



Delibera della Giunta Regionale n. 96 del 21/03/2011

A.G.C. 20 Assistenza Sanitaria

Settore 1 Prevenzione, Assist. Sanitaria - Igiene sanitaria

Oggetto dell'Atto:

APPROVAZIONE DEL DOCUMENTO RECANTE "LINEE GUIDA PER LA STESURA DEL PROTOCOLLO LOCALE PER LA GESTIONE DEL SERVIZIO DI MEDICINA PENITENZIARIA" CON ALLEGATO

Alla stregua dell'istruttoria compiuta dal Settore e delle risultanze e degli atti tutti richiamati nelle premesse che seguono, costituenti istruttoria a tutti gli effetti di legge, nonché dell'espressa dichiarazione di regolarità della stessa resa dal Dirigente del Settore a mezzo di sottoscrizione della presente

PREMESSO CHE:

- a) che il Decreto Legislativo 22.6.99 n. 230, come modificato ed integrato dal Decreto Legislativo 22.12.2000 n. 433, ha introdotto il riordino della medicina penitenziaria sancendo il principio fondamentale della parità di trattamento, in tema di assistenza sanitaria, dei cittadini liberi e degli individui detenuti ed internati;
- b) che il D.P.C.M. 01.04.2008, adottato ai sensi dell'art. 2, commi 283 e 284 della Legge 24 Dicembre 2007 n. 244 (legge Finanziaria 2008) stabilisce, al fine di dare completa attuazione al riordino della medicina penitenziaria di cui ai decreti legislativi sopra citati, il trasferimento al Servizio sanitario nazionale di tutte le funzioni sanitarie svolte dal Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria e dal Dipartimento della giustizia minorile del Ministero della giustizia;
- c) che con DGRC n. 1551 del 26.09.2008 è stato recepito il DPCM sopra citato;
- d) che l'Allegato A al suddetto DPCM espressamente prevede che, al fine di valutare l'efficienza e l'efficacia degli interventi a tutela della salute dei detenuti, degli internati e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale, garantendo, nel contempo, l'efficacia delle misure di sicurezza, venga realizzato in ogni Regione e Provincia autonoma un Osservatorio permanente sulla sanità penitenziaria, con rappresentanti della Regione, dell'Amministrazione penitenziaria e della Giustizia minorile, competenti territorialmente;

PRESO ATTO

- a) che con DGRC n. 1812 dell'11.12.2009 sono state definite le azioni per la realizzazione di forme di collaborazione tra ordinamento sanitario ed ordinamento penitenziario e della giustizia minorile per la valutazione dell'efficienza e dell'efficacia degli interventi sanitari mirati all'attuazione di quanto previsto dalle Linee di indirizzo di cui agli Allegati A e C del DPCM 1 aprile 2008 ed è stato approvato il relativo schema di Accordo di Programma;
- b) che in data 28.12.2009 le Parti contraenti hanno sottoscritto l'Accordo di Programma;
- c) che con Decreto del Presidente della Giunta Regionale n. 38 del 19 febbraio 2010 è stato istituito l'Osservatorio permanente sulla sanità penitenziaria, confermato con DPGR n. 177 del 19.10.2010;

RILEVATO

che compete all'Osservatorio permanente sulla sanità penitenziaria, proporre le adeguate ed efficaci modalità di coordinamento fra Regione, Aziende Sanitarie Locali, Provveditorato regionale dell'Amministrazione penitenziaria e Centro della Giustizia minorile, che garantiscano la concertazione e la verifica dei programmi di intervento, con particolare attenzione alle sinergie necessarie tra l'Area Sanitaria, di competenza del Servizio Sanitario Regionale e le Aree del Trattamento e della Sicurezza di competenza dell'Amministrazione Penitenziaria e del Dipartimento della Giustizia Minorile;

RILEVATO ALTRESÌ

che per garantire l'efficace governo del processo è interesse dell'Amministrazione regionale che siano adottate Linee Guida per la stesura dei protocolli locali per la gestione del servizio di medicina penitenziaria;

PRESO ATTO

- a) che nella seduta del 10.02.2011 l'Osservatorio permanente sulla sanità penitenziaria, il cui regolamento di funzionamento è stato approvato nella seduta del 24.03.2010 ha approvato all'unanimità le "Linee Guida per la stesura del protocollo locale per la Gestione del Servizio di Medicina Penitenziaria";

- b) che il documento elaborato dall'Osservatorio include i principi di riferimento ed individua gli obiettivi di salute da perseguire ed i livelli essenziali di assistenza da garantire alla popolazione detenuta, per il riconoscimento della piena parità di trattamento, in tema di assistenza sanitaria, tra gli individui liberi e gli individui detenuti ed internati ed i minorenni sottoposti a provvedimento penale;

RITENUTO

- a) di adottare il documento di indirizzi regionali elaborato dall'Osservatorio permanente sulla sanità penitenziaria recante "Linee Guida per la stesura del protocollo locale per la Gestione del Servizio di Medicina Penitenziaria" che in allegato alla presente ne costituisce parte integrante;
- b) di stabilire che è fatto obbligo agli organi di vertice delle Aziende Sanitarie Locali di recepire le Linee Guida ed adottare i protocolli di intesa locali con proprio atto, predisponendo tutte le azioni necessarie a renderli operativi, in armonia con le indicazioni emanate in materia dalla Conferenza Unificata e dall'Osservatorio regionale;
- c) di stabilire che il modello organizzativo descritto nell'allegato documento dovrà essere tale da supportare tutte le funzioni attribuite alle Aziende Sanitarie Locali dal DPCM 1.4.08 e scaturenti dall'applicazione dell'Accordo sancito in Conferenza Unificata (Rep. n. 102/CU del 20 novembre 2008) e dall'Accordo di programma sottoscritto il 28.12.09 e conformemente a quanto stabilito nel Piano Sanitario Regionale;
- d) di stabilire che i protocolli di intesa locali devono recare in allegato la convenzione stipulata relativa all'individuazione dei locali da adibire ad uso esclusivamente sanitario e la convenzione stipulata relativa alle prestazioni medico legali in favore del personale di Polizia Penitenziaria secondo gli schemi approvati in Conferenza Unificata (n. 29/CU del 29.04.2009 e n. 51/CU del 29.10.2009);
- e) di stabilire che ciascuna azienda entro il 30 giugno di ogni anno dovrà relazionare in merito ai protocolli locali sottoscritti in attuazione delle linee guida predisponendo una relazione valutativa dalla quale emergano le azioni programmate e realizzate in materia di implementazione del sistema di assistenza penitenziaria e gli obiettivi qualiquantitativi raggiunti;
- f) di rinviare ad atti successivi la definizione del sistema di tariffa per i collocamenti in Comunità Terapeutica di minori sottoposti a provvedimento della A.G. in base ai profili di cura.

