

**PRESIDENZA  
DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI**  
CONFERENZA UNIFICATA

ACCORDO 27 luglio 2017.

Accordo, ai sensi dell'articolo 9 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, sul documento recante «Piano nazionale per la prevenzione delle condotte suicidarie nel sistema penitenziario per adulti». (Repertorio atti n. 81/CU).

LA CONFERENZA UNIFICATA

Nell'odierna seduta del 27 luglio 2017:

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

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

Visto il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 1° aprile 2008, emanato in attuazione del menzionato art. 2, comma 283, della legge n. 244 del 2007, recante «Modalità e criteri per il trasferimento al Servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria»;

Considerato che questa Conferenza, nella seduta del 31 luglio 2008, ha deliberato (rep. atti n. 81/CU) la costituzione del «Tavolo di consultazione permanente sulla sanità penitenziaria» (di seguito: «il Tavolo») di cui all'Allegato A del predetto decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 1° aprile 2008, tra i cui compiti è previsto anche l'espletamento dell'attività istruttoria dei provvedimenti, da sottoporre all'esame di questa medesima Conferenza, attuativi del più volte citato decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 1° aprile 2008;

Considerato, inoltre, che al Tavolo è demandato, in particolare, il compito di predisporre indirizzi per favorire la realizzazione di programmi di interventi nelle realtà territoriali nei confronti dei detenuti, degli internati e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale e quello di definire strumenti volti a favorire il coordinamento fra le Regioni, Provveditorati regionali dell'Amministrazione penitenziaria e Centri della giustizia minorile;

Considerato che l'Allegato A al citato decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 1° aprile 2008 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» riserva, in particolare, una specifica attenzione alla tematica della presa in carico dei nuovi giunti e della prevenzione del rischio suicidario;

Visto l'Accordo, ai sensi dell'art. 9 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, sul documento proposto dal Tavolo recante «Linee di indirizzo per la riduzione del rischio autolesivo e suicidario dei detenuti, degli internati e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale» (rep. atti n. 5/CU del 19 gennaio 2012);

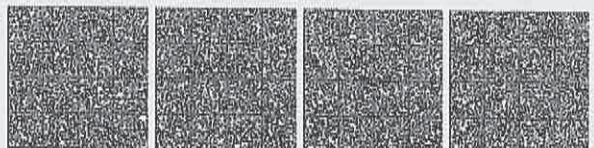
Considerata la necessità di superare la fase di sperimentazione prevista dal suddetto Accordo e di aggiornarne e ampliarne i contenuti, allo scopo di costituire una rete integrata di interventi tra il livello nazionale, il livello regionale ed il livello locale delle attività di prevenzione del rischio suicidario per i detenuti adulti;

Considerata la necessità di formulare un apposito documento relativo all'area della giustizia minorile, attese le peculiarità che caratterizzano i comportamenti autolesivi dei minori, che richiedono programmazioni mirate;

Vista la lettera pervenuta in data 4 ottobre 2016 e trasmessa in pari data a tutti in componenti del Tavolo, con la quale il Ministero della giustizia - Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria - ha proposto all'esame del Tavolo medesimo una bozza del documento indicato in oggetto;

Considerato che, nel corso delle riunioni del Tavolo, svoltesi il 18 e il 21 novembre 2016, si è discussa la bozza citata ritenendo che, ai fini della proficua conduzione dei lavori e la successiva definizione della stessa, fosse necessario procedere con una modalità partecipata e condivisa delle Regioni e delle Amministrazioni centrali;

Vista la nota del 6 marzo 2017, con la quale il Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria ha richiesto la convocazione del Tavolo per la ripresa delle attività concernenti la bozza di documento in oggetto;



Vista la nota in data 20 aprile 2017 dell'Ufficio di segreteria di questa Conferenza, con cui sono stati convocati congiuntamente il Tavolo e il Comitato paritetico interistituzionale (di seguito: «Il Comitato») per il 27 aprile 2017;

Considerato che, nel corso di detta riunione, si è costituito il sottogruppo di lavoro *ad hoc* dedicato alla definizione del Piano e si è stabilito di concludere i lavori entro il mese di giugno 2017 al fine di pervenire ad un Accordo sul documento in sede di Conferenza Unificata entro il mese di luglio 2017;

Tenuto conto che nelle riunioni congiunte del Tavolo e del Comitato tenutesi il 12 e il 26 giugno 2017 il sottogruppo ha dato conto dello stato dell'arte dei lavori e che il Tavolo ha unanimemente condiviso il lavoro svolto;

Visto il documento trasmesso dal sottogruppo in data 7 luglio 2017 dal Coordinamento regionale sanità penitenziaria all'Ufficio di segreteria della Conferenza Unificata, diramato in data 8 luglio 2017 ai componenti del Tavolo e del Comitato unitamente alla convocazione dei citati organismi per il giorno 19 luglio 2017;

Considerato che nel corso della riunione del 19 luglio 2017, il Tavolo ha approvato la versione definitiva del documento in parola, Allegato sub A, parte integrante del presente atto, che è stata diramata alle Amministrazioni centrali interessate, alle Regioni e Province autonome ed alle Autonomie locali con lettera in data 21 luglio 2017;

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

Il Governo, le Regioni, le Province autonome di Trento e Bolzano e gli Enti locali,

Convengono quanto segue

1. di adottare il «Piano nazionale per la prevenzione delle condotte suicidarie nel sistema penitenziario per adulti» Allegato sub A, parte integrante del presente atto;
2. che dall'applicazione del presente Piano non devono derivare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.

Roma, 27 luglio 2017

Il presidente: BRESSA

ALLEGATO A

PIANO NAZIONALE PER LA PREVENZIONE DELLE CONDOTTE SUICIDARIE  
NEL SISTEMA PENITENZIARIO PER ADULTI

Premessa.

Il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 1° aprile 2008 (pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* 30 maggio 2008, n. 126) disciplina le modalità, i criteri e le procedure per il trasferimento al Servizio Sanitario Nazionale delle funzioni sanitarie, delle risorse finanziarie, dei rapporti di lavoro, delle attrezzature, arredi e beni strumentali relativi alla sanità penitenziaria». I relativi Allegati A e C definiscono nel dettaglio le azioni necessarie a realizzare, rispettivamente, la presa in carico sanitaria negli istituti penitenziari e il superamento degli Ospedali psichiatrici giudiziari. Nell'Allegato A, in particolare, viene riservata un'attenzione specifica al tema della presa in carico dei nuovi giunti e della prevenzione del rischio suicidario.

