farmaceutici delle rispettive Aziende Sanitarie;
- 4) fornitura da parte delle Aziende Sanitarie della Regione a titolo gratuito delle prestazioni laboratoristiche e degli esami strumentali;
- 5) fornitura in comodato di uso gratuito di defibrillatori per la rianimazione cardio-polmonare (BLSD) e finanziamento dei corsi per gli esecutori;
- 6) realizzazione di seminari di formazione congiunta sulla gestione delle Aree Sanitarie negli Istituti Penitenziari, rivolto ai medici responsabili ed ai coordinatori tecnico-infermieristici delle Aree Sanitarie delle carceri ed ai referenti AUSL della Medicina Penitenziaria;.

- 7) Attivazione dal 2000 del reparto Antares all'interno dell'O.P.G. di Reggio Emilia, nel quale il personale di polizia penitenziaria è affiancato ed in parte sostituito da personale infermieristico, psicologico ed educativo di area sanitaria, finanziato con fondi regionali;
- 8) dal 2003 finanziamento regionale di tutti i progetti individuali di dimissione dal OPG, con rimborso alle Aziende USL tutte le spese relative ai primi anni dopo la dimissione. Tale accordo è stato definito a garanzia della tempestività della dimissione, venuti meno i motivi di salute e di sicurezza per la permanenza nell'OPG.
- 9) apertura nell'ottobre 2007 di una struttura di accoglienza transitoria per soggetti in dimissione dall'OPG a cura dell'AUSL di Forlì, cui è stato affidato anche il coordinamento dei DSM-DP al fine di garantire una effettiva presa in carico durante e dopo l'internamento in OPG.
- 10) l'accordo operativo che, nel confermare tutte le aree di collaborazione già esistenti, dal 1° giugno 2007 ha trasferito al SSR le attività medico specialistiche negli istituti penitenziari.

Ora occorre procedere a completare l'effettiva assunzione di responsabilità del SSR sulla tutela della salute negli Istituti Penitenziari e nel Centro di Giustizia minorile rendendoli effettivamente parte integrante del territorio sul quale insistono e ciò richiede una progettualità tecnica in grado di identificare i bisogni di salute di quel contesto e rispondervi, nonché una progettualità organizzativa specifica che con questo atto si intende promuovere.

2. L'organizzazione dell'assistenza sanitaria: aspetti gestionali.

Le Aziende USL sono titolari delle funzioni di gestione di tutte le attività sanitarie rivolte alla popolazione carceraria e mettono in campo a tal fine la intera propria organizzazione basata sui Dipartimenti di produzione sanitaria. In particolare i Dipartimenti territoriali (salute mentale e dipendenze patologiche, cure primarie e sanità pubblica) ed i Servizi di Medicina Legale ampliano il proprio ambito di intervento estendendolo agli Istituti Penitenziari e al Centro di Giustizia minorile nei quali operano professionisti a pieno titolo inquadrati nelle UU.OO. di pertinenza. Tali Professionisti svolgono la loro attività nel rispetto di tutte le norme deontologiche, civili e penali che regolano l'esercizio professionale nel Sistema Sanitario Nazionale e nel rispetto dei regolamenti penitenziari.

Le Aziende USL si impegnano a organizzare il proprio intervento all'interno degli istituti penitenziari in maniera da ridurre il più possibile il ricorso a prestazioni esterne, fatto salvo il diritto del detenuto a ricevere prestazioni specialistiche ambulatoriali ed ospedaliere necessarie alla tutela della sua salute ed ottenibili solo all'esterno del carcere.