VISTI

il DPCM 14 febbraio 2001 "Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie";
il DPCM 29 novembre 2001 "Definizione dei Livelli di Assistenza Sanitaria";
il Decreto Legislativo 22.6.99 n. 230 e ss.mm. e ii.;
il DPCM 1.04.2008 "Modalità e i 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";
Il Patto per la salute 2010-2012 approvato dall'Intesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2009;
VISTO, altresì il Decreto del Presidente della Giunta Regionale n.109 del 21.05.2010 di ripartizione delle funzioni tra i componenti della Giunta Regionale con il quale è stata riservata al Presidente quella relativa alla materia della sanità,

PROPONE e la Giunta, in conformità, a voto unanime

DELIBERA

Per i motivi precedentemente formulati e che si intendono qui riportati integralmente:

1. di adottare il documento di indirizzi regionali elaborato dall'Osservatorio permanente sulla sanità penitenziaria recante "Linee Guida per la stesura del protocollo locale per la Gestione del Servizio di Medicina Penitenziaria" che in allegato alla presente ne costituisce parte integrante;
2. di stabilire che è fatto obbligo agli organi di vertice delle Aziende Sanitarie Locali di recepire le Linee Guida ed adottare i protocolli di intesa locali con proprio atto, predisponendo tutte le azioni necessarie a renderli operativi, in armonia con le indicazioni emanate in materia dalla Conferenza Unificata e dall'Osservatorio regionale;

3. di stabilire che il modello organizzativo descritto nell'allegato documento dovrà essere tale da supportare tutte le funzioni attribuite alle Aziende Sanitarie Locali dal DPCM 1.4.08 e scaturenti dall'applicazione dell'Accordo sancito in Conferenza Unificata (Rep. n. 102/CU del 20 novembre 2008) e dall'Accordo di programma sottoscritto il 28.12.09 e conformemente a quanto stabilito nel Piano Sanitario Regionale;
4. di stabilire che i protocolli di intesa locali devono recare in allegato la convenzione stipulata relativa all'individuazione dei locali da adibire ad uso esclusivamente sanitario e la convenzione stipulata relativa alle prestazioni medico legali in favore del personale di Polizia Penitenziaria secondo gli schemi approvati in Conferenza Unificata (n. 29/CU del 29.04.2009 e n. 51/CU del 29.10.2009);
5. di stabilire che ciascuna azienda entro il 30 giugno di ogni anno dovrà relazionare in merito ai protocolli locali sottoscritti in attuazione delle linee guida predisponendo una relazione valutativa dalla quale emergano le azioni programmate e realizzate in materia di implementazione del sistema di assistenza penitenziaria e gli obiettivi qualiquantitativi raggiunti;
6. di rinviare ad atti successivi la definizione del sistema di tariffa per i collocamenti in Comunità Terapeutica di minori sottoposti a provvedimento della A.G. in base ai profili di cura.
7. Di inviare il presente provvedimento ai Settori competenti ed al BURC per la pubblicazione

Linee guida per la stesura del protocollo locale per la Gestione del Servizio di Medicina Penitenziaria

PREMESSA

Il presente documento trae le sue basi dall'allegato A del DPCM 1.4.08 e dall'applicazione dell'Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano concernente le definizioni delle forme di collaborazione relative alle funzioni della Sicurezza ed i principi ed i criteri di collaborazione tra l'ordinamento sanitario e l'ordinamento penitenziario (Rep. n. 102/CU del 20 novembre 2008), dall'Accordo di programma sottoscritto il 28/12/09 tra la Regione Campania, il Provveditorato Regionale dell'Amministrazione Penitenziaria ed il Centro per la Giustizia Minorile e da quanto disposto dalla legge n. 354/1975 e dal D.P.R. 230/2000.

I **principi di riferimento** sono i seguenti:

- riconoscimento della piena parità di trattamento, in tema di assistenza sanitaria, tra gli individui liberi e gli individui detenuti ed internati ed i minorenni sottoposti a provvedimento penale;
- piena e leale collaborazione interistituzionale tra Servizio Sanitario Regionale ed Amministrazione Penitenziaria/Giustizia Minorile al fine di garantire in maniera sinergica la tutela della salute e il recupero sociale della popolazione detenuta;
- tutela della salute delle persone sottoposte a misure restrittive della libertà, attraverso azioni e programmi condotti con il concorso di tutte le istituzioni interessate oltre che del terzo settore;
- necessità di favorire, per rendere efficaci tali interventi integrati, la partecipazione diretta dei detenuti alle attività di prevenzione, cura e riabilitazione ed ai percorsi di preparazione all'uscita;
- garanzia, da parte dell'Istituto Penitenziario/I.P.Minorile (di seguito "Istituti"), di assicurare, nel rispetto delle esigenze di sicurezza, condizioni ambientali e di vita rispondenti ai criteri di rispetto della dignità della persona;
- certezza della continuità terapeutica, da garantire al soggetto detenuto dal momento del suo ingresso in carcere, durante gli eventuali spostamenti tra diversi Istituti, nell'immediatezza della scarcerazione e comunque fino ad una sua eventuale e possibile presa in carico dal S.S.R..

Gli **obiettivi di salute** da perseguire ed i **livelli essenziali di assistenza** da garantire alla popolazione detenuta, attraverso l'azione complementare e coordinata di tutti i soggetti istituzionali interessati, tenuto conto, anche, delle specificità proprie dell'essere in stato di privazione della libertà, sono i seguenti:

- presa in carico e cura, con relativo mantenimento dei L.E.A. di tutti i soggetti detenuti ed internati,
- promozione della salute, anche all'interno dei programmi di medicina preventiva e di educazione sanitaria,
- mantenimento della salubrità degli ambienti e delle condizioni di vita nelle strutture penitenziarie,
- promozione e sviluppo della cultura della prevenzione sanitaria, con progetti specifici per patologie e target differenziati di popolazione, in rapporto all'età, al genere e alle caratteristiche socio culturali, con riferimento anche alla popolazione degli immigrati,
- prevenzione dei suicidi e dei tentativi di suicidio, attraverso l'individuazione dei fattori di rischio e l'attivazione delle conseguenziali e necessarie azioni,
- rispetto delle regole penitenziarie europee in riferimento alla salvaguardia della salute dei detenuti.

