



DIR.GEN./ DIR. STAFF (*)	U.O.D. / Staff
DG 04	00

Regione Campania

GIUNTA REGIONALE

SEDUTA DEL 15/05/2024

PROCESSO VERBALE

Oggetto :

"Regolamentazione di funzionamento delle Articolazioni per la tutela della Salute Mentale (ASM) e dei servizi per la tutela della salute mentale (SSMC) negli istituti penitenziari (IP)" - Determinazioni.

1)	Presidente	Vincenzo	DE LUCA	PRESIDENTE
2)	Vice Presidente	Fulvio	BONAVITACOLA	
3)	Assessore	Nicola	CAPUTO	
4)	”	Felice	CASUCCI	
5)	”	Ettore	CINQUE	ASSENTE
6)	”	Bruno	DISCEPOLO	
7)	”	Valeria	FASCIONE	
8)	”	Armida	FILIPPELLI	
9)	”	Lucia	FORTINI	
10)	”	Antonio	MARCHIELLO	
11)	”	Mario	MORCONE	
	Segretario	Mauro	FERRARA	

Alla stregua dell'istruttoria compiuta dalla Direzione Generale 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 Direttore a mezzo di sottoscrizione della presente

PREMESSO che:

- a) il Decreto Legislativo n. 230 del 22.06.1999 recante il riordino della medicina penitenziaria ha assegnato al SSN il compito di assicurare alle persone detenute o internate, al pari dei cittadini in stato di libertà, livelli di prestazioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione sulla base degli obiettivi generali di salute e dei LEA individuati nel Piano Sanitario Nazionale e Regionale;
- b) con il Decreto del Presidente della Giunta Regionale n. 38 del 19 febbraio 2010 è stato istituito l'Osservatorio permanente regionale per la sanità penitenziaria, confermato con il Decreto del Presidente della Giunta Regionale n. 177 del 19 ottobre 2010, con i compiti previsti dalla DGRC n. 1812/2009;
- c) la necessità di aggiornamenti operativi in tema di assistenza sanitaria penitenziaria è stata evidenziata sia a livello comunitario che nazionale;
- d) l'Amministrazione Penitenziaria, con la Circolare del 19.07.2022, ha fornito indicazioni in sintonia con gli obiettivi del Servizio sanitario penitenziario, con particolare riferimento all'appropriatezza, anche clinica, da assicurare a cura delle AA.SS.LL.;
- e) con DGRC n. 520 del 13 settembre 2023 è stato preso atto del documento recante *"Interventi per il miglioramento dell'efficienza e dell'appropriatezza clinica dei servizi sanitari penitenziari, in attuazione dell'art. 11 della legge n. 354/1975, come aggiornato con il D.lgs. n. 123/2018"*, approvato dall'Osservatorio permanente regionale per la sanità penitenziaria nella seduta del 03.08.2023;
- f) nell'istruttoria di cui alla menzionata DGRC n. 520/2023 è rappresentato che *"lo stesso Documento – come da programmazione concordata delle successive prioritarie attività dell'Osservatorio regionale permanente per la sanità penitenziaria nella seduta del 03.08.2023 – sarà da integrare, attesa la loro rilevanza in ambito penitenziario, con ulteriori regolamentazioni e indicazioni circa gli interventi sanitari in tema di salute mentale e dipendenze patologiche in carcere, anche integrati con l'Amministrazione Penitenziaria, saranno oggetto di specifiche linee guida, con il concorso, per quanto di competenza, del Gruppo regionale interistituzionale per la prevenzione e gestione delle REMS e la salute mentale in carcere - ha assunto come prossimo obiettivo prioritario"*;

PRESO ATTO, dall'istruttoria dei competenti uffici regionali, che:

- a) all'esito dei lavori di uno specifico sottogruppo, integrato con rappresentanti dei Dipartimenti di Salute Mentale delle AASSLL regionali, attraverso il Gruppo regionale interistituzionale per la prevenzione e gestione delle REMS e la salute mentale in carcere, l'Osservatorio permanente regionale per la sanità penitenziaria ha approvato nella seduta del 15 febbraio 2024 il documento *"Regolamentazione di funzionamento delle Articolazioni per la tutela della Salute Mentale (ASM) e dei servizi per la tutela della salute mentale (SSMC) negli istituti penitenziari (IP)"*, Allegato n. 1 e parte integrante e sostanziale del presente atto;
- b) il menzionato documento costituisce il complessivo aggiornamento delle regolamentazioni regionali in tema di salute mentale in carcere e disciplina l'operatività delle Articolazioni per la tutela della Salute Mentale (ASM) e dei servizi per la tutela della salute mentale (SSMC) negli istituti penitenziari (IP) ed esplicita la necessità che le Aziende Sanitarie Locali e l'Amministrazione Penitenziaria provvedano a modificare, aggiornare e/o integrare le proprie procedure;
- c) l'ASM è una sezione sanitaria detentiva a prevalente gestione sanitaria, che accoglie persone detenute affette da gravi problematiche di salute mentale e di norma presenti negli IIPP;
- d) i SSMC e le ASM hanno la finalità della presa in carico, dal punto di vista sanitario e penitenziario, delle persone in stato di detenzione affette da disturbi mentali ovvero, limitatamente ai SSMC, che necessitano di accertamento dei predetti disturbi; entrambi operano congiuntamente, attraverso attività di tipo sociosanitario, diagnostiche e terapeutico-riabilitative, integrate con attività proprie dell'area trattamentale penitenziaria, e assicurano il raggiungimento degli obiettivi di salute e di riabilitazione assegnati;
- e) è opportuno dare continuità alle attività demandate con la menzionata DGRC n. 520/2023 alla Direzione Generale Tutela della Salute e Coordinamento del SSR e finalizzate ad emanare circolari esplicative per la corretta attuazione delle regolamentazioni;
- f) dall'attuazione della presente delibera non si determinano oneri finanziari aggiuntivi per il bilancio regionale;

RITENUTO, pertanto, di dover

- a) prendere atto, ad integrazione del Documento di cui alla DGRC n. 520/2023, della “*Regolamentazione di funzionamento delle Articolazioni per la tutela della Salute Mentale (ASM) e dei servizi per la tutela della salute mentale (SSMC) negli istituti penitenziari (IP)*”, Allegato n. 1 e parte integrante e sostanziale del presente atto;
- b) disporre l'effettiva attuazione del documento nell'ambito dei Servizi di sanità penitenziaria regionali attraverso operatività conformi alle indicazioni e alle regolamentazioni ivi contenute da parte delle Aziende Sanitarie, in relazione alle proprie e diversificate competenze nella specifica area;
- c) prevedere che le Aziende Sanitarie dispongano, laddove necessario e congiuntamente all'Amministrazione Penitenziaria di proprio riferimento territoriale, il consequenziale aggiornamento e/o l'integrazione dei Protocolli locali di leale e reciproca collaborazione interistituzionale già definiti ai sensi delle Linee Guida approvate dall'Osservatorio regionale permanente per la sanità penitenziaria il 10.02.2011 e formalizzate con D.G.R.C. n. 96 del 21.03.2011;
- d) demandare alla Direzione Generale Tutela della Salute e Coordinamento del SSR l'emanazione di circolari esplicative finalizzate alla corretta attuazione del menzionato documento, in continuità con le analoghe attività già disposte con la DGRC n. 520/2023 e attraverso il Coordinamento della rete regionale di sanità penitenziaria, con il supporto del Gruppo tecnico di consultazione costituito dai Responsabili dei servizi aziendali di sanità penitenziaria, dai Medici responsabili dei presidi sanitari penitenziari e da esperti della materia delle Amministrazioni coinvolte nelle attività;

VISTI

- a) il Decreto Legislativo n. 230 del 22.06.1999;
- b) il D.P.R. 30 giugno 2000, n. 230;
- c) il D.P.C.M. 01.04.2008;
- d) la D.G.R.C. n. 1551 del 26.09.2008;
- e) la D.G.R.C. n. 1812 dell'11.12.2009;
- f) la D.G.R.C. n. 96 del 21.03.2011;
- g) la D.G.R.C. n. 716 del 13.12.2016;
- h) la L. 26 luglio 1975, n. 354, aggiornata con il D.lgs. n. 123/2018;
- i) la Sentenza della Corte Costituzionale n. 99 del 20/02/2019 in G.U. 24/04/2019;
- j) la D.G.R.C. n. 520 del 13.09.2023;

PROPONE e la Giunta, in conformità, a voto unanime

DELIBERA

Per i motivi espressi in narrativa, che qui si intendono integralmente riportati e confermati:

1. di prendere atto, ad integrazione del Documento di cui alla DGRC n. 520/2023, della “*Regolamentazione di funzionamento delle Articolazioni per la tutela della Salute Mentale (ASM) e dei servizi per la tutela della salute mentale (SSMC) negli istituti penitenziari (IP)*”, Allegato n. 1 e parte integrante e sostanziale del presente atto;
2. di disporre l'effettiva attuazione del documento nell'ambito dei Servizi di sanità penitenziaria regionali attraverso operatività conformi alle indicazioni e alle regolamentazioni ivi contenute da parte delle Aziende Sanitarie, in relazione alle proprie e diversificate competenze nella specifica area;
3. di prevedere che le Aziende Sanitarie dispongano, laddove necessario e congiuntamente all'Amministrazione Penitenziaria di proprio riferimento territoriale, il consequenziale aggiornamento e/o l'integrazione dei Protocolli locali di leale e reciproca collaborazione interistituzionale già definiti ai sensi delle Linee Guida approvate dall'Osservatorio regionale permanente per la sanità penitenziaria il 10.02.2011 e formalizzate con D.G.R.C. n. 96 del 21.03.2011;
4. di demandare alla Direzione Generale Tutela della Salute e Coordinamento del SSR l'emanazione di circolari esplicative finalizzate alla corretta attuazione del menzionato documento, in continuità con le analoghe attività già disposte con la DGRC n. 520/2023 e attraverso il Coordinamento della

rete regionale di sanità penitenziaria, con il supporto del Gruppo tecnico di consultazione costituito dai Responsabili dei servizi aziendali di sanità penitenziaria, dai Medici responsabili dei presidi sanitari penitenziari e da esperti della materia delle Amministrazioni coinvolte nelle attività;

5. di trasmettere il presente atto, per quanto di competenza e per dovuta conoscenza, al Gabinetto del Presidente della Giunta Regionale, alla Direzione Generale Tutela della Salute e Coordinamento del SSR (Osservatorio permanente regionale per la sanità penitenziaria; Laboratorio territoriale regionale di sanità penitenziaria “Eleonora Amato”), al Ministero della Giustizia (Provveditorato Regionale dell'Amministrazione Penitenziaria della Campania; Centro per la Giustizia Minorile della Campania), al Ministero della Salute

(Direzione Generale della programmazione sanitaria), ai Tribunali di Sorveglianza di Napoli e di Salerno; ai Tribunali e alle Procure della Repubblica di Avellino, Benevento, S. Maria C.V., Napoli Nord, Napoli, Nola, Torre Annunziata, Nocera Inferiore, Salerno e Vallo della Lucania; alle Corti di Appello di Napoli e di Salerno; alle Procure Generali della Repubblica di Napoli e di Salerno; al Garante regionale per i diritti delle persone private della libertà personale; ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie regionali e all'Ufficio competente per la pubblicazione nella sezione trasparenza del sito istituzionale della Regione Campania.