Le attività dei tre dipartimenti territoriali all'interno del carcere sono coordinate da un "Medico referente per la salute nell'Istituto Penitenziario", oppure dal "Medico referente per la salute nel Centro di Giustizia minorile" individuato dalla Direzione dell'AUSL, sentito il Direttore dell'Istituto Penitenziario, tra i professionisti ivi operanti, sulla base di una comprovata esperienza nel settore. Tale funzione sarà definita nell'ambito dei rispettivi assetti organizzativi aziendali, sulla base dei criteri e della tipologie previsti negli indirizzi fissati dalla DGR n. 86 del 2006 contenente le direttive alle Aziende Sanitarie per l'adozione degli atti aziendali. Il Medico referente svolgerà un raccordo tra i vari professionisti operanti in carcere, ai fini della integrazione degli interventi sui detenuti singoli e come popolazione. Il Medico referente manterrà i rapporti con la Direzione del carcere per tutto ciò che riguarda i potenziali conflitti tra istanze di salute e istanze di sicurezza riguardo i singoli detenuti e riguardo la popolazione detenuta complessiva. La riforma crea infatti una situazione nuova all'interno del carcere, situazione che prevedibilmente genererà una dialettica tra funzione di sicurezza e funzione di tutela della salute. Mentre in precedenza la sintesi di questi due aspetti era in capo direttamente al Medico incaricato, in base alla sua qualifica di dipendente dell'Amministrazione Penitenziaria(sia DAP, sia DGM), oggi il "Medico referente" assume la sola funzione sanitaria ed è tenuto a confrontarsi con la Direzione dell'Istituto Penitenziario oppure con la Direzione del Centro di Giustizia minorile per tutto ciò che attiene alla dimensione della sicurezza. Ne discende ad esempio che tutte le attività medico legali interne all'Amministrazione Penitenziaria(sia DAP, sia DGM), andranno riviste ed effettuate all'interno di una cornice aziendale di riferimento, con il coinvolgimento e la supervisione dei servizi di Medicina Legale per come definiti e inquadrati dalla DGR 2011/07. Ne discende anche che laddove esigenze di sicurezza rendano necessario differire o non effettuare attività o prestazioni sanitarie ciò debba essere stabilito in base a una chiara distinzione di responsabilità delle due istituzioni coinvolte.

L'Azienda USL individuerà anche un "Referente assistenziale" tra i professionisti operanti nelle istituzioni penitenziarie, con il compito di coordinare le attività assistenziali, tenuto conto delle incombenze organizzative legate all'osservanza dei criteri di sicurezza richiesti dalle Direzioni di Istituto. Negli Istituti ove si riscontrano le maggiori complessità e

cioè in quelli di Bologna, Modena, Parma, OPG di Reggio Emilia, e in quello di Piacenza a condizione dell'attivazione del Reparto di Osservazione Psichiatrica, le Aziende individueranno quale "Coordinatore assistenziale".

3. L'organizzazione dell'assistenza sanitaria: la programmazione locale e regionale.

3.1. Il livello locale.

Le Aziende USL esercitano le funzioni di programmazione, allocazione delle risorse e verifica delle attività svolte all'interno degli Istituti Penitenziari, secondo i meccanismi propri della committenza locale. A tal fine le AUSL individuano un proprio dirigente "Responsabile del programma aziendale per salute negli Istituti penitenziari", di norma diverso dal "Medico referente", tra il personale della Direzione Sanitaria o tra il personale inquadrato nei Dipartimenti territoriali. Il responsabile di programma opera in staff alla Direzione Sanitaria ed è incaricato di curare gli aspetti di committenza locale e la rispondenza alle linee organizzative regionali.

Le Aziende USL possono anche istituire un coordinamento dei Responsabili di Programma di Area Vasta per favorire l'omogeneità degli standard assistenziali locali, un efficace uso delle risorse e la programmazione di attività a valenza sovra aziendali.

3.2. Il livello regionale

A livello regionale viene istituito "Il Programma regionale per la salute negli Istituti penitenziari" con un proprio responsabile. Il Programma definisce le linee di sviluppo organizzativo del settore, gli standard clinico-assistenziali, formula una proposta di riparto delle risorse alle Aziende USL, cura il monitoraggio delle realizzazioni e la valutazione della politiche regionali in materia. Il documento regionale di programmazione del settore ha valenza triennale; il primo deve essere approvato entro il 30.9.2009 e deve definire:

- gli standard clinico assistenziali;
- le modalità di collaborazione con il Provveditorato Regionale e con il Centro di Giustizia minorile;
- le attività sovra aziendali;
- le attività specialistiche (centri clinici);
- il programma di superamento dell' O.P.G.;
- le attività di formazione, ricerca e innovazione.

Il Responsabile del Programma si avvale del supporto di un "Comitato esecutivo", che si riunisce almeno due volte all'anno ed è così composto:

- 1 Dirigente Regionale;
- 2 "Medici referenti" operanti negli Istituti Penitenziari;
- 1 "Medico referente" del Centro di Giustizia Minorile;
- 2 Responsabili di Programma;
- 1 Referente assistenziale;
- 1 Responsabile di U.O. dell'O.P.G. di Reggio-Emilia;
- 1 Esperto regionale per le problematiche delle Risorse Umane;
- 1 Esperto regionale in materia di assistenza ai minori;
- 1 Esperto regionale in materia di dipendenze patologiche;
- 1 Esperto regionale in materia di psichiatria;
- 1 Esperto regionale in materia di prevenzione;
- 1 Esperto regionale in materia di organizzazione dell'assistenza sanitaria nelle carceri.
- 1 Direttore di Istituto penitenziario, nominato dal PRAP, quale invitato permanente.