Il presente documento pone le basi programmatiche per gli interventi nelle seguenti aree:

1. **tutela della salute dei detenuti**
2. **collaborazione interistituzionale; D.U.V.R.I.**
3. **modelli organizzativi**
4. **locali adibiti ad uso sanitario, attrezzature sanitarie e beni strumentali**
5. **prestazioni medico legali a favore del personale di Polizia Penitenziaria**
6. **assistenza ai detenuti tossicodipendenti**

7. OO.PPGG. e salute mentale in carcere**8. minori****9. tutela della salute delle detenute e delle minorenni sottoposte a provvedimenti penali e della loro prole****1. LA TUTELA DELLA SALUTE DEI DETENUTI**

La tutela della salute dei detenuti/internati è l'obiettivo primario. Tra le azioni programmatiche, oltre quelle indicate in premessa, si evidenziano in particolare:

- il monitoraggio dei bisogni assistenziali dei reclusi e valutazione epidemiologica,
- gli interventi di prevenzione e di profilassi delle malattie;
- i corsi di informazione per i detenuti, al fine di fornire utili indicazioni sugli aspetti igienico-sanitari nonché sui servizi offerti dalla Azienda Sanitaria mediante la elaborazione e diffusione, a cura della stessa Azienda Sanitaria, della "Carta dei servizi" attivati nell'Istituto;
- corsi di formazione per il personale sanitario per le specifiche esigenze organizzative e normative precipue dell'ambiente detentivo e per le particolari esigenze dell'utenza di riferimento.

2.1 COLLABORAZIONE INTERISTITUZIONALE

L'Azienda Sanitaria Locale e la Direzione dell'I.P./I.P.M., ciascuna nell'ambito delle proprie competenze e nel rispetto delle proprie autonomie e delle specifiche potestà organizzative e programmatiche, definite dalle norme in vigore, si impegnano, in base al principio della leale collaborazione interistituzionale, a garantire tramite interventi basati sulla qualità, sull'equità e sulla appropriatezza, la tutela della salute ed il recupero sociale della popolazione detenuta.

Le Amministrazioni: Sanitaria e Penitenziaria, opereranno nell'ottica dell'integrazione degli interventi, siano essi di carattere prettamente sanitario o più genericamente "trattamentali", avendo quale fine prioritario l'offerta alla persona detenuta del miglior servizio possibile.

Nella definizione di ogni forma di collaborazione si terrà conto dei **principi** di seguito indicati:

- a) la *tutela della salute* deve essere garantita all'interno delle strutture penitenziarie; le prestazioni sanitarie vanno preferenzialmente assicurate all'interno degli istituti; tuttavia, quelle che non possono essere assicurate appropriatamente ed adeguatamente all'interno, vanno effettuate in strutture sanitarie esterne (art. 11 della legge n. 354/1975 e art. 17 del D.P.R. 230/2000), nel rispetto dei tempi di attesa ivi presenti, fermo restando l'impegno alla semplificazione delle procedure di accesso;
- b) il *personale sanitario*, fermo restando l'autonomia professionale e gli obblighi deontologici che gli sono propri, è tenuto all'osservanza dell'Ordinamento Penitenziario, del relativo Regolamento di Esecuzione, delle altre norme vigenti sulla materia nonché delle disposizioni impartite dall'Amministrazione Penitenziaria e dal Direttore dell'istituto in materia di organizzazione e sicurezza (art. 4, comma 3 d.lgs. 230/1999);
- c) la condivisione di *dati sanitari* va assicurata quando necessaria per consentire l'adozione di misure appropriate per la collocazione e il trattamento dei soggetti, soprattutto se nuovi giunti con particolari problematiche sanitarie (disabilità, malattie infettive, tossicodipendenza, disturbi mentali e rischio suicidario, ecc.) oltre che per la compatibilità dello stato psico-fisico del soggetto con la misura applicata; l'ASL è titolare dei dati sanitari;
- d) il trasferimento di informazioni di *dati giudiziari* al personale sanitario va assicurato quando necessario per una migliore gestione anche sanitaria della persona detenuta e/o internata e del minore sottoposto a provvedimenti penali; l'Amm.ne Penitenziaria/Giustizia Minorile è titolare dei dati giudiziari;
- e) il *Direttore dell'Istituto* cura l'organizzazione ed il controllo dello svolgimento delle funzioni proprie dell'Istituto, coordina le interazioni tra le attività complessive, comprese quelle che coinvolgono operatori non appartenenti all'Amministrazione Penitenziaria, in materia di sicurezza (art. 4, comma 3 D Lgs 230/99). Il Direttore attua, altresì, tutto quanto necessario per garantire l'autonomia professionale degli operatori sanitari, il corretto svolgimento dell'attività terapeutica e la continuità dei percorsi sanitari;

- f) *l'Amministrazione Penitenziaria/Giustizia Minorile*, nel rispetto del principio di collaborazione interistituzionale e nelle more del raggiungimento della piena ed autonoma operatività da parte delle AASSLL si impegnano a supportare le AASSLL relativamente alle attività tecnologiche e strumentali (per es. utilizzo di telefono, fax, computer, mezzi di trasporto) ed amministrative (per es. rilevazione presenze personale);
- g) con riferimento alle lettere c) e d) si precisa che l'Amministrazione Penitenziaria, avendo già predisposto uno specifico accesso con funzioni sanitarie al proprio sistema informativo informatizzato, mette tale supporto a disposizione dell'Azienda Sanitaria. L'accesso al sistema sarà regolamentato secondo apposito Documento programmatico ai sensi del D. lgs 196/03. Entrambe le Amministrazioni opereranno congiuntamente anche per realizzare ogni necessario interfacciamento tra i rispettivi sistemi informativi, nonché le eventuali implementazioni, innovazioni ed integrazioni che potranno intervenire.
- h) *l'Azienda Sanitaria Locale*, sentita la Direzione Penitenziaria, programma e attiva l'organizzazione sanitaria più appropriata per l'Istituto, sulla base di quanto indicato al paragrafo 3 del presente documento;
- i) *l'Azienda Sanitaria Locale* garantisce l'erogazione dei farmaci - inclusi quelli di Fascia C - nel rispetto di quanto esplicitamente previsto dall'Allegato A al DPCM, con le modalità previste per ogni altra sua struttura territoriale. L'eventuale necessità di farmaci e dispositivi medici non inclusi nei prontuari aziendali, ne comporterà richiesta di aggiornamento, secondo le procedure in essere per le altre articolazioni della ASL.