GIUNTA REGIONALE DELLA CAMPANIA

DELIBERAZIONE n°	221	del	15/05/2024	DIR.GEN./DIR. STAFF (*)	UOD/STAFF DIR.GEN.
				DG 04	00

OGGETTO :

"Regolamentazione di funzionamento delle Articolazioni per la tutela della Salute Mentale (ASM) e dei servizi per la tutela della salute mentale (SSMC) negli istituti penitenziari (IP)" - Determinazioni.

QUADRO A	CODICE	COGNOME	MATRICOLA	FIRMA
PRESIDENTE <input type="checkbox"/> ASSESSORE <input type="checkbox"/>		<i>Presidente De Luca Vincenzo</i>		<i>31/05/2024</i>
DIRETTORE GENERALE / DIRIGENTE STAFF		<i>Avv. Postiglione Antonio</i>	<i>15437</i>	<i>31/05/2024</i>

VISTO DIRETTORE GENERALE ATTIVITA' ASSISTENZA GIUNTA	COGNOME	FIRMA
DATA ADOZIONE	<i>15/05/2024</i>	INVIATO PER L'ESECUZIONE IN DATA <i>31/05/2024</i>

AI SEGUENTI UFFICI:

- 40 . 1 : Gabinetto del Presidente**
50 . 4 : DG per la tutela della salute e il coordin. del sist. sanitario regionale

Dichiarazione di conformità della copia cartacea:

Il presente documento, ai sensi del T.U. dpr 445/2000 e successive modificazioni è copia conforme cartacea dei dati custoditi in banca dati della Regione Campania.

Firma

(*)

DG= Direzione Generale

US= Ufficio Speciale

SM= Struttura di Missione

UDCP= Uffici di Diretta Collaborazione con il Presidente

REGOLAMENTAZIONE DI FUNZIONAMENTO DELLE ARTICOLAZIONI PER LA TUTELA DELLA SALUTE MENTALE (ASM) E DEI SERVIZI PER LA TUTELA DELLA SALUTE MENTALE (SSMC) NEGLI ISTITUTI PENITENZIARI (IP).

(approvato nella riunione del 15 febbraio 2024
dell'Osservatorio permanente per la sanità penitenziaria della Campania¹)

¹ Integrazione specifica per l'area della salute mentale del documento *“Interventi per il miglioramento dell'efficienza e dell'appropriatezza clinica dei servizi sanitari penitenziari, in attuazione dell'art. 11 della legge n. 354/1975, come aggiornato con il D.lgs. n. 123/2018”* allegato alla DGRC n. 520/2023.



Sommario

Premessa.	3
A - ARTICOLAZIONI PER LA TUTELA DELLA SALUTE MENTALE (ASM) NEGLI ISTITUTI PENITENZIARI (IP).	6
Art. 1 - Principi e indirizzi generali.	7
Art. 2 – Finalità, organizzazione e indicazioni generali dell’ASM.....	8
Finalità e organizzazione.	8
Forme di collaborazione inter-istituzionale.	11
Rapporti con i servizi sanitari e sociali esterni.	13
Le attività di accertamento delle condizioni psichiche.	14
Art. 3 – Ammissione, permanenza e dimissione nell’ASM.....	14
Ammissione.	14
Permanenza	16
Dimissione.	18
B - SERVIZI PER LA TUTELA DELLA SALUTE MENTALE (SSMC) NEGLI ISTITUTI PENITENZIARI (IP).	20
Premessa.	21
Art. 1 - Principi e indirizzi generali.	22
Art. 2 – Finalità e implementazioni organizzative.	24
Art. 3 - Accertamento delle condizioni di infermità psichica.	27
Art. 4 – Gli operatori del SSMC.....	29
Allegato 1 - Schemi di riferimento per il Piano diagnostico terapeutico ed il Piano assistenziale individuale infermieristico.....	31



Premessa.

Il presente documento costituisce il complessivo aggiornamento delle regolamentazioni regionali in tema di salute mentale in carcere, comprende l'operatività delle ASM e dei SSMC e assume come basi le seguenti **normative**:

- Legge n. 354/1975 e s.m.i., con particolare riferimento al Decreto Legislativo 2 ottobre 2018, n. 123;
- Decreto legislativo 22 giugno 1999, n. 230 "Riordino della medicina penitenziaria, a norma dell'articolo 5 della legge 30 novembre 1998, n. 419;
- D.P.C.M. 1° aprile 2008 (Allegati A e C);
- Accordo tra Governo, Regioni, Province Autonome di Trento e Bolzano del 13/10/2011 – Rep. Atti N. 95/CU (G.U. n. 256 del 03/11/2011);
- Accordo tra Governo, Regioni, Province Autonome di Trento e Bolzano del 22/01/2015 – Rep. Atti N. 3/CU (G.U. n. 64 del 18 marzo 2015);
- Legge 30 maggio 2014 n. 81;
- Sentenza Corte Costituzionale n. 99/2019.
- D.G.R.C. n. 520 del 13.09.2023

ed i seguenti **principi fondamentali**:

- la presa in carico del paziente/detenuto avviene in maniera sinergica, da parte del personale sanitario e di quello penitenziario, che insieme collaborano, con pari responsabilità e dignità professionale, per il raggiungimento degli obiettivi di seguito descritti, fermo restando il rispetto delle diverse e specifiche competenze, sanitarie, per i primi, e sociali, per i secondi;
- nell'ambito di che trattasi, il personale penitenziario e quello sanitario operano unitamente attivando apposite e idonee forme di equipe paritetiche e inter-istituzionali, essendo costante la necessità di integrare le attività sanitarie con quelle trattamentali;
- i SSMC e le ASM assumono la finalità della presa in carico, dal punto di vista sanitario e penitenziario, delle persone in stato di detenzione affette da disturbi mentali ovvero, limitatamente ai SSMC, che necessitano di accertamento dei predetti disturbi; entrambi operano congiuntamente, attraverso attività di tipo sociosanitario, diagnostiche e terapeutico-riabilitative, integrate con attività proprie dell'area trattamentale penitenziaria, e assicurano il raggiungimento degli obiettivi di salute e di riabilitazione assegnati; le attività sono incentrate sull'adozione di formali programmi terapeutico-riabilitativi individualizzati (PTRI) finalizzati all'inclusione sociale fondati su prove di efficacia e collegati ai rilevati bisogni individuali, sempre idonei a concorrere alle risposte assistenziali; provvedono con appropriatezza alla rilevazione, a breve termine, anche in termini di temporanea



Osservatorio permanente per la sanità penitenziaria (DGRC n. 1812/2009 e DGRC 716/2016)

incompatibilità con il regime penitenziario, ed a medio-lungo termine, della necessità di invio a strutture esterne di cura e/o riabilitazione, da prospettare alla competente Autorità Giudiziaria (AG);

- i SSMC e le ASM assicurano operatività di tipo esclusivamente territoriale, in nessun caso di tipo ospedaliero e/o limitate all'erogazione di sole prestazioni consulenziali; attraverso specifiche forme organizzative e in collegamento con gli altri Servizi dell' stessa Azienda Sanitaria Locale (ASL), si fanno carico della domanda legata alla cura, all'assistenza e alla tutela della salute mentale di tutta la popolazione ristretta negli Istituti Penitenziari (IP) che insistono nel proprio territorio; ai SSMC del singolo IP non competono le prestazioni da realizzarsi in attuazione di misure alternative alla detenzione in carcere, che restano di esclusiva competenza della ASL di residenza della singola persona ristretta, alla quale garantiscono le opportune forme di collaborazione e costante collegamento;
- l'ASM non accoglie persone detenute sulla base esclusiva o prevalente di altre motivazioni - quali, per esempio, quelle di carattere disciplinare ovvero connesse a meri comportamenti disfunzionali, gesti dimostrativi o espressioni di disagio – laddove non risultino collegate a rilevanti condizioni psicopatologiche, accertate ovvero da accertare;
- l'ASM non svolge attività di accertamento delle condizioni di infermità psichica che - conformemente alle regolamentazioni approvate dall'Osservatorio permanente regionale per la sanità penitenziaria il 03.08.2023 e formalmente recepite dalla regione Campania con la DGRC n. 520 del 13.09.2023 – sono da realizzarsi esclusivamente nelle ordinarie sezioni di assegnazione della persona detenuta, a cura del Presidio sanitario penitenziario e con la necessaria partecipazione del SSMC dell'IP e del DSM del territorio di competenza per residenza;
- la permanenza delle persone nell'articolazione è limitata nel tempo, subordinata e parametrata esclusivamente ai bisogni terapeutico-assistenziali della persona; in nessun caso può superare il limite di 12 mesi, come previsto dal Paragrafo “Area salute in carcere” dell'Allegato al Decreto interministeriale 23.01.2023; decorso il predetto termine, la persona deve far rientro in una sezione penitenziaria ordinaria (cioè, diversa dalla ASM, che resta una sezione sanitaria specializzata in cui non può trovare esecuzione la pena o la misura cautelare indeterminatamente) ovvero, qualora si rilevi e si attesti la persistenza di rilevanti bisogni psichiatrici terapeutico-riabilitativi incompatibili con il regime penitenziario, essere indirizzata verso soluzioni assistenziali extra-penitenziarie, da prospettare sollecitamente alla competente AG;
- le persone ospitate nell'articolazione esercitano i propri diritti così come stabiliti dall'Ordinamento Penitenziario;



Osservatorio permanente per la sanità penitenziaria (DGRC n. 1812/2009 e DGRC 716/2016)

- conformemente al **Piano nazionale per la prevenzione del rischio suicidario in ambito penitenziario** di cui all'Accordo sancito dalla Conferenza Unificata il 27.07.2017 (Rep. Atti n. 81/CU), come recepito e attuato in Campania con la DGRC n. 134 del 13.09.2018, **l'ASM ed il SSMC non costituiscono l'ambito di elettiva e prevalente gestione appropriata delle condizioni di rischio suicidario**, ma possono solo concorrere alle complessive azioni nei limiti previsti dallo stesso Piano, che prevede *"l'esclusione di ogni forma di iniziale, non mediato o prevalente coinvolgimento dei servizi sanitari specialistici della salute mentale nelle attività (...), al fine di prevenire il frequente rischio di erronea riconduzione – interpretativa e operativa - dei comportamenti e delle scelte autolesive e suicidarie nell'ambito di condizioni patologiche psichiatriche"*.



Osservatorio permanente per la sanità penitenziaria (DGRC n. 1812/2009 e DGRC 716/2016)

A - ARTICOLAZIONI PER LA TUTELA DELLA SALUTE MENTALE (ASM) NEGLI ISTITUTI PENITENZIARI (IP).



Art. 1 - Principi e indirizzi generali.