Il Responsabile del Programma e il Comitato esecutivo mantengono regolari rapporti con il Provveditorato Regionale dell'Amministrazione Penitenziaria finalizzati alla predisposizione e alla attuazione di specifici accordi anche eventualmente in ambito locale.

4. Superamento dell'O.P.G.

Con l'applicazione del DPCM del 1 aprile 2008 e con l'approvazione della Legge dello Stato n. 244/07 (Finanziaria 2008) transita alle competenze del Sistema Sanitario Regionale anche la gestione sanitaria dell'Ospedale Psichiatrico Giudiziario di Reggio Emilia. Come si rileva dall'allegato c) "Linee di indirizzo per l'intervento negli ospedali psichiatrici giudiziari e nelle case di cura e custodia" al citato DPCM, la Regione dovrà operare nell'ottica del superamento dell'OPG di Reggio Emilia in tempi definiti, attivandosi per favorire una presa in carico degli internati cittadini della nostra regione da parte dei "Dipartimenti di Salute mentale e dipendenze patologiche" delle Ausl. Per perseguire tali scopi viene istituita presso il DSM-DP dell'AUSL di Reggio Emilia la U.O. OPG.

L'AUSL di Reggio Emilia nell'ambito del "Programma regionale per la salute negli Istituti penitenziari" è incaricata di:

- coordinare i percorsi di uscita degli internati per conto di tutti i dipartimenti regionali interessati.
- predisporre e attuare un programma triennale che sarà parte integrante del "Programma regionale per la salute negli Istituti penitenziari";
- individuare l'offerta residenziale e di programmi territoriali alternativi all'OPG coordinando in tal senso i DSM-DP;
- coordinare i percorsi di restituzione e partecipazione alla presa in carico degli internati delle Regioni Friuli V. G., Veneto, Marche e delle P.A. Trento e Bolzano.

5. Il centro Clinico di Parma.

Il Centro Clinico presso il Carcere di Parma è attualmente dotato di posti rispondenti a necessità cliniche dell'Amministrazione Penitenziaria programmate su scala sovra regionale. Con l'attuazione del DPCM del 1 aprile 2008 e con la Legge dello Stato n. 244/07 (Finanziaria 2008) anche la gestione del Centro Clinico di Parma passa al Sistema Sanitario Regionale e come tale rientra all'interno di una programmazione unitaria regionale.

Il Centro Clinico di Parma manterrà una sua funzione specifica per i ricoveri, appropriati da un punto di vista clinico, di detenuti sottoposti a particolari misure di sicurezza (alta Sorveglianza, 41 Bis ecc.). Per quanto riguarda la programmazione dei posti letto bisognerà tenere conto sia della domanda proveniente dagli I.P. regionali, sia della necessità di dover rispondere, sulla base del piano complessivo che sarà concordato in sede di Conferenza Unificata come previsto alla lettera f) dell'accordo ex art.7 rep. n. 102/c.u. del 20/11/2008 , anche alle esigenze di ricovero di detenuti in regime di alta sorveglianza, 41 Bis ecc., provenienti da Istituti Penitenziari di Regioni limitrofe in uno schema organizzativo nazionale. Sulla base degli elementi di cui sopra, tenuto conto delle specificità del centro Clinico, l'AUSL di Parma, in accordo con il livello regionale, sentiti rispettivamente Il Direttore dell'Istituto Penitenziario e il PRAP, elaborerà un modello organizzativo specifico.

6. L'osservatorio regionale permanente sulla salute della popolazione ristretta.

Ai fini del monitoraggio congiunto tra Sistema Sanitario Regionale e Amministrazione Penitenziaria è istituito l'Osservatorio Regionale. Esso è previsto dal DPCM 1/4/2008, allegato A ed è composto per la parte del SSR dal Comitato Esecutivo, per il PRAP da personale da esso designato e infine da due Rappresentanti nominati dal Tribunale di Sorveglianza di Bologna .

L'osservatorio:

- Conduce ricerche epidemiologiche sulla popolazione ristretta;
- Monitorizza le risposte del sistema Ausl/I.P.;
- Individua e valorizza percorsi virtuosi di integrazione istituzionale nell'offerta di servizi sanitari;
- Propone pratiche di miglioramento organizzativo anche in riferimento a contesti locali.

L'Osservatorio, coordinato dal Responsabile del Servizio "Salute mentale, dipendenze patologiche e salute nelle carceri" della RER, opera a supporto della Direzione Generale "Sanità e politiche sociali" e si interfaccia con l'Osservatorio nazionale previsto a livello del Ministero della Salute e del Coordinamento delle Regioni e Province autonome.