L'Azienda Sanitaria Locale, attraverso le professionalità localmente presenti e/o ivi destinate, attua, inoltre, i seguenti **interventi specifici** in relazione alla condizione di detenzione dell'utenza:

- o valutazione dello stato di salute e dei bisogni, così come definiti dall'O.M.S., di tutti i nuovi ingressi, da effettuarsi, se del caso, in più momenti temporali e per congrui periodi di osservazione: i dati rilevati sono raccolti nella cartella clinica; tale valutazione è fatta in collaborazione con l'équipe multidisciplinare e con il supporto degli accertamenti specialistici del caso;
- o adozione di procedure di accoglienza che consentano di attenuare gli effetti traumatici della privazione della libertà, ed esecuzione degli interventi necessari a prevenire atti di autolesionismo e suicidari;
- o visite mediche dei detenuti ai sensi dell'art. 11 commi 5 e 6 L. 354/75,
- o attuazione di programmi di diagnosi precoce delle principali malattie a carattere cronico e/o degenerativo;
- o accertamento della situazione vaccinale, specie riguardo ai soggetti immigrati, con riferimento al quadro delle vaccinazioni obbligatorie nel nostro Paese, ed esecuzione, se del caso, delle vaccinazioni ritenute necessarie;
- o promozione e sviluppo della cultura della prevenzione sanitaria, anche in costante collaborazione con il Dipartimento di Prevenzione delle Aziende Sanitarie, che dovrà tra l'altro garantire le necessarie attività di vigilanza, attraverso propri operatori, componenti essenziali, insieme al responsabile del servizio aziendale per la tutela della salute in carcere, della Commissione istituita dall'Azienda per l'esercizio, all'interno degli Istituti, delle funzioni ispettive di cui all'art. 11 della legge 354/75 e s.m. e i.;
- o raccolta di tutte le informazioni sanitarie relative a ciascun soggetto, onde assicurare una appropriata presa in carico in altri istituti o nel momento del ritorno in libertà.

L'Azienda Sanitaria Locale assicura inoltre:

- la presenza degli operatori sanitari negli organismi collegiali previsti dall'Ordinamento Penitenziario (es. Consigli di disciplina, Gruppo di Osservazione e Trattamento, gruppi di lavoro in genere, ecc. ex art 29, 33, 78 R.E. D.P.R., ecc,),
- l'adozione di particolari provvedimenti previsti dall'Ordinamento Penitenziario (es.: rilascio certificazione prevista dall'art. 39 O.P.),
- le relazioni sanitarie finalizzate all'applicazione di regime detentivo diverso o a modifica di misure cautelari, ovvero a valutazioni circa la compatibilità dello stato di salute con la misura restrittiva,

- le relazioni o pareri su richiesta dell'Autorità Amministrativa: ad esempio visite preventive a trasferimenti (cd. Nulla Osta alla traduzione),
- la prescrizione di isolamento sanitario;
- le prescrizioni per detenuti infermi e seminfermi di mente ai sensi dell'art. 20 DPR. 230/2000;
- i controlli nel caso di uso legittimo della forza ex art.41 e durante l'esecuzione di sanzioni disciplinari,
- la gestione delle risorse umane localmente presenti e/o destinate;
- la gestione delle risorse tecnologiche e strumentali: attrezzature ed arredi trasferiti ex art.4 del D.P.C.M. del 01.04.08 e altre in aggiunta a loro assegnate;
- le relazioni con la Direzione dell'Istituto Penitenziario per quanto concerne la collaborazione, a livello locale, con le Aree della Sicurezza e del Trattamento;
- il rilascio di certificazione in uso nel Servizio Sanitario Regionale e di certificazioni specifiche dell'ambito penitenziario.

2.2 D.U.V.R.I.

Circa gli aspetti di cui al D.lgs 81/2008, sarà cura dell'ASL e della Direzione Penitenziaria provvedere ad aggiornare, quando necessario il Documento Unico di Valutazione rischi da Interferenza relativamente al personale sanitario operante presso ciascun Istituto.

3. MODELLI ORGANIZZATIVI

Il Piano Sanitario Regionale di imminente adozione prevede la formale istituzione di un modello organizzativo aziendale che sia in grado di supportare tutte le funzioni attribuite alle Aziende Sanitarie Locali dal DPCM 1.4.08 e scaturenti dall'applicazione dell'Accordo sancito in Conferenza Unificata (Rep. n. 102/CU del 20 novembre 2008) e dall'Accordo di programma sottoscritto il 28/12/09.

Le Aziende Sanitarie locali, pertanto, si impegnano ad adottare il modello organizzativo ivi enunciato ed a garantire ed assicurare tutte le funzioni previste ed in particolare:

- *mediante la **Struttura "Tutela della Salute in Carcere"**, afferente alla Direzione Generale e/o Sanitaria Aziendale :*
 - il coordinamento organizzativo di tutte le funzioni sanitarie rivolte alle persone in regime di esecuzione penale e ai minori destinatari di provvedimenti penali;
 - l'unificazione nella gestione dei rapporti di lavoro oggetto di trasferimento dalla Amministrazione di Giustizia al Sistema Sanitario della Regione Campania;
 - le eventuali funzioni di consulenza;
 - il raccordo con gli uffici della Regione Campania e con quelli del PRAP, del Centro di Giustizia Minorile, e dell'Autorità Giudiziaria;
 - il coordinamento e integrazione intraziendale, attraverso il "**Gruppo di Lavoro Aziendale per la Tutela della Salute in Carcere**", al quale spetterà prioritariamente il compito di predisporre il "Piano dell'offerta dei servizi sanitari penitenziari";
 - il coordinamento funzionale di tutte i Servizi, le UU.OO e le articolazioni del Servizio Aziendale per la Tutela della Salute in Carcere;
 - il coordinamento organizzativo, clinico e medico legale correlato alle prestazioni medico legali a favore del personale della Polizia Penitenziaria di cui al successivo punto 5;
 - il coordinamento di tutte le altre funzioni sanitarie anche non previste esplicitamente dall'allegato A e C del DPCM 1 aprile 2008 e oggetto di transito dall'Amministrazione penitenziaria al SSN, di competenza del personale dei servizi distrettuali e/o dipartimentali.
- *mediante il **Servizio di Medicina Penitenziaria Distrettuale**:*
 - le attività di prevenzione, cura e riabilitazione nelle specifiche aree della:
 - medicina di base;
 - continuità assistenziale;
 - specialistica ambulatoriale.
- *mediante il **Servizio di Salute Mentale Penitenziaria**:*
 - l'organizzazione dei percorsi terapeutici idonei a garantire quanto richiesto al fine della tutela della salute mentale dagli Allegati A e C al DPCM 01.04.2008 e, in particolare, concorrendo al superamento dell'OPG attraverso una ristrutturazione dei servizi che

consenta l'effettuazione della misura di sicurezza in contesti sanitari ordinari e l'accertamento e la gestione del disagio psichico nelle carceri; nel caso di ASL sul cui territorio insiste un O.P.G., sarà competente per l'Ospedale Psichiatrico Giudiziario e ne assicurerà il superamento attraverso l'attuazione del programma operativo di cui al successivo punto 7.

- *mediante il Servizio per le Dipendenze Patologiche Penitenziario:*
 - il coordinamento ed i livelli essenziali di assistenza per le dipendenze patologiche all'interno degli Istituti penitenziari del territorio di competenza di cui al successivo punto 6.

