REGIONE MOLISE

PRESIDENTE DELLA REGIONE MOLISE
COMMISSARIO AD ACTA
per l'attuazione del piano di rientro dai disavanzi del settore sanitario
Deliberazione del Consiglio dei Ministri in data 21.03.2013

DECRETO

N. 22 IN DATA 31/03/2015

OGGETTO: Linee guida per l'erogazione dell'assistenza sanitaria negli Istituti penitenziari della regione Molise e recepimento dell'Accordo sul documento "Linee guida in materia di modalità di erogazione dell'assistenza negli Istituti penitenziari per adulti; implementazione delle reti sanitarie regionali e nazionali" – (Rep. n. 3/CU del 22.1.2015).

Il Responsabile dell'istruttoria Carla Severino

Il Direttore del Servizio Michele Colavita

Il Direttore Generale per la Salute Marinella D'Innocenzo

Il sub Commissario *ad Acta* Nicola Rosato

REGIONE MOLISE

PRESIDENTE DELLA REGIONE MOLISE
COMMISSARIO AD ACTA
per l'attuazione del piano di rientro dai disavanzi del settore sanitario
Deliberazione del Consiglio dei Ministri in data 21.03.2013

DECRETO

N. 22 **IN DATA** 31/03/2015

OGGETTO: Linee guida per l'erogazione dell'assistenza sanitaria negli Istituti penitenziari della regione Molise e recepimento dell'Accordo sul documento "Linee guida in materia di modalità di erogazione dell'assistenza negli Istituti penitenziari per adulti; implementazione delle reti sanitarie regionali e nazionali" – (Rep. n. 3/CU del 22.1.2015).

IL PRESIDENTE DELLA REGIONE MOLISE
COMMISSARIO AD ACTA

Premesso che con Deliberazione del Consiglio dei Ministri in data 21 marzo 2013 il Presidente *pro-tempore* della Regione Molise, dott. Paolo di Laura Frattura è stato nominato Commissario *ad acta* per la prosecuzione del vigente Piano di Rientro dai disavanzi del settore sanitario della Regione Molise, con l'incarico prioritario di adottare, sulle base delle linee guida predisposte dai Ministeri affiancanti, i programmi operativi per gli anni 2013-2015 (ai sensi dell'art. 15, comma 20, del D.L. 6 luglio 2012 n. 95, convertito con modificazioni in Legge 7 agosto 2012, n. 135), e di procedere alla loro attuazione;

Visto l'art. 9 del Dlgs 28.8.1997, n. 281, ed, in particolare, il comma 2, lett.c), in base al quale la Conferenza Unificata 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 il Dlgs. 30.12.1992, n. 502 e successive modificazioni sul Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della Legge 23.10.1992, n. 421;

Visto il D.lgs 22.6.1999, n. 230, sul *Riordino della medicina penitenziaria, a norma dell'art. 5 della Legge 30.11.1998, n. 419*;

Vista la Legge 24.12.2007, n. 244, Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato, ed in particolare l'art. 2, comma 283, che reca disposizioni generali per l'attuazione completa del riordino della medicina penitenziaria inclusa l'assistenza sanitaria negli Istituti penali minorili, nei centri di prima accoglienza, nelle comunità e negli OPG;

Considerato che, in attuazione della suindicata norma, è stato emanato il DPCM 1.4.2008, recepito dalla Regione Molise con DGR n. 930/2008, sulle 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 che allegato A) stabilisce che:

- l'Azienda sanitaria nel cui territorio è ubicato l'Istituto di pena assicura il soddisfacimento dei bisogni di salute e della domanda di cura dei detenuti e garantisce le prestazioni specialistiche su richiesta del medico responsabile o di altro specialista da erogarsi all'interno dell'istituto di pena ovvero, nel rispetto delle esigenze di sicurezza, presso gli ambulatori territoriali o ospedalieri;
- la Regione nella definizione dei modelli organizzativi deve tener conto di criteri diversificati, quali il numero dei detenuti previsti per capienza negli Istituti di pena, ma anche della tipologia dei ristretti (minori, donne, disabili, persone affette da specifiche patologie...) o particolari esigenze di sicurezza (collaboratori di giustizia, alta sicurezza...);
- l'Azienda sanitaria, qualunque sia il modello organizzativo adottato, deve garantire l'attività assistenziale per l'intero arco della giornata e per tutti i giorni della settimana attraverso il coordinamento operativo e l'integrazione professionale tra tutti gli operatori sanitari coinvolti e le strutture operative esterne del Servizio sanitario;

Visto l'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano e le Autonomie locali sancito in data 22.1.2015 (Rep. Atti n. 3/CU) sul documento "Linee guida in materia di modalità di erogazione dell'assistenza negli Istituti penitenziari per adulti; implementazione delle reti sanitarie regionali e nazionali" con il quale le Regioni e le Province autonome si impegnano a recepire i contenuti dell'Accordo entro sei mesi dalla data di approvazione dello stesso (22 gennaio 2015) con propri atti di programmazione che declinino le modalità e i tempi di adeguamento, tenendo conto in modo complementare dell'attuale assetto organizzativo dei propri servizi laddove già operativi ed in aderenza ai modelli sanitari regionali;

Considerato che nella stesura delle Linee guida regionali si è tenuto conto delle indicazioni fornite dal Provveditorato Regionale dell'Amministrazione Penitenziaria dell'Abruzzo e Molise;

Ritenuto di dover provvedere al recepimento del predetto Accordo (allegato A) e, in attuazione ai contenuti dell'Accordo stesso, all'approvazione del documento sulle Linee guida per l'erogazione dell'assistenza sanitaria negli Istituti penitenziari della regione Molise, che allegati al presente provvedimento ne formano parte integrante;

in virtù dei poteri conferiti con la deliberazione del Consiglio dei Ministri in data 21 marzo 2013,

DECRETA

per le motivazioni espresse in premessa che integralmente si richiamano,

- di recepire l'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano e le Autonomie locali sancito in data 22.1.2015 (Rep. Atti n. 3/CU), allegato A) al presente provvedimento, sul documento "Linee guida in materia di modalità di erogazione

dell'assistenza negli Istituti penitenziari per adulti; implementazione delle reti sanitarie regionali e nazionali";

- di approvare le "Linee guida per l'erogazione dell'assistenza sanitaria negli Istituti penitenziari della regione Molise", allegato B) al presente provvedimento;
- di inviare il presente decreto al Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria Regionale del Molise, per gli adempimenti di competenza, al Provveditore Regionale dell'Amministrazione Penitenziaria dell'Abruzzo e del Molise e ai Direttori degli Istituti penitenziari di Campobasso, Isernia e Larino.

Il presente decreto, composto da n. 2 pagine, di cui occupa n. 3 facciate, e da n. 2 allegati, sarà pubblicato sul BURM e notificato ai competenti Dicasteri.

IL COMMISSARIO ad ACTA
Paolo di Laura Frattura

Linee guida per l'erogazione dell'assistenza sanitaria negli Istituti penitenziari della regione Molise

PREMESSA

Il DPCM 1° aprile 2008 ha sancito il definitivo passaggio della sanità penitenziaria al SSN: è transitato un intero servizio sanitario (l'assistenza primaria, la continuità assistenziale, la medicina specialistica, l'assistenza farmaceutica, l'assistenza infermieristica, il ricovero ospedaliero, ecc...).

Se da un lato il modello organizzativo qui delineato promuove, in linea di principio, la crescita intesa come "maggiore salute" per i detenuti, occorrerà verificare se questo modello, faticosamente progettato e costruito, sia in grado di rispondere a quelle procedure che analizzeranno le tendenze della spesa, i meccanismi che la regolano e l'attualità o l'efficacia degli interventi che la compongono; da qui la risposta congiunta alle esigenze di efficacia da una parte e la razionalizzazione dei costi dall'altra.