Prevenire il rischio di suicidi in ambito carcerario, così come presso le strutture minorili, è un obiettivo condiviso tanto dalla Amministrazione della Giustizia quanto dalla Amministrazione della Salute, ed è caratterizzato dalla scelta di metodologie di lavoro con caratteristiche di innovatività, comune perseguimento degli obiettivi ed integrazione delle reciproche competenze.

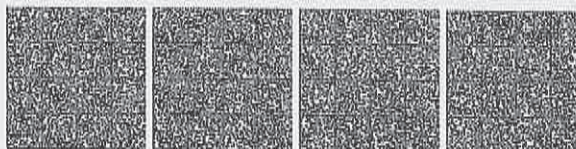
La stessa normativa di riforma della sanità penitenziaria prevede espressamente che i presidi sanitari presenti in ogni istituto penitenziario e servizio minorile debbano adottare procedure di accoglienza che consentano di attenuare gli effetti potenzialmente traumatici della privazione della libertà e mettere in atto gli interventi necessari a prevenire atti di autolesionismo.

La Conferenza Unificata nella seduta del 19 gennaio 2012 ha sancito l'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano 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» (Repertorio Atti n.: 5/CU del 19 gennaio 2012; Allegato A) che, concretamente, ha richiesto la definizione di specifici indirizzi operativi da sperimentare in ogni Regione e P.P.A.A., in almeno un Istituto Penitenziario per adulti e uno per minorenni.

È in questo contesto che si può sinteticamente individuare la *ratio* delle implementazioni, successivamente realizzate dalle Regioni e dalle P.P.A.A., dell'intera attività di sperimentazione collegata alle Linee di indirizzo suddette.

Le attività sono state oggetto di specifici monitoraggi — realizzati sia dalle singole Amministrazioni coinvolte nel processo che dal Tavolo di consultazione permanente per la sanità penitenziaria, istituito fin dal 2009 presso la Conferenza Unificata — che hanno evidenziato come nella maggior parte del territorio gli interventi avviati siano stati localizzati sull'effettuazione di una rilevazione personalizzata, immanzitutto a ridosso dell'ingresso nell'istituzione, dei fattori di rischio e di protezione e sulla predisposizione di interventi integrati di prevenzione, supporto e trattamento, regolamentati da protocolli operativi riferiti ai diversi ambiti locali (Regione, Azienda Sanitaria, Amministrazione Penitenziaria regionale o singolo Istituto Penitenziario).

Tale monitoraggio ha altresì evidenziato numerose criticità, prevalentemente connesse a impostazioni teoriche talora non appropriate, incostanza nella implementazione delle attività, rigida separazione delle competenze ed assenza di idonei monitoraggi o difficoltà nella loro realizzazione.



Sulla base delle rilevazioni analitiche così rese disponibili, è risultato necessario e possibile procedere al presente aggiornamento degli indirizzi precedentemente definiti, configurabile come un vero e proprio Piano nazionale di intervento, finalizzato a realizzare in tutti gli Istituti Penitenziari attività che, con continuità ed uniformità, posseggano le seguenti essenziali caratteristiche:

piena condivisione del complesso degli interventi da parte del Servizio Sanitario Nazionale e dell'Amministrazione della Giustizia, coerente con l'evidenza che i comportamenti e le scelte autolesive e suicidarie sono prevalentemente da inquadrare come eventi derivanti dalle comuni condizioni di vita e non necessariamente da condizioni di patologia, rispetto ai quali le predette Amministrazioni concorrono in tutte le fasi degli interventi per le rispettiva competenza;

implementazione di definite e dedicate organizzazioni funzionali a livello centrale, regionale e locale, costantemente integrate nelle professionalità e negli obiettivi;

regolare monitoraggio degli interventi (in particolare sul piano della valutazione di processo) e degli esiti, condiviso e aggregabile a livello regionale e centrale, con miglioramento della qualità dei dati, con preferenziale modalità di rilevazione basata su di un sistema informativo informatizzato concordato dalle due parti sanitaria e penitenziaria e dotato di un buon livello di specificità; il tutto per consentire tra l'altro un'appropriatezza definizione di caso e un'adeguata differenziazione tra gli eventi critici;

definizione di caso opportunamente condivisa e idonea a soddisfare adeguatamente i criteri di riferimento dei diversi attori interessati all'analisi e alla gestione del fenomeno suicidio, con particolare riferimento alla separazione dei comportamenti e delle scelte autolesive da quelle suicidarie, in quanto prevalentemente si tratta di fenomeni diversi tra loro e non necessariamente collegati o collegabili;

costante definizione e aggiornamento di protocolli operativi locali, tra il singolo Istituto Penitenziario e la competente Azienda Sanitaria;

esclusione di ogni forma di iniziale, prevalente e/o non mediato coinvolgimento dei servizi sanitari specialistici della salute mentale nelle attività, al fine di prevenire il frequente rischio di erronca riconduzione — interpretativa e operativa — dei comportamenti e delle scelte autolesive e suicidarie nell'ambito di condizioni patologiche psichiatriche.

Resta inteso che ogni azione prevista dal Piano viene espletata nel pieno rispetto delle normative che tutelano la privacy dell'individuo (Decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196).

Il presente Piano è focalizzato esclusivamente sulla prevenzione delle condotte suicidarie in ambito penitenziario adulto, essendo stata condivisa la necessità di formulare un ulteriore autonomo documento relativo all'area della giustizia minorile, dal momento che sono ampiamente riconosciute le peculiarità che caratterizzano i comportamenti autolesivi dei minori, che richiedono quindi programmazioni mirate. Diversamente, la previsione della specifica formazione del personale dell'area della giustizia minorile dovrà essere ricompresa nelle programmazioni di cui al paragrafo § 5 del presente documento.

## TITOLO I

### Inquadramento generale

#### § 1. L'architettura organizzativa del Piano Nazionale di Prevenzione

Il modello organizzativo che qui di seguito si prospetta prevede tre livelli in cui sono rappresentate costantemente le istituzioni sanitarie e penitenziarie.

Il livello centrale è costituito dal Tavolo di Consultazione Permanente per la sanità penitenziaria (TCPSP) la cui composizione è definita nell'Accordo approvato dalla Conferenza Unificata il 31 luglio 2008. Ad esso viene affidato il compito di elaborare ed aggiornare il Piano Nazionale per la Prevenzione delle Condotte Suicidarie nel Sistema Penitenziario per Adulti, generare una rete diffusa di referenti sul territorio nazionale, raccogliere e sistematizzare le buone prassi, stimolare ed indirizzare la formazione dei referenti regionali e monitorare l'andamento delle attività di prevenzione, in modo da produrre analisi utili per l'orientamento delle azioni preventive.