4. LOCALI ADIBITI AD USO SANITARIO, ATTREZZATURE SANITARIE E BENI STRUMENTALI

I locali siti all'interno dell'Istituto e da adibire ad uso esclusivamente sanitario sono individuati dalla Direzione dell'Istituto e dall'A.S.L.. In tale sede si valuta l'idoneità e la funzionalità. La successiva formalizzazione della stipula della convenzione avviene secondo lo schema approvato in Conferenza Unificata. (n. 29/CU del 29.04.2009)

Per quanto riguarda la manutenzione ordinaria e straordinaria, la gestione e le modalità di uso delle utenze varie (acqua, telefono, riscaldamento ecc), le spese di pulizia, ecc. si rimanda alla convenzione sopra indicata alla quale viene allegato un verbale di sopralluogo con l'indicazione dei locali di che trattasi, comprensivo di un cronoprogramma degli eventuali interventi di manutenzione ed adeguamenti necessari, da realizzarsi nel rispetto delle competenze previste nel succitato Accordo.

Resta inteso che nelle more degli adeguamenti l'A.S.L. si impegna a continuare lo svolgimento dell'attività sanitaria all'interno degli Istituti utilizzando i locali già precedentemente destinati a tali attività.

Relativamente alle attrezzature, gli arredi e i beni strumentali afferenti alle attività sanitaria, le AASSLL provvederanno a garantirne, anche nelle more del perfezionamento dell'acquisizione al patrimonio aziendale, la funzionalità e la consistenza necessaria per gli obiettivi di salute da perseguire ed i livelli essenziali di assistenza da garantire.

5. PRESTAZIONI MEDICO LEGALI A FAVORE DEL PERSONALE DI POLIZIA PENITENZIARIA

Per le prestazioni medico-legali a favore del personale di Polizia Penitenziaria si rimanda ad apposita convenzione da stipulare secondo lo schema approvato in Conferenza Unificata Stato Regioni.

Nella more della stipula della convenzione sopra indicata, l'A.S.L. si impegna comunque a garantire:

1. la richiesta alla Commissione Medica Ospedaliera territorialmente competente di accertamento delle condizioni di idoneità al servizio, ai sensi dell'articolo 15 del Decreto del Presidente della Repubblica 29 ottobre 2001, n. 461;
2. la partecipazione alla Commissione Medica Ospedaliera, in qualità di componente, nei casi indicati dall'articolo 6, comma 3, del Decreto del Presidente della Repubblica 29 ottobre 2001, n. 461, in rappresentanza dell'Amministrazione della Giustizia;
3. le certificazioni relative ai periodi di assenza dal servizio per temporanea inabilità causata da uno stato di malattia o convalescenza conseguente a causa di servizio;

6. ASSISTENZA AI DETENUTI TOSSICODIPENDENTI

Ogni Azienda Sanitaria Locale sul cui territorio insiste un Istituto Penitenziario garantirà, attraverso il Dipartimento per le Dipendenze Patologiche, gli interventi di continuità assistenziale ai tossicodipendenti detenuti.

Le Aziende Sanitarie Locali, sulla base degli indirizzi normativi nazionali e regionali, nel rispetto comunque dei Livelli essenziali di assistenza e in piena rispondenza alle esigenze espresse dalla popolazione tossicodipendente dell'Istituto, stabiliscono il modello organizzativo più adeguato per individuare una delle seguenti tipologie di offerta:

- servizi di consulenza da parte della UO Ser.T nel cui territorio insiste l'istituto;
- presenza quotidiana del personale della UO Ser.T territoriale per fasce orarie determinate;

- istituzione di U.O. Ser.T. “dedicata” al bacino di popolazione detenuta tossicodipendente dell’ASL.

Il Direttore dell’Istituto si impegna a garantire le migliori condizioni logistico-organizzative per setting terapeutici efficaci ed a prevedere tutte le necessarie facilitazioni per l’accesso ai colloqui e/o visite del detenuto da parte degli operatori.

Il Ser.T. garantirà:

1. interventi di trattamento farmacologico sostitutivo per la gestione delle sindromi astinenziali e per la continuità dei trattamenti farmacologici in essere fino al momento dell’arresto;
2. l’attuazione dei trattamenti farmacologici con antagonisti, quando indicati, in particolare nella fase di accompagnamento alla remissione in libertà;
3. Interventi di screening chimici, clinici e sierologici ritenuti importanti ai fini diagnostici (prelievi ematici, dosaggi urinari) al momento dell’ingresso in istituto;
4. Interventi di tipo psico sociale finalizzati al sostegno, orientamento e accompagnamento alla attivazione di misure alternative ai sensi del D.P.R. 309/90;
5. Attività di prevenzione, informazione ed educazione alla salute mirate alla riduzione dei rischi e dei danni correlati all’uso di droghe;
6. realizzazione di interventi formativi rivolti sia al personale sanitario operante in Istituto che al personale della Amministrazione Penitenziaria.

Le funzioni sanitarie e la responsabilità clinica dei programmi per le tossicodipendenze degli Istituti a Custodia Attenuata e quelli afferenti alle sezioni per tossicodipendenti di I Livello del circuito penitenziario della Regione Campania sono affidate ai Dipartimenti delle Dipendenze Patologiche delle relative ASL di competenza territoriale; la loro attività deve comprendere specifiche ed idonee operatività per le persone con doppia diagnosi, da definire e rendere operative di concerto con il DSM competente, e da uniformare successivamente agli specifici indirizzi licenziabili dalla Conferenza Unificata e dall’Osservatorio Permanente per la Sanità Penitenziaria della regione Campania.

Il Dipartimento per le Dipendenze Patologiche garantirà il coordinamento – funzionale ed operativo – dell’assistenza ai soggetti tossicodipendenti, attraverso articolazioni organizzative da definire con il Servizio “Tutela della Salute in Carcere” . Per le procedure operative relative all’inserimento in Comunità Terapeutica dei minori sottoposti a provvedimento della A.G., la valutazione diagnostica, finalizzata all’accertamento della tossicodipendenza sarà formulata dalla Equipe tecnica Multidisciplinare così come più dettagliatamente esposto nel presente documento al successivo punto 8.

L’Amministrazione Penitenziaria ed il Centro per la Giustizia Minorile riconoscono la validità e convergono sulle disposizioni di carattere amministrativo, contenute nelle note circolari regionali, con le quali le AASSLL riconoscono unicamente gli inserimenti in Comunità effettuati presso Enti, Associazioni o Comunità inserite nell’Albo degli Enti Ausiliari accreditati (o provvisoriamente accreditati) con il Servizio Sanitario.