È opportuno a questo punto fare alcune considerazioni: è ormai un dato di fatto incontrovertibile che la presenza assidua del medico o quanto meno la sua rapida reperibilità è elemento che contribuisce in materia rilevante al mantenimento dell'ordine e della disciplina negli Istituti penitenziari. Il paragone spesso criticamente avanzato tra la Comunità libera, in cui decine di centinaia di persone hanno a disposizione un esiguo servizio di guardia medica, e la comunità detenuta dove la proporzione è di almeno tre o quattro medici per poche centinaia di persone, per di più presumibilmente sane, ha scarso fondamento. È di comune accezione l'opinione che la situazione carceraria possa di per sé costituire uno stato patologico e numerosi studi hanno accertato quella che viene chiamata scientificamente sindrome da prisonizzazione e porta il detenuto nella condizione totale di dipendenza nei confronti della cura medica. Questa condizione da soggettiva, e si potrebbe dire psicosomatica, diviene obiettiva e rende necessario e indispensabile l'intervento non meramente psicologico e consolatorio del medico. È comunque evidente che se da una parte non si può nemmeno indulgere alla tendenza di allargare a dismisura i servizi sanitari penitenziaria, va tuttavia tenuta presente questa realtà per valutare adeguatamente l'organizzazione e le idonee dimensioni e potenzialità di quei servizi sanitari.

È necessario conoscere lo stato di salute dei detenuti ristretti negli Istituti penitenziari del Molise: la difficoltà è però presente in tutto il territorio nazionale. A prova di ciò ad agosto 2014 è stato approvato in Commissione Giustizia del Senato un ordine del giorno in tema di tutela della salute e prevenzione sanitaria nelle carceri italiane a firma dei senatori d'Ambrosio Lettieri e Caliendo nell'ambito della discussione sul Decreto Carceri diventato legge, che ha impegnato il Governo ad istituire, in seno all'Istituto Superiore di Sanità, l'Osservatorio Epidemiologico Nazionale sulla Salute in Carcere. Nel 2012 è stato sviluppato il Progetto CCM *Lo stato di salute dei detenuti degli Istituti penitenziari di 6 regioni italiane: un modello sperimentale di monitoraggio dello stato di salute e di prevenzione dei tentativi suicidari* che ha evidenziato la presenza di tre grandi gruppi di patologie (grandi gruppi di patologie secondo la classificazione ICD IX-cm): disturbi psichiatrici, disturbi dell'apparato digerente (comprendenti le malattie odontoiatriche) e le malattie infettive. Un *minimum set* epidemiologico ottenuto da dati sintetici comunicati dai servizi sanitari penitenziari di due Istituti molisani, corrisponde ai dati su riportati, risultando percentuali similari per i tre gruppi maggiori di malattia.

ATTIVITA' DEL SERVIZIO MEDICO PENITENZIARIO.

La multidisciplinarietà nel servizio sanitario all'interno delle carceri costituisce una caratteristica fondamentale creando così un modello assistenziale che si sviluppa:

- dalla fase di accoglienza del nuovo detenuto (**nuovo giunto**) in carcere con un'attenta valutazione dello stato di salute, fino alla formulazione di un piano assistenziale individuale, attraverso un patto per la salute, condiviso fra operatori sanitari e assistiti detenuti;
- nel **periodo di detenzione** con un monitoraggio attivo e costante delle condizioni di salute dei detenuti, in particolare per quelli con patologie croniche, ma che non trascura fasi di promozione attiva di buone prassi per migliorare la conoscenza delle principali patologie cui i soggetti detenuti possono essere esposti e di uno stile di vita sano, e la cura delle patologie acute insorte;
- con la **dimissione,** che nei casi necessari sarà una dimissione protetta nel territorio, con la consegna di una lettera di dimissione, sintesi del percorso sanitario e rivisitazione dei risultati ottenuti a quanto previsto nel patto, in una logica di trasparenza e riconoscimento reale dei diritti della persona detenuta e del suo coinvolgimento.

Aspetti principali sono quindi:

- accoglienza e orientamento ai servizi sanitari, sociosanitari e assistenziali;
- assistenza sanitaria per problemi ambulatoriali urgenti;
- possibilità di completare i principali percorsi diagnostici che non necessitano di ricorso all'ospedale;
- gestione delle patologie croniche, attraverso l'integrazione dell'assistenza primaria coi servizi specialistici presenti;
- interventi di prevenzione e promozione della salute.

Si configura un sistema integrato di servizi che si prende cura delle persone fin dal momento dell'accesso attraverso: l'accoglienza dei cittadini, la collaborazione tra i professionisti, la condivisione dei percorsi assistenziali, l'autonomia e la responsabilità professionale, la valorizzazione delle competenze.

La realizzazione di questo obiettivo caratterizzerà il **presidio sanitario penitenziario**:

Ambulatorio Medico: è riservato all'espletamento di attività di natura clinica, comprensivo delle procedure iniettive, di diatermocoagulazione di lesioni cutanee, ecc. (rientrano nella tipologia l'Ambulatorio Infermieristico, l'ambulatorio Terapie fisiche, lo Studio Medico);

Ambulatorio per Medicina Specialistica: ambulatorio medico idoneo all'espletamento di discipline specialistiche (es. per l'Oculista, l'otorinolaringoiatra, per l'infettivologo, per il cardiologo, per il dermatologo);

Ambulatorio Odontoiatrico: è riservato esclusivamente all'espletamento di attività di natura odontoiatrica, da effettuarsi in anestesia locale e/o loco-regionale;

Ambulatorio per la salute mentale: riservato allo psicologo e allo psichiatra per la realizzazione della presa in cura e della continuità terapeutica delle persone con disturbo mentale, mediante

attività previste dal programma terapeutico-riabilitativo, finalizzate al recupero dell'autonomia personale e alla abilitazione delle capacità relazionali e occupazionali.

Diagnostica per Immagini e/o Strumentali. L'attività di diagnostica per immagini e/o strumentali è finalizzata alla esecuzione di procedure appartenenti ad una o più delle categorie di seguito elencate:

- *attività di ecografia (saranno acquistati con i fondi progettuali ex lege 662/1996);*
- attività di elettrocardiografia;

SerT penale. L'attività del Servizio Area Penale per la diagnosi, cura e presa in carico di soggetti affetti da dipendenza patologica coinvolti in procedimenti penali si svolge in ottemperanza alla normativa vigente. Gli Operatori svolgono l'attività di presa in carico sanitaria, sociale e psicologica dei soggetti ristretti elaborando modelli specifici d'intervento personalizzato. Si valuta, inoltre, a seconda della dipendenza sviluppata, la fattibilità programmatoria di una eventuale misura alternativa alla detenzione. Il programma d'intervento garantisce la salute complessiva del paziente con la presa in carico dell'individuo nella sua globalità, unendo l'attività terapeutica con quella preventiva in un ottica di riduzione del danno e di gestione clinica delle patologie associate o secondarie in stretta collaborazione degli enti ausiliari e del volontariato.

Medicina Legale: comprende le attività di:
- Commissione invalidità civile leggi 118/71; 104/92; 68/99;
- relazioni per l'Autorità Giudiziaria;
- medicina legale per la Polizia Penitenziaria.

Armadio farmaceutico dove vengono conservati i farmaci. L'ASREM garantisce l'assistenza farmaceutica agli Istituti Penitenziari fornendo i farmaci previsti nel Prontuario Terapeutico Ospedaliero. Saranno comunque assicurati, su specifiche richieste ed attivazione di apposito registro di carico/scarico, i farmaci di fascia A, di fascia H e le tre categorie ritenute indispensabili di fascia C benzodiazepine, paracetamolo e acido acetilsalicilico.
La responsabilità della gestione è affidata al medico incaricato.

Area CUP. Il punto Cup è un Centro Unico di Prenotazione per l'accesso elettronico alla Sanità, da dove è possibile la prenotazione di esami (ematochimici e strumentali) e visite specialistiche, valide per tutto il territorio regionale *(già attivo e funzionante presso il carcere di Campobasso).*

Il presidio sanitario penitenziario avrà un'adeguata **informatizzazione**, che consentirà:

- l'adozione della cartella clinica informatizzata, come previsto nell'Accordo in Conferenza Unificata del 26 novembre 2009;
- l'area CUP
- telemedicina
- refertazione *on-line* per esami ematochimici e strumentali.

Quanto sopra è in linea con il processo di informatizzazione aziendale.

ORGANIZZAZIONE DEL SERVIZIO SANITARIO PENITENZIARIO

Al fine della gestione unitaria di tutte le attività socio-sanitarie, di base e specialistiche, a favore dei detenuti, è individuato un referente aziendale avente la funzione di:

- curare i rapporti tra l'ASREM e gli Istituti Penitenziari presenti nella regione e coordinare tutte le attività sanitarie in essi svolte;
- garantire l'assistenza sanitaria di base, specialistica, infermieristica e farmaceutica, prevista dai LEA;
- gestire l'emergenza/urgenza, in raccordo con il Servizio 118;
- raccordare l'assistenza primaria con le attività assicurate dal Dipartimento di Salute Mentale e delle dipendenze patologiche;
- gestire i flussi informativi e predisporre piani formativi del personale sanitario e della Giustizia per quanto riguarda i rapporti con le attività sanitarie.