Il carcere e le istituzioni “chiuse” costituiscono, specie per le persone affette da disturbi mentali, ambiti ad elevato rischio di “istituzionalizzazione”. È quindi di fondamentale importanza, nei contesti detentivi, adottare soprattutto per le persone detenute con “fragilità” procedure di accoglienza e di integrazione che permettano di limitare gli effetti potenzialmente traumatici della privazione della libertà (il cosiddetto fenomeno della *prisonizzazione*). Nel contesto penitenziario è necessario prestare particolare, costante e prioritaria attenzione a **differenziare il disagio psichico e sociale dalla malattia mentale**, per evitare errori interpretativi ed operativi, onde scongiurare il fenomeno della cosiddetta “psichiatria” . La malattia mentale, specie nel contesto penitenziario, non può essere appropriatamente gestita con risposte esclusivamente o prevalentemente sanitarie ma necessita di interventi integrati di tipo ambientale, sociale, trattamentale e riabilitativo.

Per le persone presenti in carcere e affette da disturbi mentali gravi a maggiore complessità clinica (in particolare disturbi psicotici e schizofrenia, disturbi dell’umore, disturbi gravi della personalità e cd. “doppie diagnosi”) e autori di reato la normativa prevede la possibilità di accesso a misure “alternative” alla detenzione (v. Sentenza della Corte Costituzionale n. 99/19). Nonostante tali misure siano dettate da norme definite si verifica ancora che soggetti portatori di patologia psichiatrica grave siano comunque detenuti in carcere nonostante possano beneficiare sul territorio di percorsi di cura e riabilitativi alternativi. Per queste persone si pone il problema della erogazione, anche in via temporanea, di interventi diagnostico-terapeutici appropriati, efficaci e sicuri, riconosciuti come validati e basati sulle evidenze scientifiche, assimilabili agli interventi garantiti ai cittadini in libertà. Le strategie di cura e di riabilitazione devono essere accreditate da linee-guida internazionali e nazionali e seguire specifici Percorsi Diagnostici Terapeutici e Assistenziali (PDTA) realizzati a livello regionale. L’assistenza psichiatrica in carcere, pertanto, rappresenta quella che potrebbe essere definita come una nuova e più avanzata frontiera per il SSN e non può limitarsi a risposte meramente “strutturali”, come le ASM.

In ogni IP è presente una équipe multiprofessionale dedicata alla tutela della salute mentale di tutte le persone ivi detenute e, in ogni ASL sede di IIPP è operativa almeno una ASM la cui dimensione per numero di posti è proporzionale ai bisogni clinico-assistenziali così come rilevati, a livello di coordinamento della rete regionale di sanità penitenziaria, sulla base di oggettivi indicatori.

Sia l’OMS che i diversi precetti normativi come il DPCM 1° aprile 2008 e la Sentenza della Corte Costituzionale n. 99/19 richiamano attivamente l’attenzione sulla necessità di implementare una precoce e forte collaborazione tra i servizi sanitari interni al carcere e quelli esterni, al fine di favorire appropriati interventi di cura e riabilitazione, di garantire la continuità delle cure sul territorio e di



Osservatorio permanente per la sanità penitenziaria (DGRC n. 1812/2009 e DGRC 716/2016)

favorire la necessaria integrazione multiprofessionale (psichiatrica/psicologica/riabilitativa), anche a livello inter-istituzionale.

Nel contesto descritto e per le finalità richiamate in premessa, con il presente documento sono definite le funzioni dettagliate relative ai servizi per la tutela della salute mentale delle persone detenute negli IIPP, che sono da assicurare uniformemente nel preliminare e costante rispetto delle seguenti definizioni di campo:

- conformemente al vigente Ordinamento penitenziario (rif. art. 14, 42 e 85 della legge n. 354/1975 e s.m.i.), le persone destinatarie di misure restrittive in carcere, sia **all'inizio dell'esecuzione della misura che nei casi di trasferimento, sono assegnate ad un istituto, destinato all'esecuzione del tipo di pena o di misura cui sono stati sottoposte, compreso nell'ambito della regione di residenza ovvero ad altro istituto della stessa categoria situato in località prossima, dovendo sempre essere assicurata ex lege la massima vicinanza alla loro dimora o a quella della loro famiglia ovvero al loro centro di riferimento sociale.** La predetta assegnazione è effettuata dall'Amministrazione Penitenziaria (AP) secondo norme, regolamentazioni e valutazioni, anche discrezionali, che non coinvolgono preventivamente il Servizio Sanitario e per le quali non sono applicabili in modo vincolante le regolamentazioni di cui al presente documento, che comunque risultano del tutto convergenti e sintoniche;
- di converso, successivamente all'ingresso nell'IP, trovano piena applicazione le regolamentazioni di cui al presente documento, in quanto, per esclusiva competenza, la valutazione dei bisogni sanitari e l'erogazione delle prestazioni sanitarie comprese nei LEA sono assicurate dal Servizio Sanitario Regionale, con le risorse sanitarie presenti nell'IP o comunque con quelle dell'Azienda Sanitaria nel cui insiste il singolo IP, nell'ambito della rete regionale interaziendale di sanità penitenziaria, nel rispetto della disciplina di riforma della medicina penitenziaria (Decreto legislativo 22 giugno 1999, n. 230) e dell'Accordo sancito dalla Conferenza unificata il 22/01/2015 – Rep. Atti N. 3/CU (G.U. n. 64 del 18 marzo 2015).

Art. 2 – Finalità, organizzazione e indicazioni generali dell'ASM. Finalità e organizzazione.

L'ASM è una sezione sanitaria detentiva a prevalente gestione sanitaria, che accoglie persone detenute affette da gravi problematiche di salute mentale e di norma presenti negli IIPP insistenti nel territorio della ASL in cui è presente l'ASM.

L'ASM non svolge attività di accertamento delle condizioni di infermità psichica che, invece, si configurano come prerequisito per l'accesso in ASM e sono da realizzarsi esclusivamente nelle ordinarie sezioni di assegnazione della persona detenuta, secondo le specifiche procedure e modalità definite regolamentazioni approvate dall'Osservatorio permanente regionale per la sanità



Osservatorio permanente per la sanità penitenziaria (DGRC n. 1812/2009 e DGRC 716/2016)

penitenziaria il 03.08.2023 e formalmente recepite dalla regione Campania con la DGRC n. 520 del 13.09.2023. Altresì, l'ASM non può mai configurarsi e operare come "sezione per minorati psichici" ex art. 111 DPR 230/00, attesa la predetta regolamentazione regionale ed i contenuti della Sentenza della Corte Costituzionale n. 99/2019.

L'ASM eroga interventi di tutela della salute mentale di maggiore intensità assistenziale sulla base di specifici PDTA e PTRI, consistenti in prestazioni specialistiche multiprofessionali (medico-psichiatriche, psicologiche, infermieristiche ecc.) modulate sui bisogni individuali e che, globalmente, realizzano una complessiva attività terapeutica e riabilitativa ispirata ai principi e alle procedure della psichiatria di comunità. Persegue le seguenti finalità:

- migliorare l'adattamento del paziente psichiatrico al contesto penitenziario, intervenendo sulle condizioni soggettive ed oggettive e definendo un PTRI realizzabile all'interno dell'Istituto, con il concorso delle risorse educativo-trattamentali ivi attivabili a cura dell'A.P.;
- definizione, congiuntamente al Dipartimento di Salute Mentale (DSM) competente per la residenza del paziente (anche se di altra Regione o P.A.), di un PTRI da realizzarsi in ambito extra-penitenziario, da prospettare alla competente A.G. per l'approvazione. In particolare, le Unità Operative per la tutela della Salute Mentale (UOSM) afferenti ai DSM delle ASL di competenza territoriale procedono a programmare e realizzare tutte le attività ritenute necessarie alla definizione di un PTRI che preveda una soluzione assistenziale non detentiva, entro 30 giorni dall'ingresso in ASM (acquisendone l'informazione attraverso il Sistema informativo SMOP). Il percorso di cura terapeutico riabilitativo non detentivo, definito mediante un PTRI da realizzarsi in ambiti extra-penitenziari diviene inderogabile e da attuarsi nell'immediatezza nei casi in cui venga rilevata e formalizzata una condizione di incompatibilità con il regime penitenziario.

La temporanea accoglienza in ASM termina sempre al venir meno delle condizioni di bisogno sanitario che ha motivato l'ingresso nell'ASM e/o al completamento delle attività sanitarie previste, con il ritorno della persona detenuta nell'istituto ordinario di provenienza o in altro Istituto ordinario diverso – tranne che in casi eccezionali e motivati - da quello sede dell'ASM; la dimissione della persona dall'ASM avviene a cura *dei sanitari gestori della specifica struttura*, che forniscono eventuali indicazioni all'AP, competente per la movimentazione.

Nella presa in carico e gestione della persona detenuta, l'equipe dell'ASM, in collaborazione con il personale dell'AP, adotta procedure di gestione del rischio volte a prevenire la comparsa di comportamenti aggressivi.

L'ASM non costituisce il solo presidio per la tutela della salute mentale in carcere ma si inserisce nell'ambito delle complessive attività – assicurate da un SSMC) - finalizzate a garantire gli interventi di tutela della salute mentale, di diagnosi e di cura delle patologie psichiatriche per tutti i detenuti presenti negli IP, definendo e attuando PDTA a breve-medio e lungo termine.



Osservatorio permanente per la sanità penitenziaria (DGRC n. 1812/2009 e DGRC 716/2016)

Sia l'ASM che il SSMC operano con équipe multiprofessionali dedicate.

In conformità alle linee guida per il funzionamento delle ASM negli Istituti Penitenziari della Campania approvate con DCA n.104/2014, in ASM dev'essere presente personale sanitario dedicato nelle 24 ore. Tale previsione minima corrisponde altresì alle pertinenti e uniche indicazioni nazionali attualmente disponibili, contenute nell'Accordo della Conferenza Unificata del 22.01.2015 (Rep. Atti n.3/CU del 22.01.2015) e relative, in generale, a tutte le "sezioni sanitarie specializzate" presenti all'interno degli Istituti Penitenziari.

L'équipe dell'ASM è costituita da:

- responsabile (medico psichiatra/psicoterapeuta o psicologo psicoterapeuta);
- medico psichiatra;
- psicologo;
- educatori sanitari e/o tecnici della riabilitazione psichiatrica;
- assistente sociale;
- infermieri;
- operatori socio-sanitari.

Analoga composizione professionale è garantita per l'équipe della SSMC.

L'équipe dell'ASM deve far riferimento alla massima capacità di accoglienza della singola struttura (intesa come numero di posti formalizzati nell'atto di istituzione/attivazione); i livelli quali-quantitativi degli standard del personale sono determinati ed aggiornati da apposite normative nazionali e regionali.

Le ASM ed i SSMC, ferma restando la loro configurazione come équipe dedicate ai settori di interesse, operano in collegamento con la équipe sanitaria operante presso l'IP. I rapporti funzionali e gestionali del responsabile dell'ASM e del SSMC con il Direttore della Sanità Penitenziaria aziendale sono regolati dagli atti aziendali.

Ciascuna ASM è programmata ed opera per un numero di posti necessari tali da soddisfare il fabbisogno della ASL di appartenenza in base alle necessità cliniche epidemiologiche del territorio e con una **massima e non derogabile capacità di accoglienza di 20 pazienti detenuti**, in conformità al limite massimo già previsto a livello nazionale per ogni struttura territoriale per la salute mentale, al precipuo fine di prevenire nuove forme di istituzione manicomiale.