7. OSPEDALI PSICHIATRICI GIUDIZIARI E SALUTE MENTALE IN CARCERE

I provvedimenti contenuti nella DLgs 230/99, nella legge Finanziaria 2008 e nel DPCM 1/4/2008 sono coerenti nel disegnare un assetto delle istituzioni deputate alla misura di sicurezza ed al trattamento/riabilitazione del malato di mente reo più prossimo al sistema di trattamento dei servizi ordinari. In questo nuovo assetto istituzionale è esplicitamente perseguito lo scopo di garantire equità di garanzie e livelli assistenziali tra tutti i cittadini detenuti, internati o liberi; viene prevista la possibilità di comminare la misura di sicurezza in strutture o programmi del Servizio Sanitario Nazionale (conformemente a quanto previsto dalla sentenza della Corte Costituzionale 253/03); viene richiesto un programma attivo di dimissioni e di predisposizione di soluzioni alternative idonee a rendere nel tempo superabile l’OPG stesso. In sostanza le azioni richieste sull’OPG prevedono il trasferimento delle funzioni, delle risorse e del personale, ma al tempo stesso contengono una progettualità diversa da quella attuale, in termini organizzativi interni, tecnico-professionali ed organizzativi esterni alla struttura in collegamento con i DSM nazionali.

Il punto di arrivo finale di questo processo deve essere una completa ristrutturazione della offerta dei servizi da parte dei Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) che metta la Magistratura in

condizione di effettuare la misura di sicurezza in contesti sanitari ordinari con garanzie di equità di trattamento rispetto alla popolazione psichiatrica generale.

Nell'ambito, pertanto, dei livelli generali di collaborazione tra Amministrazione Penitenziaria ed Aziende Sanitarie, per gli attuali OPG è necessario definire più specifici indirizzi finalizzati ad avviarne rapidamente quelle modifiche operative che ne permettano la sincronizzazione con il percorso dettato dall'Allegato C al DPCM 01.04.2008.

Quanto di seguito indicato va considerato come un insieme di iniziali e prioritarie indicazioni, aggiuntive a quelle previste in generale per gli Istituti Penitenziari nei precedenti paragrafi 1,2,3,4,5 e 6, modificabili nel corso del complessivo percorso di superamento e di regionalizzazione e necessarie per assicurare un più alto livello di integrazione interistituzionale e di collegamento con i servizi territoriali deputati alla presa in carico e re inclusione sociosanitaria delle persone internate.

A. Obiettivi primari.

In attuazione delle previsioni contenute nel DPCM del 01.04.2008, le Direzioni Penitenziarie degli OPG di Aversa e Napoli e le ASL Caserta e Napoli 1 Centro, attraverso i rispettivi DDSSMM, perseguono concordemente, per quanto di rispettiva competenza, gli obiettivi della tutela della salute psico-fisica e del recupero sociale dei pazienti a qualunque titolo presenti e adeguano continuamente le rispettive operatività, nel rispetto delle normative di riferimento, al complessivo percorso di superamento dell'OPG definito nell'Allegato C al predetto DPCM.

L'ASL competente territorialmente per l'OPG, ne assume, attraverso il proprio DSM, le funzioni sanitarie analogamente a qualunque altra propria struttura comunitaria territoriale e, con il costante supporto della Direzione Penitenziaria, assicura,:

1. un livello assistenziale al reo malato di mente analogo a quello assicurato a qualunque persona con problemi psichici dai servizi per la tutela della salute mentale territoriali;
2. la gestione uniforme ed omogenea dell'assistenza sanitaria a favore di tutte le persone presenti in OPG, indipendentemente dalle diverse posizioni giuridiche, prevedendo:
 - modelli integrati nella rete dei servizi sanitari della Regione Campania per garantire continuità assistenziale anche in termini di equità e qualità;
 - continuità dei percorsi di cura anche fuori Regione, nel caso di spostamenti in altri Istituti dettati da specifici motivi di salute o da provvedimenti dell'autorità giudiziaria;
3. l'avvio del processo di ristrutturazione dell'offerta dei servizi tale da porre la Magistratura in condizione di far eseguire la misura di sicurezza in strutture alternative o, comunque, in contesti sanitari ordinari con garanzie di equità di trattamento rispetto alla popolazione psichiatrica generale;
4. un programma operativo, aggiornato mensilmente, che preveda: 1) la dimissione degli internati che hanno concluso la misura della sicurezza, con soluzioni concordate con i DSM competenti per il singolo paziente, con forme di inclusione sociale adeguata, coinvolgendo gli Enti locali di provenienza o di destinazione dei ricoverati da dimettere; 2) il ritorno nelle carceri di provenienza dei ricoverati in OPG per disturbi psichici sopravvenuti durante l'esecuzione della pena (in funzione dell'attivazione delle sezioni di cura e riabilitazione, all'interno delle carceri); 3) l'espletamento delle osservazioni per l'accertamento delle infermità psichiche di cui all'art. 112 D.P.R. 230/2000 negli istituti ordinari;
5. la riorganizzazione della dotazione organica sanitaria, prevedendo l'istituzione di un'equipe sanitaria stabile, multiprofessionale e multidisciplinare, e l'implementazione della pianta organica, nei limiti delle risorse disponibili, prioritariamente con operatori della riabilitazione psico-sociale;
6. l'attuazione di programmi di miglioramento continuo della qualità dei processi di cura e trattamento;
7. l'attivazione di un proprio sistema informativo, preferibilmente informatizzato e comprensivo di cartella clinica, che consenta almeno la registrazione di tutte le prestazioni erogate in forma idonea alla quantificazione dei costi sostenuti per il singolo paziente, anche ai fini della mobilità interregionale;

La Direzione Penitenziaria si impegna:

1. ad assicurare e semplificare l'accesso nell'Istituto penitenziario sia del personale ASL – con autorizzazioni permanenti per tutto il personale ritenuto necessario dalla Direzione del competente DSM - che di quello delle altre AASSLL competenti per il singolo paziente – con autorizzazioni da rilasciare di regola entro due giorni lavorativi dalla richiesta e, per particolari e motivate esigenze, in tempi più brevi;
2. il trasferimento immediato delle informazioni sugli ingressi e sulle uscite degli internati necessarie al monitoraggio continuo dei flussi e del rispetto dei bacini regionali di afferenza;
3. la risoluzione degli eventuali contenziosi sulla competenza territoriale degli internati, secondo quanto stabilito nell'Accordo sugli indirizzi prioritari per gli OPG sancito dalla Conferenza Unificata il 26.11.2009.

Tutte le AASSLL della Regione Campania, attraverso i propri DDSSMM, dovranno programmare, congiuntamente al PRAP, l'attivazione entro il 30.06.2011, in uno degli Istituti del proprio territorio di una specifica articolazione finalizzata sia alla tutela intramuraria della salute mentale delle persone ivi ristrette che alla presa in carico degli utenti di competenza internati in OPG per le finalità previste ai punti b) e c) del precedente comma 4 (ritorno nelle carceri di provenienza dei ricoverati in OPG per disturbi psichici sopravvenuti in corso di detenzione; espletamento negli Istituti ordinari delle osservazioni per l'accertamento delle infermità psichiche di cui all'art. 112 del DPR 230/2000).