Nel territorio regionale sono presenti **tre Istituti Penitenziari per adulti (uomini):**

- Casa Circondariale e Reclusione di Campobasso

- Casa Circondariale e Reclusione di Larino

- Casa Circondariale di Isernia.

Al 18 gennaio 2015 la situazione detenuti è la seguente:

Istituto penale	**Capienza regolamentare**	**Presenza detenuti**	**Di cui stranieri**
Campobasso	106	75	8
Larino	118	192	28
Isernia	50	42	0
Totale	**274**	**309**	36

Come indicato nelle *"Linee guida in materia di modalità di erogazione dell'assistenza sanitaria negli Istituti Penitenziari per adulti; implementazione delle reti sanitarie regionali e nazionali"* approvate nella seduta della Conferenza Unificata del 22 gennaio 2015, la pianificazione regionale è orientata al modello organizzativo delle reti cliniche integrate **HUB & SPOKE**, che prevede la concentrazione della casistica più complessa in un centro (HUB). L'attività del centro HUB è fortemente integrata attraverso connessioni funzionali con quella dei due centri SPOKE.

Anno 2014	CCR Campobasso	CCR Larino	CC Isernia
presenza media detenuti	86,58	237,33	55,33
Ingressi dalla libertà	53	72	48
Tipologia di detenuti	Sezione di Collaboratori di giustizia	Sezione di Alta Sicurezza e sezione di familiari di collaboratori di giustizia	
Capienza regolamentare	106	118	50
Capienza tollerabile	179	224	77

Considerato che l'ospedale di riferimento è quello di Campobasso dove sono presenti le stanze per il ricovero di detenuti e vista le capienza regolamentare e tollerabile, il numero di ingressi dalla libertà e la tipologia di detenuti, si individua come centro HUB l'Istituto Penitenziario di Campobasso.

Nei tre penitenziari viene istituito un SERVIZIO MEDICO PENITENZIARIO, differenziato nell'offerta sanitaria a seconda degli Istituti. È garantita in tutte le strutture penitenziarie l'attività di promozione della salute, degli screening e di prevenzione vaccinale aziendale e regionale. Il servizio medico notturno, diurno prefestivo e festivo è "a chiamata" ed è garantito dal servizio di continuità assistenziale del territorio o dal servizio di emergenza/urgenza del 118.

Il Servizio medico penitenziario opera sotto la responsabilità di un medico che coordina gli interventi delle professionalità sanitarie coinvolte, ivi incluse quelle specialistiche e quelle per la presa in carico del paziente con disagio psichico o con patologie di dipendenza. Il responsabile medico definisce inoltre i generali bisogni assistenziali dei detenuti e mantiene costanti rapporti con la Direzione Penitenziaria e le sue articolazioni funzionali, anche in ragione dell'alta complessità della gestione clinico-assistenziale e della specificità giuridica delle persone detenute e internate. Il responsabile del servizio è anche responsabile della gestione dei locali sanitari, strumentazioni, arredi e dell'attività dei sanitari che operano all'interno della struttura. È coadiuvato da medici penitenziari, che svolgono attività sanitarie e garantiscono le prestazioni di certificazione in uso nel Servizio Sanitario Nazionale e le certificazioni specifiche in ambito penitenziario.

SERVIZIO MEDICO PENITENZIARIO: offre in via continuativa, per fasce orarie, prestazioni di medicina di base (nell'orario 8-20, 6 ore giornaliere di presenza medica e 6 ore di reperibilità a Isernia, 12 ore giornaliere di presenza medica a Larino e Campobasso) e assistenza infermieristica (24 ore di presenza giornaliera a Campobasso e 12 ore di presenza giornaliera a Larino e Isernia).

Carcere	Campobasso	Larino	Isernia
Medico	12	12	6 (+6 in reperibilità)
Infermiere	24	12	12

Alcune prestazioni di medicina specialistica (cardiologia, odontoiatria, psichiatria e malattie infettive) saranno garantite ordinariamente; altre specialità saranno garantite "a chiamata", tramite gli specialisti del Distretto Sanitario competente per territorio. Per la prescrizione di tutte le prestazioni sanitarie e farmaceutiche è utilizzato esclusivamente il ricettario unico regionale, anche per rispondere alla necessità dei flussi informativi. Il servizio Tossicodipendenze è garantita mediante presenza del medico SerT per n. 12 ore settimanali a Larino, 8 a Campobasso e 4 a Isernia. I detenuti tossicodipendenti usufruiscono di assistenza sanitaria psicologica (10 ore settimanali a Larino, 6 a Campobasso e 4 a Isernia). Gli assistenti sociali sono quelli già in carico al SerT esterno competente per territorio.

Istituto di Pena	**Cardiologia**	**Malattie infettive**	**Psichiatria**	**Odontoiatria**
Isernia	1 ora settimanale	1 ora settimanale	2 ore settimanali	1 ora settimanale
Campobasso	1 ora settimanale	2 ore settimanali	4 ore settimanali	3 ore settimanali
Larino	2 ore settimanali	4 ore settimanali	6 ore settimanali	6 ore settimanali

Tale tabella è indicativa e sarà oggetto di specifiche valutazioni assistenziali.

MOBILITA' SANITARIA.

La maggior parte (75%) dei detenuti ristretti nelle carceri molisane sono extraregionali (Puglia, Campania, Calabria, Abruzzo, ecc.): i medici penitenziari sono stati autorizzati dalla Regione Molise ad utilizzare i ricettari standardizzati SSN, **con l'assegnazione di specifico codice di registrazione,** per le richieste di esami diagnostici e visite specialistiche extramurarie. In tal modo, riportando l'ultima residenza prima dell'arresto, si richiede il rimborso delle prestazioni alle regioni di provenienza.

DETENUTI IMMIGRATI EXTRACOMUNITARI NON IN REGOLA CON IL PERMESSO DI SOGGIORNO

La Regione Molise tramite le articolazioni dell'ASReM garantisce le medesime prestazioni sanitarie riservate ai cittadini italiani agli immigrati detenuti extracomunitari non in regola con il permesso di soggiorno. L'iscrizione anagrafica del cittadino straniero è subordinata alla condizione della regolarità del soggiorno, oltre a quella della dimora abituale. La situazione d'irregolarità del cittadino detenuto non può ritenersi sanata per effetto del provvedimento sanzionatorio penale. Questo ultimo è rivolto alla tutela dell'interesse generale dello Stato a perseguire il responsabile di un reato ed ha una natura diversa da quella propria del provvedimento amministrativo di autorizzazione al soggiorno. Quindi non si ritiene che debba procedersi all'iscrizione anagrafica del cittadino straniero (Risoluzione 10 giugno 2010 Ministero dell'Interno – Direzione Centrale Servizi Demografici). Pertanto, in questi casi va assegnato e utilizzato il codice STP **(verrà rilasciato solo nei casi previsti e regolamentati dalle vigenti normative in materia)**, per tutte le prescrizione di natura sanitaria su ricettario standardizzato SSN, per le sole prestazioni e condizioni previste dalla

specifica normativa. Seguirà la successiva separazione delle prestazioni sanitarie soggette a rimborso del Ministero dell'Interno da quelle di competenza della Regione tramite fondi vincolati.

RICOVERI OSPEDALIERI

I ricoveri ospedalieri, in urgenza od ordinari, sono da effettuare nei nosocomi competenti per territorio, in stanze blindate, con posti letto teorici. Tali celle sono presenti solo presso l'Ospedale "A. Cardarelli" di Campobasso dove sono presenti tutte le attività mediche e chirurgiche garantite a livello regionale come Centro Hub.

SEZIONE PER SOGGETTI AFFETTI DA DISTURBI MENTALI

Per la tutela intramuraria della salute mentale delle persone ristrette negli Istituti penitenziari della regione Molise, è istituita presso l'Istituto penitenziario di Isernia una sezione specializzata. Tale sezione è un'articolazione del Servizio sanitario regionale in cui gli interventi diagnostici e terapeutico-riabilitativi sono assicurati dal Dipartimento di Salute Mentale di Isernia. L'inserimento in detta sezione è riservato ai soggetti detenuti che presentano disturbi psichici gravi, con specifico riferimento ai soggetti di cui agli artt. 111, comma 5 e 7, e 112 del DPR 230/2000.