Il livello regionale comprende gli Osservatori Regionali Permanenti di Sanità Penitenziaria (che devono integrare, laddove non già realizzato, in conformità alle indicazioni del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 1° aprile 2008, componenti del PRAP e dei Servizi Sanitari regionali competenti), con il supporto di ulteriori Articolazioni regionali eventualmente presenti. Ad esso viene affidato il compito di individuare il nucleo di referenti regionali, di elaborare in uno specifico Piano Regionale per la prevenzione delle Condotte Suicidarie le linee di indirizzo regionali utili per rendere operativi quelli locali in modo omogeneo, tenendo conto del presente Piano Nazionale al fine di seguire e verificare la redazione e l'aggiornamento dei Piani Operativi Locali di prevenzione, garantire la formazione degli operatori locali, nonché diffondere a livello centrale le buone prassi individuate. Esso segue e verifica la redazione e l'aggiornamento periodico dei Protocolli Operativi Locali di prevenzione, gestisce la formazione degli operatori locali, pianifica ed organizza le attività di audit clinico, raccoglie le prassi ritenute più interessanti da inviare al livello centrale. Svolge o delega le azioni conoscitive e le inchieste amministrative ritenute opportune e/o dovute, in funzione delle specifiche competenze di ciascuna Amministrazione.

Il livello locale nasce dall'attività congiunta delle Direzioni di ciascun Istituto Penitenziario e delle Aziende Sanitarie territorialmente competenti. Ad esso viene chiesto di redigere, aggiornare, declinare, implementare e monitorare - conformemente alle direttive del livello centrale e regionale - il Piano Locale di Prevenzione (PLP), che ha natura spiccatamente tecnico-operativa e viene inserito nell'ambito del progetto d'Istituto. Ciascuna delle Amministrazioni coinvolte assicura il perseguimento di tali finalità integrandole nelle attribuzioni già previste per i responsabili delle attività di propria competenza o individuando un referente specifico del PLP. Il livello locale ha inoltre il compito di facilitare/assicurare la formazione del personale operante, elaborare protocolli operativi clinici e di pronto intervento coerenti con il PLP, raccogliere ed inviare ai livelli regionali i dati e le prassi locali ritenute più efficaci.

In estrema sintesi potremmo configurare l'implementazione dell'architettura organizzativa del Piano come nella tavola sinottica di seguito riportata, che incrocia il livello competente con le varie azioni che costituiscono il piano di prevenzione.

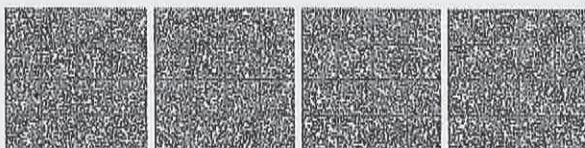


Tavola sinottica degli interventi					
LIVELLO	AZIONI				
	ELABORAZIONI DELLE LINEE DI INDIRIZZO	INDIVIDUAZIONE DEI REFERENTI OSSERVATORIO REGIONALE O LORO EVENTUALI ARTICOLAZIONI A SUPPORTO	FORMAZIONE DEI REFERENTI OSSERVATORIO REGIONALE O LORO EVENTUALE ARTICOLAZIONE A SUPPORTO	ELABORAZIONE DEI PIANI LOCALI DI PREVENZIONE locali Istituto/ASL	GESTIONE DEI DATI (RACCOLTA ELABORAZIONE E DIFFUSIONE) INDIVIDUAZIONE DELLE PRASSI RITENUTE PIU' EFFICACI VERIFICA, ANALISI ED AGGIORNAMENTO DEI PIANI DI PREVENZIONE MONITORAGGIO
<b>LIVELLO NAZIONALE</b>	Il Tavolo di Consultazione Permanente per la sanità penitenziaria (TCPSP) elabora ed aggiorna il Piano Nazionale, tenendo conto delle conoscenze nazionali ed internazionali sul fenomeno suicidario.	Promuove la rete nazionale penitenziaria di prevenzione del suicidio, chiede al livello regionale di individuare i referenti regionali e locali.	Il TCPSP formula le indicazioni utili da diffondere alle organizzazioni istituzionalmente deputate per la redazione di un Piano nazionale per la formazione.		Riceve, elabora ed analizza i dati raccolti al livello regionale e/o locale, diffonde i risultati attraverso report periodici e incontri formativi. Monitora l'aggiornamento e la tenuta dei piani regionali e locali di prevenzione
<b>LIVELLO REGIONALE</b>	Elabora le linee di indirizzo regionali in un apposito Piano Regionale di prevenzione tenendo conto del Piano Nazionale	Nomina i referenti regionali per la prevenzione, costituisce il nucleo regionale e chiede l'individuazione dei referenti locali.	Organizza e gestisce i processi formativi nel territorio di competenza.	Coordina, segue e verifica la redazione, l'aggiornamento e l'applicazione dei Piani operativi locali di prevenzione	Promuove la periodica verifica del piano regionale di prevenzione, nonché dei programmi locali e comunica periodicamente al livello nazionale lo stato dell'arte
<b>LIVELLO LOCALE</b>		Individua ed incarica i referenti locali per la prevenzione.	Facilita/assicura la formazione personale del	Redige il Piano Locale di prevenzione, promuovendo il contributo con tutti gli organismi pubblici e privati locali che riterrà opportuno con riferimento alle azioni di prevenzione. Inserisce il Piano Locale nel Progetto di Istituto in modo da dare concretezza alla sua operatività.	Procede alla periodica verifica della tenuta del piano di prevenzione locale e ne promuove l'aggiornamento in ragione del variare delle condizioni strutturali, comunicando gli esiti al livello regionale

## § 2. Le azioni

Di seguito vengono declinate le indicazioni vincolanti per le varie articolazioni, che dovranno svilupparle nei propri protocolli e nelle proprie azioni. La descrizione di tali azioni segue un ordine logico - temporale progressivo.

### § 2.1. Costituzione della rete

Il Piano Nazionale non può prescindere dall'attivazione, innanzitutto, di una rete di referenti che lo sostenga. In tal senso la prima azione da porre in essere è formalizzare i vari gruppi, che ai livelli regionali e locali e nella logica precedentemente indicata, si occuperanno dell'implementazione dei programmi.