B. Forme specifiche e prioritarie di collaborazione tra ordinamento penitenziario e ordinamento sanitario.

Entrambe le Amministrazioni concordano che debbano essere superate tutte le possibili criticità connesse alla gestione duplicata, sanitaria e penitenziaria, delle attività a favore delle persone a qualunque titolo ristrette in OPG. A tal fine devono prevedere operativamente:

1. l'attuazione, congiunta tra operatori sanitari ed operatori penitenziari del trattamento e della polizia penitenziaria, di specifici programmi generali a carattere preventivo (quali, ad esempio, la riduzione del rischio suicidario) e di programmi congiunti orientati alla risocializzazione, anche con il coinvolgimento delle associazioni del terzo settore;
2. l'attuazione di programmi di formazione indirizzati a tutto il personale, sanitario e non sanitario, per contrastare l'effetto burn-out;
3. l'allestimento di adeguati luoghi per attività di socializzazione (per esempio, spazi esterni ricreativi e sportivi, sala ludica, caffè sociale, tisaneria, palestra, aule scolastiche, sale di lettura, laboratori di riabilitazione, sia individuali che gruppal) al fine di migliorare le abilità cognitive, relazionali e motorie dei pazienti, favorirne l'uscita dei pazienti dalle camere di degenza, contrastarne l'ozio e migliorarne le capacità psico-socio-relazionali;
4. la progressiva riorganizzazione interna con gestione totalmente sanitaria, con livelli di attività riabilitative psicosociali analoghi a quelli propri del modello già consolidato delle sezioni a custodia attenuata per tossicodipendenti, con vigilanza meramente perimetrale del personale di custodia, è assunta quale obiettivo comune e complessivo, e dovrà essere programmata secondo principi, criteri, modalità di dettaglio e tempi da definire annualmente in sede di regolamento interno, previsto dall'art. 16 L. n. 354/75; i pazienti saranno progressivamente inseriti nei percorsi totalmente sanitarizzati attivati in funzione dello stato di avanzamento del loro percorso terapeutico-riabilitativo e sulla base di motivazioni sanitarie, indipendentemente dalle posizioni giuridiche e dalla competenza territoriale, fermo restando l'obbligo della Direzione Penitenziaria di accertare l'assenza di gravi motivi di sicurezza ostativi.
5. la fruibilità per un tempo adeguato di una idonea sala colloqui, rendendo possibile ai pazienti permanervi più a lungo, anche consumando un pasto, con familiari e terzi autorizzati, secondo quanto previsto dall'art. 61 D.P.R. n. 230/00;
6. la personalizzazione degli ambienti di soggiorno, per assicurare condizioni sempre più umane e dignitose alla dimensione detentiva dell'internamento in OPG;
7. l'individuazione di luoghi e/o strutture esterne per attività semiresidenziali e/o residenziali, ove far fruire licenze/permessi nell'ambito di progetti terapeutico-riabilitativi individuali;

8. l'istituzione del Gruppo di Osservazione e Trattamento Allargato (G.O.T.A.), integrando il G.O.T. con personale sanitario al fine di costituire un'equipe multi professionale idonea a elaborare un unico progetto individuale, che sia sintesi del programma terapeutico-riabilitativo di cui all'allegato C del DPCM e del programma di trattamento di cui all'art. 13 l.p., da utilizzare anche per le valutazioni di competenza della Magistratura;
9. la costante partecipazione al G.O.T.A. del personale sanitario e penitenziario competente per il singolo paziente, partecipazione che, in relazione alle dinamiche modalità di lavoro in equipe richieste, non può in nessun caso essere vicariata con documentazioni e/o specifiche relazioni, anche con valore legale;
10. la preventiva comunicazione e, preferibilmente, la convocazione concordata delle riunioni del G.O.T.A. con gli operatori del DSM competente per il singolo paziente, al fine di favorire precocemente la presa in carico congiunta con il servizio territoriale competente;
11. lo svolgimento di tutte le attività, terapeutico-riabilitative e trattamentali destinate ai pazienti, nonché l'orientamento del volontariato e del III Settore, sanitario e socio-rieducativo, sotto il coordinamento complessivo del G.O.T.A., in funzione di gruppo interistituzionale e paritetico;
12. la presenza obbligatoria di personale sanitario nei gruppi di lavoro richiesti dalla normativa penitenziaria in modo da consentire agli stessi gruppi di operare in maniera costantemente integrata;
13. il formale divieto di organizzare specifici spazi ed attrezzature destinate alla contenzione fisica dei pazienti (stanze e/o letti di contenzione) che, qualora presenti, devono essere aboliti; la contenzione fisica deve:
 - rappresentare un mezzo estremo da utilizzare solo in circostanze eccezionali,
 - essere disposta dal medico per i tempi limitati all'estrema necessità,
 - essere dal medico immediatamente annotata, così come la sua sospensione, in cartella clinica ed in uno specifico registro predisposto dalla Direzione del DSM;
 - essere effettuata con apposite fascette al letto normale del paziente, a fianco del quale, per tutto il tempo deve essere presente un infermiere per controllarne i parametri vitali;
14. la definizione e l'attivazione a cura del G.O.T.A. , preferibilmente concordata con i DSM competenti, di formalizzati progetti terapeutici riabilitativi individuali per tutti i pazienti presenti, entro 30 giorni dall'ingresso; i progetti devono prevedere, proporzionalmente alla durata della misura di sicurezza, obiettivi intermedi, da realizzarsi con definite attività intramurarie (anche comprensive di azioni da realizzarsi all'esterno – v. licenze, permessi), e, quale costante obiettivo finale, la dimissione, l'inserimento nella comunità di appartenenza e la revoca della pericolosità sociale, secondo le direttive di cui all'azione 3 del DGRC n. 858 dell'8.5.2009.

8. MINORI

8.1 Assistenza sanitaria minori sottoposti a provvedimento della A.G.

Per quanto riguarda le prestazioni sanitarie da erogarsi a favore dei minorenni sottoposti alla custodia cautelare in carcere o definitivi, o comunque ad altro provvedimento della A.G. si conferma quanto già stabilito nei punti precedenti per i soggetti detenuti, ai quali i minori vanno equiparati.

Le *Aziende Sanitarie Locali* si impegnano quindi a garantire la assistenza sanitaria, di base e/o specialistica, per il tramite dei Servizi competenti per territorio:

- presso il Centro di Prima Accoglienza dove i minorenni arrestati-fermati o accompagnati permangono per un massimo di 96 ore, in attesa dell'udienza del Giudice per le indagini preliminari di convalida dell'arresto;
- presso gli Istituti Penali per i Minorenni ove i minorenni in misura cautelare o condannati permangono per periodi medio-lunghi;
- presso le Comunità, dell'Amministrazione della Giustizia Minorile o del privato sociale, ove i minorenni possono essere collocati su disposizione dell'autorità giudiziaria, in misura cautelare, in misura alternativa o sostitutiva, in messa alla prova, in misura di sicurezza;

- presso il luogo di residenza del minorenne qualora non vengano applicati provvedimenti restrittivi della libertà.

8.2 invio in Comunità Terapeutica di minori sottoposti a provvedimento della A.G.

Alla luce del contenuto dell'allegato A dell'Accordo Rep. 82 del 26/11/2009 recante: *Linee di indirizzo per l'assistenza ai minori sottoposti a provvedimenti dell'autorità giudiziaria*, vanno fatte alcune precisazioni relative ai minorenni sottoposti a misure penali diverse dalla custodia cautelare in carcere, previste dal DPR 448/88.

Tale documento contiene il principio secondo il quale il comportamento deviante, nel minore, è spesso legato a forme di disagio psicosociale che vanno considerate come "carezza di salute", più che come uno specifico comportamento individuale soggettivo.

Inoltre, proprio perché per i minorenni il comportamento antisociale va considerato anche espressione di un bisogno di intervento di tipo sanitario, il DPCM ha inserito, nella individuazione dei compiti di assistenza trasferiti al SSN, anche il collocamento in comunità terapeutica, disposto dall'Autorità Giudiziaria, per i minori portatori di disagio psichico e/o di problematiche legate alla tossicodipendenza.

Pertanto le Aziende Sanitarie Locali si impegnano a contribuire, con le proprie professionalità sanitarie (salute mentale, dipendenze, materno infantile, ecc.), alle procedure valutative, da prodursi entro i termini previsti dalla legge per l'udienza di convalida, finalizzate al collocamento del minore in struttura sanitaria in esecuzione di un'ordinanza dell'Autorità Giudiziaria.

La valutazione diagnostica preliminare alla scelta della comunità terapeutica sarà quindi formulata da apposita Equipe Tecnica Multidisciplinare, costituita dal personale del CPA e dai referenti specialisti della ASL di residenza del minore interessato.

Nel caso di minore, arrestato o fermato, la Direzione del CPA, in base al bisogno prevalente rilevato nel minore (tossicodipendenza, disagio psichico, comorbilità tossico-psichiatrica), contatterà il referente specialista dell'Azienda sanitaria di residenza del minore, che nell'arco delle 24 ore garantirà la sua presenza al CPA per partecipare alla Equipe Tecnica Multidisciplinare per le valutazioni necessarie alla scelta della struttura terapeutica residenziale.

A tal fine, ogni ASL della Regione Campania, individua con apposito provvedimento i referenti aziendali per la partecipazione alle Equipe Tecniche Multidisciplinari operanti nei due Centri di Prima Accoglienza della Regione (Napoli e Salerno).

Anche nei casi di sopraggiunta espressione di disagio (psichico e/o dipendenza) di un minore già collocato in Comunità educativa/IPM in cui si rende necessario un tempestivo trasferimento presso altra struttura residenziale sanitaria idonea, il referente aziendale della ASL di appartenenza territoriale del minore, garantirà la partecipazione all'equipe multidisciplinare per le analoghe valutazioni finalizzate al collocamento del minore in una struttura adeguata al sopraggiunto disagio.

In entrambi i casi, gli oneri per il mantenimento del minore in Comunità terapeutica sono posti a carico della ASL di residenza, secondo le ordinarie procedure che regolano la mobilità attiva e passiva infra ed extra regionale.

Per i minori immigrati irregolari, non accompagnati e senza fissa dimora le competenze diagnostiche ed amministrative saranno riferite alla ASL sul cui territorio insiste il CPA.

L'ASL effettuerà i predetti inserimenti nelle Comunità il cui elenco sarà allegato a successivo atto, ritenute idonee ad affrontare le problematiche sanitarie dei minori.

Le comunità individuate potranno essere sia pubbliche che private autorizzate e convenzionate con le AASSL nelle more dell'accreditamento definitivo nel rispetto del quadro normativo nazionale e regionale.

Tali strutture dovranno assicurare:

- disponibilità immediata all'accoglienza di soggetto accompagnato in esecuzione di provvedimento penale;
- trattamento terapeutico educativo specializzato per minori anche in forma modulare (struttura per adulti e minori);
- capacità della struttura di destinare spazi, modalità organizzative e personale alla utenza minorile;

- competenza della struttura a trattare soggetti sottoposti a misura penale (adempimenti, comunicazioni, accompagnamenti ad udienze, redazione di aggiornamenti periodici, richiesta di benefici, adempimenti alle esigenze educative di scuola dell'obbligo, etc).

9. TUTELA DELLA SALUTE DELLE DETENUTE E DELLE MINORENNI SOTTOPOSTE A PROVVEDIMENTI PENALI E DELLA LORO PROLE

Pur costituendo una netta minoranza rispetto alla popolazione maschile, alle detenute si riconoscono specifiche e particolari esigenze legate ad una situazione sanitaria preoccupante, sia come area di provenienza (il disagio sociale si accompagna spesso ad un disagio psichico, tossicodipendenza e elevata prevalenza di malattie virali croniche), sia come peggioramento dovuto alla detenzione.

Le minorenni sottoposte a provvedimento penale che transitano nelle apposite sezioni degli Istituti di pena per i Minorenni, nei Centri di Prima Accoglienza e nelle Comunità, necessitano anch'esse di cure ed attenzioni da definire attraverso programmi mirati tra le strutture minorili e le Aziende Sanitarie Locali territorialmente competenti.

La reclusione o la limitazione della libertà delle gestanti possono rendere la gravidanza e l'evento nascita particolarmente problematici per l'assetto psichico della donna, con potenziali ripercussioni sulla salute psico-fisica del neonato.

Le *Aziende Sanitarie Locali* con competenza territoriale su istituti femminili devono porre quali componenti prioritari della loro azione programmatica i seguenti obiettivi:

- monitoraggio dei bisogni assistenziali delle recluse con particolare riguardo ai controlli di carattere ostetrico-ginecologico
- interventi di prevenzione e di profilassi delle malattie a trasmissione sessuale e dei tumori dell'apparato genitale femminile
- informazione sulla salute per le detenute e le minorenni sottoposte a provvedimento penale
- formazione per il personale dedicato che fornisca, anche, utili indicazioni sui servizi offerti dalla Azienda sanitaria al momento della dimissione dal carcere o dalle comunità (consultori, punti nascita, ambulatori ecc.)
- potenziamento delle attività di preparazione al parto svolte dai Consultori familiari
- assicurare che il parto avvenga in ospedale o in altra struttura diversa dal luogo di reclusione
- sostegno e accompagnamento al normale processo di sviluppo psico-fisico del neonato.

Le parti si impegnano a garantire quanto sopra stabilito anche attraverso verifiche trimestrali concordate.