4

Presidenza del Consiglio dei Ministri

CONFERENZA UNIFICATA

Accordo, ai sensi dell'articolo 9, comma 2, lett. c) del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, sul documento "Linee guida in materia di modalità di erogazione dell'assistenza sanitaria negli Istituti penitenziari per adulti; implementazione delle reti sanitarie regionali e nazionali".

Rep. n. 3/CU del 22/01/2015

LA CONFERENZA UNIFICATA

Nell'odierna seduta del 22 gennaio 2015:

VISTO l'articolo 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;

VISTI gli artt. 11 della legge n. 354 del 1975 e 17 del D.P.R. n. 230 del 2000 ove si specifica che l'assistenza sanitaria in favore dei detenuti e degli internati debba essere assicurata all'interno degli istituti penitenziari, essendo possibile fare ricorso alle strutture sanitarie esterne solo quando "siano necessari cure o accertamenti diagnostici che non possono essere apprestati dai Servizi sanitari interni agli istituti";

VISTO il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni, che garantisce la salute come diritto fondamentale dell'individuo ed interesse della collettività;

VISTO il d.lgs. 230/99 che all'articolo 1 sancisce che "I detenuti e internati hanno diritto, al pari dei cittadini in stato di libertà, alla 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 uniformi di assistenza individuati nel Piano sanitario nazionale, nei piani sanitari regionali e locali";

VISTO il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 29 novembre 2001 e successive modificazioni, recante: "Definizione dei livelli essenziali di assistenza", che definisce i livelli essenziali di assistenza sanitaria garantiti dal Servizio sanitario nazionale, ai sensi dell'articolo 1 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni;

VISTO l'articolo 2, comma 283, della Legge 24 dicembre 2007, n. 244 (Finanziaria 2008), il quale prevede che con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 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 della sopra menzionata disposizione che, tra l'altro, attribuisce alle aziende sanitarie locali il compito di garantire ai detenuti, agli internati ed ai minorenni sottoposti a provvedimento penale il

soddisfacimento dei bisogni di salute attraverso le prestazioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione di cui hanno bisogno;

VISTO l'Allegato A del citato DPCM che stabilisce che "l'Azienda sanitaria garantisce le prestazioni specialistiche su richiesta del medico responsabile o di altro specialista, da erogarsi all'interno dell'istituto di pena ovvero, nel rispetto delle esigenze di sicurezza, presso gli ambulatori territoriali o ospedalieri" e

RILEVATO che il menzionato Allegato A – nonché l'Accordo 20/11/2008 adottato in attuazione dell'articolo 7 del D.P.C.M. 1.04.2008 - reca "Indicazioni sui modelli organizzativi" , secondo cui la ASL, nella definizione dei modelli organizzativi dell'assistenza sanitaria negli istituti penitenziari, deve tenere conto di taluni criteri, tra i quali la tipologia dei ristretti (collaboratori di giustizia, alta sicurezza ecc.) o particolari esigenze di sicurezza;

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", 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 D.P.C.M. 1° aprile 2008, nonché la predisposizione di indirizzi per favorire la realizzazione di programmi di interventi nelle realtà territoriali e di strumenti volti a favorire il coordinamento fra Regioni, Provveditorati regionali dell'Amministrazione penitenziaria e Centri della giustizia minorile;

VISTO l'Accordo della Conferenza Unificata del 26 novembre 2009, Rep. Atti n. 81/CU recante: "Strutture sanitarie nell'ambito del sistema penitenziario italiano";

VISTO l'articolo 7 del Nuovo Patto per la Salute per gli anni 2014-2016, su cui è stata sancita intesa nella seduta della Conferenza Stato-Regioni del 10 luglio 2014, Rep. Atti n. 82/CSR, che prevede che le Regioni e le Province autonome si impegnano ad approvare in sede di Conferenza Unificata, ai sensi dell'articolo 9 del decreto legislativo n. 281/1997, l'Accordo avente ad oggetto: "Linee guida in materia di modalità di erogazione dell'assistenza sanitaria negli Istituti penitenziari"; implementazione delle reti sanitarie regionali e nazionali";

VISTA la nota in data 22 settembre 2014, con la quale il Coordinamento Tecnico della Commissione Salute ha trasmesso il documento indicato in oggetto, elaborato e condiviso dal gruppo interregionale "Sanità penitenziaria", al fine del perfezionamento di un Accordo in sede di Conferenza Unificata;

VISTA la nota di questo Ufficio di Segreteria del 25 settembre 2014 di diramazione del documento in parola;

CONSIDERATO che, nel corso della riunione del Tavolo permanente sulla sanità penitenziaria del 15 dicembre 2014, si è svolto un ampio confronto sulla proposta in oggetto e i rappresentanti delle Amministrazioni centrali interessate e delle Regioni hanno concordato modifiche al testo, recepite nella versione definitiva dell'Accordo trasmessa dal Coordinamento delle Regioni in data 8 gennaio 2015 e diramata in pari data;

CONSIDERATO che, nel corso dell'odierna seduta di questa Conferenza, il Sottosegretario alla salute ha avanzato la proposta di inserire all'articolo 2, punto 2, fine del primo capoverso, la frase "anche

avvalendosi delle tecnologie e delle innovazioni che consentono l'erogazione di servizi a distanza", accolta dalle Regioni e Province autonome e dalle Autonomie locali;

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

SANCISCE ACCORDO

tra il Governo, le Regioni e le Province autonome e le Autonomie locali, nei seguenti termini:

CONSIDERATI:

- la relazione sulle audizioni dei rappresentanti degli Osservatori regionali permanenti sulla sanità penitenziaria, in tema di assistenza sanitaria in favore dei detenuti, internati e minori sottoposti a procedimento penale, che hanno avuto luogo presso il Ministero della salute dal 16 giugno al 12 luglio 2011;
- le segnalazioni pervenute successivamente da parte del Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria e dal Dipartimento della Giustizia Minorile, che hanno evidenziato in ambito nazionale, criticità in tema di accesso alle cure dirette ai detenuti, internati e minori sottoposti a procedimento penale;
- la opportunità di individuare le iniziative più efficaci per garantire, nei servizi sanitari in ambito penitenziario, una maggiore uniformità dei percorsi di accesso e di erogazione delle prestazioni sanitarie nei confronti di tale popolazione;

RITENUTO NECESSARIO fornire indicazioni per la ridefinizione dei contesti e delle modalità con le quali vengono erogate le prestazioni sanitarie a favore delle persone detenute al fine di favorire il superamento delle criticità segnalate;

SI CONVIENE

tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano e le Autonomie locali, nei seguenti termini:

Art. 1
La Rete dei servizi sanitari penitenziari

1. Le Regioni, le Province autonome e le aziende sanitarie assicurano l'assistenza sanitaria alla popolazione detenuta negli istituti penitenziari e nei servizi della giustizia minorile del proprio territorio regionale attraverso un sistema articolato di servizi sanitari con caratteristiche di complessità organizzativa e funzionale crescenti, che costituiscono la Rete regionale e nazionale per l'assistenza sanitaria penitenziaria. Le Regioni e le Province autonome definiscono entro 180 giorni la composizione e le modalità di funzionamento della Rete così da garantire che tutti i bisogni di salute dei detenuti trovino adeguata ed appropriata risposta

all'interno delle strutture regionali intra-penitenziarie e territoriali. A questo fine, in relazione alle caratteristiche della popolazione detenuta e alle esigenze sanitarie da questa presentate, ogni Regione e P.A. assicura all'interno del proprio territorio la presenza di servizi sanitari penitenziari in relazione alle esigenze della popolazione detenuta negli IIPP. Nell'Allegato, che costituisce parte integrante del presente Accordo, sono descritte le caratteristiche generali delle tipologie di servizi sanitari penitenziari cui ogni Regione e P.A. fa riferimento per la programmazione dei servizi sanitari necessari negli IIPP del proprio territorio. Il trasferimento presso servizi sanitari di altre Regioni è effettuato dall'Amministrazione penitenziaria in caso di necessità di cure di altissima specializzazione o di cure di particolare complessità clinica (cardiochirurgia, neurochirurgia, trapianti, ustioni, ecc..).