Sarà cura dei livelli regionali trasmettere al Tavolo di Consultazione Permanente gli atti da cui desumere la costituzione formale della rete, nonché i componenti che di essa fanno parte e le eventuali modifiche che nel corso del tempo verranno a determinarsi.

### § 2.2. Elaborazione dei Piani Regionali e Locali di Prevenzione - Considerazioni generali

In coerenza con il presente Piano le Regioni formulano o rivedono e, ove necessario adeguano, i protocolli pertinenti già redatti tra le rispettive parti. Tali Protocolli regionali dovranno fornire le indicazioni più utili ai livelli locali, prendendo necessariamente in considerazione e prevedendo tutti i punti indicati nelle Linee Guida dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (1) (che verranno trattati dettagliatamente nel paragrafo § 3).

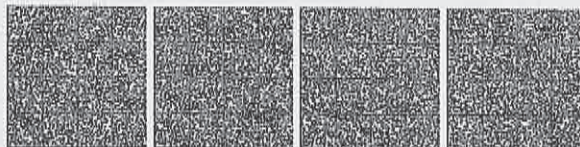
La revisione/reduzione dei protocolli locali dovrà essere improntata alla massima condivisione e concretezza tra le parti interessate.

Metodologicamente si indicano le tre aree operative che devono ricomprendere l'opera di tutte le componenti professionali, volontarie e detenute. Ad ognuna di queste aree è assegnato uno o più dei seguenti compiti:

Attenzione;

Decisione;

(1) World Health Organization, International Association for Suicide Prevention, La prevenzione del suicidio nelle carceri, 2007.



## Sostegno.

## Area dell'attenzione e del sostegno tecnico - clinico

Vi afferiscono tutte quelle figure clinico - professionali che operano quotidianamente e che possono cogliere sintomi e/o richieste di attenzione e di cura nel corso di visite, colloqui, distribuzione di terapie. Tale ambito si compone di medici, infermieri, psicologi che possono, in questi casi, dare corso ad un primo sostegno e alla segnalazione del caso.

## Area dell'attenzione e del sostegno tecnico

In questo caso ci si riferisce specificatamente alla figura del funzionario giuridico pedagogico che, seppur non dotato di competenza clinica, nell'ambito delle sue incombenze può individuare situazioni personali di fragilità e difficoltà, comunicarla e dare corso ad un primo sostegno.

## Area dell'attenzione atecnica

È la parte numericamente più consistente della rete. Se tutte le altre figure citate possono venire in contatto con situazioni di rischio nel corso delle loro attività professionali (colloqui, visite, ecc.) quelle che compongono quest'area svolgono un presidio, o comunque hanno una presenza, costante dei settori detentivi e possono, quindi, agire un'attenzione diffusa e capillare. Ci si riferisce al personale di polizia penitenziaria e agli stessi compagni di detenzione. Un'ulteriore rete, sicuramente non di minore importanza, è rappresentata dai volontari penitenziari che possono intercettare casi di fragilità e interfacciarsi sia con i sanitari che con gli operatori penitenziari per segnalare le situazioni di vulnerabilità sociale. È necessario, sin da subito, sgombrare il campo da eventuali equivoci. Trattandosi di figure non dotate di competenze specifiche, ad essi non potranno essere assegnati compiti tecnici di natura clinica, e nel caso dei detenuti, il loro impegno non potrà in nessun modo essere considerato sostitutivo dell'attività istituzionale e ancor di più potenzialmente costitutivo di potenziali responsabilità. Nondimeno, è da ritenersi essenziale la possibilità di sviluppare nel personale, nei volontari e nei detenuti una sensibilità finalizzata a cogliere segnali di disagio e generare soluzioni che limitino la possibilità che i loro portatori rimangano senza una rete di attenzione.

## Area della decisione

È costituita dal Direttore dell'istituto ma anche da chi, nel particolare momento della decisione, in assenza delle figure apicali, svolge le funzioni di governo quali, ad esempio, il Comandante del reparto o gli Addetti alla c.d. Sorveglianza Generale. A queste figure spettano le decisioni operative in ragione degli elementi di conoscenza che, nell'immediatezza dei fatti, la rete di attenzione gli sottopone.

L'elaborazione dei Piani Regionali e Locali di Prevenzione costituisce il nucleo centrale del Piano Nazionale di prevenzione. È forte la convinzione che il livello centrale non possa impartire direttive di dettaglio, in ragione della naturale diversità tra le varie realtà locali in termini di strutture, scelte operative, contesto, risorse e opportunità a disposizione. Nondimeno è sicuramente possibile indirizzare l'operato di tutte le realtà fornendo loro conoscenze, spunti di riflessione, indicazioni e direttive che aiutino l'elaborazione regionale e locale attraverso la declinazione delle prime con riferimento alle dovute differenziazioni già dette.

È questo il senso del presente Piano che si ispira alle indicazioni elaborate dall'O.M.S. e ad alcuni specifici studi condotti in Italia.

Pertanto, sulla base di questi ultimi, i livelli regionali e locali elaboreranno i propri Piani ricercando, rispettivamente, gli accordi generali e le soluzioni localmente praticabili. Come accennato, l'approccio che pare più opportuno fa riferimento alla necessità di coinvolgere tutti gli attori del sistema penitenziario e sanitario, compresa la componente detenuta, al fine di attivare una rete di attenzione la più possibile estesa e capillare, che consenta di rilevare eventuali segnali di disagio e sofferenza emotiva, in correlazione con un rischio suicidario. Colte queste necessità, si tratterà di prevedere le modalità con le quali segnalare a quelle componenti specialistiche che possono adeguatamente predisporre gli interventi più opportuni.

È fondamentale, quindi, promuovere il modello di lavoro interdisciplinare tra le diverse aree di intervento, penitenziario e sanitario, per intercettare e trattare in modo coordinato, celere, adeguato e continuo, i fragenti di criticità dei detenuti.

## Titolo II

## Gli elementi essenziali dei Piani di prevenzione

## § 3. Elaborazione dei Piani Regionali e Locali di Prevenzione

Gli elementi essenziali da considerare ed a partire dai quali elaborare i suddetti Protocolli, sono i seguenti:

## § 3.1. La declinazione operativa delle azioni

I Piani Regionali devono obbligatoriamente prevedere che tutte le strutture penitenziarie di loro competenza si dotino di un Piano Locale e che tale documento costituisca la declinazione operativa dei Piani e degli accordi adottati, in linea con le indicazioni dell'O.M.S., a livello sovraordinato.