Il monitoraggio continuo dell'attivazione e del funzionamento delle ASM e dei SSMC è realizzato attraverso il sistema informativo SMOP^{®2}. Le prioritarie finalità sono la condivisione a livello inter-

²Il Sistema informativo SMOP[®]della Regione Campania – già reso disponibile alle altre amministrazioni locali e nazionali, senza oneri – attualmente assicura una copertura prossima al 100% della popolazione nazionale adulta ed è già adottato da 19 regioni e P.A. (Abruzzo, Basilicata, Campania, Calabria, Emilia-Romagna, Lazio, Liguria, Lombardia, Marche, Molise, Puglia, Piemonte, Sardegna, Sicilia, Umbria, Toscana, P.A. Trento, P.A. di Bolzano, Friuli V.G. e Veneto) e dall'Autorità Garante Nazionale dei diritti delle persone private della libertà personale, mettendo in rete DSM, REMS e servizi intrapenitenziari (comprese ASM).



Osservatorio permanente per la sanità penitenziaria (DGRC n. 1812/2009 e DGRC 716/2016)

regionale e intra-regionale delle informazioni relative alle persone detenute presenti in ASM, anche diverse da quelle del territorio aziendale o regionale di propria residenza o domicilio prima dell'ingresso nel circuito penitenziario, e la disponibilità di una comune base informativa per le diverse reti di sanità penitenziaria, necessarie per l'efficienza e la continuità della presa in carico. Al predetto sistema informativo sanitario possono accedere anche il Ministero della Giustizia ed il Ministero della Salute per le finalità di propria competenza e secondo profili e modalità che garantiscono una condivisione delle informazioni minime e necessarie, in conformità al Regolamento europeo 679/2016, come specificamente previsto dall'art. 14 dell'Accordo Rep. Atti n. 188/CU sancito il 30.11.2022 dalla Conferenza Unificata.

Per tutte le attività di cui alla presente regolamentazione, si ribadisce che *“particolare attenzione va posta al trasferimento del paziente non in una sezione sanitaria specializzata bensì in un Istituto Penitenziario con “annessa” sezione sanitaria specializzata, laddove venga richiesto, disposto o comunque si realizzi quando la predetta sezione risulti indisponibile all'accoglienza perché già al massimo della sua capacità assistenziale”*, come definito nel paragrafo *“Il Coordinamento della rete regionale e aziendale di sanità penitenziaria”* del Documento generale approvato dall'Osservatorio permanente regionale per la sanità penitenziaria il 3 agosto 2023 (poi formalizzato con DGRC n. 520/2023). Nel rimandare alla predetta regolamentazione per le specifiche indicazioni e motivazioni, si evidenzia che la richiamata condizione di allocazione costituisce grave criticità per la garanzia di tutela del diritto alla salute – sia della persona trasferita che delle altre già presenti nell'IP - e deve pertanto essere attivamente prevenuta.

Forme di collaborazione inter-istituzionale.

Alle persone detenute presenti in ASM è assicurata la partecipazione alle attività trattamentali svolte nell'IP, valutata l'idoneità da parte del personale sanitario secondo lo specifico PTRI. Per favorire la suddetta partecipazione, a livello locale, sono previste forme di integrazione operativa con l'AP mediante il GOTA (Gruppo osservazione trattamento allargato).

Le persone detenute presenti nelle ASM sono sottoposte al regime previsto dall'Ordinamento Penitenziario e, per quanto vigente, dal Regolamento di Esecuzione. L'esecuzione di eventuali sanzioni disciplinari nei confronti di persone detenute, anche durante i periodi di accoglienza in ASM, conformemente all'Ordinamento penitenziario (art. 36, 38, 39 e 40), successivamente alla deliberazione del Direttore o del Consiglio di disciplina dell'Istituto Penitenziario, è sempre valutata, prima dell'esecuzione, dal servizio sanitario, anche rispetto all'attualità della condizione sanitaria che ne ha determinato l'ammissione in ASM (grave disturbo di salute mentale), ed è applicata solo



Osservatorio permanente per la sanità penitenziaria (DGRC n. 1812/2009 e DGRC 716/2016)

quando è certificata dallo stesso servizio sanitario la coscienza dell'infrazione commessa e l'adeguata percezione della sanzione conseguente³.

L'organizzazione interna delle ASM è conforme ai requisiti di cui al presente documento, è caratterizzata dal c.d. "regime aperto", è concordata tra la Direzione dell'IP ed il Servizio Sanitario e comunicata al PRAP, ed è formalmente definita e resa operativa anche come integrazione del Regolamento dell'Istituto Penitenziario. Essa è tra l'altro comprensiva della regolamentazione di orari, delle attività, delle modalità di effettuazione dei controlli per la sicurezza e delle forme di collaborazione. La previsione di camere a custodia ordinaria può essere temporaneamente disposta su indicazione - formale e fondata su esclusive motivazioni sanitarie - del Responsabile della ASM. La presa in carico e la gestione dei detenuti (con riferimento sia al gruppo che alla singola persona) è comune all'AP ed al Servizio Sanitario Regionale (di seguito SSR) ed è realizzata costantemente attraverso modalità e forme di integrazione paritetica tra le due Amministrazioni.

Con riferimento al personale sanitario e penitenziario dell'ASM dovrà altresì essere assicurato quanto segue:

- la tendenziale stabilità degli operatori, al fine di facilitare la conoscenza dei singoli detenuti e della loro storia, e di garantire di un rapporto professionale coeso con gli altri componenti il gruppo di lavoro integrato;
- la condivisione delle modalità operative applicate in ASM, anche con riferimento al regime aperto ed al principio della costante cogestione tra l'AP e il SSR;
- l'adeguata formazione per le specifiche funzioni delle ASM, in esito a continue attività da proporre, programmare ed attuare in maniera sinergica e congiunta da entrambe le Amministrazioni.

Il personale penitenziario partecipa alla gestione dell'articolazione in maniera congiunta con il personale sanitario, ferme restando le specifiche competenze e con le modalità integrate di cui al presente documento.

Inoltre, la Polizia Penitenziaria esercita le attività di vigilanza e controllo H24 secondo il proprio Regolamento di Servizio, tenendo conto delle condizioni di salute delle persone ricoverate in ASM e concordando con il personale sanitario le modalità di effettuazione degli interventi di tutela dell'ordine e sicurezza intramuraria che potrebbero risultare dannosi per la salute mentale degli utenti.

Analogamente, l'Area trattamentale dell'IP personalizzerà i tempi dell'osservazione per tutte le persone presenti in ASM, con prioritaria attenzione alla finalizzazione delle complessive azioni per la concessione di benefici previsti dalle normative e in accordo con l'equipe della ASM che ha in carico la persona.

³La previsione riprende e aggiorna i contenuti dell'art. 20 del D.P.R. N. 230/2000, che formalmente non è più applicabile per l'esplicita disposizione recata al suo comma 10 a partire dalla "completa attuazione del decreto legislativo 22 giugno 1999, n. 230".



Osservatorio permanente per la sanità penitenziaria (DGRC n. 1812/2009 e DGRC 716/2016)

Il trattamento di particolari categorie di dati personali tra le diverse Amministrazioni e Autorità con competenze nelle attività in parola è costantemente assicurato nel rispetto del Decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 modificato dal d.lgs. 10 agosto 2018, n. 101 (*“Codice in materia di protezione dei dati personali, recante disposizioni per l’adeguamento dell’ordinamento nazionale al regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 27 aprile 2016, relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE”*) e delle collegate regolamentazioni definite dall’Osservatorio permanente regionale per la sanità penitenziaria, tra le quali, in ultimo, quelle recate dalla DGRC n. 520 del 13.09.2023.

Rapporti con i servizi sanitari e sociali esterni.

È assicurato il costante raccordo con i servizi di salute mentale competenti territorialmente per la singola persona detenuta presente in ASM, assumendo come riferimento la residenza o il domicilio precedente l’ingresso nel circuito penitenziario. La disponibilità di un definito riferimento territoriale esterno all’IP è garantita per tutte le persone ristrette fin dall’ingresso in istituto, anche atteso l’obbligatorio svolgimento delle specifiche procedure – dettagliate nell’allegato alla DGRC n. 520/2023 – per la risoluzione della criticità derivanti dalle condizioni di accertata assenza di una residenza anagrafica o di un domicilio, con l’iscrizione dei registri anagrafici del Comune in cui ha sede l’IP, in applicazione dell’art. 45, comma 4 della L. 375/75 e s.m.i.

Le ASM definiscono accordi con i DSM della propria ASL per la gestione delle acuzie e dei ricoveri ospedalieri nei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC).

All’interno delle ASM non sono mai eseguibili, nel rispetto della pertinente normativa vigente, Trattamenti Sanitari Obbligatori di tipo ospedaliero.

Le prioritarie finalità del collegamento tra le ASM e i DSM del territorio di residenza del singolo paziente sono la garanzia di una presa in carico congiunta della persona fin dalle fasi iniziali del percorso assistenziale intra-penitenziario e della definizione del PTRI, che, tenendo conto della posizione giuridica, sia finalizzato alla promozione di misure alternative al carcere nel rispetto dei principi sanciti dalla sentenza della Corte Costituzionale n.99/2019. Il raccordo operativo risulta essenziale nella prospettiva della continuità della presa in carico esterna al momento della scarcerazione, dell’efficacia delle attività di prevenzione dell’invio in REMS e della sollecita disponibilità di forme di presa in carico esterna in caso di incompatibilità con il regime penitenziario. A tal fine, per ciascuna persona detenuta presente in ASM, entro 30 giorni dall’ingresso, è definito e concordato col servizio esterno competente territorialmente, un PTRI che preveda, ove possibile, anche progetti esterni da realizzarsi nell’ambito di strutture e servizi socio-sanitari ordinari, analogamente a quanto previsto dalla legge n. 81/2014 per i pazienti presenti in REMS o a rischio di applicazione di una misura che determini il ricovero in REMS.



Osservatorio permanente per la sanità penitenziaria (DGRC n. 1812/2009 e DGRC 716/2016)

Analogamente, a cura dell'equipe dell'ASM, è assicurata la periodica valutazione dell'opportunità e dell'appropriatezza della permanenza in ASM, secondo la periodicità prevista nel PTRI ovvero in ogni tempo, qualora se ne ravvisi la necessità, e comunque almeno trimestralmente. Ai fini della predetta valutazione rileva particolarmente la prevenzione del rischio di forme di nuova "istituzionalizzazione" in ambito psichiatrico.

Le attività di accertamento delle condizioni psichiche.

Le attività di accertamento delle condizioni di infermità psichica di una persona presente in carcere sono competenza esclusiva del SSMC e in alcun caso possono essere svolte in ASM, come regolamentato nel documento approvato dall'Osservatorio permanente regionale per la sanità penitenziaria il 3 agosto 2023 e recepito dalla Regione Campania con DGRC n. 520 del 13.09.2023, alla quale si rimanda per le applicabili dettagliate procedure.

Art. 3 – Ammissione, permanenza e dimissione nell'ASM.

Ammissione.