2. Le Regioni e la Province autonome comunicano la composizione della rete assistenziale (intrapenitenziaria, territoriale ed ospedaliera) e la sua organizzazione locale e regionale, all'Amministrazione penitenziaria ed all'Autorità giudiziaria per le determinazioni di rispettiva competenza.

3. Nel caso in cui il Direttore generale dell'Azienda sanitaria competente o suo delegato – su segnalazione del responsabile medico del servizio - certifichi l'impossibilità di garantire le prestazioni diagnostiche e/o terapeutiche necessarie presso l'istituto penitenziario o comunque nel territorio dell'Azienda sanitaria competente, il trasferimento di detenuti bisognosi di cure è effettuato dall'Amministrazione penitenziaria in uno degli istituti penitenziari della Regione, tenuto conto della valutazioni del soggetto cui la Regione ha attribuito funzioni di coordinamento della rete regionale (Rete sanitaria interpenitenziaria regionale interaziendale), su proposta del responsabile del servizio/istituto di partenza e sentito quello del servizio/istituto di destinazione. Per i trasferimenti per motivi di salute in altra Regione, riservati esclusivamente alle patologie di maggior gravità, l'Amministrazione penitenziaria si avvale anche della collaborazione del soggetto regionale che coordina la rete, le cui valutazioni concorrono alla individuazione discrezionale della sede penitenziaria di trasferimento del detenuto per motivi di salute. Il servizio sanitario di partenza e di arrivo collaborano nello scambio di informazioni a tutela della continuità terapeutica.

Art. 2
I Servizi della Rete

1. Ogni Servizio sanitario penitenziario è una sede territoriale della locale Azienda sanitaria ed eroga l'assistenza sanitaria garantendo l'azione multidisciplinare e l'integrazione di interventi a favore della persona detenuta; fa parte della rete dei servizi regionali, che assicura la continuità assistenziale. Per la prescrizione di tutte le prestazioni sanitarie è utilizzato esclusivamente il ricettario unico regionale, anche per rispondere alla necessità dei flussi informativi.

2. Le Regioni, le Province autonome e le Aziende sanitarie assicurano la promozione della salute, la diagnosi e la cura degli eventi patologici acuti e cronici, di norma all'interno delle strutture penitenziarie, valorizzando le risorse sanitarie ivi disponibili, anche avvalendosi delle tecnologie e delle innovazioni che consentono l'erogazione di servizi a distanza. Quando necessario, in

relazione alla tipologia dell'evento morboso od alla complessità della prestazione necessaria, le prestazioni sono erogate in luoghi esterni di cura in conformità alla normativa vigente.

3. Le Regioni, le Province autonome e le Aziende sanitarie assicurano in tutti gli Istituti penitenziari forme di medicina d'iniziativa e promozione della salute attraverso la correzione degli stili di vita e dei possibili fattori di rischio con il concorso delle Direzioni penitenziarie per l'individuazione di soluzioni logistiche ed organizzative che favoriscano il mantenimento dello stato di salute dei detenuti (individuazione di stanze di detenzione destinate ad accogliere detenuti in fase post-acuzie o zone 'smoke-free', regolamentazione dell'acquisto dell'alcool, diete mirate al controllo del peso corporeo, configurazione dei letti con reti e materassi rigidi per patologie, ambienti per disabili, etc.). Le Regioni, le Province autonome e le Aziende sanitarie assicurano altresì gli interventi di screening e diagnosi precoce previsti dalla normativa, l'assistenza medica di base, l'assistenza farmaceutica ed integrativa, e le visite medico-specialistiche ambulatoriali. Laddove si riscontri l'esigenza di una prestazione specialistica ambulatoriale non disponibile all'interno dell'istituto penitenziario o della Azienda sanitaria di competenza, la stessa è garantita anche attraverso specifici accordi con altre Aziende sanitarie, specie per la diagnostica strumentale ad alta tecnologia (TAC, RMN, PET, ecc.); in tutti gli istituti penitenziari è garantita la presa in carico ed il trattamento dei detenuti tossicodipendenti e alcoldipendenti. Come previsto nel D.P.C.M. 1.4.2008, Allegato A, e nell'accordo sancito dalla Conferenza Unificata del 13/10/2011, in merito alla "Prevenzione, cura e riabilitazione nel campo della salute mentale", le Aziende Sanitarie garantiscono alle persone con disturbi mentali appropriati interventi e tutte le possibilità di cura e di promozione della salute mentale. A tal fine, le Aziende sanitarie elaborano con le Direzioni penitenziarie protocolli operativi volti a definire le modalità di collaborazione tra gli operatori sanitari e gli operatori penitenziari per l'individuazione precoce del disagio dei detenuti e per la riduzione del rischio di suicidio e di autolesionismo in ambiente penitenziario secondo quanto previsto dall'accordo della Conferenza Unificata del 19/01/2012. Gli interventi sono effettuati all'ingresso e durante tutto il periodo di permanenza della persona nell'istituto di pena e assicurano la continuità della presa in carico, attraverso il collegamento con le Aziende sanitarie del territorio di residenza del detenuto. L'assistenza protesica a favore degli aventi titolo e la fornitura dei previsti ausili e protesi per disabili è soggetta all'autorizzazione dell'Azienda sanitaria. Per l'accertamento delle condizioni di cui alle leggi 118/71 e s.m.i., 18/80 e s.m.i., 104/92 e s.m.i, 68/99 e s.m.i., si applicano le procedure della normativa vigente; per i non residenti le commissioni operano su delega dell'Azienda sanitaria di residenza.

4. In situazioni di emergenza-urgenza l'Azienda Sanitaria garantisce all'interno degli Istituti penitenziari un'adeguata risposta di primo soccorso per la tempestiva stabilizzazione del paziente detenuto, tramite il servizio medico interno ed i servizi territoriali di emergenza-urgenza, cui segue, ove occorra, l'invio immediato presso la struttura ospedaliera di riferimento territoriale. Analoga prestazione, esclusivamente in situazioni di emergenza-urgenza, viene garantita nei confronti delle persone comunque presenti all'interno dell'Istituto penitenziario. In nessun caso è configurabile una funzione di 'pronto soccorso' in carcere. Nei confronti del Corpo di polizia penitenziaria, al di fuori di tale previsione, sono garantite esclusivamente le prestazioni di cui all'Accordo Rep. Atti n. 51/CU del 29 ottobre 2009 e dei successivi protocolli in sede territoriale.

5. Le Regioni, le Province autonome e le Aziende Sanitarie, attraverso una specifica programmazione, realizzata con il contributo dell'Amministrazione penitenziaria, garantiscono, sul proprio territorio ai detenuti con comorbilità complesse, tossicodipendenti, alcoldipendenti,

soggetti con disagio/disturbo mentale, detenuti con patologie croniche o con disabilità che necessitano di un regime particolarmente assistito, cure adeguate in ambito detentivo, anche attraverso l'attivazione di sezioni dedicate.

6. La pianificazione regionale della rete tiene conto di:
   - realtà esistente in termini di strutture e servizi,
   - capienza dell'istituto,
   - numero annuo di ingressi,
   - presenza media di detenuti,
   - territori a più alto tasso di criminalità,
   - sedi penitenziarie con particolari tipologie di detenuti,
   - istituti penitenziari attrezzati con specifiche strutture sanitarie interne, per i quali sia predisposto un servizio di continuità assistenziale medica ed infermieristica presente h 24.

7. La pianificazione regionale dei servizi destinati alla presa in carico dei detenuti con necessità di particolare impegno assistenziale è orientata al modello organizzativo delle reti cliniche integrate "HUB & SPOKE" che prevede la concentrazione della casistica più complessa in un numero limitato di centri (HUB). L'attività degli HUB è fortemente integrata, attraverso connessioni funzionali, con quella dei centri periferici (SPOKE). Nella ridefinizione del modello di rete assistenziale per le persone detenute, i servizi sanitari di riferimento possono essere sia intra che extrapenitenziari. A questo fine, le Regioni e le province autonome procedono alla:

   - Individuazione delle "sezioni sanitarie specializzate" all'interno delle strutture penitenziarie e verifica della loro coerenza rispetto al fabbisogno regionale. Con riferimento a tali strutture si utilizzano i termini di 'trasferimento e permanenza'.