7. La Commissione regionale per l'esecuzione penale adulti.

Il "Protocollo d'intesa tra il ministero di grazia e giustizia e la Regione Emilia-Romagna per il coordinamento degli interventi rivolti ai minori imputati di reato e agli adulti sottoposti a misure penali restrittive della libertà" siglato il 5 marzo 1998(D.G. 279 del 10/03/1998), prevede al punto C. della Parte Terza la costituzione della "Commissione Regionale per l'area dell'esecuzione penale". Detta commissione costituita con Determinazione n.11745 del 16/11/1998 del Direttore generale alle Politiche Sociali e composta da rappresentanti della Regione Emilia-Romagna, del P.R.A.P., degli Istituti di Pena, del C.S.A. e dei Comitati locali per l'esecuzione penale adulti si riunisce sistematicamente con cadenza almeno annuale.

L'assistenza sanitaria negli Istituti di Pena, al di là degli aspetti di salute primaria e di salute pubblica, riveste anche un profilo etico-politico di tutela sociale fondamentale. Essa è in oltre un importante tassello della politica di welfare più complessiva per una popolazione ad alto rischio di emarginazione sociale. Per tutti questi motivi, nell'ambito del "Programma per la salute negli Istituti di pena" sarà predisposta una relazione annuale da

presentare alla “Commissione regionale per l’esecuzione penale adulti” come previsto dall’atr. 9 della legge regionale n. 3/2008.

TABELLA 1 - GLI ISTITUTI PENITENZIARI NELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA

ISTITUTI PENALI PER ADULTI

SEDE ISTITUTO	TIPOLOGIA	DETENUTI PRESENTI AL 30/06/2008		
		D	U	TOT
Bologna	Casa circondariale con sezione reclusi	49	997	1046
Piacenza	Casa circondariale	14	315	329
Parma	Casa circondariale	0	98	98
	Casa di reclusione con annesso Centro clinico diagnostico terapeutico	0	337	337
Reggio Emilia	Casa circondariale	12	272	284
	O.P.G.	0	289	289
Modena	Casa circondariale	28	393	421
Castelfranco	Casa lavoro	0	86	86
Saliceta San Giuliano	Casa lavoro	0	89	89
Ferrara	Casa circondariale con sezione reclusi	0	378	378
Ravenna	Casa circondariale	0	135	135
Forlì	Casa circondariale	24	200	224
Rimini	Casa circondariale	0	139	139
Totale		127	3728	3855

TIPOLOGIE DEGLI ISTITUTI PENITENZIARI PER ADULTI

con riferimento alla posizione giuridica dei detenuti:

- Casa circondariale: accoglie detenuti a disposizione dell'autorità giudiziaria e condannati alla pena di reclusione non superiore a 5 anni;
- Case o sezioni di reclusione: accoglie detenuti anche con condanne all'ergastolo;
- Istituti per l'esecuzione delle misure di sicurezza: case lavoro e ospedali psichiatrici giudiziari;
- Centri di osservazione, diagnosi e terapia; istituti o sezioni specializzate per infermi e minorati.

ISTITUTI PENITENZIARI PER MINORI - CENTRO DI GIUSTIZIA MINORILE

SEDE	TIPOLOGIA		N. POSTI	INGRESSI anno 2007
Bologna	Istituto Penale per minorenni	I.P.M	16	119
Bologna	Centro prima accoglienza	C.P.A.	6	99
Bologna	Comunità ministeriale	C.M.	6	99

I.P.M.: accoglie minori e giovani adulti, fino al compimento dei 21 anni, sottoposti a provvedimento di custodia cautelare e/o in espiazione pena;

arrestati o fermati in flagranza di reato per max 72 ore ;

C.P.A.: struttura di accoglienza di minori e giovani

C.M.: accoglie minori sottoposti al provvedimento della misura cautelare del collocamento in altra comunità; Nel I.P.M.: attualmente vi è una ricettività per 16 minori ma sono in corso di ultimazione lavori di ristrutturazione ed ampliamento che prevedono un aumento della ricettività complessivamente per 44 posti.

REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Atti amministrativi

GIUNTA REGIONALE

Leonida Grisendi, Direttore generale della DIREZIONE GENERALE SANITA' E POLITICHE SOCIALI esprime, ai sensi dell'art. 37, quarto comma, della L.R. n. 43/2001 e della deliberazione della Giunta Regionale n. 2416/2008, parere di regolarità amministrativa in merito all'atto con numero di proposta GPG/2009/342

data 02/03/2009

IN FEDE

Leonida Grisendi

omissis

L'assessore Segretario: Zanichelli Lino

Il Responsabile del Servizio
Segreteria e AA.GG. della Giunta
Affari Generali della Presidenza
Pari Opportunita'