Possono essere ammesse nelle ASM di ciascuna Regione e P.A., previa proposta del Responsabile della U.O. Sanità Penitenziaria, su indicazione del SSMC competente per il singolo Istituto penitenziario ove è presente la persona detenuta:

- le persone detenute con gravi disturbi psichiatrici, presenti negli IP del territorio di competenza dell'ASL cui afferisce l'ASM, anche se residenti o domiciliati in altre Regioni o P.A. che necessitano di un programma intensificato di interventi, ivi compresi gli interventi riabilitativi, anche indipendentemente da specifiche disposizioni dell'Autorità Giudiziaria, quando le loro condizioni siano incompatibili con la permanenza nelle sezioni ordinarie per l'impossibilità di erogare le prestazioni sanitarie appropriate e necessarie;

In nessun caso possono essere ammessi in ASM detenuti per motivi altri, quali, per esempio, provvedimenti di carattere disciplinare, comportamenti anomali, gesti dimostrativi, esigenza di carattere non sanitario o condizioni di disagio di natura, esclusiva o prevalente, non psichiatrica. Tra queste motivazioni, particolare attenzione deve essere prestata all'esclusione – sia prima dell'ingresso in ASM che durante la permanenza – della presenza di condizioni connesse o derivanti all'uso, l'abuso o la dipendenza da sostanze stupefacenti, che necessitano appropriatamente di una gestione in ambiti diversi dalle ASM.

La **procedura formale propedeutica all'ingresso** nell'ASM delle singole persone è di seguito riportata:

- a) formale richiesta di accoglienza in ASM del Dirigente sanitario penitenziario, sempre con allegata e motivata richiesta di uno psichiatra;



Osservatorio permanente per la sanità penitenziaria (DGRC n. 1812/2009 e DGRC 716/2016)

b) successivo atto formale di assegnazione in ASM dell'Amministrazione Penitenziaria (D.A.P. o P.R.A.P.) e non del Direttore dell'IP sede dell'ASM;

c) in alternativa al punto b), solo in caso di urgenza attestata e formalizzata come al punto a), provvisorio atto formale del Direttore dell'IP sede dell'ASM, sempre da ratificare con successivo e sollecito provvedimento del PRAP;

Nella fase di ammissione, la formale disponibilità di accoglienza viene attestata dal responsabile dell'ASM e costituisce adempimento vincolato.

L'ammissione in ASM delle singole persone, anche al fine di assicurarne la necessaria appropriatezza clinica e la conformità alla presente regolamentazione, avviene nel rispetto delle seguenti ulteriori regolamentazioni:

A) Per l'ammissione di persone detenute provenienti da un IP allocato nel territorio di competenza della ASL cui afferisce la ASM:

1. il Responsabile dell'U.O. Sanità Penitenziaria dell'IP di provenienza, previa acquisizione di motivata proposta di un medico psichiatra e dalla valutazione della documentazione clinica – formula una richiesta di ammissione della persona all'ASM, informando il Coordinatore della rete regionale di sanità penitenziaria;

2. Il responsabile dell'ASM valuta la richiesta pervenuta e, nei casi in cui ne rilevi l'appropriatezza e verifichi l'immediata disponibilità di posto, formalizza al già menzionato richiedente l'accettazione e provvede a darne informazione al Coordinatore della rete regionale di sanità penitenziaria – e all'AP (D.A.P. o P.R.A.P.);

3. Il responsabile dell'ASM, nei casi in cui rilevi l'appropriatezza della richiesta ma non l'immediata disponibilità di posto, inserisce il paziente in lista di attesa e ne dà informazione al Coordinatore della rete regionale di sanità penitenziaria, al Responsabile dell'U.O. Sanità Penitenziaria richiedente, nonché all'AP, anche indicando una presuntiva data di disponibilità all'accoglienza;

4. Il responsabile dell'ASM, nei casi in cui rilevi l'inappropriatezza della richiesta, con riferimento alla presente regolamentazione, ne dà informazione al Coordinatore della rete regionale di sanità penitenziaria, al Responsabile dell'U.O. Sanità Penitenziaria richiedente, nonché all'A.P.

B) Per l'ammissione di persone detenute provenienti da IP della stessa regione sede della singola ASM, ma allocati nel territorio di competenza di ASL diversa da quella di appartenenza della singola ASM, il Responsabile della Sanità Penitenziaria dell'IP di provenienza produce formale richiesta al Coordinatore della rete regionale di sanità penitenziaria;

il Coordinatore della rete regionale di sanità penitenziaria indica l'ASM di possibile accoglienza;

il Responsabile dell'ASM di accoglienza applica tutte le procedure di cui ai punti A2, A3 e A4.

C) Per l'eventuale ammissione in una ASM della rete regionale della Campania di pazienti provenienti da strutture penitenziarie di altre Regioni o P.A., fermo restando il principio della regionalizzazione e della necessità che ogni Regione e P.A. sia dotata di una propria ASM, tutte le



Osservatorio permanente per la sanità penitenziaria (DGRC n. 1812/2009 e DGRC 716/2016)

procedure previste al precedente punto A) si applicano integrando costantemente il vincolante coinvolgimento dei Coordinatori delle reti regionali di sanità penitenziaria e pertanto:

- 1) la richiesta di cui al precedente punto A1 è inizialmente formulata al Coordinatore della rete regionale della Campania dal Coordinatore della rete regionale competente per l'IP di provenienza, sempre comprensiva delle Certificazioni ex art. 1, comma 3 dell'Accordo Rep. Atti n.3/CU sancito il 22.01.2015 dalla Conferenza Unificata;
- 2) il Coordinatore della rete regionale della Campania, previa valutazione dell'appropriatezza sostanziale e, rispetto alla regolamentazione nazionale richiamata, formale, provvede a inviare al Coordinatore della rete regionale richiedente l'eventuale disponibilità - temporanea e con compensazione dei maggiori oneri sostenuti attraverso la fatturazione attiva all'Azienda sanitaria competente per l'Istituto penitenziario di provenienza - all'accoglienza in una ASM della Campania.

Con riferimento alla predetta **compensazione per mobilità sanitaria** con retta/die definita dalla Direzione Generale per la tutela della salute ed il coordinamento del SSR della Giunta regionale della Campania con nota prot. PG/2023/0002928 del 03.01.2023, si precisa che la stessa, ai sensi della regolamentazione generale di cui alla DGRC n. 520/2023, si applica sia a livello inter-regionale che a livello intra-regionale. L'applicazione a livello intra-regionale è effettuata in ogni caso in cui non è possibile - per ogni motivo, tra cui l'esaurimento della disponibilità di accoglienza o la non operatività, temporanea o permanente - l'accoglienza nella ASM della stessa ASL sede dell'IP di provenienza del paziente.

Al fine di consentire l'efficiente gestione degli accessi nelle ASM della Campania, considerando che già attualmente – non essendo operative tutte quelle istituite in ogni ASL sede di IP per l'utenza maschile, essendoci una sola ASM per l'intera popolazione detenuta femminile e avendo rilevato l'invio di richiesta di accoglienza da parte dei Coordinatori delle reti sanitarie penitenziarie di altre Regioni – in esito alle procedure in precedenza declinate e quale condizione vincolante l'effettivo ingresso del paziente in ASM, è **costantemente da assicurare l'inserimento preventivo nella specifica lista di attesa regionale del Sistema informativo SMOP**. Successivamente, il Coordinamento regionale provvederà a comunicare formalmente la possibilità di ingresso in ASM. Dell'ingresso in ASM è data informazione, per tutte le conseguenti dovute attività, automaticamente attraverso il sistema informativo SMOP®, al responsabile della U.O. Sanità Penitenziaria e al Dipartimento di Salute Mentale competente territorialmente per il Comune di residenza o domicilio del paziente.

Permanenza

L'appropriatezza della permanenza in ASM deve essere costantemente verificata e garantita dall'equipe con idonee modalità, tra cui:



Osservatorio permanente per la sanità penitenziaria (DGRC n. 1812/2009 e DGRC 716/2016)

1. l'erogazione di trattamenti sanitari basati sulle evidenze scientifiche, accreditati da linee guida internazionali e rispondenti ai PDTA previsti a livello regionale, nonché, la formulazione, congiuntamente alla U.O. Sanità Penitenziaria, al Dipartimento di Salute Mentale competente ed all'Amministrazione Penitenziaria ed all'UDEPE, di un percorso terapeutico-riabilitativo individualizzato (PTRI) finalizzato, ove possibile, prioritariamente alla progettazione di soluzioni di presa in carico sociosanitaria esterne al carcere;
2. l'individuazione di indicatori del PDTA e del PTRI che, siano idonei a valutarne l'efficacia rispetto *“ai particolari bisogni della personalità di ciascun soggetto, a incoraggiare le attitudini e valorizzare le competenze che possono essere di sostegno per il reinserimento sociale”*, a tal fine da attuarsi *“anche attraverso i contatti con l'ambiente esterno, e “secondo un criterio di individualizzazione in rapporto alle specifiche condizioni degli interessati”*, anche conformemente all'ordinamento penitenziario vigente⁴.

È sempre assicurato, in sinergia con l'Area educativo-trattamentale dell'IP, il costante raccordo tra l'equipe dell'ASM ed i servizi sanitari esterni di salute mentale competenti territorialmente per la presa in carico della persona detenuta (in relazione a residenza o domicilio prima dell'ingresso nel circuito penitenziario). Le attività terapeutiche-riabilitative dovranno sempre tenere conto della posizione giuridica della persona e delle possibilità di fruire di misure alternative alla carcerazione come sancite dalla sentenza della Corte Costituzionale n.99/2019, nonché della prospettiva della presa in carico dei servizi sanitari esterni dal momento della scarcerazione, con la definizione di un PTRI da parte del servizio di competenza territoriale comprensivo di forme di presa in carico esterna, per i casi di potenziale incompatibilità con il regime penitenziario.

I tempi di permanenza massimi in ASM sono di regola contenuti entro i 6-12 mesi ed eccezionalmente possono essere estesi, esplicitando dettagliatamente le motivazioni, fino al limite non derogabile 18 mesi. Tanto risulta necessario al fine di prevenire forme di “nuova istituzionalizzazione” e “cronicizzazione” in ambito psichiatrico, in considerazione del consolidato e generale dato di inefficacia e di anti-terapeuticità degli interventi psichiatrici protratti.

Con riferimento ai bisogni di salute della singola persona detenuta, la permanenza in ASM è strettamente legata alle esigenze e ai bisogni clinico-riabilitativi intensivi della persona, per favorire un adeguato approfondimento diagnostico e un efficace intervento terapeutico-riabilitativo e socio-assistenziale, e può assicurare solo risposte sanitarie che non necessitano di cure ospedaliere e che sono compatibili con il regime detentivo. Al pari dei cittadini liberi, le persone detenute che

⁴Art. 11, comma 2 e comma 7, punto d), Decreto Legislativo 2 ottobre 2018, n. 123 Riforma dell'ordinamento penitenziario, in attuazione della delega di cui all'articolo 1, commi 82, 83 e 85, lettere a), d), i), l), m), o), r), t) e u), della legge 23 giugno 2017, n. 103. (18G00149) (GU n.250 del 26-10-2018 - Suppl. Ordinario n. 50)



Osservatorio permanente per la sanità penitenziaria (DGRC n. 1812/2009 e DGRC 716/2016)

necessitano di prestazioni sanitarie di livello ospedaliero vanno sempre indirizzate verso le strutture sanitarie della rete ospedaliera, che in nessun caso possono essere collocate all'interno degli Istituti Penitenziari. Pertanto, in nessun caso l'ASM può configurarsi operativamente come alternativa al ricovero ospedaliero psichiatrico, che resta eseguibile per motivi di natura psichiatrica solo nei Servizi psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC).