   - Individuazione di reparti di ricovero e degenza all'interno delle strutture ospedaliere: procedure definite quali 'ricovero' o 'degenza' possono riferirsi solo a specifici 'reparti ospedalieri di medicina penitenziaria' (ex 'medicina protetta'). I ricoveri presso tali strutture sono attuati su disposizione della autorità giudiziaria (trasferimento per cure) che ne stabilisce il termine anche secondo le indicazioni dei sanitari del reparto ospedaliero. Le Regioni e le Province autonome si impegnano ad effettuare la mappatura dei posti di degenza previsti ai sensi dell'articolo 7 del d.l. 14 giugno 1993 n. 187, convertito nella legge n. 296/93, anche al fine di definire il fabbisogno standard dei posti letto per detenuti da attivare in ciascuna regione.

Art. 3
Accreditamento

1. Nelle more del completamento del percorso di autorizzazione e accreditamento ai sensi della normativa vigente, i servizi sanitari operanti all'interno degli Istituti penitenziari rimangono attivi e funzionanti fino alla emanazione dell'atto di autorizzazione e di accreditamento istituzionale.

2. La Amministrazione Penitenziaria, nelle sue articolazioni centrali e periferiche, la Regione e la ASL stipulano appositi protocolli d'intesa che stabiliscono il cronoprogramma degli eventuali lavori di adeguamento delle strutture di cui al comma 1.

3. Come previsto dall'Accordo della Conferenza Unificata del 29 aprile 2009, sono a carico del Ministero della giustizia gli oneri relativi agli interventi di manutenzione ordinaria e straordinaria dei locali concessi in uso al fine dell'erogazione delle prestazioni sanitarie. I suddetti interventi sono inseriti nel primo piano triennale utile di edilizia penitenziaria, per consentire il completamento dei procedimenti di autorizzazione e di accreditamento

Art. 4
La programmazione dei Servizi medici multiprofessionali integrati con sezioni dedicate e specializzate di assistenza intensiva

1. In coerenza con i principi della regionalizzazione dell'assistenza sanitaria e della territorialità della pena, le Regioni e le Province autonome si dotano di un Servizio medico Multi-professionale Integrato con sezioni dedicate e specializzate di Assistenza Intensiva (S.A.I. - Tipo C1), di cui all'Allegato: ex 'Centri Diagnostico-Terapeutici' o 'Centri Clinici'), anche stipulando specifici accordi con Regioni limitrofe che dispongono di siffatta modalità organizzativa. Tali centri erogano prestazioni di assistenza specialistica di cui al punto 4 dell'Allegato, le cui tipologie e volumi costituiscono il riferimento oggettivo per il riparto delle risorse statali appositamente destinate ai CDT;

2. I Centri clinici attualmente in funzione sono: Bari "Francesco Rucci", Genova "Marassi", Messina, Milano "Opera", Milano "San Vittore", Napoli "Poggioreale – G. Salvia", Napoli "Secondigliano", Massa, Parma, Pisa "Don Bosco" (maschile e femminile), Roma "Regina Coeli", Sassari, Torino 'Lorusso e Cotugno', Busto Arsizio. Sono in via di attivazione: Cagliari "Uta" e Catanzaro. L'accordo della Conferenza Unificata del 26 novembre 2009, recante "Strutture sanitarie nell'ambito del sistema penitenziario italiano", è abrogato limitatamente alla lettera a), quarto capoverso, n.1, che definisce insopprimibili i centri clinici di Milano Opera, Parma, Pisa, Roma Regina Coeli e Napoli Secondigliano.

3. L'apertura o la eventuale soppressione di S.A.I. viene programmata secondo un piano concordato tra le Autorità sanitarie regionali e l'Amministrazione penitenziaria, nelle sue articolazioni centrali e periferiche.

Art. 5
Monitoraggio e armonizzazione

1. L'applicazione del presente Accordo è oggetto di:
a. monitoraggio da parte del Tavolo di consultazione permanente per la sanità penitenziaria che procede a verificare lo stato dell'offerta sanitaria negli istituti penitenziari alla data dell'entrata in vigore del presente accordo e, con cadenza annuale, lo stato di realizzazione e il funzionamento delle Reti regionali dei servizi per l'assistenza sanitaria ai detenuti. Le

Regioni e le Province autonome si impegnano a fornire relazioni scritte ovvero a partecipare ad audizioni dirette;

b. verifica della graduale progressiva armonizzazione dell'erogazione omogenea dei Livelli essenziali di assistenza sul territorio nazionale.

Art. 6
Criteri di appropriatezza

1. Le Aziende Sanitarie sono titolari della gestione di tutte le attività dedicate alla tutela della salute della popolazione detenuta e dei bambini al seguito di madri detenute, laddove presenti. A tal fine dispongono che la propria organizzazione sia oggetto di un'attività di valutazione e miglioramento della qualità a cadenza almeno annuale. I servizi sanitari penitenziari adottano regolamenti coerenti con le linee guida di Società scientifiche, con indirizzi istituzionali o di gruppi di esperti per una buona pratica clinica nelle varie branche specialistiche. Gli aspetti più generali dell'assistenza (nuovo ingresso-presa in carico, protocolli operativi tra servizi medici e Ser.T. e D.S.M., attività specialistica, ricoveri ospedalieri, gestione emergenza-urgenza) sono affrontati secondo metodologie operative standard, note e condivise ai vari livelli del SSN. I criteri di efficienza, efficacia, appropriatezza e i Piani diagnostici terapeutici applicati sono definiti in accordo con le ASL territorialmente competenti.

Art. 7
Utilizzazione delle risorse aziendali da parte di terzi a fini di cura e/o medico-legali

1. Secondo quanto previsto dal comma 11 dell'art. 11 della legge n. 354/75 e dal comma 7 dell'art. 17 del DPR 230/2000, la Direzione dell'IP, su richiesta del detenuto, può autorizzare l'ingresso in IP di medici di fiducia del detenuto stesso.

2. Ferma restando la necessaria autorizzazione della Azienda sanitaria competente, per l'utilizzo dei locali, beni strumentali e materiali d'uso è dovuto, nei casi di cui al comma 1, uno specifico corrispettivo a carico del detenuto medesimo.

3. Con atto da definirsi in sede di Conferenza Unificata, sono stabiliti:
   - le modalità di rapporto tra il medico di fiducia e il SSN;
   - i tempi e le modalità di utilizzo dei locali, beni strumentali e materiali, nonché i criteri omogenei per l'individuazione del corrispettivo dovuto dal detenuto.

Art. 8
Norma finanziaria

1. A decorrere dall'esercizio finanziario 2016 i criteri di riparto delle risorse finanziarie assegnate alle Regioni e P.A. per la sanità penitenziaria tengono conto dell'attuazione del presente Accordo.

Art. 9
Norme finali

1. Le Regioni e le Province autonome si impegnano a recepire i contenuti del presente accordo entro 6 mesi dalla data di approvazione del medesimo, con propri atti di programmazione che declinino le modalità e i tempi di adeguamento, tenendo conto in modo complementare dell'attuale assetto organizzativo dei propri servizi laddove già operativi ed in aderenza ai modelli sanitari regionali.

2. L'attuazione del presente accordo deve avvenire senza maggiori oneri a carico della finanza pubblica; per la sua graduale attuazione le Regioni e le province autonome si avvalgono delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente.

IL SEGRETARIO
Antonio Naddeo

IL PRESIDENTE
Maria Carmela Lanzetta

ALLEGATO

SERVIZI SANITARI IN AMBITO PENITENZIARIO:
Indice per la programmazione e glossario generale

Ogni struttura penitenziaria per adulti è dotata di uno specifico "Servizio sanitario penitenziario" operante sotto la responsabilità di un medico che coordina gli interventi delle professionalità sanitarie coinvolte, ivi incluse quelle specialistiche, ospedaliere, delle sezioni specializzate o dedicate e quelle dei servizi territoriali per la presa in carico del disagio psichico o delle patologie da dipendenza. Il medico responsabile/referente definisce inoltre i generali bisogni assistenziali dei detenuti e mantiene costanti rapporti con la Direzione Penitenziaria e le sue articolazioni funzionali, anche in ragione dell'alta complessità della gestione clinico assistenziale e della specificità giuridica delle persone detenute ed internate. Il responsabile del Servizio è responsabile della gestione dei locali sanitari, strumentazioni, arredi e dell'attività dei sanitari che operano all'interno della struttura. Il livello di responsabilità superiore dei servizi sanitari in ambito penitenziario è definito dalle Regioni e Province autonome nei conseguenti 'atti aziendali'.
I servizi sanitari presentano quindi caratteristiche e potenzialità differenti a seconda delle dimensioni, delle presenze, della tipologia di detenuti, del turnover di arrestati o detenuti e riflettono le modificazioni dei circuiti penitenziari regionali.
Le Regioni e Province autonome tengono conto nell'ambito della propria programmazione, dei criteri esplicitati al punto 6 dell'articolo 2 dell'Accordo, al fine di elaborare il proprio modello organizzativo di sanità penitenziaria, sulla base delle tipologie di servizi di seguito dettagliati. Tale modello tiene conto della complessità e della numerosità delle situazioni sanitarie della popolazione detenuta, nonché della situazione organizzativa preesistente al passaggio della sanità penitenziaria al Servizio Sanitario