## § 3.2. La rilevazione del rischio

La valutazione del rischio all'ingresso è da predisporre sia all'arrivo presso l'Istituto, che ogni qualvolta cambino le condizioni della detenzione. Per essere efficace, inoltre, deve avvalersi di valutazioni regolari nel tempo, per l'intera durata della detenzione. Gli operatori dell'Amministrazione penitenziaria in collaborazione con gli operatori del SSR proseguono, successivamente alla valutazione iniziale, con una precisa osservazione ed un regolare follow up.

L'accertamento all'ingresso deve essere svolto da personale sanitario nel più breve tempo possibile e comunque non oltre le prime ore dall'ingresso.

Il personale penitenziario e sanitario che gestisce i primi momenti della vicenda detentiva, al momento dell'ingresso, si interessa di rilevare e riportare le informazioni inerenti alle condizioni complessive del detenuto con l'obiettivo prioritario di intercettare eventuali manifestazioni di volontà suicidarie.

Quanto sopra, operativamente si traduce nella valutazione di una serie di fattori, a partire da quelli ampiamente analizzati e documentati dall'O.M.S., che debbono essere strutturati all'interno di uno specifico strumento che consenta di approfondire la conoscenza del detenuto, valutando l'integrazione e l'implementazione di strumenti eventualmente già adottati a livello regionale e/o locale.

La redazione di uno strumento così concepito e strutturato, deve essere intesa come documento personalizzato ed individualizzato per ogni detenuto, la cui eventuale archiviazione deve essere codificata e anonimizzata.

Tale strumento, una volta aperto all'ingresso, dovrà diventare un «diario personale» costantemente aggiornato.

Resta prioritario pertanto, sempre come specificato dall'OMS, favorire e non tralasciare la comunicazione tra il personale tutto, condiziata dallo svolgimento di assidue riunioni d'equipe, al fine di parlare regolarmente del detenuto che abbia dato segni di rischio e stabilire in maniera congiunta le specifiche azioni da intraprendere.

Tutti gli aspetti sui quali si ritiene necessario porre una costante attenzione sono essenzialmente i seguenti:

## Dati anagrafici:

Presenza/assenza di componenti del nucleo familiare specificandone il grado di parentela;

Esperienza di detenzione (riportare se il detenuto è o meno alla prima esperienza di detenzione, specificando le eventuali precedenti esperienze; tipo di reato; stato giuridico; tipo di impatto con l'istituzione, nonché insoliti livelli di vergogna e/o preoccupazione per l'arresto);

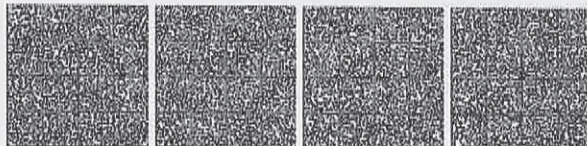
Date salienti (soprattutto delle Udienze, sapendo che l'avvicinarsi o il rinvio di tali date rappresenta fonte di grande stress per il detenuto ma anche ricorrenze significative per la persona);

## Abitudini (uso di tabacco, alcolici, ecc.);

Informazioni sanitarie (presenza di patologie psichiatriche, di dipendenze, o altre patologie);

Fattori di rischio (Ambientali: alloggio singolo piuttosto che condiviso da più persone, ecc.; Comportamentali: aggressività eterodiretta, autodiretta, ecc.; Psicologici: insoddisfazione della vita, paure e/o aspettative negative per il futuro, ecc.; Situazionali: rifiuto di partecipare ad attività, di usufruire di ore d'aria, tutto ciò che evidenzia una tendenza all'isolamento; Specifici: pensieri suicidari, piani suicidari, ecc.);

Eventi vitali stressanti (rilevazione di quegli aspetti che possono rappresentare fonte di stress e che possono riferirsi, seppur in maniera differente, tanto alla vita precedente all'ingresso nella struttura quanto alla vita all'interno della struttura stessa);



Eventi critici (comportamenti autolesivi, tentativi di suicidio, comportamenti di tipo dimostrativo, ecc.);

Fattori protettivi (supporto sociale, familiare, relazione sentimentale stabile, buone capacità di adattamento all'ambiente, ecc.).

### § 3.3. Il presidio delle situazioni potenzialmente stressanti

Nel descrivere le aree operative da prendere in considerazione nell'elaborazione di un piano di prevenzione, è stata introdotta la questione dell'attenzione quale fattore vincente, sia in termini tecnici che atecnici.

A livello locale, nel corso della detenzione possono emergere avvenimenti, circostanze, percezioni che aumentano lo stress. Nella biografia dei suicidi, nelle settimane e nei mesi precedenti ricorrono molti di tali fatti. La quotidianità porta molti operatori penitenziari a presidiare luoghi ed accadimenti che possono essere, se non predittivi, quantomeno significativi rispetto ad eventi stressogeni potenzialmente pericolosi.

Quanto segue è un dettaglio delle aree cui è necessario prestare particolare attenzione, sempre sul piano delle competenze relative al livello locale di cui sopra.

#### Ingresso

Attivazione delle procedure descritte nel paragrafo precedente, con particolare riferimento all'accoglienza con la possibilità di prevedere spazi specificamente dedicati. Il personale operante l'arresto gestisce i primi momenti della vicenda detentiva.

È importante che i suddetti operatori siano opportunamente preparati all'osservazione specifica delle reazioni emotive e che, al momento dell'ingresso, riferiscano adeguatamente se l'arrestato ha espresso disagio o volontà suicidarie.

#### Colloqui

Lo svolgimento di un colloquio particolarmente teso o, viceversa, caratterizzato da lunghi momenti di silenzio o addirittura di sofferenza può meritare un successivo approfondimento.

Analogamente creare la possibilità per i familiari di esprimere preoccupazione a seguito del contatto con il parente detenuto può essere importante per verificare tali preoccupazioni. Tali comunicazioni devono poter essere fatte secondo procedure certe e con referenti esattamente individuati e non possono essere lasciate all'estemporaneità e al caso.

#### Corrispondenza

La cessazione di corrispondenza verso l'esterno o il rifiuto di riceverne sono l'evidente segno di una rottura relazionale e come tale indice di una situazione stressante che merita approfondimento.

Analogamente verificare la presenza di litigi violenti nel corso di telefonate di cui è consentito l'ascolto.

#### Processi

Gli Uffici Matricola sono in grado di registrare l'evolversi processuale, in particolare nel caso di reati gravi o nel caso di soggetti plurirecidenti. Occorre tener presente che i giorni che precedono le udienze e i giorni della condanna e quelli immediatamente successivi meritano attenzione e, se del caso, sostegno. Il personale di scorta per e dalle aule di giustizia adeguatamente formato, può essere in grado di riferire le reazioni del soggetto in ambito processuale e può riferirlo al momento del rientro in carcere.