Dimissione.

La dimissione dall'ASM della persona detenuta, laddove non consegua direttamente alla cessazione della misura detentiva in carcere, avviene, sempre assicurando la necessaria continuità delle cure e della presa in carico, come di seguito specificato:

1. per rientro nella sezione o Istituto penitenziario di provenienza, se presente nella stessa regione, o in altro IP presente nella regione di residenza, in conseguenza della revoca dell'applicazione di specifiche disposizioni dell'Autorità Giudiziaria o dell'attestazione da parte del responsabile dell'ASM della cessazione delle condizioni di bisogno sanitario intensivo che hanno motivato l'ammissione e/o dell'avvenuto espletamento delle previste azioni terapeutiche, assistenziali e riabilitative;
2. per trasferimento presso una ASM di un IP della Regione o P.A. di residenza e/o di domicilio del detenuto prima dell'ingresso nel circuito penitenziario, per far rientrare le persone presenti in ASM nei territori di appartenenza.
3. per l'applicazione di specifiche disposizioni dell'AG in tema di assistenza psichiatrica extra-penitenziaria, conseguenti alle prospettazioni da inviare obbligatoriamente a cura della ASM e del Presidio sanitario penitenziario in tutti i casi in cui, decorsi i tempi massimi di permanenza in ASM, le condizioni ed i bisogni sanitari del paziente non risultano ancora compatibili con il regime penitenziario e, pertanto, non può attuarsi quanto previsto al precedente punto 1.

Nei casi di cui al precedente punto 1, l'equipe dell'ASM, prima della dimissione, prende contatti con l'equipe psichiatrica presso l'I.P. di assegnazione, per comunicare le necessità connesse alla prosecuzione dei trattamenti in corso, segnalando le esigenze e i bisogni del detenuto, anche rispetto a idonee e opportune allocazioni. Analoghe informazioni sono assicurate anche verso i servizi territoriali di salute mentale di competenza, in particolare nel caso di dimissione con re-immissione della persona in libertà.

Nel caso di trasferimento della persona in una ASM di un Istituto penitenziario del territorio della Regione o P.A. di residenza e/o domicilio prima dell'ingresso nel circuito penitenziario (precedente punto 2), l'equipe dell'ASM inviante, preventivamente, assicura la presentazione del caso all'equipe dell'ASM di destinazione.



Osservatorio permanente per la sanità penitenziaria (DGRC n. 1812/2009 e DGRC 716/2016)

Nel caso della presenza di una persona detenuta presso una ASM che non appartiene al territorio di residenza/domicilio, l'assegnazione all'ASM nel territorio di provenienza è da ricercare con immediatezza al fine di facilitare la definizione di un progetto di presa in carico sanitaria del territorio di appartenenza e del contatto e dello sviluppo degli opportuni rapporti con la rete personale, familiare, sociale e sanitaria di riferimento.



Osservatorio permanente per la sanità penitenziaria (DGRC n. 1812/2009 e DGRC 716/2016)

B - SERVIZI PER LA TUTELA DELLA SALUTE MENTALE (SSMC) NEGLI ISTITUTI PENITENZIARI (IP).



Premessa.

La salute mentale all'interno di un Istituto Penitenziario (IP) è più vulnerabile di quanto non accada nella società libera. La letteratura dimostra che nel sistema penitenziario la percentuale di soggetti affetti da disagio psichico e/o patologie psichiatriche risulta più elevata che all'esterno. L'insorgenza di disagio mentale fra i detenuti è dovuta a vari fattori, primi fra tutti le condizioni ambientali: il numero di ore che si passano fuori dalla cella, le attività formative e lavorative a cui si ha accesso, la limitazione degli spazi personali — che aumenta all'aumentare del tasso di affollamento — le temperature elevate... Il carcere, pertanto, ha in sé elementi strutturali che favoriscono l'emergere di patologie psichiatriche, bisogna considerare che spesso le condizioni psico-fisiche di chi va incontro ad una restrizione sono precarie già prima del suo ingresso: tra marginalità sociale e disagio psichico e patologie psichiatriche vi è un nesso che in carcere si rafforza ulteriormente. La vita detentiva ha diverse fasi a cui si legano diverse reazioni da parte del soggetto ristretto e anche diversi rischi patologici. Uno dei momenti più critici per le persone detenute è quello dell'ingresso in istituto. Con l'ingresso in carcere la persona perde il proprio ruolo sociale, è privata dei suoi effetti personali, di uno spazio personale, della capacità di decidere autonomamente, del contatto quotidiano con la famiglia e con gli amici. La persona detenuta vive rapporti sociali imposti e diventa dipendente dall'istituzione; sperimenta l'impotenza e la frustrazione, soprattutto delle aspettative. Il carcere, quindi, per sua natura comprime i diritti individuali. Bisogna ricordare che la salvaguardia della salute psichica e fisica umana è principio cardine della difesa dei diritti fondamentali dell'individuo (OMS). Per le persone affette da disturbi mentali gravi a maggiore complessità gestionale (in particolare disturbi psicotici e schizofrenia, disturbi dell'umore, disturbi della personalità gravi e “doppie diagnosi”) la normativa italiana può prevedere strutture “alternative” agli abituali IP⁵. Nonostante tali misure siano dettate da norme definite e, per buona parte, attuate, si verifica ancora che soggetti affetti da patologia psichiatrica siano comunque detenuti in carcere⁶. In quest'ottica appare evidente la necessità di organizzare un servizio di salute mentale negli IP basandosi sugli obiettivi di salute al fine di garantire interventi assimilabili a quegli interventi di cui fruiscono i cittadini che non sono privati della libertà. Ci si riferisce a strategie di cura e/o a specifici “percorsi” di trattamento accreditati da linee-guida internazionali e nazionali e previsti dal Piano Nazionale di Azioni per la Salute mentale (PANSM)⁷. L'intervento psichiatrico negli Istituti di Pena non potrà mai limitarsi, pertanto, solo alla gestione dell'emergenza/urgenza o al contenimento farmacologico dei comportamenti disturbanti, come spesso richiesto dalle dinamiche istituzionali “chiuse”. Tanto meno deve orientarsi, tale

⁵ Sentenza della Corte Costituzionale n.99/2019.

⁶ “Agorà Penitenziaria” - XX Congresso Nazionale SIMPSe-ONLUS; 2021.

⁷ Il Piano di azioni nazionale per la salute mentale (PANSM) approvato in Conferenza unificata con accordo n.4 del 24 gennaio 2013.



Osservatorio permanente per la sanità penitenziaria (DGRC n. 1812/2009 e DGRC 716/2016)

intervento, alla sola “sicurezza” dell’Istituzione senza valorizzare gli obiettivi di salute affidatigli e, non ultimo, il benessere complessivo della persona. La gestione del paziente psichiatrico negli IP italiani richiede, infatti, di porre rapidamente in essere quegli interventi multidisciplinari e integrati che oggi sono raccomandati a partire dalle evidenze e dalle esperienze più ampiamente diffuse in Italia e nel mondo occidentale avanzato, finalizzati a garantire la continuità di cure al detenuto non solo al momento dell’ingresso e durante la sua permanenza in carcere, ma anche in caso di eventuali spostamenti in altri IP e, dopo la scarcerazione con l’immissione in libertà. A tal riguardo è necessario implementare o potenziare la cooperazione tra i Presidi Sanitari delle Aziende territoriali del Sistema Sanitario Regionale (SSR) e l’Amministrazione Penitenziaria per promuovere interventi adeguati alla promozione della salute mentale, alla tutela della sicurezza, alla realizzazione di programmi riabilitativi/trattamentali. L’assistenza psichiatrica in carcere, pertanto, rappresenta quella che potrebbe essere definita come una nuova e più avanzata frontiera per le Aziende Sanitarie e, quindi, anche per i servizi di salute mentale ai quali essa afferisce. (v., per es., *“Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per il paziente con disturbo mentale negli istituti penitenziari italiani”*; Comitato Nazionale di Costruzione e Sviluppo del PDTA). La disciplina di riforma della medicina penitenziaria (D.lgs. n. 230/1999, DPCM 1° aprile 2008) e la discendente normativa e regolamentazione secondaria hanno disposto:

- 1) il trasferimento alle Regioni di tutte le funzioni sanitarie afferenti agli OPG ubicati nel loro territorio, con la creazione in ogni ASL di un servizio per la tutela della salute mentale in carcere, centralmente coordinato a livello di Azienda e di Regione;
- 2) la creazione all’interno degli istituti, di articolazioni del servizio sanitario, in dedicati spazi messi a disposizione dell’AP, che attualmente costituiscono le Sezioni sanitarie specializzate destinati alla tutela della salute (tra cui SAI, ASM e SeATT);
- 3) la costante applicazione del principio di territorialità, perché solo nel territorio di riferimento della singola persona detenuta o internata è possibile creare un’efficace sinergia tra i diversi servizi sanitari, tra questi e i servizi sociali, tra le Istituzioni e la comunità per il recupero sociale attraverso la cura, che ne è fondamentale presupposto.

È necessario, quindi, che in ogni sede penitenziaria sia presente una équipe multi-professionale dedicata a preservare la salute mentale mediante specifici percorsi di cura, con modalità e finalità pari a quelle in essere per la persona in stato di libertà.

Art. 1 - Principi e indirizzi generali.

Le attività nella specifica area sono garantite da uno specifico servizio di salute mentale in carcere (**SSMC**) nel rispetto dei seguenti principi e indirizzi:



Osservatorio permanente per la sanità penitenziaria (DGRC n. 1812/2009 e DGRC 716/2016)

- idoneità ad erogare, per la popolazione ristretta in ciascun Istituto Penitenziario (IP), le attività di valutazione diagnostica ed i percorsi terapeutici e riabilitativi, laddove compatibili con il regime penitenziario;
- operatività integrate con le altre risorse sanitarie competenti per la tutela della salute mentale, sia intra-penitenziarie, come le ASM (sempre nel rispetto e nei limiti delle regolamentazioni specifiche recate dal presente documento), sia extra-penitenziaria, come la rete dei servizi dei Dipartimenti di Salute Mentale;
- costante attenzione alla gestione di quelle condizioni di bisogno individuale di salute mentale a medio e lungo termine che possono risentire negativamente della detenzione in carcere, con sollecita prospettazione alla competente AG di soluzioni assistenziali da realizzarsi in ambito extra-penitenziario.

L'equipe del SSMC deve essere composta da operatori in numero proporzionale alla consistenza quantitativa degli Istituti penitenziari di afferenza. I livelli quali-quantitativi degli standard del personale sono stati recentemente aggiornati con la già richiamata DGRC n. 520/2013 e s.m.i.. Il SSMC assicura costantemente operatività integrate con la équipe sanitaria operante in IP. La presa in carico e la gestione dei detenuti è comune all'Amministrazione Penitenziaria (AP) e, attraverso la ASL in cui ha sede l'IP, al Servizio Sanitario Regionale (SSR), ed è realizzata costantemente attraverso modalità e forme di integrazione paritetica tra le due Amministrazioni.