1. **Servizio medico di base**
   È la tipologia di servizio più semplice attivata nelle strutture penitenziarie con popolazione detenuta riconosciuta in buone condizioni di salute. Essa offre in via continuativa, per fasce orarie, prestazioni di medicina di base e assistenza infermieristica nonché ordinariamente prestazioni di medicina specialistica (odontoiatria, cardiologia, psichiatria, malattie infettive), la presa in carico di pazienti con problematiche inerenti alle patologie da dipendenza o altre che presuppongano una presa in carico a lungo termine.
   Le prestazioni delle altre branche specialistiche sono garantite, all'interno dell'IP o presso i servizi dell'Azienda sanitaria secondo le esigenze delle persone detenute e l'organizzazione aziendale. Il servizio notturno, prefestivo e festivo è a chiamata ed è garantito dal servizio di continuità assistenziale del territorio, al bisogno o secondo le modalità previste dalle Aziende Sanitarie.
   Il servizio svolge attività sanitaria di promozione di salute, diagnosi e cura di patologie o comorbilità di basso impatto assistenziale. Garantisce inoltre l'esecuzione dei test di screening previsti per l'intera popolazione (pap-test, mammografia e sangue occulto) anche attraverso le articolazioni territoriali delle ASL.

2. **Servizio medico multi-professionale integrato**
   Questa tipologia di servizio si differenzia dalla precedente per la presenza del personale sanitario, medico ed infermieristico sulle 24 ore. Oltre a quanto presente nel "Servizio medico di base", sono garantite ordinariamente le prestazioni specialistiche (psichiatria, malattie infettive, cardiologia, odontoiatria) oltre a tutte quelle necessarie per la cura e la terapia delle altre forme morbose presenti nella struttura. In tale maniera questo servizio è in grado di fornire il monitoraggio di patologie di maggiore complessità assistenziale o di comorbilità, l'osservazione e il trattamento del post –acuzie quando non particolarmente intenso.
   Continuano ad essere garantiti l'attività di promozione della salute, degli screening e dell'attività fisica adattata per la prevenzione delle patologie croniche.

3. **Servizio Medico Multi-professionale integrato con sezione specializzata**
   Alle caratteristiche del servizio medico multi professionale integrato aggiunge la presenza di una

sezione detentiva sanitaria specializzata, dedicata a fornire assistenza sanitaria a detenuti affetti da specifici stati patologici, come di seguito specificato. Il personale sanitario è presente nelle 24 ore. Questi servizi potrebbero essere dotati anche di diagnostica ecografica e di personale per l'erogazione di trattamenti specialistici di medicina fisica e riabilitazione per l'erogazione di trattamenti post-acuzie. Non è prevista la cessione in uso dei relativi ambienti (stanze di detenzione) a titolo gratuito all'ASL competente.

Le sezioni sanitarie specializzate.
La normativa vigente prevede che alcune categorie di detenuti, affetti da specifici stati patologici, siano ospitate in sezioni penitenziarie a gestione sanitaria. Il primo riferimento normativo per l'istituzione di sezioni specializzate è la legge 354/1975 che, all'articolo 65, prevede: "I soggetti affetti da infermità o minorazioni fisiche o psichiche devono essere assegnati ad istituti o sezioni speciali per idoneo trattamento. A tali istituti o sezioni sono assegnati i soggetti che, a causa delle loro condizioni, non possono essere sottoposti al regime degli istituti ordinari". La normativa successiva ha previsto sezioni specializzate dedicate a soggetti tossicodipendenti.
Per quanto riguarda i soggetti con menomazioni fisiche e sensoriali (soggetti con gravi menomazioni della capacità motoria, soggetti non vedenti o ipovedenti gravi), non risulta necessaria la previsione di specifiche sezioni, considerando che la libertà di movimento può essere garantita con l'abbattimento delle barriere architettoniche. Laddove siano presenti specifiche necessità di trattamento riabilitativo, le stesse possono essere soddisfatte dai servizi penitenziari in cui è presente l'offerta specialistica di medicina fisica e riabilitazione ovvero, in base alle specifiche condizioni sanitarie, di altre discipline specialistiche. I soggetti in questione devono essere accolti in ambienti penitenziari appositamente allestiti, per assicurare la permanenza in condizioni tali da salvaguardare l'autonomia e la dignità, coerentemente con i principi della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità. Qualora nell'istituto non sia possibile realizzare ambienti attrezzati e percorsi di orientamento con ridotte barriere architettoniche, l'amministrazione penitenziaria individua o predispone specifiche soluzioni nell'ambito degli istituti penitenziari del territorio di competenza, in coerenza col principio della territorialità della pena. L'amministrazione penitenziaria cura l'assistenza alla persona anche col ricorso a specifiche figure di detenuti *care givers* ('lavoranti'), contribuendo alla stesura di un opportuno regolamento sanitario di gestione della sezione sanitaria. Con riferimento a tali strutture si utilizzano i termini di 'trasferimento e permanenza'.

Sulla base delle previsioni normative, vengono di seguito specificate le tipologie di sezioni specializzate dedicate ai soggetti con malattie infettive, ai soggetti con disturbi mentali e ai soggetti tossicodipendenti.

3.1 Sezioni per detenuti con malattie infettive

Ogni Regione e PA individua sezioni o camere di detenzione per l'assistenza e la cura delle persone affette da malattie infettive, che necessitino di cure specifiche. Nel caso di infezione da HIV, ai sensi dell'Accordo rep. 33/CU del 15 marzo 2012 "Infezione da HIV e detenzione" le linee generali di gestione clinica sono condivise con l'Unità Operativa Ospedaliera di Malattie Infettive di riferimento, valorizzando l'attività delle risorse umane interne. Particolare attenzione deve essere dedicata ad evitare che si creino condizioni di segregazione dal contesto.

3.2 Sezioni per soggetti affetti da disturbi mentali

L'istituzione di sezioni specializzate per persone con disturbi mentali, oltre alla legge 354/1975, trova un ulteriore riferimento normativo nell'Accordo in Conferenza Unificata del 13 ottobre 2011 recante "Integrazione agli indirizzi di carattere prioritario sugli interventi negli Ospedali psichiatrici giudiziari (OPG) e nelle Case di cura e custodia (CCC) di cui all'Allegato C al DPCM 01.04.2008".

In tali sezioni gli interventi diagnostici e terapeutico-riabilitativi sono assicurati dai dipartimenti di salute mentale delle Aziende sanitarie territorialmente competenti, oltre che dagli altri specialisti del Servizio. L'inserimento in dette sezioni che comprendono ed unificano le preesistenti sezioni penitenziarie per osservandi e 'minorati psichici', è riservato ai soggetti detenuti che presentano disturbi psichici gravi, con specifico riferimento ai soggetti di cui

all'articolo 111 (commi 5 e 7) del DPR 230/2000 sull'ordinamento penitenziario[1], ai soggetti di cui all'articolo 112 del D.P.R. medesimo[2] ed ai soggetti di cui all'art. 148 C.P.