#### Notifiche

La comunicazione della fissazione delle udienze, soprattutto nel caso di processi riguardanti fatti gravi, o la notifica di condanne o di provvedimenti che negano misure alternative, in alcune persone che si presumono essere particolarmente fragili, può costituire un momento stressante da tenere sotto controllo.

#### Colloqui avvocati

Analogamente al caso dei familiari, anche ai legali deve essere data la possibilità di riferire al personale eventuali dubbi sulla tenuta emotiva - psicologica dei propri assistiti riscontrata nel corso dei colloqui che intercorrono con essi.

#### Colloqui magistrati

Il momento degli interrogatori può evidenziare condizioni critiche e volontà suicidarie che meritano attenzione. Per questo motivo, come nei casi su descritti, i magistrati devono essere messi nelle condizioni di comunicare le loro impressioni e i loro timori al personale penitenziario.

#### Patologie

L'insorgenza o la presenza di patologie, in particolare se gravi, invalidanti o a prognosi infausta, nel corso della detenzione costituisce una variabile stressogena da monitorare adeguatamente.

#### La vita in sezione

La vita in sezione può evidenziare atteggiamenti e comportamenti significativi dal punto di vista del cedimento delle resistenze individuali allo stress.

In tutti questi casi è necessario che il personale operante possa riferire a referenti certi le proprie impressioni in modo che si possano effettuare colloqui di approfondimento ed interventi integrati.

Una considerazione particolare merita la gestione dei detenuti a seguito dell'adozione dei provvedimenti di trasferimento che devono essere limitati ai soli casi strettamente necessari.

Il programma operativo previsto per i «nuovi giunti» deve essere esteso anche ai detenuti trasferiti. Infatti, anche se tali detenuti non possono essere tecnicamente definiti «nuovi giunti», sono tuttavia sottoposti per il solo fatto del trasferimento, indipendentemente dai motivi, ad uno stress che può essere anche non indifferente. Il detenuto trasferito si ritrova, infatti, in brevissimo tempo a vivere da un ambiente a lui noto ad uno sconosciuto dal punto di vista delle strutture, delle regole, delle persone con le quali interloquire, siano essi altri detenuti o il personale penitenziario. Tale nuovo status crea, a livello anche inconscio, un sentimento di disagio nei confronti del nuovo e, quindi, si potrebbe porre come fattore di rischio.

Tra le situazioni potenzialmente stressanti si può annoverare anche la dimissione.

L'Amministrazione penitenziaria ha previsto da tempo in diversi istituti la sezione destinata ai soggetti prossimi alla scarcerazione, al fine di porre un'attenzione particolare al reinserimento sociale degli stessi.

Queste articolazioni devono essere incrementate destinandovi i detenuti con fine pena nei successivi 3-6 mesi, e sviluppando al loro interno un programma intensificato di sostegno propedeutico al reinserimento nella società.

Infatti, se l'ingresso in carcere dalla libertà è un evento traumatico, non lo è meno la rimessione in libertà specialmente per le persone che la riacquistano dopo a lunghi periodi di carcerazione.

La situazione psicologica del condannato ad un lungo fine pena rimesso in libertà potrebbe creare criticità in quanto nel soggetto, abituato ai ritmi della vita penitenziaria che proprio per la sua invasività protegge entro certi limiti dagli eventi esterni, il timore della rimessione in libertà potrebbe far riemergere nel dimentendo sensi di insicurezza, di precarietà, di preoccupazione per l'ignoto e per il futuro.

In tale fase appare rilevante l'apporto fornito dagli Uffici di Esecuzione Penale Esterna - UEPE - e dai servizi sociali territoriali per attivare una rete di attenzione e supporto relazionale rispondente ai bisogni del soggetto per accompagnarlo al reinserimento nella società.

### § 3.4. Lavoro integrato e multidisciplinare

In caso siano evidenziati rilevanti aspetti di rischio, è fondamentale procedere attraverso riunioni di equipe multidisciplinare composte da Personale di area Penitenziaria e Sanitaria, da replicarsi con scadenze prefissate ed il cui obiettivo è di individuare le cause dei suddetti aspetti e le misure più idonee per porvi rimedio e prevenire pericolosi *acting-out*. Va, in tal senso, potenziata la presa in carico congiunta e coordinata del paziente detenuto da parte del personale sanitario e penitenziario, con massimo utilizzo del momento di incontro degli operatori all'interno di uno staff multidisciplinare.

La richiesta di convocazione della riunione di cui sopra, deve essere avanzata necessariamente *ad horas* da chiunque evidenzii un elemento di potenziale rischio per la salute del detenuto. La richiesta va inoltrata ai referenti individuati nel Protocollo locale.

La riunione di equipe multidisciplinare dovrà svolgersi nel più breve tempo possibile e comunque non oltre le 72 ore dalla rilevazione della situazione di rischio per il detenuto. In ogni caso, in questo lasso di tempo, dovranno essere previste le azioni di cautela corrispondenti al livello di rischio stimato dal sanitario.

Vanno definiti modelli di riferimento per la valutazione del rischio, che abbiano alla base solide evidenze scientifiche.

### § 3.5. La gestione dei casi a rischio

L'individuazione del rischio deve comportare l'attivazione di un processo gestionale del caso, a livello locale, che tenga conto essenzialmente dei seguenti aspetti:

- attivazione della procedura gestionale;
- alloggiamento;
- controllo della persona;



disponibilità di oggetti pericolosi;  
interventi sanitari;  
interventi di supporto istituzionali;  
interventi di supporto da parte di *peer supporter*;  
chiusura procedura.

I suddetti elementi, presi validamente in considerazione nelle indicazioni fornite a Livello Regionale, saranno declinati a livello locale.

#### § 3.6. Protocolli operativi per affrontare le urgenze

Il tentativo di porre in essere un suicidio necessita di protocolli operativi per la gestione dell'urgenza che la gravità del gesto e le sue conseguenze potenziali impongono. In tal senso occorre essere ben consapevoli del fatto che il tempo di reazione all'evento e la qualità dei primi soccorsi possono essere essenziali per fare la differenza tra la vita e la morte.

L'O.M.S. sul tema evidenzia una serie di condizioni che devono essere adeguatamente presidiate. In particolare:

il personale regolarmente a contatto con i detenuti deve essere opportunamente addestrato su temi quali il «primo soccorso», le tecniche di rianimazione cardio-polmonare ed altro, mediante attività formative regolari e nel rispetto della condivisione di programmazione, risorse ed attività;

il suddetto personale deve inoltre saper comunicare adeguatamente con gli operatori sanitari chiamati in via d'urgenza, in modo da poter prevedere quanto necessario già nel corso dell'avvicinamento al luogo dell'evento;

l'adeguatezza degli interventi dovrà anche essere periodicamente testata attraverso prove in «bianco», realizzando esercitazioni per la verifica delle procedure che sono state definite per ogni situazione di emergenza, in termini di efficienza ed efficacia delle azioni previste.

L'O.M.S. raccomanda che l'equipaggiamento per il salvataggio di emergenza sia non solo facilmente accessibile ma anche costantemente funzionale grazie a periodiche verifiche. Analogamente anche gli strumenti di comunicazione devono godere della stessa funzionalità. A tal proposito si deve ricordare la maggiore affidabilità delle radio rispetto ai telefoni interni che possono risultare occupati o non presidati. La predisposizione di una rete di comunicazione interna certa, affidabile, ridotta all'essenziale e veloce è uno degli elementi di efficacia che occorre ricercare. Ad essa deve essere associata una via di comunicazione con l'esterno, quanto più possibile adeguata, che sappia trasmettere non solo la comunicazione dell'evento ma anche tutti gli elementi utili per una prima valutazione di gravità.

#### § 3.7. Allocazione e sostegno

Sulla specifica materia dell'isolamento della persona detenuta, le linee di indirizzo della Organizzazione Mondiale della Sanità affermano che esiste una forte associazione tra scelte suicidarie e collocazione del detenuto in isolamento. Va quindi contrastata la tendenza ad isolare le persone a rischio, ricorrendo all'ausilio di detenuti in funzione di *peer - supporters* (compagni o ascoltatori) addestrati, tramite attività di gruppo organizzate in sinergia tra Amministrazioni Sanitaria e Penitenziaria, ad offrire vicinanza e supporto sociale quali elementi importanti ai fini della prevenzione del rischio suicidario. Ne consegue che, nell'ambito degli spazi di scambio interdisciplinare e delle scelte individuate in maniera multiprofessionale ed integrata, i provvedimenti di sorveglianza speciale per fronteggiare gli eventi critici, siano adottati unicamente in casi eccezionali, e sempre privilegiando soluzioni in linea con quanto testé indicato.

### TITOLO III

#### Monitoraggio, valutazione, debriefing

#### § 4. La Valutazione dei Piani e delle attività

La complessità del fenomeno e degli sforzi per implementare un effettivo Piano di prevenzione richiama la necessità di dotarsi, tra l'altro, di un programma di valutazione e monitoraggio continuo e strutturato che schematicamente può essere declinato assicurando almeno le seguenti attività:

monitoraggio dei Piani elaborati ed implementati;  
valutazione dei casi di suicidio in relazione ai Piani di prevenzione adottati;  
attività di *debriefing* in favore del Personale coinvolto;  
raccolta e diffusione delle buone prassi.

#### § 4.1. Il Monitoraggio.

Come già accennato, la possibilità di migliorare la prevenzione passa anche dalla capacità di conoscere meglio il fenomeno. A tal fine diventa essenziale istituire un sistema di monitoraggio permanente a livello locale, regionale e nazionale, in grado di raccogliere i dati che si ritengono necessari.

Modalità generali e linee procedurali di indirizzo saranno elaborate a livello centrale e diffuse ai livelli successivi per i dovuti adempimenti e viceversa, in un'ottica di regolare scambio. A tal fine, il Tavolo di Consultazione Permanente si occuperà di verificare il recepimento e l'attuazione degli indirizzi Operativi da parte delle Regioni attraverso richiesta di specifici report annuali: il livello Regionale, a sua volta, si impegnerà a procedere con le dovute verifiche nei confronti del Livello Locale di competenza, il quale a sua volta dovrà necessariamente provvedere all'attuazione regolare dei propri compiti.

#### § 4.2. Attività *post - facto* - Documentazione di un evento infausto

All'esito di un evento infausto o che ha rischiato di esserlo, occorre un serio approfondimento mirato a raggiungere finalità diverse. Nei casi di effettivo suicidio la prima cosa da farsi è documentare adeguatamente l'evento a tutela degli eventuali interessi sia dell'Autorità Giudiziaria che di quella Amministrativa. Al di là del fatto che alla prima doverosa comunicazione al Pubblico Ministero possono seguire autonome decisioni di quest'ultimo, alle quali la struttura penitenziaria non può che dare corso, è opportuno che le parti coinvolte a livello regionale e locale predispongano un protocollo congiunto di accertamento e documentazione dell'evento che, fatto salvo quanto disposto dalla predetta Autorità Giudiziaria, dovrà essere seguito.

Il presente Piano auspica una valutazione *post-facto* operata sempre congiuntamente, innanzitutto con riferimento alla tenuta dei Piani di prevenzione locali per il miglioramento costante dei processi.

#### § 4.3. *Debriefing*

L'impatto di un suicidio sul personale coinvolto ha un peso che non può essere trascurato. Per tale motivo le indicazioni generali segnalano la necessità di una attività di rielaborazione e compensazione per il Personale interessato. Sino ad oggi nel sistema penitenziario italiano non è mai stato attuato o sperimentato. È quindi necessario iniziare a porsi la questione della sua implementazione. In via generale questo Piano Nazionale precisa che, fatto salvo quanto detto, in particolare a livello dei Piani Regionali, si vorrà prevedere tale azione di supporto al Personale ed alle persone coinvolte. Pertanto si deve contraddistinguere per:

il carattere volontario della partecipazione susseguente ad una offerta informata di intervento;

diversità di questo intervento da qualunque altro tipo di approfondimento o valutazione dei fatti;

carattere di ascolto non finalizzato ad altro che al sostegno dei partecipanti;

informalità degli incontri con esclusione di attività formale o di verbalizzazione o di relazione finale;

finalizzazione dell'intervento teso a prendere in esame gli stati d'animo e non la dinamica dei fatti;

conduzione al di fuori della struttura penitenziaria ed effettuata da Personale idoneo in sede neutra.

#### § 4.4. La Raccolta e la diffusione delle buone prassi

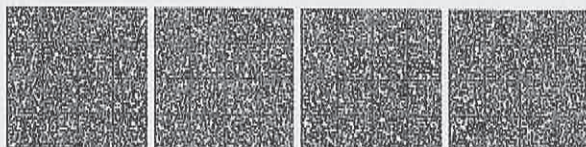
Si conferisce agli Osservatori Regionali Permanenti per la Sanità Penitenziaria il compito di raccogliere le prassi preventive ritenute più efficaci. Le stesse verranno inviate al Tavolo di consultazione permanente presso Conferenza Unificata per la loro analisi, sistematizzazione e periodica diffusione.

### TITOLO IV

#### Formazione

#### § 5. La Formazione degli operatori

Il presente Piano, per poter esplicare la propria funzione con riferimento a ciascuna delle sue parti ha la necessità di essere accompagnato da un articolato e sistematico programma di informazione e formazione diretto a tutti gli operatori, in particolare a quelli a più diretto contatto con la quotidianità detentiva. L'aumento della consapevolezza e l'acquisizione di elementi di conoscenza teorica ed operativa consentirà di ridurre alcune visioni stereotipate che limitano la sensibilità e la possibilità di adottare procedure più congrue ed efficaci, sia con riferimento al momento preventivo che a quello dell'intervento in situazioni d'emergenza.



Si intende sopperire a tale contingenza organizzando una formazione a «cascata» che consenta di fornire la padronanza del programma formativo e dei suoi contenuti ai livelli regionali.

Spetterà a questi ultimi organizzare, presso i P.R.A.P. e/o gli Istituti di Istruzione dell'Amministrazione penitenziaria o altri Enti Regionali e locali tali attività. Le suddette saranno necessariamente concordate e svolte congiuntamente dalle Aziende sanitarie e dall'Amministrazione penitenziaria, nonché inserite nei programmi annuali di formazione del proprio personale, senza determinare oneri aggiuntivi per i rispettivi bilanci.

In termini generali ed indicativi i piani formativi dovranno prevedere le seguenti aree di approfondimento:

Struttura del Piano Nazionale per la Prevenzione delle Condotte Suicidarie in Ambito Penitenziario;

Elementi fenomenologici del suicidio e degli eventi autolesivi;

Le indicazioni dell'O.M.S.:

Modello operativo generale:

Laboratorio di progettazione:

Fattori ambientali, psicologici e comportamentali specifici predisponenti ai comportamenti suicidari;

Benessere organizzativo e ricadute sugli operatori;

Temi inerenti strategie di comunicazione e relazione.

Inoltre, come accennato, tutto il personale regolarmente a contatto con i detenuti deve essere formato anche al primo soccorso ed alle fondamentali tecniche di rianimazione cardio-polmonare, nonché essere addestrato all'utilizzo degli equipaggiamenti d'emergenza collocati nell'Istituto.

17A05612

## DECRETI E DELIBERE DI ALTRE AUTORITÀ

### AGENZIA ITALIANA DEL FARMACO

DETERMINA 31 luglio 2017.

**Modifica dei prescrittori per i medicinali a base del principio attivo Voriconazolo autorizzati con regime di fornitura RNRL.** (Determina n. 1412/2017).

#### IL DIRETTORE GENERALE

Visti gli articoli 8 e 9 del decreto legislativo 30 luglio 1999, n. 300, recante la «Riforma dell'organizzazione del Governo, a norma dell'art. 11 della legge 15 marzo 1997, n. 59»;

Visto l'art. 48 del decreto-legge 30 settembre 2003 n. 269, recante «Disposizioni urgenti per favorire lo sviluppo e per la correzione dell'andamento dei conti pubblici», convertito, con modificazioni, nella legge 24 novembre 2003 n. 326, che ha istituito l'Agenzia italiana del farmaco;

Visto il decreto 20 settembre 2004 n. 245 del Ministro della salute, di concerto con i Ministri della funzione pubblica e dell'economia e delle finanze: «Regolamento recante norme sull'organizzazione ed il funzionamento dell'Agenzia italiana del farmaco, a norma dell'art. 48, comma 13, del decreto-legge 30 settembre 2003, n. 269, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 novembre 2003, n. 326», così come modificato dal decreto 29 marzo 2012 n. 53 del Ministro della salute, di concerto con i Ministri per la pubblica amministrazione e la semplificazione e dell'economia e delle finanze: «Modifica al regolamento e funzionamento dell'Agenzia italiana del farmaco (AIFA), in attuazione dell'art. 17, comma 10, del decreto-legge 6 luglio 2011, n. 98, convertito, con modificazioni, dalla legge 15 luglio 2011, n. 111»;

Visti il regolamento di organizzazione, del funzionamento e dell'ordinamento del personale e la nuova dotazione organica, definitivamente adottati dal Consiglio di amministrazione dell'AIFA, rispettivamente, con deliberazione 8 aprile 2016, n. 12, e con deliberazione 3 feb-

braio 2016, n. 6, approvate ai sensi dell'art. 22 del decreto 20 settembre 2004, n. 245, del Ministro della salute di concerto con il Ministro della funzione pubblica e il Ministro dell'economia e delle finanze, della cui pubblicazione sul proprio sito istituzionale è stato dato avviso nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica italiana - Serie generale - n. 140 del 17 giugno 2016;

Visto il decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, recante «Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche» e s.m.i.;

Vista la legge 15 luglio 2002, n. 145, recante «Disposizioni per il riordino della dirigenza statale e per favorire lo scambio di esperienze e l'interazione tra pubblico e privato»;

Visto il decreto del Ministro della salute del 17 novembre 2016, vistato ai sensi dell'art. 5, comma 2, del decreto legislativo n. 123/2011 dall'Ufficio centrale del bilancio presso il Ministero della salute in data 18 novembre 2016, al n. 1347, con cui è stato nominato direttore generale dell'Agenzia italiana del farmaco il prof. Mario Melazzini;

Visto il decreto del Ministro della salute del 31 gennaio 2017, vistato ai sensi dell'art. 5, comma 2, del decreto legislativo n. 123/2011 dall'Ufficio centrale del bilancio presso il Ministero della salute in data 6 febbraio 2017, al n. 141, con cui il prof. Mario Melazzini è stato confermato direttore generale dell'Agenzia italiana del farmaco, ai sensi dell'art. 2, comma 160, del decreto-legge 3 ottobre 2006, n. 262, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 novembre 2006, n. 286;

Visto il decreto legislativo 24 aprile 2006, n. 219, recante «Attuazione della direttiva 2001/83/CE (e successive direttive di modifica) relativa ad un codice comunitario concernente i medicinali per uso umano, nonché della direttiva 2003/94/CE» e s.m.i., ed in particolare il Titolo VI, rubricato «Classificazione dei medicinali ai fini della fornitura»;