La responsabilità del SSMC, in quanto servizio multiprofessionale, è da attribuirsi a una professionalità propria della salute mentale (psichiatra, psicologo). I rapporti funzionali e gestionali tra il responsabile dell'ASM e del SSMC ed il Dirigente sanitario responsabile della U.O. Sanità Penitenziaria sono regolati dagli atti aziendali ovvero, se necessario, dettagliate in specifici protocolli.

La gestione, la condivisione e la trasmissione di informazioni sensibili tra le diverse Amministrazioni e Autorità con competenze nelle attività in parola è costantemente assicurata nel rispetto del Decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 modificato dal d.lgs. 10 agosto 2018, n. 101 (*"Codice in materia di protezione dei dati personali, recante disposizioni per l'adeguamento dell'ordinamento nazionale al regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 27 aprile 2016, relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE"*), come specificamente declinato per l'ambito penitenziario dalle DGRC n. 422/2019 e 82/2020.



Art. 2 – Finalità e implementazioni organizzative.

A seguito del trasferimento al SSN delle funzioni sanitarie negli IP (DPCM 01/04/2008) lo psichiatra e lo psicologo, in ambito penitenziario, operano con le medesime modalità e funzioni richieste dai servizi territoriali distrettuali, dei dipartimenti per la tutela della salute mentale e delle dipendenze patologiche.

Il diagramma ideale dell'assistenza a detenuti con sofferenza psichica in carcere si qualifica al momento della:

- richiesta di consulenza psichiatrica e/o psicologica da parte del medico di continuità assistenziale che, durante la visita medica, all'ingresso del detenuto in IP e/o di controllo durante la detenzione, rileva una condizione di disagio psichico tale da necessitare di una consulenza psichiatrica e/o psicologica;
- richiesta di accertamento della condizione psichica (*c.d. "osservazione psichiatrica" ai sensi dell'art 112 DPR 230/2000*) e/o della condizione di infermità psichica (*"minorazione psichica" ai sensi dell' art. 111 DPR 230/2000 e ai sensi dell'art.148 C.P.*)

La consulenza psichiatrica si riferisce ad una visita psichiatrica durante la quale il consulente:

- effettua uno screening diagnostico con valutazione del funzionamento cognitivo, emotivo, comportamentale e della personalità, formulando un'ipotesi diagnostica che determinerà il percorso di cura;
- effettua richiesta di intervento del SerD interno e/o esterno per la presenza di storia di abuso e/o dipendenza da sostanze;
- interagisce con i servizi di salute mentale territoriali in caso di persona con dichiarati, probabili o accertati disturbi psichiatrici o che risulti già precedentemente in carico al DSM, onde garantire la continuità terapeutica mediante la condivisione del percorso di cura;
- effettua un raccordo tra la condizione psicopatologica attuale e le motivazioni sanitarie per le quali è stata fatta richiesta di accertamento sia della condizione psichiatrica che di quella, più ampia, di infermità psichica. Attiva l'operatività prevista per l'accertamento ovvero il piano diagnostico, anche con il concorso di altre professionalità (psicologo, infermiere);
- effettua richiesta di intervento dell'area giuridico-pedagogica finalizzato ad accogliere le esigenze e/o necessità di tipo giuridico-trattamentale.

In base all'ipotesi diagnostica il percorso di cura sarà definito e garantito da diverse modalità di intervento:

- **accertamento della condizione di infermità psichica:** una modalità di lavoro organizzata tra lo specialista, lo psicologo e le altre professionalità della ASL (infermieri, tecnici della riabilitazione psichiatrica, assistenti sociali, OSS ecc.) finalizzata alla valutazione diagnostica



Osservatorio permanente per la sanità penitenziaria (DGRC n. 1812/2009 e DGRC 716/2016)

da espletare entro 30 giorni, secondo le dettagliate e specifiche procedure regolamentate e definite nell'allegato alla DGRC n. 520/2023 e può oltre richiamate nel presente documento;

- **collaborazione/consulenza:** una modalità di lavoro organizzata tra lo specialista e il Presidio Sanitario Penitenziario (PSP) dell'IP (medico di medicina generale o di continuità assistenziale, anche in collegamento con l'area giuridico-pedagogica) per gli utenti che non necessitano di cure specialistiche continuative. Intervento focalizzato essenzialmente sul sintomo, in assenza di elementi psicopatologici deponenti per un disturbo nosograficamente classificabile. La rivalutazione dell'utente avviene secondo una programmazione a lungo termine;
- **assunzione in cura:** percorso di trattamento per gli utenti che necessitano di trattamento specialistico ma non di interventi complessi e multiprofessionali. Il trattamento specialistico prevede interventi di tipo farmacologico, di supporto, di holding, di rinforzo di strategie coping, psicoeducativi. La rivalutazione dell'utente avviene secondo una programmazione a breve/medio termine, è realizzata dal SSMC garantendo l'opportuno collegamento con il PSP;
- **presa in carico:** percorso di trattamento integrato e a medio-lungo termine per utenti che presentano bisogni complessi da parte di una equipe multiprofessionale. Nel caso di una persona detenuta in carcere, la rilevazione della necessità di una presa in carico da parte del SSMC è conseguente alla diagnosi di una grave condizione di infermità psichica e di un conseguenziale programma di tipo comunitario. Pertanto, è sempre necessario considerare la prospettazione alla competente AG di un percorso assistenziale da realizzarsi in ambito extra-penitenziario, anche nelle forme indicate dalla Corte Costituzionale con la Sentenza n. 99/2019;
- **attività Integrate Trattamentali e Sanitarie:** percorso di trattamento integrato – sanitario e penitenziario - per gli utenti che, in assenza di una prevalente o esclusiva condizione di grave disturbo psichiatrico, presentano bisogni complessi sanitari e sociali, e necessitano dell'intervento di diversi profili professionali. Il percorso prevede la definizione di un Progetto Terapeutico Trattamentale Integrato (PTTI) per il singolo utente definito e monitorato dal Gruppo Osservazione trattamento allargato (G.O.T.A). Si specifica che la Circolare del DAP (prot. n.0276653 del 18/07/2022) ha evidenziato la necessità di *“una presa in carico multidisciplinare, finalizzata al potenziamento del trattamento (penitenziario, n.d.r.), che dovrà essere concordata con la struttura sanitaria..., al fine di approfondire la conoscenza delle problematiche personologiche poste alla base delle difficoltà relazionali e/o comportamentali e individuare, congiuntamente un programma di intervento personalizzato che tenga conto della peculiarità del soggetto”*. L'Osservatorio Permanente Regionale per



Osservatorio permanente per la sanità penitenziaria (DGRC n. 1812/2009 e DGRC 716/2016)

la Sanità Penitenziaria ha condiviso pienamente quanto declinato nella richiamata circolare e con l'approvazione del documento *“Attività Integrate Trattamentali e Sanitarie per detenuti con rilevante disagio psicologico(PTTI) Sperimentazione di un aggiornamento operativo delle sezioni ex art.32 DPR 230/2000”* ha proposto di implementare a partire dal mese di giugno 2023 una sperimentazione operativa per le suddette sezioni in almeno un IP del territorio di ciascuna ASL regionale. Tali implementazioni sperimentali dovranno garantire attività integrate trattamentali e sanitarie per una gestione efficace proprio dei comportamenti messi in atto da persone ristrette considerate problematiche e con bisogni particolarmente complessi, non ascrivibili - esclusivamente o prevalentemente - ad una patologia psichiatrica, e tali da richiedere una gestione congiunta tra Amministrazione Penitenziaria e quella Sanitaria, sul modello degli interventi integrati sociali a rilevanza sanitaria. Nelle more delle richiamate sperimentazioni si ritiene che nei casi in parola debbano comunque essere evitati interventi inappropriati ed inefficaci, quali il sistematico ricorso alle prestazioni specialistiche psichiatriche ovvero ai trasferimenti per ordine e sicurezza. Le sezioni ex art.32 devono garantire alcune essenziali condizioni che sono ampiamente rappresentate ed approvate nel documento allegato DGRC n. 520 del 13/09/2023, a cui si rimanda per le specifiche.

- **temporanea assistenza in ASM**, solo per gli utenti presi in carico dal SSMC e che necessitano di integrare il percorso di trattamento integrato e a medio-lungo termine già definito con un limitato periodo di assistenza intensificata intra-penitenziaria (per le cui regolamentazioni si rimanda ai pertinenti paragrafi del presente documento).

Al fine di assicurare la continuità della presa in carico, le prestazioni specialistiche devono essere programmate e non possono essere sostituite da attività prestazionali estemporanee richieste nell'immediato.

La richiesta di una consulenza psichiatrica ovvero di ogni altra prestazione del SSMC deve essere sempre motivata e formulata dal medico di continuità assistenziale e/o dal medico referente d'istituto e successivamente erogata previa valutazione di appropriatezza clinica; la predetta richiesta non può in alcun caso essere prodotta da dall'Amministrazione Penitenziaria (Direzione, Polizia penitenziaria, operatori dell'area giuridico-pedagogica), cui compete la facoltà di segnalare al PSP, per le valutazioni di competenza, particolari condizioni ed eventi rilevati.

La richiesta d'intervento psichiatrico in presenza di una riferita condizione di acuzie psichiatrica ovvero per riferita agitazione e/o crisi deve essere sempre prodotta dopo la valutazione sanitaria (con triage infermieristico, in sezione, o dal medico di continuità assistenziale in infermeria). Ferme restando le regolamentazioni in tema di riduzione del rischio suicidario in carcere - di cui alla DGRC n. 134/2018 ed ai conseguenti Piani Locali dei singoli IP, anche con particolare riferimento a quanto



Osservatorio permanente per la sanità penitenziaria (DGRC n. 1812/2009 e DGRC 716/2016)

richiamato in premessa al presente documento – l'eventuale richiesta al SSMC di consulenza psichiatrica per “gli eventi critici” deve essere effettuata esclusivamente dal PSP e/o dai referenti per i predetti Piani Locali, motivatamente e comunque nei casi di accertato rischio suicidario legato a disturbo psichiatrico.

Art. 3 - Accertamento delle condizioni di infermità psichica.

L'accertamento delle condizioni psichiche e/o dell'infermità ovvero l'approfondimento psico-diagnostico rientra nelle prestazioni/attività di ogni servizio di salute mentale (sia interno all'IP sia esterno competente territorialmente) e, pertanto, può essere svolto nell'istituto di assegnazione del detenuto, anche in rispetto del principio di territorialità che condiziona nei casi accertati l'eventuale formulazione di un PTRI. Fermo restando il generale richiamo alla DGRC del 13/09/2023 e alla collegata circolare prot. 08/01/2024-PG/2024/0010633 della Direzione Generale per la tutela della salute ed il coordinamento del sistema sanitario regionale, si evidenziano le seguenti essenziali precisazioni:

1. l'accertamento delle condizioni di infermità psichica che - conformemente alle regolamentazioni approvate dall'Osservatorio permanente regionale per la sanità penitenziaria il 03.08.2023 e formalmente recepite dalla regione Campania con la DGRC n. 520 del 13.09.2023 – sono da realizzarsi esclusivamente nelle ordinarie sezioni di assegnazione della persona detenuta, a cura del Presidio sanitario penitenziario e con la necessaria partecipazione del SSMC dell'Istituto Penitenziario e dei servizi psichiatrici territorialmente competenti per residenza;
2. la territorialità della pena è coniugata con la territorialità della cura e questo rende necessario il costante mantenimento della permanenza del detenuto in un IP quanto più prossimo al suo territorio di provenienza e, preferenzialmente nella stessa ASL di residenza, al fine di evitare l'insorgenza di un disagio psichico legato alla lontananza dal nucleo familiare e di facilitare la formulazione dell'eventuale progetto clinico-psichiatrico integrato.
3. L'accertamento in una ASM è sempre escluso, anche per quanto normativamente chiarito con Sentenza della Corte Costituzionale 99/2019, costituendo, invece, condizione propedeutica e condizionante l'ammissione in ASM;
4. L'accertamento richiede risorse professionali o strumentali disponibili in ogni ASL, esplicandosi attraverso prestazioni cliniche erogabili appropriatamente all'interno di ogni IP e uniformante garantite sui territori dai Dipartimenti di Salute mentale e delle Dipendenze.