3.3 Sezioni per detenuti tossicodipendenti (art. 96 commi 3 e 4 d.P.R. 309/90):
Custodie attenuate: sono destinate alla permanenza di persone con diagnosi medica di alcol-tossicodipendenza in fase di divezzamento avanzato dall'uso di sostanze stupefacenti e possono occupare un intero istituto ("I.C.A.T.T.": Istituto a Custodia Attenuata per il Trattamento dei Tossicodipendenti) o una o più sezioni ("Se.A.T.T.": Sezioni Attenuate per il Trattamento dei Tossicodipendenti) facenti parte di istituti più grandi. L'istituto o la sezione di custodia attenuata, avvalendosi anche del personale del Ser.T. territoriale e, se necessario, del D.S.M.. svolge attività di prevenzione, riduzione del danno, attualizzazione diagnostica, trattamento riabilitativo e reinserimento sociale delle persone alcol-tossicodipendenti che aderiscono volontariamente al programma. E' auspicabile la presenza di un Istituto interamente dedicato almeno per ogni regione. L'intervento specialistico dei Ser.T. dovrà essere tale da fornire i richiesti interventi coordinati nell'ambito di uno specifico regolamento di Servizio Medico multiprofessionale integrato con unità dedicate e specializzate, dotato di precisi criteri di accesso, esclusione, permanenza e che favorisca anche l'avviamento alle misure alternative. La medicina di base, la medicina specialistica, la guardia medica ed il coordinamento tecnico-funzionale degli interventi sono garantiti dal Servizio sanitario dell'istituto. Per la diagnosi, cura e riabilitazione degli stati di tossicodipendenza si applicano il D.M. n. 444/90, la L. 45/99 ed il D.P.R. 309/90 e sue modifiche ed integrazioni.

Unità a Custodia Attenuata per il trattamento della Sindrome Astinenziale: è rappresentato da aree di osservazione clinica in istituto dedicate alla gestione della sindrome astinenziale in entrata al carcere. Tali aree sono di dimensioni proporzionali al turnover di detenuti alcol-tossicodipendenti ed anch'esse devono presentare una gestione simile alla tipologia precedente; anche in questo caso l'intervento specialistico dei Ser.T. dovrà essere tale da fornire i richiesti interventi coordinati nell'ambito di uno specifico regolamento di Servizio Medico multiprofessionale integrato con unità dedicate e specializzate. Le unità sono dotate di un numero di stanze di detenzione dedicate, ma incrementabili, qualora le esigenze lo richiedano.

4. Servizio medico Multi-professionale Integrato con sezioni dedicate e specializzate di assistenza intensiva (S.A.I.) - (ex Centri Diagnostico-Terapeutici o Centri Clinici)

Questa tipologia di servizio costituisce l'entità organizzativa di maggiore complessità e sostituisce i "Centri Diagnostico-Terapeutici" o "Centri Clinici" tuttora attivi ed esistenti ai sensi dell'art. 17, comma 4, del regolamento di esecuzione dell'ordinamento penitenziario (D.P.R. n. 230/2000). Il S.A.I. ha un assetto organizzativo che integra le tipologie dei servizi multi-professionali integrati; può, pertanto, essere costituito anche da sezioni dedicate e specializzate. Detto servizio risponde a bisogni di salute che necessitano di assistenza sanitaria specialistica continuativa, assicurando prestazioni sanitarie assistenziali di tipo intensivo ed estensivo extraospedaliere, che non possono essere garantite nei servizi a minore complessità organizzativa. L'inserimento in tali strutture risponde a valutazioni strettamente sanitarie, tramite la definizione di criteri per il trasferimento e la durata della permanenza. Il venir meno delle motivazioni cliniche che giustificano la permanenza nel S.A.I. è certificata dal medico responsabile e l'Amministrazione penitenziaria provvede alla tempestiva traduzione all'istituto di provenienza, qualora diverso da quello attuale. I locali sanitari sono concessi in comodato d'uso gratuito secondo quanto previsto dall'Accordo sancito dalla Conferenza U0nificata del 29 aprile 2009. L'istituto penitenziario presso cui è attivato il Servizio Multiprofessionale Integrato (S.A.I. ex C.D.T./C.C.) può ospitare, in ambienti penitenziari, detenuti che, per situazioni di rischio

1

sanitario, possono richiedere un maggiore e più specifico intervento sanitario e restano candidabili per una misura alternativa (affidamenti, ecc.) o per differimento o sospensione della pena per motivi di salute.

5. Ospedale HUB/SPOKE con stanze dedicate o Reparto ospedaliero per detenuti

Si tratta dei servizi previsti dalla legge 296/93 art. 7, destinati a degenze prolungate in caso di patologie complesse. Gli ambienti sanitari sono sempre situati nell'ambito di strutture ospedaliere e presentano dimensioni e collocazione variabili a seconda del modello organizzativo del servizio ospedaliero ospitante. L'apertura o la eventuale soppressione di queste strutture viene programmata secondo un piano concordato tra le Autorità sanitarie regionali e l'Amministrazione penitenziaria. L'Amministrazione penitenziaria provvede al piantonamento dei detenuti ricoverati. Il detenuto ricoverato continua ad essere sottoposto a regime detentivo e pertanto continua a godere dei diritti e delle garanzie riconosciute dalla normativa vigente alle persone sottoposte a tale regime (telefonate e colloqui con i familiari e con i difensori, possibilità di fare acquisti, contatti con il personale penitenziario e con la Polizia Penitenziaria per le attività matricolari quali ad esempio la possibilità di inoltrare istanze direttamente all'Autorità Giudiziaria, ecc.). Pertanto, il detenuto può chiedere direttamente alla A.G. di autorizzare telefonate e colloqui o attribuire benefici quali gli arresti domiciliari, la detenzione domiciliare o la sospensione dell'esecuzione della pena o altro. Solo con riferimento a tali strutture si utilizzano i termini di "ricovero e degenza".

Glossario

C.C.: Casa Circondariale

C.R.: Casa di Reclusione

D.A.P.: Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria: È la struttura del Ministero della Giustizia deputata allo svolgimento dei compiti relativi al sistema carcerario.

I.C.A.T.T.: Istituto a Custodia Attenuata per il Trattamento dei Tossicodipendenti: Istituto penitenziario o sezione di istituto in cui si provvede alla riabilitazione fisica e psichica dei tossicodipendenti, mediante l'attuazione di programmi d i medicina delle dipendenze e di altre attività terapeutiche, a carico delle aziende sanitarie. Il trattamento penitenziario si integra con i programmi terapeutici con la collaborazione degli enti territoriali, il terzo settore, il volontariato e le comunità terapeutiche.

ISTITUTI PENITENZIARI: sono distinti in:

- Casa circondariale in cui sono detenute le persone in attesa di giudizio o quelle condannate a pene inferiori ai cinque anni (o con un residuo di pena inferiore ai cinque anni);
- Casa di reclusione, che è l'istituto adibito all'espiazione delle pene di maggiore entità;
- Istituti per l'esecuzione delle misure di sicurezza (art. 62 legge 26 luglio 1975, n. 354, Norme sull'ordinamento penitenziario): Colonie agricole, Case di lavoro, Case di cura e custodia (C.C.C.), Ospedali psichiatrici giudiziari (O.P.G.)

C.C.C e O.P.G. saranno sostituiti dalle strutture residenziali di cui al comma 2 art. 3 ter della legge 17.2.2012 n. 9 e successive modificazioni.

S.A.I. (Servizio Multiprofessionale integrato di Assistenza Intensiva): ex C.D.T./C.C.

SEZIONI SANITARIE PENITENZIARIE: spazi fisici dedicati ad attività sanitarie specializzate in ambito penitenziario

Se.A.T.T.: Sezioni Attenuate per il Trattamento dei Tossicodipendenti.

TRATTAMENTO PENITENZIARIO E RIEDUCAZIONE:

Il trattamento penitenziario deve essere conforme ad umanita' e deve assicurare il rispetto della dignita' della persona. Il trattamento e' improntato ad assoluta imparzialita', senza discriminazioni in ordine a nazionalita', razza e condizioni economiche e sociali, a opinioni politiche e a credenze religiose. Negli istituti devono essere mantenuti l'ordine e la disciplina. Non possono essere adottate restrizioni non giustificabili con le esigenze predette o, nei confronti degli imputati, non indispensabili a fini giudiziari.

I detenuti e gli internati sono chiamati o indicati con il loro nome. Il trattamento degli imputati deve essere rigorosamente informato al principio che essi non sono considerati colpevoli sino alla condanna definitiva.

Nei confronti dei condannati e degli internati deve essere attuato un trattamento rieducativo che tenda, anche attraverso i contatti con l'ambiente esterno, al reinserimento sociale degli stessi. Il trattamento e' attuato secondo un criterio di individualizzazione in rapporto alle specifiche condizioni dei soggetti.

Il trattamento è svolto avvalendosi principalmente dell'istruzione, del lavoro, della religione, delle attività culturali, ricreative e sportive e agevolando opportuni contatti con il mondo esterno ed i rapporti con la famiglia.