L'accertamento può essere effettuato mediante un piano che prevede una modalità di lavoro organizzata tra psichiatra, psicologo, infermiere, finalizzata alla valutazione diagnostica da completare entro 30 giorni, anche con il supporto, per quanto di competenza, dell'area educativo-trattamentale. L'accuratezza diagnostica è garantita dall'impiego di procedure il più possibile standardizzate a partire



Osservatorio permanente per la sanità penitenziaria (DGRC n. 1812/2009 e DGRC 716/2016)

dall'utilizzo obbligatorio del sistema di classificazione vigente (attualmente, ICD-9-CM), eventualmente integrato ma in nessun caso sostituito con altri) e di strumenti strutturati di rilevazione sintomatologica (interviste/rating scale) che siano accurati e il più possibile esaustivi della complessità delle condizioni esaminate. La valutazione ambientale (nel caso di contesto detentivo, soprattutto sociale) del detenuto risulta sempre necessaria. In tutti i casi di accertata condizione di infermità psichica vanno definiti contestualmente, e integrati nella relazione finale, anche i consequenziali trattamenti terapeutici e riabilitativi.

Gli schemi di riferimento per la definizione del Piano diagnostico terapeutico e del Piano assistenziale individuale infermieristico sono riportati nell'Allegato 1.

Al termine dei 30 giorni dall'avvio dell'accertamento, il presidio sanitario penitenziario effettuerà la valutazione diagnostica finale, considerando le valutazioni dei servizi sanitari territoriali, l'approfondimento psicodiagnostico, il piano diagnostico terapeutico, il piano assistenziale infermieristico, e provvederà a definire e formalizzare le conclusioni agli organi competenti per le valutazioni ulteriori (A.G.) ed ai servizi sanitari e penitenziari, per l'attuazione, qualificandole come di seguito riportato:

- utente che presenta un quadro psicopatologico che necessita di una *assunzione di cura e/o di una presa in carico*. Nel caso di un utente trasferito da altro IP si invia la relazione di avvenuto accertamento al servizio salute mentale dell'IP di provenienza con il quale si condivide il piano terapeutico, e all'AG;
- utente che presenta un quadro psicopatologico che necessita di un *percorso assistenziale intensificato*. Si invia al Responsabile della Sanità Penitenziaria Aziendale la relazione di avvenuto accertamento diagnostico con la richiesta di trasferimento temporaneo in ASM;
- utente che presenta un quadro psicopatologico tale da richiedere la definizione di un percorso terapeutico-riabilitativo (PTRI), che, tenendo conto della posizione giuridica, sia finalizzato alle misure alternative al carcere e alle possibilità aperte dalla sentenza della Corte Costituzionale n.99/2019. Il PTRI viene definito dal servizio esterno competente territorialmente, preferibilmente di concerto con il servizio intra-penitenziario, e prevede progetti esterni da realizzarsi nell'ambito di strutture e servizi socio-sanitari ordinari, analogamente a quanto previsto dalla legge n. 81/2014 per i pazienti presenti in REMS o a rischio di applicazione di una misura che determini il ricovero in REMS

Nello svolgimento di tutte le attività di accertamento è assicurato il corretto adempimento dell'obbligo informativo regionale attraverso l'utilizzo del Sistema informativo SMOP, ex DGRC n. 18/2021, registrando specificamente, nell'informazioni giuridiche della scheda individuale, il periodo di svolgimento dell'accertamento, e producendo la relazione finale secondo la specifica procedura informatizzata ("Relazione finale di accertamento di infermità psichica").



Art. 4 – Gli operatori del SSMC.

Analogamente a quanto previsto per le ASM, anche e, per certi versi, maggiormente, per il SSMC, come per ogni servizio territoriale di tutela della salute mentale, le operatività sono assicurate attraverso un'equipe multi-professionale costituita da psichiatri, psicologi, infermieri, assistenti sociali e tecnici della riabilitazione psichiatrica. La presenza di psichiatri – comunque in numero coerente con gli standard minimi regionali richiamati nelle DGRC593/20 e 520/23 - non è mai condizione sufficiente e necessaria per la garanzia degli interventi da realizzare. Inoltre, considerato anche l'aggiornamento del 2018 della legge n. 354/75 - che ha cancellato la previsione dell'obbligatoria presenza di uno psichiatra in ogni IP - la modalità di utilizzo delle diverse professionalità è demandata alla autonomia organizzativa della ASL; sempre assicurando le dovute e appropriate risposte ai bisogni sanitari della popolazione detenuta, è possibile, pertanto, ricorrere all'implementazione di equipe sia interne e dedicate, parzialmente o totalmente, al singolo IP, sia esterne all'IP, come proiezioni intra-penitenziarie funzionali dei servizi attivi per le persone libere, sia organizzate flessibilmente ricorrendo ad entrambe le predette forme, anche solo per alcune specifiche figure professionali.

Al fine di facilitare il completo superamento delle soluzioni organizzative precedenti alla riforma della sanità penitenziaria e incentrate o limitate alla sola professionalità dello psichiatra, si evidenziano di seguito le funzioni più appropriatamente da svolgersi da parte dello psicologo, dell'infermiere e dell'assistente sociale.

Per lo **psicologo**:

- valutazione psicologica con inquadramento diagnostico mediante colloqui e/o strumenti strutturati di rilevazione sintomatologica (interviste/rating scale) e di conseguenza condivisione della stessa con lo specialista psichiatra al fine della definizione di un percorso di cura adeguato;
- interventi di prevenzione finalizzati alla tutela del diritto alla salute ed al sostegno delle capacità di adattamento e di fronteggiamento della peculiare esperienza detentiva con incontri individuali e/o di gruppo;
- concorso ad attività finalizzate alla gestione di specifiche condizioni, diverse dalla tutela della salute mentale, tipiche di un contesto penitenziario, quali:
 - ✓ La riduzione del rischio suicidario, così come declinato dal Piano Nazionale per la prevenzione delle condotte suicidarie nel sistema penitenziario (Rep. Atti n. 81/CU). Si specifica a tal riguardo che l'ASM ed il SSMC non costituiscono l'ambito di elettiva e prevalente gestione appropriata delle condizioni di rischio suicidario, ma possono solo



Osservatorio permanente per la sanità penitenziaria (DGRC n. 1812/2009 e DGRC 716/2016)

concorrere alle complessive azioni nei limiti previsti dallo stesso Piano, che prevede *“l'esclusione di ogni forma di iniziale, non mediato o prevalente coinvolgimento dei servizi sanitari specialistici della salute mentale nelle attività (...), al fine di prevenire il frequente rischio di erronea riconduzione – interpretativa e operativa - dei comportamenti e delle scelte autolesive e suicidarie nell'ambito di condizioni patologiche psichiatriche”*; si evidenzia, altresì, che anche dal predetto Piano sono escluse le condotte meramente autolesive che, non essendo qualificabili come tentativi di suicidio, indirizzano verso valutazioni e consequenziali attività ulteriormente diverse;

- ✓ la sperimentazione di un aggiornamento operativo delle sezioni ex art. 32 DPR 230/2000 ampiamente illustrata nel documento DGRC del 13/09/2023 a cui si rimanda per le specifiche.

Per l'**infermiere**, in aggiunta alla garanzia che le prescrizioni diagnostiche e terapeutiche siano applicate correttamente, l'osservazione, l'ascolto e il supporto supporta all'utente mediante le seguenti attività:

- somministrazione della terapia orale, iniettiva, al bisogno la quale avviene all'interno dell'infermeria di ogni sezione nel pieno rispetto della privacy;
- segnalazione di mancata assunzione di terapia mediante apposito modello;
- monitoraggio parametri vitali;
- segnalazione di particolari esigenze socio-sanitarie;
- segnalazione di effetti collaterali dei farmaci in prescrizione (azioni e accorgimenti per prevenirli e/o attenuarli);
- triage infermieristico, in caso di segnalazione di una condizione di crisi e/o agitazione di un utente in carico o comunque periodicamente;
- compilazione del piano assistenziale individuale per i detenuti in accertamento della condizione psichica.

Per l'**assistente sociale**:

- effettuazione della ricognizione sociale, della rilevazione dei bisogni nell'area di competenza (residenza, permesso di soggiorno ecc.) e attività finalizzate alla risoluzione delle problematiche specifiche;
- coordinamento dell'attività intramuraria SSMC e collegamento con gli organi extramurari (UOSM; SPDC; UEPE; AG), sia all'ingresso nell'IP sia durante la detenzione sia all'avvenuta scarcerazione.



Allegato 1 - Schemi di riferimento per il Piano diagnostico terapeutico ed il Piano assistenziale individuale infermieristico.

Piano diagnostico terapeutico

1. Lo psichiatra mediante colloqui programmati a breve termine effettua:
✓ un raccordo tra la condizione clinica attuale e le motivazioni sanitarie per le quali è stata fatta la richiesta di accertamento;
✓ Prescrive in caso di bisogno terapia farmacologica;
✓ Concorda con il Presidio sanitario dell'IP – che mantiene la complessiva titolarità dell'assistenza sanitaria della persona detenuta o internata - eventuali accertamenti anche strumentali necessari all'approfondimento diagnostico.
✓ Richiede costantemente le valutazioni del Servizio sanitario territorialmente competente per la residenza o domicilio della persona ristretta (Dipartimento di Salute Mentale e/o Dipartimento Dipendenze e/o Distretto sanitario e, per i minori, dei Servizi Materno-Infantili, di Neuropsichiatria Infantile ecc.);
2. Lo psicologo effettua colloqui e valutazione psicodiagnostica;
3. L'infermiere (figura di collegamento tra il disagio psichico e l'ambiente sociale, ovvero il gruppo dei pari, la sezione detentiva, la stanza di pernottamento) effettua la valutazione del funzionamento sociale e della compliance terapeutica mediante un piano assistenziale individuale (schema seguente):

Piano assistenziale individuale infermieristico

✓ Cura della propria persona e dell'ambiente
✓ Partecipazione alle attività di sezione (passeggio, palestra, attività occupazionali, scuola, ecc.):
✓ Interazioni con il gruppo dei pari e con gli operatori:
✓ Abitudini alimentari
✓ Assunzione o rifiuto della terapia; atteggiamento verso la terapia (richiedente; ambivalente, ecc):
✓ Umore e comportamento generale:
✓ Problematiche individuate: