



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

***“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”***

(documento generale approvato dall’Osservatorio permanente regionale per la sanità penitenziaria della Campania il 3 agosto 2023, allegato alla DGRC n. 520/2023 di presa d’atto e determinazioni)

***“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)”***

(documento integrativo per l’area della salute mentale approvato dall’Osservatorio permanente regionale per la sanità penitenziaria della Campania il 15 febbraio 2024, allegato alla DGRC n. 221/2024 di presa d’atto e determinazioni)

***“Procedure per il ricovero ospedaliero programmato di persone detenute e interne negli Istituti Penitenziari della Campania. Determinazioni.”***

(documento integrativo per i ricoveri nei reparti ospedalieri dedicati alle persone detenute e interne approvato dall’Osservatorio permanente regionale per la sanità penitenziaria della Campania il 21 novembre 2024, allegato alla DGRC n. 701/2024 di presa d’atto e determinazioni)



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

Deliberazione N. **520**

Assessore

Presidente De Luca Vincenzo



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

# Regione Campania

GIUNTA REGIONALE

SEDUTA DEL **13/09/2023**

## PROCESSO VERBALE

Oggetto :

**Interventi per il miglioramento dell'efficienza e dell'appropriatezza clinica dei servizi sanitari penitenziari definiti dall'Osservatorio permanente per la sanità penitenziaria il 3 agosto 2023.**

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



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

Deliberazione N. **221**

**Assessore**

Presidente De Luca Vincenzo



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	<b>PRESIDENTE</b>
2)	Vice Presidente	Fulvio	BONAVITACOLA	
3)	Assessore	Nicola	CAPUTO	
4)	"	Felice	CASUCCI	
5)	"	Ettore	CINQUE	<b>ASSENTE</b>
6)	"	Bruno	DISCEPOLO	
7)	"	Valeria	FASCIONE	
8)	"	Armida	FILIPPELLI	
9)	"	Lucia	FORTINI	
10)	"	Antonio	MARCHIELLO	
11)	"	Mario	MORCONE	
	Segretario	Mauro	FERRARA	



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

Deliberazione N. **701**

Assessore

Presidente De Luca Vincenzo



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

# Regione Campania

GIUNTA REGIONALE

SEDUTA DEL **12/12/2024**

## PROCESSO VERBALE

Oggetto :

**Procedure per il ricovero ospedaliero programmato di persone detenute e internate negli Istituti Penitenziari della Campania. Determinazioni.**

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



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

**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.**

(Documento complessivo approvato nella riunione del 03.08.2023 dell'Osservatorio permanente per la sanità penitenziaria della Campania)



## Sommario

<b>Premessa.....</b>	<b>4</b>
<b>A – L’aggiornamento generale del servizio sanitario penitenziario. ....</b>	<b>8</b>
Le funzioni di programmazione, indirizzo, coordinamento ed organizzazione, l’assistenza sanitaria e le attività di protezione della salute, di informazione e di educazione sanitaria nei servizi sanitari in ambito penitenziario.....	8
Standard organizzativi e gestionali. ....	10
Il Coordinamento della rete regionale e aziendale di sanità penitenziaria.....	13
La mobilità sanitaria nella rete di sanità penitenziaria.....	17
L’accertamento delle condizioni di infermità psichica e fisica, e il trattamento terapeutico e riabilitativo individualizzato.....	18
La collaborazione interistituzionale per la gestione delle condizioni di presenza in istituto penitenziario <i>sine titulo</i> . ....	20
La gestione delle condizioni di cronicità. ....	22
Registrazioni anagrafiche, gestione delle condizioni di senza fissa dimora (s.f.d.) e tutela dei diritti civili, sociali e sanitari in ambito penitenziario e nelle R.E.M.S.....	23
La prevenzione delle malattie, la protezione e la promozione della salute.....	33
Il Sistema informativo per il Monitoraggio del superamento degli OPG e dei Servizi di Sanità Penitenziaria “SMOP”. ....	35
<b>B - L’aggiornamento organizzativo del servizio infermieristico.....</b>	<b>43</b>
<b>C - L’aggiornamento organizzativo del servizio medico di base. ....</b>	<b>48</b>
L’assistenza primaria: medicina generale e continuità assistenziale (ex guardia medica). ....	48
<b>D - L’assistenza primaria: le prestazioni mediche specialistiche. ....</b>	<b>53</b>
<b>E - L’assistenza primaria: le prestazioni psicologiche. ....</b>	<b>55</b>
<b>F - Regolamentazione disciplinante l’utilizzo dell’ambulatorio e delle attrezzature mediche presenti negli Istituti penitenziari finalizzato all’erogazione di prestazioni sanitarie richieste da detenuti e internati paganti in proprio. ....</b>	<b>57</b>
<b>G - Indirizzi e disposizioni per l’appropriata gestione delle condizioni di assegnazione e raggruppamento per motivi cautelare e di isolamento disciplinare.58</b>	
Attività Integrate Trattamentali e Sanitarie per detenuti in condizione di rilevante disagio psicologico (Progetti Terapeutico Trattamentali Integrati). Sperimentazione di un aggiornamento operativo delle sezioni ex art. 32 DPR 230/2000.....	59
La gestione delle condizioni sanzione disciplinare della esclusione dalle attività in comune (EAC). ....	62
<b>H - Relazioni sanitarie e certificazioni.....</b>	<b>65</b>
Procedure generali. ....	65
Procedure specifiche.....	66
1. La certificazione di nulla osta per (qualsiasi tipo di) traduzione. ....	66
2. La certificazione di infortunio sul lavoro del personale (ASL e Amministrazione penitenziaria). ....	66
3. La certificazione dello stato di malattia del c.d. “detenuto lavorante”.....	66
4. Certificazione sulla compatibilità con il regime penitenziario della persona detenuta o internata per condizioni sanitarie. ....	67
5. Certificazione art. 1, c. 3, Accordo CU Rep. Atti n. 3/22.01.2015. ....	67



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

6. Certificazione di idoneità all'attività sportiva non agonistica e certificazione di idoneità all'attività sportiva ludico-motoria.....	67
7. Il referto medico obbligatorio in caso di lesioni per detenuti (art. 11, c. 7. L. 354/1975).....	68
8. La certificazione medica necessaria per la richiesta di riconoscimento dell'invalidità civile della persona detenuta o internata.....	68
9. Le certificazioni rivolte alla polizia penitenziaria .....	68
10. La certificazione di infortunio sul lavoro della persona detenuta o internata (INAIL).....	69
<b>I - La riduzione del rischio suicidario: report delle attività svolte e aggiornamento delle principali indicazioni operative. ....</b>	<b>70</b>
Gli esiti delle attività dei Nuclei regionali.....	70
Aggiornamento e integrazione delle azioni comprese nei Piani regionale e locali.....	72
<b>L - Trattamento e protezione dati personali. ....</b>	<b>74</b>
<b>M - La sicurezza e la valutazione dei rischi. ....</b>	<b>76</b>
<b>N – Autorizzazione e accreditamento istituzionale. ....</b>	<b>78</b>
<b>O - Allegati.....</b>	<b>79</b>
Allegato 1. REGOLAMENTO disciplinante l'utilizzo dell'ambulatorio e delle attrezzature mediche presenti negli Istituti penitenziari finalizzato all'erogazione di prestazioni sanitarie richieste da detenuti e internati paganti in proprio. ....	80
Allegato 2. CONVENZIONE per l'utilizzo da parte di specialisti esterni degli ambulatori e delle attrezzature mediche presenti negli Istituti Penitenziari rientranti nella competenza territoriale aziendale, finalizzato all'erogazione di prestazioni sanitarie richieste da detenuti e internati paganti in proprio.....	83
Allegato 3. INTERVISTA di riferimento per la rilevazione dei bisogni di prevenzione vaccinale, stili di vita e aderenza ai programmi di screening nella popolazione detenuta. ....	87
Allegato 4 – SCHEDA DI RIFERIMENTO per la valutazione psicologica in ambito penitenziario.	95



## Premessa.

Con gli aggiornamenti operativi di seguito definiti si intende apprestare soluzioni, attraverso interventi di miglioramento dell'appropriatezza clinica e di ottimizzazione dell'utilizzo delle risorse professionali, alle segnalazioni di criticità in tema di mancata erogazione di prestazioni sanitarie o di farmaci, spesso collegate a correlate problematiche inerenti alla sicurezza interna agli Istituti penitenziari. Analoghe problematiche risultano altresì segnalate dagli operatori sanitari in merito a richieste di visite mediche effettuate direttamente dall'Amministrazione Penitenziaria e di ritardi nell'erogazione ovvero talora mancate erogazioni di prestazioni sanitarie programmate in relazione a difficoltà operative nella traduzione e scorta delle persone detenute.

Tra le ulteriori problematiche rilevate, si evidenzia la diffusa prassi che vede gli infermieri spesso impegnati per la maggior parte della giornata lavorativa nell'attività di mera distribuzione materiale della terapia farmacologica direttamente al detenuto, con conseguente limitazione di altre attività più mirate e qualificate, quindi più adeguate al livello professionale ed alle competenze proprie del profilo professionale.

Affine criticità è stata rilevata in tema di organizzazione del servizio medico, ancora troppo ancorata a modelli precedenti alla riforma della sanità penitenziaria e non più vigenti ("Area sanitaria", "Medico Incaricato", "Medico SIAS", "Medico di reparto", "Nuovi Giunti" ecc.) e non conforme alle consolidate procedure operative proprie dell'Ordinamento Sanitario.

Le criticità in parola sono chiaramente rilevabili nel confronto con le attività di Medicina Generale, di Continuità Assistenziale e di Specialistica dedicate alle persone libere, che, come noto, rappresentano l'obbligatorio riferimento operativo assunto con la riforma della Sanità penitenziaria.

Il Decreto Legislativo 2 ottobre 2018, n. 123, di riforma dell'ordinamento penitenziario (GU Serie Generale del 2640-2018 Suppl. Ordinario n. 50), ha modificato le norme in tema di assistenza sanitaria, disponendo tra l'altro, all'Art. 11, che:

*"1. Il servizio sanitario nazionale opera negli istituti penitenziari e negli istituti penali per minorenni nel rispetto della disciplina sul riordino della medicina penitenziaria,  
2 Garantisce a ogni istituto un Servizio sanitario rispondente alle esigenze profilattiche e di cura della salute dei detenuti e degli internati.*

*4. Ove siano necessarie cure o accertamenti sanitari che non possono essere apprestati dai servizi sanitari presso gli istituti, gli imputati sono trasferiti in strutture sanitarie esterne di cura, con provvedimento del giudice che procede, (...);*

*7 All'atto dell'ingresso nell'istituto il detenuto e l'internato sono sottoposti a visita medica generale e ricevono dal medico informazioni complete sul proprio stato di salute. Nella cartella clinica il medico annota immediatamente ogni informazione relativa a segni o indici che facciano apparire che la persona possa aver subito violenze o maltrattamenti e, fermo l'obbligo di referto, ne dà comunicazione al Direttore dell'istituto e al Magistrato di sorveglianza. I detenuti e gli internati hanno diritto altresì di ricevere informazioni complete sul proprio stato di salute durante il periodo di detenzione e all'atto della rimessione in libertà. Durante la permanenza nell'istituto, l'assistenza sanitaria è prestata con periodici riscontri, effettuati con cadenza allineata ai bisogni di salute del detenuto, e si uniforma ai principi di metodo proattivo, di globalità dell'intervento sulle cause di pregiudizio della salute, di unitarietà dei servizi e delle prestazioni, d'integrazione dell'assistenza sociale e sanitaria e di garanzia della continuità terapeutica.*



**8 Il medico del servizio sanitario garantisce quotidianamente la visita dei detenuti ammalati e di quelli che ne fanno richiesta quando risulta necessaria in base a criteri di appropriatezza clinica.**

L'Amministrazione penitenziaria assicura il completo espletamento delle attività sanitarie senza limiti orari che ne impediscono l'effettuazione. (...)

9. Quando i detenuti e gli internati sono trasferiti è loro garantita la necessaria continuità con il piano terapeutico individuale in corso.

10. Ai detenuti ed agli internati che, al momento della custodia cautelare in carcere o dell'esecuzione dell'ordine di carcerazione, abbiano in corso un programma terapeutico ai fini di cui alla legge 14 aprile 1982, n. 164, sono assicurati la prosecuzione del programma e il necessario supporto psicologico.

11. Nel caso di diagnosi anche sospetta di malattia contagiosa sono messi in atto tutti gli interventi di controllo per evitare insorgenza di casi secondari, compreso l'isolamento. Il Direttore dell'istituto è immediatamente informato dell'isolamento e ne dà comunicazione al Magistrato di sorveglianza".

Tanto richiamato, attesa l'obbligazione per le Amministrazioni sanitarie e penitenziarie di rispettare la specifica normativa, l'Osservatorio permanente regionale per la sanità penitenziaria ha rilevato la possibilità di pervenire alla garanzia del pieno rispetto della richiamata normativa attraverso interventi di miglioramento dell'efficienza e dell'appropriatezza clinica, definiti ed approvati nel corso delle attività svolte nel periodo 2022-2023, e integrati nel presente documento.

La necessità ed urgenza degli interventi in parola è altresì collegata all'indisponibilità di alcune normative secondarie, con particolare riferimento ad alcune disposizioni del Regolamento di esecuzione della L. 354/1975 (D.P.R. n. 230/2000) che non risultano più vigenti in tema di assistenza sanitaria - in ragione della decadenza degli art. 17, 18, 19 e 20 a partire dal completamento dell'attuazione della riforma della medicina penitenziaria<sup>1</sup> - o non più in concreto applicabili, con riferimento all'accertamento delle infermità psichiche e alle sezioni per minorati psichici – in conseguenza della definitiva chiusura degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari<sup>2</sup>.

Nelle more del necessario aggiornamento del Regolamento di esecuzione dell'Ordinamento Penitenziario, per quanto relativo alle disposizioni in tema di salute, si intende così realizzare un sottosistema unitario che rende disponibile, accanto al richiamo dei principi di fondo e delle competenze (art. 11 O.P.), una regolamentazione regionale di dettaglio che realizzi

---

<sup>1</sup> DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA 30 giugno 2000, n. 230. "Regolamento recante norme sull'ordinamento penitenziario e sulle misure privative e limitative della libertà" (G.U. n. 195 del 22-08-2000), Art. 20 ("Disposizioni particolari per gli infermi e i seminfermi di mente"), comma 10: "Il presente articolo, nonché gli articoli 17 ("Assistenza sanitaria"), 18 ("Rimborso delle spese per prestazioni sanitarie") e 19 ("Assistenza particolare alle gestanti e alle madri con bambini. Asili nido") si applicano fino alla completa attuazione del decreto legislativo 22 giugno 1999, n. 230. Il 1° aprile 2008 è entrato in vigore il DPCM per il trasferimento delle funzioni in materia di sanità penitenziaria al SSN e il 1° ottobre 2008 è avvenuto il definitivo trasferimento dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie, delle attrezzature e dei beni strumentali alle singole Regioni.

<sup>2</sup> Gli art. 111 ("Ospedali psichiatrici giudiziari, case di cura e custodia, istituti e sezioni speciali per infermi e minorati fisici e psichici") e 112 ("Accertamento delle infermità psichiche") del menzionato D.P.R. 30 giugno 2000, n. 230, afferiscono al "Titolo II DISPOSIZIONI RELATIVE ALL'ORGANIZZAZIONE PENITENZIARIA", "Capo I - Istituti penitenziari". La loro applicazione non è regolamentata dopo la normativa primaria che ha disposto la definitiva chiusura degli Ospedali psichiatrici giudiziari (LEGGE 30 maggio 2014, n. 81. "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 31 marzo 2014, n. 52, recante disposizioni urgenti in materia di superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari. (14G00093). (GU n.125 del 31-05-2014 ed entrata in vigore il 1° giugno 2014).



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

una efficace attuazione e tutela dei principi medesimi, coordinando le disposizioni vigenti anche in rapporto al principio di territorialità dell'esecuzione.

In particolare, si intendono aggiornare le modalità dell'accertamento delle infermità fisiche e psichiche e del trattamento terapeutico e riabilitativo. Entrambe le attività sono ridefinite in forma integrata e, quanto alle infermità psichiche, coerente con i principi che regolano la tutela della salute mentale in Italia ai sensi della legge n. 180 del 1978 (trattamento territoriale, limitazione del ricorso a strutture specialistiche, stretto rapporto con la comunità di appartenenza ai fini dell'efficienza degli interventi di reinserimento sociale). Inoltre – sia nella fase di accertamento sia in quella di trattamento – si equipara la gestione delle infermità fisiche e psichiche, superando una separazione anacronistica, inappropriata e potenzialmente stigmatizzante. Le definizioni operative in parola risultano, altresì, adeguate a dare concreta attuazione alla Sentenza della Corte Costituzionale n. 99 del 20 febbraio 2019 che dichiara *"l'illegittimità costituzionale dell'art. 47-ter, comma 1-ter, della legge 26 luglio 1975, n. 354 (Norme sull'ordinamento penitenziario e sulla esecuzione delle misure privative e limitative della libertà), nella parte in cui non prevede che, nell'ipotesi di grave infermità psichica sopravvenuta, il Tribunale di sorveglianza possa disporre l'applicazione al condannato della detenzione domiciliare anche in deroga ai limiti di cui al comma 1 del medesimo art. 47-ter"*<sup>3</sup>.

Quanto alle eventuali variazioni dell'allocazione della persona ristretta (sulla base degli esiti dell'accertamento), le stesse sono limitate ai casi in cui la patologia accertata risulti essere di media/alta gravità e tengono conto:

- a) della mera eventualità del trasferimento, posto che l'istituto di assegnazione provvisoria già dovrebbe essere ricompreso nel territorio prossimo alla residenza secondo quanto previsto dall'art. 30 R.E.;
- b) dell'esistenza di divieti di legge che impediscono il trasferimento nel territorio di residenza ante-detenzione;
- c) della disciplina di cui all'art. 45 della legge, che prevede la opzione del soggetto ristretto tra mantenimento della residenza originaria e inserimento nella anagrafe del luogo di detenzione. Si prevede che nei casi di impossibilità dell'iscrizione anagrafica (stranieri privi di permesso di soggiorno) la competenza del servizio sanitario sia sempre quella del luogo di assegnazione ove è stato realizzato l'accertamento.

La diversa allocazione per fini sanitari è dunque meramente eventuale e si basa, ove ne ricorrono i presupposti, sulla tutela del principio di umanità dell'esecuzione, agevolando il sostegno familiare al soggetto portatore di serie patologie.

Gli aggiornamenti di cui al presente documento interessano prevalentemente l'organizzazione del servizio sanitario in generale, con particolare riferimento a quello infermieristico, medico e psicologico, e rispondono anche alla necessità di aggiornate regolamentazioni secondarie regionali, nelle more della disponibilità di atti normativi nazionali.

Sono altresì integrate regolamentazioni inerenti alle aree di attività di maggiore rilevanza (sistema informativo, riduzione del rischio suicidario, protezione dei dati personali, sicurezza e la valutazione dei rischi dei lavoratori, ecc.). Le definizioni che interessano, direttamente o indirettamente, le attività dell'Amministrazione Penitenziaria sono limitate a quelle strettamente condizionanti l'efficiente ed efficace garanzia della tutela della salute delle

<sup>3</sup> N. 99 SENTENZA 20 febbraio - 19 aprile 2019. Giudizio di legittimità costituzionale in via incidentale. Esecuzione penale - Grave infermità psichica sopravvenuta del detenuto - Applicabilità della detenzione domiciliare "umanitaria". - Legge 26 luglio 1975, n. 354 (Norme sull'ordinamento penitenziario e sulla esecuzione delle misure privative e limitative della libertà), art. 47-ter, comma 1-ter. - (T-190099) (GU 1a Serie Speciale - Corte Costituzionale n.17 del 24-4-2019).



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

persone ristrette a cura del Servizio Sanitario. Nella definizione del presente aggiornamento, l'Osservatorio permanente regionale per la sanità penitenziaria ha prestato attenzione a valorizzare tutte le disponibili risorse documentali, non solo normative, comprese le indicazioni contenute nella Circolare del Capo del Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria sul circuito della media sicurezza del 19.07.2022.

Laddove specificamente previsto con i presenti aggiornamenti, nonché in ogni caso di rilevata necessità o di opportunità di adeguamento, le Aziende Sanitarie Locali e l'Amministrazione Penitenziaria avranno cura di modificare e/o integrare conformemente i **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 DGRC n. 96 del 21.03.2011, ovvero di definirne nuovi per la regolamentazione di attività specifiche.

Attesa la loro rilevanza in ambito penitenziario, 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 che l'Osservatorio permanente per la sanità penitenziaria – 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.



## A – L’aggiornamento generale del servizio sanitario penitenziario.

I detenuti e gli internati usufruiscono dell’assistenza sanitaria secondo le disposizioni della vigente disciplina normativa di riordino della medicina penitenziaria di cui al decreto legislativo 22 giugno 1999, n. 230 e dell’art. 11 della legge n. 354 del 1975 e successive modificazioni, e delle prestazioni di diagnosi, cura e riabilitazione contenute nel Piano Sanitario Nazionale, nei Piani Sanitari Regionali e in quelli locali, secondo principi di globalità dell’intervento sulle cause di pregiudizio della salute, di unitarietà dei servizi e delle prestazioni, di integrazione della assistenza sociale e sanitaria e di garanzia della continuità terapeutica.

A tal fine, tutte le persone ristrette sono iscritte al SSR e sono escluse dalla partecipazione alla spesa<sup>4</sup>.

Tutte le persone diverse dai detenuti e dagli internati non rientrano tra la popolazione assistita dal Servizio sanitario penitenziario, ad esclusione - dei limitati interventi previsti per chiunque sia presente all’interno dell’istituto penitenziario cioè anche in aree non detentive purché di pertinenza dell’istituto - dalla art. 2, comma 4, dell’Accordo Conferenza Unificata Rep. Atti n. 3/CU del 22.01.2015 (dettagliati nel paragrafo H, “Relazioni e certificazioni sanitarie”.)

### **Le funzioni di programmazione, indirizzo, coordinamento ed organizzazione, l’assistenza sanitaria e le attività di protezione della salute, di informazione e di educazione sanitaria nei servizi sanitari in ambito penitenziario.**

Ai sensi della richiamata normativa, competono al **Ministero della salute** la programmazione, l’indirizzo e il coordinamento del Servizio sanitario nazionale negli istituti penitenziari, alla **Regione** l’organizzazione e la programmazione dei servizi sanitari regionali negli istituti penitenziari e il controllo sul funzionamento dei servizi medesimi, ed alle **Aziende Sanitarie Locali** la gestione e il controllo dei servizi sanitari negli istituti penitenziari. In materia sanitaria, all’**Amministrazione penitenziaria** compete l’obbligo di segnalare alle Aziende unità sanitarie locali e, ai fini dell’esercizio dei poteri sostitutivi, alle regioni e al Ministero della sanità, la mancata osservanza delle disposizioni del decreto legislativo 22 giugno 1999, n. 230 e dell’art. 11 della legge n. 354 del 1975 e successive modificazioni.

L’assistenza sanitaria viene prestata all’interno degli istituti penitenziari dall’**Azienda sanitaria locale nel cui territorio insiste il singolo istituto**, salvo quanto previsto dal secondo comma dell’articolo 11 della legge n. 354 del 1975 e successive modificazioni. La stessa Azienda sanitaria eroga le prestazioni comprese nei livelli uniformi ed essenziali di assistenza definiti per il Servizio sanitario nazionale, organizzando l’assistenza sulla base dei bisogni di salute rilevati e secondo principi di globalità dell’intervento sulle cause di

<sup>4</sup> DECRETO LEGISLATIVO 22 giugno 1999, n. 230, art. 1, comma 4 (“I detenuti e gli internati conservano l’iscrizione al Servizio sanitario nazionale per tutte le forme di assistenza, ivi compresa quella medico-generica”), comma 5 (“Sono iscritti al Servizio sanitario nazionale gli stranieri, limitatamente al periodo in cui sono detenuti o internati negli istituti penitenziari. Tali soggetti hanno parità di trattamento e piena uguaglianza di diritti rispetto ai cittadini liberi, a prescindere dal regolare titolo di permesso di soggiorno in Italia”), comma 6 (“I detenuti e gli internati sono esclusi dal sistema di partecipazione alla spesa delle prestazioni sanitarie erogate dal Servizio sanitario nazionale”).



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

pregiudizio della salute, di unitarietà dei servizi e delle prestazioni, di integrazione della assistenza sociale e sanitaria e di garanzia della continuità terapeutica.

In relazione alle caratteristiche della popolazione detenuta e alle esigenze sanitarie da questa presentate, la Regione definisce formalmente ed assicura operativamente all'interno del proprio territorio una rete di servizi sanitari penitenziari rispondenti ai bisogni socioassistenziali e alla complessità clinica della popolazione detenuta presente, comprensiva di sezioni sanitarie specializzate e centralmente coordinata. Alla predetta definizione la regione Campania ha provveduto con la DGRC n. 716/2016 che, insieme alle sue modifiche ed integrazioni, costituisce il riferimento vincolante.

**Le prestazioni sanitarie erogabili nei servizi sanitari interni agli istituti penitenziari sono esclusivamente di tipo territoriale.** Le persone detenute o interne che necessitano di assistenza di tipo ospedaliero devono essere ricoverate presso idonee strutture nosocomiali, almeno fino alla stabilizzazione delle condizioni cliniche. A tale proposito ogni Regione e Provincia autonoma sede di istituti penitenziari deve garantire presso il proprio territorio stanze di degenza o reparti ospedalieri dedicati, con numero di posti letto adeguati alla popolazione detenuta presente, in attuazione del d.l. n. 187 del 14/06/1993. Il ricovero in altre strutture ospedaliere è possibile solo nei casi di indisponibilità di posti di degenza nelle predette stanze o reparti, come certificate dal Direttore generale della competente Azienda sanitaria locale od ospedaliera, ovvero nei casi di necessità di prestazioni di particolare specializzazione o complessità, certificate dal Servizio sanitario dell'istituto. Al riguardo, restano ferme tutte le competenze proprie del Coordinamento della rete regionale di sanità penitenziaria previste dall'Accordo sancito dalla Conferenza Unificata il 22.01.2015 (Rep. Atti n. 3/CU), come attuato con la DGRC n. 716/2016 e s.m.i.

Quando deve provvedersi, previa certificazione del Servizio sanitario dell'istituto, con estrema urgenza al trasferimento di un detenuto o di un interno in luogo esterno di cura e non sia possibile ottenere con immediatezza la decisione della competente autorità giudiziaria, il direttore dell'istituto penitenziario provvede direttamente al trasferimento, dandone contemporanea comunicazione alla predetta autorità, dandone inoltre notizia al Dipartimento dell'Amministrazione penitenziaria e al Provveditore regionale.

In ogni istituto devono essere svolte con continuità attività di protezione della salute, di informazione e di educazione sanitaria per l'attuazione di misure di prevenzione che rilevino, segnalino ed intervengano in merito alle situazioni che possono favorire lo sviluppo di forme patologiche, comprese quelle collegabili alle prolungate situazioni di inerzia e di riduzione del movimento e dell'attività fisica. È assicurato un servizio informativo, comprensivo di adeguato supporto psicologico, per le persone detenute ed interne che intendano intraprendere un programma terapeutico ai fini di cui alla legge 14 aprile 1982, n. 164.

La Regione, le Aziende Sanitarie Locali e gli istituti penitenziari uniformano le proprie azioni e concorrono responsabilmente alla realizzazione delle predette finalità.

Le valutazioni dello stato di salute e dei bisogni sanitari delle persone ristrette, nonché i consequenziali interventi di prevenzione, assistenza e riabilitazione sono garantiti proattivamente e periodicamente, fin dall'ingresso nell'Istituto Penitenziario. In questa prospettiva le attività sanitarie e quelle integrate con gli interventi penitenziari configurano le seguenti tre fasi:



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

- **fase dell'accoglienza** (interventi realizzati all'ingresso, completati indicativamente nei primi 30 giorni, e finalizzati all'identificazione dei bisogni e all'organizzazione delle consequenziali dovute attività);
- **fase della presa in carico** (interventi realizzati in corso di detenzione, a partire dagli esiti delle valutazioni all'ingresso e in relazione al loro aggiornamento);
- **fase della dimissione** (interventi realizzati prima della dimissione, almeno nei precedenti tre mesi, finalizzati a realizzare gli opportuni collegamenti con i servizi sociali e sanitari che subentreranno nella competenza per le prestazioni eventualmente dovute).

Il **Sistema informativo** per il monitoraggio del superamento degli OPG e dei Servizi di Sanità Penitenziaria “SMOP” di cui alla DGRC n. 18/2021 è alimentato costantemente dai Servizi sanitari penitenziari dei singoli Istituti penitenziari regionali, nel rispetto del cronoprogramma finalizzato alla progressiva informatizzazione di tutta la documentazione sanitaria e l'integrazione con il FSE.

La **Carta dei Servizi**, definita e adottata ai sensi dell'art. 1, comma 3 del D.lgs. n. 230/1999, dall'Azienda sanitaria locale nel cui ambito è ubicato un istituto penitenziario, è integrata nel **Regolamento d'Istituto di cui all'art. 16 della Legge sull'ordinamento penitenziario**.

Nel vincolante perimetro delle richiamate disposizioni della normativa primaria di riferimento, sono da ricercare, attraverso le diversificate forme di collaborazione reciproca e leale tra le Amministrazioni Penitenziaria e della Giustizia Minorile e quelle della Salute (Regioni e Aziende Sanitarie Locali) – con prioritario riferimento all'**Osservatorio regionale permanente per la sanità penitenziaria** – le dettagliate declinazioni e regolamentazioni operative locali che garantiscano la massima efficacia ed efficienza agli interventi per la tutela della salute delle persone ristrette.

## **Standard organizzativi e gestionali.**

Le indicazioni seguenti armonizzano le regolamentazioni nazionali e regionali vigenti con le previsioni dell'Intesa sancita dalla Conferenza Stato-Regioni sullo schema di decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, di adozione della metodologia per la determinazione del fabbisogno di personale degli enti del Servizio sanitario nazionale, per gli anni 2022, 2023 e 2024 (Rep Atti n. 267/CSR21/12/2022), attualmente in fase di emanazione.

L'assistenza sanitaria erogata all'interno degli Istituti penitenziari rientra nella medicina del territorio, nella rete dei servizi sanitari aziendali, e opera secondo le evidenze scientifiche e lo sviluppo di Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA), mediante intervento multidisciplinare in rete con il territorio e l'ospedale, al fine di tutelare e promuovere la salute delle persone detenute e internate, anche con i servizi sanitari esterni e con il supporto della telemedicina.

Il servizio sanitario presso gli Istituti penitenziari viene garantito dalle ASL per mezzo dei servizi di Salute in carcere, nelle forme previste dal vigente Piano regionale di assistenza territoriale (DCA n. 83/2019) e s.m.i., come definiti nell'Atto Aziendale della singola ASL.

La complessità organizzativa e gestionale del servizio di Salute in carcere è proporzionale alla dimensione della popolazione detenuta da assistere – con riferimento alla capienza regolamentare del singolo Istituto penitenziario - e ai bisogni sanitari da assicurare. I Servizi



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

che assicurano l'assistenza sanitaria a una popolazione detenuta in numero maggiore di 250 persone erogano attività assistenziali e specialistiche a elevata intensità di cura.

L'assistenza sanitaria alle persone detenute si sviluppa secondo i seguenti livelli:

**1- Livello di consultazione ed assistenza primaria e gestione delle urgenze/emergenze** presente presso tutti gli Istituti penitenziari, in stretto coordinamento con i servizi distrettuali, con particolare riferimento alle Case della Comunità, la medicina del territorio e la rete ospedaliera;

**2- Livello di presa in carico della persona attraverso la realizzazione di specifici progetti terapeutico-riabilitativi individualizzati (PTRI) per mezzo di équipe multidisciplinari**, in particolare per la gestione delle cronicità, presenti negli Istituti penitenziari con un numero maggiore di 250 detenuti in stretto collegamento con i Servizi di Salute mentale, i SerD, le Case della Comunità, la medicina del territorio e la rete ospedaliera;

**3- Livello di assistenza intensiva aziendale** attraverso l'offerta di specifiche **sezioni sanitarie terapeutiche-riabilitative (S.T.R.)** con il compito di garantire alle persone detenute e interrate, secondo i principi dell'assistenza ambulatoriale e/o domiciliare, cure specialistiche ad elevata intensità, con l'esclusione di soggetti che necessitano di un ricovero presso strutture ospedaliere e/o strutture specialistiche territoriali e/o residenziali extra-ospedaliere, in grado di soddisfare in maniera autonoma i fabbisogni regionali. La realizzazione delle suddette sezioni - che sono a custodia attenuata e hanno una dotazione massima di 20 posti assistenziali, con un periodo di permanenza della persona che non può superare i 12 mesi - sarà accompagnata da una regolamentazione definita dall'Osservatorio permanente regionale per la sanità penitenziaria, e la loro attivazione presupporrà uno specifico accordo locale tra l'ASL e l'Amministrazione penitenziaria. L'attuale offerta regionale di Sezioni di Assistenza Intensiva (S.A.I.) ex DGRC n. 716/2016 rimarrà attiva fino alle rimodulazioni che si renderanno necessarie in relazione alla progressiva implementazione delle già menzionate sezioni a livello di singola Azienda sanitaria locale sede di Istituti Penitenziari. Allo stesso livello afferiscono le **Articolazioni per la tutela della salute mentale in carcere (ASM** ex Accordi della Conferenza Unificata del 13.10.2011 e del 22.01.2015) che, in regione Campania, sono state implementate in ciascuna ASL sede di istituti penitenziari e ne costituiscono operatività prioritaria.

**4- Livello di rete di assistenza sanitaria regionale** in grado di assicurare la presenza di **sezioni specializzate intra-penitenziarie territoriali** - come previste dal richiamato Accordo della Conferenza Unificata del 22 gennaio 2015 (es. S.A.I., Istituto a custodia attenuata per detenuti alcol/tossicodipendenti — ICAT, ICAM, Articolazioni per le Dipendenze in carcere, ecc.) e attuate con DGRC n. 716/2016 e s.m.i. – e **stanze di degenza e/o reparti ospedalieri "protetti"** (D.L n. 187 del 14/06/93), con un numero di posti sufficienti ai fabbisogni della popolazione detenuta del territorio regionale, funzionanti secondo i criteri di appropriatezza per la temporanea accoglienza di persone ristrette in ognuno degli Istituti Penitenziari regionali.

La richiamata Intesa della Conferenza Stato-Regioni Rep Atti n. 267/CSR21/12/2022, nel confermare l'autonomia organizzativa regionale nelle definizione della rete di sanità penitenziaria idonea a garantire i LEA, già prevista con l'Accordo Rep. Atti n. 3/2015 sancito dalla Conferenza Unificata, determina il completo superamento del previgente modello centrato su strutture e servizi intra-penitenziari a valenza sovra-aziendale, con particolare riferimento alle sezioni sanitarie specializzate (S.A.I, A.S.M. ecc.). Pertanto, le singole



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

Aziende Sanitarie Locali sede di Istituti Penitenziari potranno progressivamente programmare nuove soluzioni con operatività strettamente limitata all'ambito territoriale di propria competenza, dandone comunicazione al Coordinamento regionale della rete di sanità penitenziaria che, in relazione al consequenziale necessario aggiornamento dell'offerta regionale, provvederà ad adeguare l'organizzazione attualmente definita con la DGRC n. 716/2016, con formalizzazione a cura della Direzione Generale per la tutela della salute ed il coordinamento del SSR.

Gli **standard minimi di personale** per i servizi di Salute in carcere – già definiti con DGRC n. 593/23020 e DGRC n. 190/2023 – sono confermati e perfezionati qualitativamente in conformità all'Intesa sancita dalla Conferenza Stato-Regioni Rep Atti n. 267/CSR21/12/2022) in precedenza richiamata e attualmente in fase di decretazione ministeriale, come di seguito riportato:

- un Dirigente sanitario con funzione di responsabile del servizio Salute carcere;
- un Dirigente medico con funzione di responsabilità clinica della presa in carico per le prestazioni di cure primarie e specialistiche, con compiti di cura e monitoraggio dei pazienti con patologia acuta o cronica presenti nell'istituto penitenziario;
- Medici specialisti (in base ai fabbisogni e agli standard regionali; le figure specialistiche minime devono comprendere lo psichiatra, lo specialista SerD, il cardiologo/internista e l'infettivologo, per definiti giorni e fasce orarie);
- Medici di assistenza primaria e continuità assistenziale (c.d. medici di guardia) per le attività connesse alla gestione delle visite mediche giornaliere, dell'emergenza/urgenza, delle cure primarie, delle certificazioni, ecc.;
- Psicologo psicoterapeuta, anche per il concorso alle attività di prevenzione, diagnosi, cura e gestione del disagio psichico e dei disturbi psicopatologici (in base ai fabbisogni e agli standard regionali);
- un titolare di incarico di organizzazione o comunque un operatore del comparto referente dei processi organizzativo-assistenziali;
- CPS-Infermieri con funzioni di erogare le principali attività di tipo ambulatoriale, gestione emergenze, distribuzione dei farmaci, medicazioni, ecc. (in base ai fabbisogni e agli standard regionali);
- Operatori sanitari e sociali di supporto all'attività sanitaria di base (in base ai fabbisogni e agli standard regionali);
- Educatore professionale/Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica (TeRP) per garantire le attività di prevenzione, promozione e educazione sanitaria e accompagnamento (in base ai fabbisogni e agli standard regionali);
- un Assistente sanitario a garanzia delle attività di sanità pubblica con compiti di prevenzione, screening e vaccinazione (in base ai fabbisogni e agli standard regionali).

All'interno dell'équipe dei servizi di Salute in carcere sono inoltre presenti le figure di:

- un Collaboratore amministrativo (in base ai fabbisogni e agli standard regionali);
- Mediatori culturali con specifica formazione (in base ai fabbisogni e agli standard regionali).



## **Il Coordinamento della rete regionale e aziendale di sanità penitenziaria.**

Con l'Accordo Rep. Atti n. 3/CU del 22.01.2015, in esito ad un progressivo percorso di attuazione della riforma della medicina penitenziaria, è stata definita una regolamentazione nazionale che ha previsto la creazione di reti regionali di sanità penitenziaria, operativamente autonome ed autosufficienti nel rispondere ai bisogni di salute delle persone ristrette negli Istituti penitenziari del territorio. La rete regionale della Campania è stata definita con la DGRC n. 716/2016 ed è aggiornabile e operativa in relazione alla tipologia qualitativa e quantitativa degli Istituti penitenziari presenti nel territorio regionale.

Tutte le disposizioni di cui al predetto Accordo sono confermate, laddove non modificate o integrate con la presente regolamentazione di dettaglio.

Al fine di consentire all'Azienda Sanitaria e alla Regione di svolgere le funzioni di propria competenza, l'Amministrazione Penitenziaria assicura il loro coinvolgimento fin dalle fasi iniziali di progettazione e realizzazione di modifiche dell'offerta quantitativa e qualitativa di strutture penitenziarie esistenti.

La regione Campania ha provveduto ad identificare con DGRC n. 716/2016 il soggetto cui ha attribuito le funzioni di coordinamento della rete regionale ai sensi dell'art. 1, comma 3, dell'Accordo Rep. Atti n. 3/CU del 22.01.2015 (**Coordinatore della rete regionale di sanità penitenziaria**), aggiornandone successivamente i componenti e le funzioni con Decreto Dirigenziale n. 23 del 20.01.2021.

Analoga funzione è da attribuire alla singola Azienda sanitaria, allorquando alla stessa afferisca più di un Istituto Penitenziario (**Coordinatore della rete aziendale di sanità penitenziaria**), mentre nei casi di presenza di un solo Istituto Penitenziario la funzione in parola è integrata in quella del Responsabile del Servizio aziendale di sanità penitenziaria.

Ai Coordinatori delle reti di sanità penitenziaria competono diversificate attività di tipo funzionale, tra le quali assumono prioritaria rilevanza: 1) la **valutazione continua dell'adeguatezza dell'offerta sanitaria** rispetto ai bisogni delle persone ristrette e 2) la **valutazione obbligatoria dei casi di trasferimenti in altri Istituti Penitenziari**, per motivazioni più frequentemente sanitarie ma anche con interventi, analogamente necessari, di supporto all'Amministrazione Penitenziaria.

### **La valutazione continua dell'adeguatezza dell'offerta sanitaria.**

In relazione al livello aziendale o regionale di attività, il coordinatore della rete di sanità penitenziaria riceve le obbligatorie segnalazioni dal Responsabile del Servizio sanitario del singolo Istituto Penitenziario ovvero dell'Azienda Sanitaria circa il continuo monitoraggio dell'adeguatezza dell'offerta sanitaria implementata. Le valutazioni sono documentate dai dati resi disponibili attraverso il Sistema informativo SMOP e relativi allo stato di salute della popolazione ristretta negli istituti di competenza (con prioritario riferimento alle diagnosi e alle condizioni di cronicità) e alle prestazioni ivi erogate.

Sulla base delle predette evidenze il Coordinatore interviene direttamente per implementare a livello aziendale ovvero, laddove risultino necessari adeguamenti del livello regionale, prospetta le concrete e attuabili soluzioni operative ritenute idonee per apprestare idonea soluzione alle criticità rilevate.

Nei casi diversi in cui venga evidenziata la necessità di sospendere temporaneamente o definitivamente alcune attività (sia relative a specifiche prestazioni, sia inerenti alla complessiva operatività di sezioni sanitarie) è sempre necessaria la propedeutica informativa al livello funzionalmente sovra-ordinato; l'informativa dovrà esplicitare le



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

soluzioni alternative che, temporaneamente o definitivamente, consentiranno comunque l'erogazione di tutte le prestazioni comprese nei L.E.A., ferma restando, in assenza, l'attivazione delle procedure di mobilità sanitaria.

### **La valutazione dei casi di trasferimenti in altri Istituti Penitenziari.**

In relazione al livello aziendale o regionale di attività, il coordinatore della rete di sanità penitenziaria riceve le obbligatorie valutazioni di esclusiva competenza direttamente dal Responsabile del Servizio sanitario del singolo Istituto Penitenziario ovvero dell'Azienda Sanitaria e ne valuta l'appropriatezza sostanziale, con riferimento all'obbligatoria erogazione delle prestazioni sanitarie in capo all'Azienda sanitaria competente per il singolo Istituto penitenziario, e formale, con riferimento alla certificazione di cui all'art. 1, comma 3, Accordo Rep. Atti n. 3/CU del 22.01.2015.

Nei casi in cui rilevi le predette condizioni di appropriatezza sostanziale e formale, il Coordinatore della rete regionale – previo collegamento con i Coordinatori delle reti aziendali – procede, laddove possibile, ad individuare una o più possibili sedi penitenziarie regionali di destinazione della persona da trasferire e le segnala all'Amministrazione Penitenziaria e, se di competenza, all'Autorità Giudiziaria, ferma restando la necessaria informativa al Magistrato di Sorveglianza competente per l'Istituto penitenziario di provenienza.

La predetta individuazione e la consequenziale comunicazione è realizzata specificando le tipologie di servizio sanitario risultanti adeguate ai bisogni sanitari definite con l'Allegato all'Accordo Rep. Atti n. 3/CU del 22.01.2015, tra cui: il Servizio medico di Base (SMB), il Servizio medico Multi-Professionale Integrato (SMMPI), le Sezioni Sanitarie Specializzate (SAI, ASM ecc.).

Nei casi in cui non rilevi le predette condizioni di appropriatezza sostanziale e formale, il Coordinatore della rete regionale fornisce consequenziali indicazioni al Coordinatore della rete aziendale che ha prospettato il trasferimento.

Analoghe procedure, anche con idonee comunicazioni destinate ai relativi competenti riferimenti dell'Amministrazione Penitenziaria, sono realizzate:

- a cura del Coordinatore della rete aziendale di sanità penitenziaria, con riferimento ai Responsabili dei Servizi sanitari di ciascuno degli istituti penitenziari afferenti al territorio aziendale;

- a cura del Coordinatore della rete regionale di sanità penitenziaria, con riferimento ai Coordinatori delle altre reti regionali di sanità penitenziaria, nei casi in cui si rilevi la necessità di trasferimento in un Istituto Penitenziario di altra regione, ferma restando la regolamentazione dell'Accordo Rep. Atti n. 3/CU/2015 che configura questa tipologia di trasferimento per motivi sanitari come eccezionale e riservata solo a *casi di necessità di cure di altissima specializzazione o di cure di particolare complessità clinica (cardiochirurgia, neurochirurgia, trapianti, ustioni ecc.)*.

Nello svolgimento delle valutazioni di competenza, particolare attenzione è dedicata alla prevenzione di attività che determinino inappropriatezza, confusione tra procedure di diversa finalità e sostanziale inefficacia. Si ha riguardo, in particolare, alle attestazioni dell'impossibilità di erogazione delle prestazioni dovute, alla gestione delle condizioni di possibile incompatibilità per motivi sanitari con il regime penitenziario e all'appropriatezza clinico-assistenziale nella definizione dei percorsi sanitari penitenziari.



Pertanto, si evidenziano di seguito alcune puntuale **indicazioni circa le situazioni gestionali critiche più frequenti**:

- **ipotizzata incompatibilità tra le condizioni di salute e la condizione detentiva.** Il Servizio Sanitario deve produrre specifica richiesta di valutazione alla competente Autorità Giudiziaria, comprensiva di dettagliata relazione circa le patologie ed i bisogni assistenziali, dandone informazione – limitatamente alla richiesta e senza trasmissione della dettagliata relazione sanitaria – all'Amministrazione Penitenziaria; si precisa che detta richiesta non è compatibile con una contestuale istanza di trasferimento in altro Istituto Penitenziario ovvero in sezioni sanitarie specializzate intra-penitenziarie (S.A.I, A.T.S.M. ecc.), atteso che in tutti questi ambiti resta comunque vigente il regime penitenziario, che nella richiesta sempre è ritenuto non compatibile con le individuali condizioni sanitarie;
- **rifiuto da parte della singola persona detenuta dei trattamenti terapeutici e/o riabilitativi proposti.** Preliminary – richiamando una copiosa giurisprudenza della Consulta e dei tribunali di merito e di legittimità - si evidenzia, che non è attribuibile al servizio sanitario un generale diritto di curare a prescindere dalla volontà dell'ammalato, rendendosi sempre necessario il consenso informato del paziente in possesso delle capacità intellettive e volitive, al quale solo appartiene la libera disponibilità del bene salute, secondo una totale autonomia di scelte. Quindi se il consenso informato manca o è viziato e non c'è incapacità di manifestare la volontà né stato di necessità, il trattamento sanitario è invasivo rispetto al diritto della persona di prescegliere se, come, dove e da chi farsi curare, ed il sanitario che procede non conformemente può incorrere in ipotesi di reato, atteso che i trattamenti sanitari obbligatori, a norma di Costituzione (articoli 2, 13 e 32) devono essere specificamente previsti da una legge ordinaria dello Stato. Alla singola persona è pertanto riconosciuto il diritto di non curarsi, anche laddove la sua scelta lo esponga al rischio di vita, atteso che anche al richiamo alla scriminante dello **stato di necessità**, ex art. 54 codice penale, necessità di una particolarissima attenzione per quanto riferibile a requisiti dello stato di pericolo (tipo, attualità, danno grave alla persona, involontarietà, mancanza di un particolare dovere di esporsi) e dell'azione lesiva (costrizione e inevitabilità, proporzionalità, soccorso di necessità). A titolo esemplificativo, con riferimento alla frequente condizione di rifiuto dell'alimentazione e delle terapie proposte da parte di una persona detenuta, si evidenzia che appare difficilmente legittimo il richiamo allo stato di necessità laddove la condizione di pericolo sia stata causata volontariamente dalla stessa persona, nonostante le informazioni al riguardo doverosamente fornite dai sanitari. Nelle richiamate condizioni risulta inappropriate ed inefficace, e talora anche non conforme alle indicazioni regolamentari o normative, il trasferimento in altra struttura sanitaria, anche intra-penitenziaria, con particolare riferimento alle sezioni sanitarie specializzate (in primis SAI e ASM), in quanto l'ammissione a diversa struttura o servizio sanitario non può in alcun modo superare la volontà dell'ammalato di non ricevere le cure proposte e rischierebbe di essere qualificato come sanitario un problema che invece attiene alla condizione relazionale, sociale e giudiziaria della persona che non verrebbe così avviato verso un'appropriata gestione. Le predette indicazioni per una gestione appropriata e legittima della problematica in parola sono



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

altresì coerenti con quanto affermato, nella trattazione di casi specifici, dal Comitato nazionale di Bioetica<sup>5</sup>.

- **appropriatezza generale dei trasferimenti in Sezioni sanitarie specializzate intra-penitenziarie per motivi di salute.** Con riferimento a quelle condizioni di bisogno sanitario – attestabili solo da chi è titolare delle funzioni sanitarie e nel rispetto degli standard diagnostici ufficiali (ICD9-CM) o comunque validati a livello internazionale - che indicano l'opportunità di allocazione temporanea in una sezione sanitaria specializzata intra-penitenziaria, si segnala che, analogamente ad ogni altra struttura sanitaria, gli interventi specialistici o di assistenza intensiva sono realizzabili appropriatamente solo per il **numero massimo** di pazienti per il quale la struttura è stata programmata. Anche per questo motivo, è imprescindibile il preventivo contatto tra la struttura sanitaria inviante e quella che dovrebbe accogliere il paziente trasferito, attraverso la formalizzazione di richieste e disponibilità motivate e propedeutiche.

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. In questi casi è da considerare l'inefficacia e l'inappropriatezza del trasferimento, atteso che:

- 1) l'eventuale trasferimento non potrebbe determinare in concreto alcuna possibilità di assicurare le dovute prestazioni al paziente e che, inoltre, inciderebbe negativamente anche sulla capacità assistenziale generale del servizio sanitario dell'Istituto,
- 2) un siffatto ricorso alle Sezioni sanitarie specializzate intra-penitenziarie determinerebbe il progressivo inefficientamento dell'intervento sanitario della stessa sezione, fino all'impossibilità di erogarlo con la dovuta tempistica e appropriatezza, sia al paziente trasferito che ad altri pazienti già presenti.

**Richiesta di trasferimento in Sezione sanitaria specializzata intra-penitenziaria per impossibilità di assicurare le prestazioni sanitarie dovute alla persona ristretta.** In questi casi, il trasferimento risulta inefficace ed inadeguatamente motivato, laddove è fondato sull'erroneo assunto che presso queste Sezioni vengano erogate tutte le prestazioni specialistiche, diversamente dalla loro funzione di articolazioni deputate a garantire temporaneamente solo interventi sanitari generali di maggiore intensità.

Nei casi di trasferimento non fondato su motivazioni sanitarie, resta necessario supportare l'Amministrazione Penitenziaria nello svolgimento delle attività proprie e discrezionali, fornendo indicazioni sul livello generale del servizio sanitario che risulta idoneo a garantire la presa in carico della persona da trasferire, utilizzato le tipologie di servizio definite con l'Accordo CU 22.01.2015 e la DGRC n. 716/2016 (SMB, SMMPI ecc.). Successivamente al trasferimento disposto per motivi penitenziari o giudiziari, il Servizio sanitario dell'Istituto Penitenziario di provenienza fornisce direttamente – in nessun caso avvalendosi di terzi – tutte le informazioni sanitarie di dettaglio al Servizio sanitario di destinazione.

---

<sup>5</sup> Comitato nazionale di Bioetica, "Risposta Quesiti del Ministero della Giustizia" del 6 febbraio 2023 (<https://bioetica.governo.it/media/4802/risposta-a-ministero-giustizia.pdf>)



## La mobilità sanitaria nella rete di sanità penitenziaria.

Indipendentemente dalla precedente presenza negli elenchi degli assistibili da parte dell'ASL e anche nei casi di assenza nei predetti elenchi, tutte le persone ristrette negli Istituti Penitenziari sono iscritte obbligatoriamente nell'anagrafe della ASL sede dell'Istituto Penitenziario di assegnazione. Nei casi di precedente iscrizione nell'anagrafe sanitaria di altra ASL, decorsi 30 giorni dall'ingresso in Istituto, la persona è, su richiesta del Direttore dell'Istituto Penitenziario, cancellata dall'anagrafe sanitaria di provenienza ed iscritta in quella della ASL nel cui territorio insiste l'Istituto, limitatamente al periodo di detenzione in carcere<sup>6</sup>.

Pertanto, considerato che l'eventuale mobilità della persona ristretta tra diversi Istituti Penitenziari – sia in ambito regionale che nazionale – determina costantemente l'iscrizione al Servizio sanitario della ASL sede dell'Istituto Penitenziario di assegnazione, l'erogazione delle prestazioni sanitarie di base e specialistiche dovute è supportata da un corrispondente finanziamento del servizio competente. I predetti casi, pertanto, non possono configurarsi come mobilità sanitaria e non determinano compensazione tra le AA.SS.LL..

Le sole eccezioni sono rappresentate dall'accoglienza nelle Sezioni sanitarie specializzate intra-penitenziarie, in quanto forme di assistenza sanitaria di maggiore intensità e aggiuntiva rispetto all'erogazione delle prestazioni di base e specialistiche, nei cui casi si configura una condizione di mobilità sanitaria soggetta a compensazione, sia intra-regionale che inter-regionale.

Nelle more dell'integrazione delle prestazioni rese in ambito penitenziario nella regolamentazione interregionale per la compensazione per mobilità sanitaria, **con riferimento ai soli periodi di assistenza nelle Sezioni sanitarie specializzate intra-penitenziarie (tra cui, SAI, ASM ecc.)** a persone detenute o interrate trasferite, anche su disposizione dell'Autorità Giudiziaria, nelle strutture della rete regionale di sanità penitenziaria di altra Regione, in ragione dell'impossibilità di assicurare, ai sensi della normativa vigente e richiamata, la dovuta assistenza all'interno della Regione in cui insiste l'Istituto penitenziario di provenienza, le Aziende sanitarie di destinazione provvederanno alla compensazione diretta dei maggiori oneri sostenuti attraverso la fatturazione attiva all'Azienda sanitaria competente per l'Istituto penitenziario di provenienza della 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.

---

<sup>6</sup> Con riguardo alla cancellazione dagli elenchi ex art. 7 della legge 7 agosto 1982, n. 52, con Circolare del Ministero della Sanità dell'11/05/1984, n.1000, nel chiarire le procedure a risoluzione di determinati problemi di legittimità dell'iscrizione negli elenchi delle USL ai fini soprattutto dell'assistenza medico-generica, è stato precisato che "devono essere cancellati dagli elenchi i costretti in istituti di prevenzione o pena (detenuti con sentenza passata in giudicato o in attesa di giudizio, costretti in riformatori, ecc.) per tutto il periodo, superiore a trenta giorni, della costrizione negli istituti stessi". Tale disposizione è finalizzata "al contenimento della spesa sanitaria, risponde anche alla esigenza di razionalizzare il sistema dell'assistenza "a ciclo di fiducia", per evitare, attraverso un più puntuale aggiornamento degli elenchi, duplicazioni di forme assistenziali e di conseguenti spese. Infatti, l'assistenza medico-generica (...), contrariamente a tutte le altre prestazioni sanitarie, è assicurata con la corresponsione di compensi capitari forfettari annui che prescindono dalle effettive prestazioni erogate, per cui è evidente che la mancata "cancellazione" dagli elenchi dei soggetti ai quali lo Stato già assicura con altre modalità detta assistenza, comporta una indebita corresponsione di compensi ai medici di fiducia e una duplicazione di spesa".



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

La fatturazione attiva delle prestazioni in parola presuppone, al fine di assicurare gli abituali livelli di collaborazione inter-istituzionale, lo svolgimento delle propedeutiche attività precise nella predetta nota regionale e di seguito evidenziate:

1. dettagliata, documentata e preventiva comunicazione all’Azienda sanitaria competente per l’Istituto penitenziario di provenienza, a cura dell’Azienda sanitaria locale competente per l’Istituto penitenziario di destinazione del trasferimento per motivi di salute;
2. trasmissione della suddetta comunicazione anche al Coordinatore della rete regionale o aziendale di sanità penitenziaria nonché, in relazione alla specifica competenza, all’Autorità Giudiziaria e all’Amministrazione Penitenziaria che hanno emesso il provvedimento di trasferimento, e al Magistrato di Sorveglianza degli Istituti penitenziari di provenienza e di destinazione;
3. obbligatorio il rispetto del Regolamento (UE) 2016/679, con un trattamento dei dati personali strettamente conforme ai principi di liceità, correttezza e trasparenza, limitazione della finalità, minimizzazione dei dati, esattezza, limitazione della conservazione, ed integrità e riservatezza.

Le predette procedure **si applicano anche nei casi di trasferimenti intra-regionali, limitatamente all'accoglienza temporanea nelle Articolazioni per la tutela della salute mentale in carcere maschili**, in quanto livello uniforme di assistenza da garantire in ogni ASL sede di Istituti Penitenziari. Le stesse saranno successivamente estese anche alle sezioni sanitarie terapeutiche-riabilitative previste nel Livello di assistenza intensiva aziendale di cui al precedente paragrafo, a partire dall'avvio delle operatività in ogni ASL regionale sede di Istituto Penitenziario.

## **L'accertamento delle condizioni di infermità psichica e fisica, e il trattamento terapeutico e riabilitativo individualizzato.**

Si richiamano al riguardo le considerazioni espresse in premessa circa l'assenza o l'inattuabilità delle necessarie normative - atteso che le pregresse disposizioni del Regolamento di esecuzione della L. 354/1975 (D.P.R. n. 230/2000) non risultano più vigenti in tema di assistenza sanitaria e non più in concreto applicabili quelle relative all'accertamento delle infermità psichiche e alle sezioni per minorati psichici, e quelle dell'art. 148 c.p. - adeguando le specifiche procedure ai principi di fondo e alle competenze di cui all'art. 11 O.P., anche in coerenza con i contenuti della Sentenza della Corte Costituzionale n. 99/2019.

Con il presente aggiornamento, si intendono, pertanto, **uniformare, sia nella fase di accertamento sia in quella di trattamento, la gestione delle infermità fisiche e psichiche**, superando una separazione anacronistica, inappropriata e potenzialmente stigmatizzante, coerentemente con i principi che regolano la tutela della salute in Italia ai sensi della legge n. 833 del 1978.

In ragione delle rilevazioni dei bisogni sanitari costantemente assicurate ovvero su richiesta dell’Autorità Giudiziaria inviata al Servizio sanitario competente per l’istituto penitenziario, detto Servizio provvede all’accertamento delle condizioni di infermità fisica e psichica per le persone detenute ivi presenti, con modalità del tutto analoghe a quelle proprie dell’assistenza sanitaria destinata alle persone in stato di libertà



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

L'accertamento è realizzato nello stesso istituto penitenziario, è completato entro 30 giorni dalla rilevazione del bisogno ovvero dalla richiesta dell'Autorità Giudiziaria ed è comprensivo di inquadramento diagnostico formulato in conformità ai vigenti sistemi di classificazione delle malattie e della specificazione di eventuali bisogni terapeutici e riabilitativi individualizzati.

Ai fini dell'accertamento **il Servizio sanitario del singolo istituto penitenziario assume la totale competenza dell'accertamento fino al suo completamento** e provvede a:

- utilizzare, sulla base di quanto dallo stesso Servizio ritenuto necessario ai fini dell'accertamento, tutti i servizi e le strutture sanitarie della propria Azienda Sanitaria, sia interni che esterni alla rete aziendale di sanità penitenziaria;
- richiedere costantemente le valutazioni del Servizio sanitario territorialmente competente per la residenza o domicilio della persona ristretta – nei casi di accertamento delle infermità psichiche, del Dipartimento di salute mentale e/o del Dipartimento Dipendenze - e integrarne gli esiti nella relazione finale di accertamento, da inviare sollecitamente all'autorità giudiziaria per le valutazioni e le attività di competenza;
- rendere eccezionale il trasferimento presso un servizio o una struttura specializzata sita al di fuori dell'istituto penitenziario di allocazione della persona ristretta, che può avvenire solo:

- 1) previa richiesta motivata e formale disponibilità del servizio o della struttura specializzata di trasferimento,
- 2) per il tempo strettamente necessario allo svolgimento delle specifiche valutazioni sanitarie richieste che, contestualmente al rientro della persona nell'Istituto di provenienza, saranno restituite al Servizio sanitario di provenienza, per il completamento dell'accertamento – ed esclusivamente nelle modalità previste dall'art. 1 – comma 3 dell'Accordo n.3/CU del 22/01/2015, come dettagliate al paragrafo "La mobilità sanitaria nella rete di sanità penitenziaria" del presente documento e s.m.i.;

**La funzione di accertamento delle condizioni di infermità psichica è totalmente ricondotta al singolo Istituto Penitenziario**, o comunque in uno degli Istituti Penitenziari della singola ASL, con esclusione della possibilità di realizzarlo in ambiti diversi considerato che:

- lo sviluppo della rete sanitaria penitenziaria regionale è attuato ai sensi dell'Accordo CU 22/01/2015 e della DGRC n. 716/2016, che recepisce quanto indicato nell'allegato C al DPCM 1° aprile 2008, in tema di "osservazioni per l'accertamento delle infermità psichiche";
- gli accertamenti connessi all'art. 148 cod. penale ("Infermità psichica sopravvenuta al condannato") sono normativamente superati dalla Sentenza della Corte Costituzionale 99/2019;
- la territorialità della pena è coniugata con la territorialità della cura e questo rende necessario il costante mantenimento della permeanza del detenuto e paziente nell'istituto del suo territorio di provenienza, per facilitare ulteriormente la formulazione dell'eventuale progetto con trattamento clinico-psichiatrico integrato;
- lo specifico accertamento non richiede risorse professionali o strumentali indisponibili in ogni ASL, esplicandosi attraverso prestazioni cliniche erogabili appropriatamente all'interno di ogni Istituto Penitenziario e uniformemente garantite sui territori dai Dipartimenti di Salute mentale e delle Dipendenze;



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

- le sezioni sanitarie specializzate intra-penitenziarie per la tutela della salute mentale (ASM), - configurate come risorsa organizzativa di ogni singola ASL regionale e analogamente finanziate – non costituiscono né l’ambito obbligatorio per i predetti accertamenti né la sede di esecuzione della detenzione in carcere per le persone con patologie psichiatriche; sono, invece, un’opzione assistenziale intra-penitenziaria per la temporanea erogazione di prestazioni di tutela della salute mentale di maggiore intensità, integrata con interventi sociali/trattamentali di competenza dell’Amministrazione Penitenziaria, limitatamente alle condizioni di accertata compatibilità con l’ordinaria afflittività del carcere<sup>7</sup>.

### **La collaborazione interistituzionale per la gestione delle condizioni di presenza in istituto penitenziario *sine titulo*.**

Si ha riguardo alle problematiche connesse alla presenza di un numero limitato di persone presenti negli istituti Penitenziari, in relazione a intervenute modifiche della posizione giuridica con sostituzione della custodia cautelare – ovvero termine della pena detentiva – per l’applicazione (ovvero l’eseguibilità) di una misura di sicurezza detentiva o non detentiva per pericolosità sociale conseguente a incapacità parziale o totale per infermità psichica.

Con riferimento, prevalente ma non esclusivo, alla predetta criticità rilevata a livello nazionale, si forniscono di seguito indicazioni circa le forme, le modalità e le finalità per la collaborazione interistituzionale idonea a garantire la massima efficienza degli interventi di tutela della salute.

Rilevano riguardo alla necessità di sollecite risoluzione della problematica richiamata le diverse Sentenze<sup>8</sup> con cui la Corte Europea dei Diritti dell’uomo è più volte intervenuta per casi di pazienti psichiatrici, detenuti in carcere per periodi eccessivamente prolungati in attesa di essere sottoposti alla misura di sicurezza del ricovero in una REMS (Residenza per l’Esecuzione delle Misure di Sicurezza); in particolare, l’Italia era stata condannata per la violazione di relevanti diritti personali, non tanto per l’immediata indisponibilità di accoglienza in REMS, quanto per aver omesso di trovare una qualsiasi soluzione alternativa alla detenzione in carcere; in particolare, la Sentenza relativa al Ricorso n. 11791/20 è giunta dopo un provvedimento ad interim con il quale la Corte EDU aveva ordinato all’Italia di individuare una soluzione alternativa al collocamento del paziente in carcere anziché in REMS, ove il paziente avrebbe dovuto essere inviato, a causa della sua patologia, su ordine dell’Autorità giudiziaria Italiana.

Con riferimento alle persone destinatarie di una delle misure di sicurezza richiamate, assume fondamentale importanza l’assetto normativo vigente, derivante dalla Legge 30 maggio 2014 n. 81 e dalla correlata regolamentazione secondaria definita con l’Accordo

<sup>7</sup> La Corte Costituzionale, con la Sentenza n. 99/2019 ha ritenuto “in contrasto con i principi costituzionali di cui agli artt. 2, 3, 27, terzo comma, 32 e 117, primo comma, Cost. l’assenza di ogni alternativa al carcere, che impedisce al giudice di disporre che la pena sia eseguita fuori dagli istituti di detenzione, anche qualora, a seguito di tutti i necessari accertamenti medici, sia stata riscontrata una malattia mentale che provochi una sofferenza talmente grave che, cumulata con l’ordinaria afflittività del carcere, dia luogo a un supplemento di pena contrario al senso di umanità” (pag.10)

<sup>8</sup> Si vedano, tra l’altro, le Sentenze della Corte Europea dei Diritti dell’Uomo del 24 gennaio 2022 (Ricorso n. 11791/20 - Causa SY c. Italia) e del 24 gennaio 2023 (Ricorso n. 48200/21 - Armeni c. Italia). La sentenza del 24 gennaio 2022 ricorda che in numerose occasioni la Corte EDU ha affermato che i governi nazionali debbono organizzare il proprio sistema carcerario in modo da assicurare il rispetto della dignità dei detenuti, indipendentemente da ogni difficoltà di tipo economico o logistico e che a fronte di tale obbligo, il governo italiano ha omesso, in assenza di posti disponibili in REMS (il motivo che di fatto ha determinato la detenzione in carcere del sig. Sy per quasi due anni), di trovare una qualsiasi soluzione alternativa alla detenzione in carcere.



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

Rep. Atti n. 188/CU approvato dalla Conferenza Unificata il 30.11.2022 e recepito e pienamente attuato dalla regione Campania con DGRC n. 112 del 14.03.2023. In questo contesto è prioritaria e centrale l'ottemperanza da parte del Servizio sanitario territorialmente competente per residenza o domicilio della persona all'obbligo di definizione di un Progetto terapeutico-riabilitativo individuale (PTRI) alternativo alla REMS, al fine di fornire un'appropriata risposta ai bisogni socio-sanitari attuali del paziente.

Pertanto, al fine di una gestione rispettosa dei diritti tutelati dalla Corte EDU, è necessario prevenire il determinarsi delle criticità in parola ovvero contenerle entro i limiti minimi necessari alla sola predisposizione degli interventi sanitari extra-penitenziari appropriati ai bisogni del singolo paziente, anche temporanei e preferenzialmente non ospedalieri, se, sulla base delle informazioni assunte, non sussista la possibilità di un immediato ricovero in REMS. Le predette attività, essendo cessato il titolo relativo alla legittima e obbligatoria permanenza in Istituto Penitenziario, devono essere immediatamente assicurate per garantire la tutela dei richiamati diritti attraverso l'erogazione dell'assistenza terapeutico-riabilitativa prevista dal PTRI.

Si precisa che la predetta provvisoria operatività risulta anche doverosa in ragione dell'obbligazione per il Servizio Sanitario di attuare una risposta costantemente adeguata alle esigenze del singolo e fondata sulle effettive necessità assistenziali, fermo restando l'inserimento nella lista di attesa regionale REMS, gestita dal P.U.R. ex DGRC n. 112/2023, e nelle more della disponibilità di posto in una REMS regionale ovvero a diverse determinazioni dell'Autorità Giudiziaria in merito all'eventuale modifica della misura di sicurezza già disposta.

Pertanto, le Direzioni degli Istituti Penitenziari ed i Responsabili dei Presidi sanitari penitenziari – condividendo le informazioni e le attività, nel rispetto delle diverse competenze e anche coinvolgendo i componenti del P.U.R. ex DGRC n. 188/2023 - definiscono e implementano forme di collaborazione finalizzate ad assicurare prioritariamente:

- l'identificazione delle persone ristrette in carcere per le quali è disposta l'esecuzione di una misura di sicurezza detentiva o non detentiva per pericolosità sociale conseguente a incapacità parziale o totale per infermità psichica, da eseguirsi al termine della pena detentiva in carcere, con informazione e aggiornamento del predetto termine;
- la verifica, a cura della Direzione dell'Istituto Penitenziario, della posizione giuridica delle persone in parola ed il sollecito avvio di interlocuzioni con la competente Autorità Giudiziaria al fine di ricevere informazioni sullo *status libertatis*; in particolare, richiesta all'Autorità Giudiziaria di indicazioni circa 1) la necessità di trattenimento in Istituto nelle more della disponibilità di accoglienza in REMS o soluzioni ad essa alternative, 2) l'eventuale adozione di iniziative di competenza della predetta Autorità Giudiziaria anche in punto di eventuale rivalutazione della pericolosità sociale ai fini dell'adozione, in sostituzione della misura di sicurezza vigente, di una analoga misura non detentiva o, anche, dei provvedimenti indicati negli articoli 73 c.p.p. o 211 bis, c.p.;
- il sollecito trasferimento delle persone ristrette nell'ambito assistenziale di provvisoria collocazione previsto dal PTRI definito dal Servizio sanitario territorialmente per residenza o domicilio, dandone informazione all'Autorità Giudiziaria competente per la misura di sicurezza;



- lo svolgimento congiunto delle correlate attività di tipo informativo o autorizzativo connesse alla gestione dei casi di che trattasi o comunque la costante condivisione delle iniziative intraprese per il superamento della criticità.

Le suddette attività non sono limitate alle persone presenti in un Istituto Penitenziario in attesa di accoglienza in REMS ma sono estese, con le modalità e le forme appropriate al singolo caso, a ogni altra persona che - come risultante dai provvedimenti della competente Autorità Giudiziaria - risulta permanere in carcere solo per l'attesa della concreta possibilità di accedere ad un diverso percorso idoneo a rispondere ai bisogni socio-sanitari.

## **La gestione delle condizioni di cronicità.**

Il servizio sanitario di ogni Istituto penitenziario assicura la costante rilevazione della popolazione ristretta che presenta condizioni di patologia cronica e le prende in carico specificamente. La condizione di cronicità è registrata e monitorata attraverso il Sistema informativo SMOP ex DGRC n. 18/2021, già allo scopo implementato.

Il modello organizzativo di riferimento è il Chronic Care Model (CCM) - adottato dall'OMS e largamente introdotto nelle strategie d'intervento dei sistemi sanitari di diversi paesi - che si presta a garantire l'assistenza standardizzata dei detenuti/pazienti cronici con le opportune variabili, assicurando un team specialistico multidisciplinare e personale infermieristico qualificato, un percorso di valutazione globale, la condivisione e sottoscrizione con il paziente cronico del proprio **Patto di Cura e il Piano di Cura Personalizzato** all'interno del quale è contenuta la programmazione cadenzata delle attività diagnostiche, terapeutiche a valenza annuale e la farmacoterapia (medicinali cronici e posologia).

I sei elementi del Chronic Care Model sono:

- **Le risorse della comunità.** Per migliorare l'assistenza ai pazienti cronici le organizzazioni sanitarie devono stabilire solidi collegamenti con le risorse della comunità: gruppi di volontariato, gruppi di auto aiuto, centri per anziani autogestiti.

- **Le organizzazioni sanitarie.** Una nuova gestione delle malattie croniche dovrebbe entrare a far parte delle priorità degli erogatori e dei finanziatori dell'assistenza sanitaria. Se ciò non avviene difficilmente saranno introdotte innovazioni nei processi assistenziali e ancora più difficilmente sarà premiata la qualità dell'assistenza.

- **Il supporto all'auto-cura.** Nelle malattie croniche il paziente diventa il protagonista attivo dei processi assistenziali. Il paziente vive con la sua malattia per molti anni; la gestione di queste malattie può essere insegnata alla maggior parte dei pazienti e un rilevante segmento di questa gestione – la dieta, l'esercizio fisico, il monitoraggio (della pressione, del glucosio, del peso corporeo, etc.), l'uso dei farmaci – può essere trasferito sotto il loro diretto controllo. Il supporto all'auto-cura significa aiutare i pazienti e le loro famiglie ad acquisire abilità e fiducia nella gestione della malattia, procurando gli strumenti necessari e valutando regolarmente i risultati e i problemi.

- **L'organizzazione del team.** La struttura del team assistenziale (medici di famiglia, infermieri, educatori) deve essere profondamente modificata, introducendo una chiara divisione del lavoro e separando l'assistenza ai pazienti acuti dalla gestione programmata ai pazienti cronici. I medici trattano i pazienti acuti, intervengono nei casi cronici difficili e complicati, e formano il personale del team. Il personale non medico è formato per



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

supportare l'auto-cura dei pazienti, per svolgere alcune specifiche funzioni (test di laboratorio per i pazienti diabetici, esame del piede, etc.) e assicurare la programmazione e lo svolgimento del follow-up dei pazienti. Le visite programmate sono uno degli aspetti più significativi del nuovo disegno organizzativo del team.

- **Il supporto alle decisioni.** L'adozione di linee-guida basate sull'evidenza forniscono al team gli standard per fornire un'assistenza ottimale ai pazienti cronici. Le linee-guida sono rinforzate da un'attività di sessioni di aggiornamento per tutti i componenti del team.

- **I sistemi informativi.** I sistemi informativi computerizzati svolgono tre importanti funzioni: 1) come sistema di allerta che aiuta i team delle cure primarie ad attenersi alle linee-guida; 2) come feedback per i medici, mostrando i loro livelli di performance nei confronti degli indicatori delle malattie croniche, come i livelli di emoglobina A1c e di lipidi; 3) come registri di patologia per pianificare la cura individuale dei pazienti e per amministrare un'assistenza "population-based". I registri di patologia – una delle caratteristiche centrali del chronic care model – sono liste di tutti i pazienti con una determinata condizione cronica, in carico a un team di cure primarie.

Le sei componenti del *chronic care model* sono interdipendenti, costruite l'una sull'altra. Le risorse della comunità – per esempio le attività di una palestra – aiutano i pazienti ad acquisire abilità nell'auto-gestione. La divisione del lavoro all'interno del team favorisce lo sviluppo delle capacità di addestramento dei pazienti all'auto-cura da parte degli infermieri. L'adozione di linee-guida non sarebbe attuabile senza un potente sistema informativo che funziona da allerta e da feedback dei dati.

Come obiettivo finale il chronic care model vede un paziente informato che interagisce con un team preparato e proattivo, con lo scopo di ottenere cure primarie di alta qualità, un'utenza soddisfatta e miglioramenti nello stato di salute della popolazione.

**Le persone ristrette in condizioni sanitarie di cronicità sono escluse dagli interventi di c.d. "sfollamento" degli Istituti penitenziari** e, nei casi di trasferimento per altri motivi, è prioritariamente verificata la compatibilità con la continuità delle prestazioni programmate.

## **Registrazioni anagrafiche, gestione delle condizioni di senza fissa dimora (s.f.d.) e tutela dei diritti civili, sociali e sanitari in ambito penitenziario e nelle R.E.M.S.<sup>9</sup>**

Sebbene nel corso della detenzione in carcere non sussistono incertezze circa la competenza dell'ASL nel cui territorio insiste un Istituto penitenziario per l'erogazione di tutte le prestazioni comprese nei LEA alle persone ristrette, permane la necessità di garantire alle stesse persone un preciso riferimento territoriale esterno all'Istituto ai fini del pieno esercizio di tutti i diritti personali, con particolare riferimento a quelli sociali e sanitari.

In particolare, si fa riferimento alla registrazione anagrafica della persona detenuta in un Comune del territorio nazionale, cui afferiranno le competenze per l'erogazione di diversificate prestazioni, sia durante che successivamente alla detenzione.

L'articolo 19 del protocollo opzionale della Convenzione ONU contro la tortura e altri trattamenti o pene crudeli, inumani o degradanti (ratificato in Italia con legge 9 novembre

<sup>9</sup> Deliberato dall'Osservatorio permanente regionale per la sanità penitenziaria nella seduta del 25 maggio 2023.



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

2012, n. 195) ha rappresentato l'illegittimità di negare una residenza alle persone straniere detenute o interrate, anche se prive di permesso di soggiorno.

Recentemente, il Garante nazionale dei diritti delle persone private della libertà personale ha sollecitato i Direttori degli Istituti Penitenziari ed i Sindaci a porre rimedio o prevenire la condizione di illegittimità sostanziale e formale in cui risultano versare molte persone straniere detenute o interrate prive di un permesso di soggiorno, qualora non vengano iscritte nei registri anagrafici dei Comuni in cui vivono, in base alla loro privazione della libertà, con particolare riferimento alle possibilità previste dall'**articolo 45, comma 4, dell'Ordinamento penitenziario**<sup>10</sup>.

Si premette che le disposizioni del predetto articolo dell'Ordinamento penitenziario<sup>11</sup> risultano intervenire con un **esplicito e vincolante riferimento alla garanzia** che alla persona detenuta o internata, privata della libertà nell'ambito delle strutture nelle quali è applicabile l'Ordinamento penitenziario, siano garantite le **prestazioni del “sistema integrato di interventi e servizi sociali”**, coordinate e integrate con “gli interventi sanitari e dell’istruzione nonché con le politiche attive di formazione, di avviamento e di reinserimento al lavoro”, comprensive delle “prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria comprese nei livelli essenziali del Servizio sanitario nazionale<sup>12</sup>”, anche avvalendosi di specifici accordi previsti per garantire un’adeguata partecipazione alle iniziative di una “molteplicità di soggetti pubblici e privati ed implicano decisioni istituzionali e risorse finanziarie a carico delle amministrazioni statali, regionali e delle province autonome nonché degli enti locali” ed ai finanziamenti dell’Unione europea<sup>13 14</sup>.

Nel definito campo di esigibilità di diritti sociali e sociosanitari in corso di esecuzione di una misura privativa della libertà, il richiamato comma - inserito nell'Ordinamento penitenziario dall'art. 11, comma 1, lettera r) del D. Lgs. 2 ottobre 2018, n. 123 - risponde adeguatamente ad una specifica necessità, apprestando rimedio alla condizione, pregiudiziale per l’effettiva garanzia dei richiamati diritti, di assenza di un formalizzato riferimento territoriale per alcune persone ristrette negli istituti penitenziari, rendendo complessa e talora inattuabile anche ogni possibile applicazione di misure diverse dalla detenzione in carcere.

La menzionata normativa appare applicabile per la specificata finalità e solo ai periodi di esecuzione di una misura privativa della libertà personale, non producendo più effetti allorquando la specifica misura termini e la persona ritorni in piena libertà, senza alcuna aggiuntiva misura disposta dell’Autorità Giudiziaria.

La previsione normativa in parola va, tuttavia, collocata in un contesto più generale che “impone” una registrazione anagrafica per ogni persona presente sul territorio nazionale, con forme e modalità estremamente articolate.

Circa l’iscrizione anagrafica ex art. 45 O.P. nei registri della popolazione residente del comune dove è ubicata la struttura penitenziaria si ritiene necessario considerare anche

---

<sup>10</sup> “Ai fini della realizzazione degli obiettivi indicati dall’articolo 3, commi 2 e 3, della legge 8 novembre 2000, n. 328, il detenuto o l’internato privo di residenza anagrafica è iscritto, su segnalazione del direttore, nei registri della popolazione residente del comune dove è ubicata la struttura. Al condannato è richiesto di optare tra il mantenimento della precedente residenza anagrafica e quella presso la struttura ove è detenuto o internato. L’opzione può essere in ogni tempo modificata” (1). Tale comma è stato inserito dall’art. 11 comma 1 lettera r) del D. Lgs. 2 ottobre 2018, n. 123.

<sup>12</sup> Articolo 3, comma 2, della legge 8 novembre 2000, n. 328;

<sup>13</sup> Articolo 2, comma 203, della legge 23 dicembre 1996, n. 662;

<sup>14</sup> Articolo 3, comma 3, della legge 8 novembre 2000, n. 328;



altre normative e assicurare che sia prestata **particolare attenzione all'accertamento della mancanza di una fissa dimora o residenza**<sup>15</sup>.

Con l'art. 30 della legge 8 novembre 2000, n. 328<sup>16</sup> è stato abrogato, insieme alla complessiva disciplina relativa alle IPAB, il "Domicilio di soccorso" previsto dall'art. 72 della legge 17 luglio 1890, n. 6972. Tuttavia, restano vigenti le disposizioni di cui all'art. 74<sup>17</sup> della stessa legge del 1890, che escludendo la possibilità che i periodi trascorsi, tra l'altro, in un istituto penitenziario possano "produrre interruzione della dimora in un Comune", **garantisce al cittadino il mantenimento della residenza o del domicilio in essere prima dell'ingresso nel circuito penitenziario**, e l'esigibilità dei correlati diritti sanitari e sociali nei confronti del Comune di provenienza al momento della dimissione.

Previsioni del tutto analoghe sono quelle contenute nell'art. 1, comma 2, della Legge 24 dicembre 1954, n. 1228 ("Ordinamento delle anagrafi della popolazione residente")<sup>18</sup> e - con la totale esclusione di ogni detenuto in attesa di giudizio da provvedimenti di mutazione anagrafica, per trasferimento di residenza - nel D.P.R. 17 luglio 2015, n. 126<sup>19</sup>.

Solo apparentemente costituisce un'eccezione il caso del **trasferimento di residenza della famiglia in altro Comune del territorio nazionale**, che comporta di regola anche il trasferimento di residenza dei componenti della famiglia assenti perché detenuti, così prevenendo, proprio attraverso la permanenza nella famiglia anagrafica, la perdita del riferimento territoriale e l'illegittima mutazione anagrafica<sup>20</sup>.

Pertanto, nel contesto penitenziario, prima di operare ai sensi dell'art. 45 dell'O.P., si ritiene necessario assicurare la massima attenzione nello **svolgimento di un'approfondita indagine sociale, fin dall'ingresso nell'Istituto Penitenziario**, per ricostruire storicamente il domicilio o la residenza della persona detenuta, identificare il Comune di corretto riferimento territoriale e assicurare ad ogni persona ristretta il possesso di una valida

---

<sup>15</sup> Nel linguaggio corrente per indicare il luogo nel quale si abita, di solito si utilizzano in modo indistinto i termini dimora, domicilio e residenza. Dal lato giuridico, però, i tre concetti sono distinti e anche le conseguenze giuridiche sono diverse in relazione al concetto relativo. Sulle questioni strettamente terminologiche si è soliti affermare che una persona fissa la sua residenza e la sua dimora ed elegge un domicilio. Queste differenze producono i loro effetti anche dal lato burocratico. Per fissare una residenza o per eleggere un domicilio si devono compiere delle dichiarazioni produttive di effetti giuridici. Per fissare la dimora è sufficiente una condotta idonea. All'articolo 43 il Codice civile specifica che per residenza si deve intendere il luogo nel quale la persona ha la dimora abituale. La dimora altro non è il luogo nel quale un soggetto abita. A norma del comma 1 dell'articolo 43 del Codice civile, il domicilio di una persona è nel luogo nel quale ha stabilito la sede principale dei suoi affari e interessi, che può anche non coincidere con quello di residenza.

<sup>16</sup> Art. 30 della legge 8 novembre 2000, n. 328 (Abrogazioni). 1. Alla data di entrata in vigore della presente legge sono abrogati l'articolo 72 della legge 17 luglio 1890, n. 6972, e il comma 45 dell'articolo 59 della legge 27 dicembre 1997, n. 449. 2. Alla data di entrata in vigore del decreto legislativo di cui all'articolo 10 è abrogata la disciplina relativa alle IPAB prevista dalla legge 17 luglio 1890, n. 6972. (...).

<sup>17</sup> Art. 74 della legge 17 luglio 1890, n. 6972. "Non è considerato produrre interruzione della dimora in un Comune il tempo trascorso altrove sotto le armi o in stabilimenti di cura; né vale a far acquistare il domicilio di soccorso in un Comune il tempo ivi trascorso sotto le armi o in stabilimenti di cura, o in stabilimenti di beneficenza pubblica a carico della medesima, ovvero in stabilimenti di pena in case di correzione".

<sup>18</sup> Legge 24 dicembre 1954, n. 1228, art. 1, comma 2: "L'assenza temporanea dal Comune di dimora abituale non produce effetti sul riconoscimento della residenza".

<sup>19</sup> D.P.R. 17 luglio 2015, n. 126 ("Regolamento recante adeguamento del regolamento anagrafico della popolazione residente, approvato con decreto del Presidente della Repubblica 30 maggio 1989, n. 223, alla disciplina istitutiva dell'anagrafe nazionale della popolazione residente), «Art. 10-bis (Posizioni che non comportano mutazioni anagrafiche). - 1. Non deve essere disposta, ne' d'ufficio, ne' a richiesta dell'interessato, la mutazione anagrafica, per trasferimento di residenza, delle seguenti categorie di persone: a) militari (...), pubblici dipendenti, personale dell'arma dei carabinieri, della polizia di Stato, della guardia di finanza, distaccati presso scuole per frequentare corsi di avanzamento o di perfezionamento; b) ricoverati in istituti di cura, di qualsiasi natura, purché la permanenza nel comune non superi i due anni, a decorrere dal giorno dell'allontanamento dal comune di iscrizione anagrafica; c) detenuti in attesa di giudizio».

<sup>20</sup> D.P.R. 17 luglio 2015, n. 126, art. 1, comma 2: "Il trasferimento di residenza della famiglia, anche nell'ambito dello stesso comune comporta, di regola, anche il trasferimento di residenza dei componenti assenti perché appartenenti ad una delle categorie indicate nel comma 1.



documentazione che le consenta il pieno esercizio dei diritti, anche con riferimento all'art. 4 dell'O.P.

A tal fine è fondamentale ricercare, a cura del Direttore, specifiche forme di collaborazione con il Comune sede dell'Istituto e rendere disponibile alle persone ristrette la presenza in Istituto, per almeno un giorno al mese, di un funzionario comunale per consentire il compimento di atti giuridici da parte di detenuti e internati, nonché di funzionari degli uffici consolari e della Questura. L'operatore comunale dovrebbe essere abilitato a dare consulenza e a svolgere attività di competenza comunale, come, ad esempio, le autenticazioni di atti. Inoltre, al fine di fornire servizi e supporti ai cittadini stranieri si ritiene utile prevedere che il Direttore dell'Istituto possa richiedere la presenza di funzionari degli uffici consolari, nonché, per gestire la criticità diffusa negli istituti penitenziari in riferimento all'identificazione degli stranieri, delle Questure.

Attesa la particolare complessità delle normative di riferimento, integrando quanto evidenziato circa la corretta applicazione dell'art. 45 dell'O.P., vengono di seguito trattate le principali problematiche applicative in ambito penitenziario e definite idonee misure organizzative.

Tra le più frequenti problematiche rilevate rientra **l'assenza di residenza o domicilio conseguente alla cancellazione dagli elenchi comunali per irreperibilità direttamente conseguente alla privazione di libertà**. In questi casi è obbligatorio procedere, direttamente da parte del direttore di Istituto, con la richiesta di reiscrizione negli elenchi anagrafici del Comune di precedente domicilio o residenza - esplicitamente prevista dall'art. art. 7, comma 2, del D.P.R. 30 maggio 1989, n. 223 ("*Approvazione del nuovo regolamento anagrafico della popolazione residente*") e integralmente confermata dal D.P.R. 17 luglio 2015, n. 126<sup>21</sup> - e non con le procedure di cui all'art. 45, comma 4, dell'O.P. che, qualora attuate, determinerebbero una paradossale perdita di diritti di cittadinanza.

Nei casi di **effettiva e verificata assenza di un domicilio o di una residenza** precedente l'ingresso nel circuito penitenziario, l'applicazione dell'art. 45, comma 4, dell'O.P. rappresenta una risorsa efficace e un'obbligazione che, al fine di rendere maggiormente efficienti le eventuali e diversificate attività di competenza dell'Autorità Giudiziaria, dei Comuni e dei Servizi sanitari, dovrebbe essere immediatamente realizzata, fin dall'ingresso in istituto e non solo al momento in cui si rileva la necessità di una prestazione sociale o sociosanitaria, anche da realizzarsi per rendere concretamente attuabili misure alternative alla detenzione in carcere.

Tutte le procedure richiamate necessitano di non essere in alcun modo confuse con quelle diverse e relative alla iscrizione o cancellazione dagli elenchi delle persone assistibili da parte delle Aziende Sanitarie locali. Questo elenco, spesso indicato come "**anagrafe sanitaria**", si configura come **indipendente dall'anagrafe comunale della popolazione residente**, non potendo *ex lege* determinarne modifiche, è specificamente trattato in precedente paragrafo e determina **effetti esclusivamente sull'iscrizione al Servizio sanitario regionale**.

In linea generale - ai sensi del D.P.R. 30 maggio 1989, n. 223 ("*Approvazione del nuovo regolamento anagrafico della popolazione residente*"), come adeguato con il D.P.R. 17 luglio 2015, n. 126 ("*Regolamento recante adeguamento del regolamento anagrafico della*

<sup>21</sup> Il D.P.R. 30 maggio 1989, n. 223 ("*Approvazione del nuovo regolamento anagrafico della popolazione residente*"), all'art. 7, comma 2, dispone che "*Per le persone già cancellate per irreperibilità e successivamente ricomparse devesi procedere a nuova iscrizione anagrafica*".



*popolazione residente, approvato con decreto del Presidente della Repubblica 30 maggio 1989, n. 223, alla disciplina istitutiva dell'anagrafe nazionale della popolazione residente") - va considerato che afferiscono all'anagrafe **comunale della popolazione residente** le "posizioni relative alle singole persone, alle famiglie ed alle convivenze che hanno fissato nel comune la residenza, nonché delle posizioni relative alle persone senza fissa dimora che hanno stabilito nel comune il proprio domicilio", specificamente articolate in "schede individuali, di famiglia e di convivenza"*<sup>22</sup>.

**Un Istituto Penitenziario** – così come diverse altre strutture tra cui, per es., quelle sanitarie e quelle militari - **non può in alcun caso costituire abitazione o dimora abituale di una persona ovvero di una famiglia** che abbia un titolo di possesso (proprietà, locazione, comodato ecc.) per l'Istituto o per una sua parte, utile da dichiarare ai fini dei procedimenti di registrazione anagrafica. La persona ristretta in un Istituto Penitenziario non può pertanto acquisire la residenza nell'Istituto, se non per specifiche finalità, con definite limitazioni e, comunque, in forme e con modalità diverse da quelle proprie dell'acquisizione della comune residenza in un'abitazione di un cittadino libero e regolarmente presente nel territorio nazionale.

Diversamente, ogni Istituto Penitenziario si configura come **convivenza anagrafica** – specificamente prevista all'art. 5, D.P.R. 30 maggio 1989, n. 223<sup>23</sup>, in quanto costituisce un insieme di persone normalmente coabitanti per motivi di pena e simili, diversi dai vincoli affettivi che sono alla base di una famiglia. Analoga configurazione hanno le R.E.M.S., ove la convivenza è legata anche a motivi di cura ed assistenza. Il concetto di convivenza è basato su motivi che inducono o costringono un determinato numero di persone a vivere insieme, a prescindere dall'esistenza di particolari vincoli intercorrenti tra loro.

La convivenza in una struttura penitenziaria o in una R.E.M.S. è fattispecie del tutto diversa sia dalla convivenza in famiglia sia da quella in alberghi, pensioni e simili, che non costituiscono convivenza anagrafica, ad eccezione di situazioni previste dalla legge (per es., richiedenti asilo).

L'art.6, c.2, del d.P.R. n.223/1989, prevede per la convivenza anagrafica l'individuazione di un responsabile, di solito la persona che normalmente la gestisce (può anche non far parte della convivenza e avere una diversa posizione anagrafica), che ha l'obbligo di segnalare tutte le variazioni riguardanti la composizione della convivenza stessa. Il **responsabile della convivenza anagrafica** è, nel caso dell'Istituto Penitenziario, il Direttore Penitenziario e, nel caso della R.E.M.S., il Dirigente sanitario.

Al responsabile della convivenza, pertanto spetta dichiarare all'anagrafe la costituzione e la cessazione della convivenza, lo spostamento di sede, l'ingresso e l'uscita di qualsiasi persona. Tutte le dichiarazioni anagrafiche relative alla convivenza devono essere presentate esclusivamente dal responsabile della convivenza, comprovando, come in tutti i casi in cui vengono rese delle dichiarazioni anagrafiche, la propria identità mediante l'esibizione di un documento di riconoscimento. L'ISTAT non ha escluso in maniera assoluta che eventuali dichiarazioni anagrafiche possano pervenire direttamente dal soggetto membro della convivenza, ma in tali casi, dovranno seguire opportuni accertamenti e, ai sensi della circolare del Ministero dell'Interno del 19/04/2005, si dovrà procedere d'ufficio

<sup>22</sup> art. 1, c. 1 e 2, D.P.R. 30 maggio 1989, n. 223 ("Approvazione del nuovo regolamento anagrafico della popolazione residente"),

<sup>23</sup> Art. 5, D.P.R. 30 maggio 1989, n. 223: "Convivenza anagrafica. 1. Agli effetti anagrafici per convivenza s'intende un insieme di persone normalmente coabitanti per motivi religiosi, di cura, di assistenza, militari, di pena e simili, aventi dimora abituale nello stesso comune." La disposizione non è stata modificata dal D.P.R. 17 luglio 2015, n. 126.



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

agli adempimenti di competenza di cui all'art.5 della L. n.1228/1954 e dell'art.15 del d.P.R. n.223/1989. Pertanto, ai fini della semplificazione delle procedure amministrative, risulta opportuno che le dichiarazioni anagrafiche relative alla convivenza vengano prodotte esclusivamente dal responsabile della struttura stessa, evitando gli accertamenti anagrafici di cui l'art.19 del d.P.R. n.223/1989 da richiedersi a cura dell'Ufficiale d'Anagrafe.

Particolare attenzione va posta nel caso di **cittadini extra-comunitari**, con le specificazioni di seguito riportate, premettendo che in questi casi risulta **essenziale acquisire**, da parte della Direzione dell'Istituto Penitenziario, **tutte le relative informazioni e documentazioni sul permesso di soggiorno** (tipologia, scadenza ecc.) fin dall'ingresso nell'Istituto Penitenziario.

Nel caso di **cittadini extra-comunitari regolarmente presenti**, in quanto **in possesso di un permesso di soggiorno**, particolare attenzione va posta dalla Direzione dell'Istituto Penitenziario, nel corso della detenzione, alle procedure di rinnovo del permesso, preferibilmente prima della sua scadenza e in ogni caso non oltre 60 giorni dalla stessa, considerato che la condizione detentiva non è giuridicamente di ostacolo alla presentazione della domanda amministrativa di rinnovo del permesso di soggiorno, alla luce delle generali facoltà accordate dall'art. 123 c.p.p., comma 1. Tanto risulta necessario per le finalità di che trattasi, poiché avere un permesso di soggiorno consente di lavorare, di ottenere la tessera sanitaria e il codice fiscale, avere la residenza, la carta d'identità ed avere accesso ai diritti (ad esempio alle cure mediche, alla casa, ai sussidi statali), ed accedere alle misure alternative alla detenzione in carcere. In tema di richiesta di rinnovo del permesso di soggiorno da parte dello straniero in stato di detenzione, deve specificamente ritenersi che il direttore dell'istituto penitenziario, tra l'altro obbligato all'inoltro di ogni comunicazione afferente alla corrispondenza personale del detenuto, sia tenuto all'inoltro, al ritiro e alla consegna della documentazione diretta o proveniente dalla Questura in base alla previsione dell'art. 10 quarto comma regolamento di attuazione del T.U. sull'immigrazione reso con D.P.R N. 394 del 1999. La presentazione nei termini della richiesta di rinnovo del permesso di soggiorno – ma spesso anche del primo rilascio - costituisce permesso di soggiorno provvisorio, e vale, fino al perfezionamento della pratica o comunque per un tempo limitato, come prova della regolare permanenza sul territorio italiano, ma è anche sufficiente per la registrazione anagrafica, per instaurare un regolare rapporto di lavoro o per essere iscritti al Servizio sanitario.

Nel caso di **cittadini extra-comunitari irregolarmente presenti**, in quanto **privi di un permesso di soggiorno**, è da considerare preliminarmente che possono essere espulsi verso il loro Paese di origine sia durante che dopo la detenzione. L'art. 13, comma 2, L. n. 286 del 1998, espressamente richiamato dall'art. 16, comma 5, del Testo Unico Immigrazione, prevede l'espulsione amministrativa quale conseguenza dell'irregolarità del soggiorno Italia, disposta qualora lo straniero si sia trattenuto nel territorio dello Stato senza aver chiesto il permesso di soggiorno nei termini di legge, ovvero quando il permesso di soggiorno è stato revocato, annullato o rifiutato, o è scaduto da più di sessanta giorni e non ne è stato chiesto il rinnovo.

Tuttavia, sebbene nell'ambito di procedure che intercettano normative diversificate e non armonizzate, sono da considerare e da facilitare i percorsi amministrativi consentiti per legittimare la presenza nel territorio nazionale (per es., richiesta di protezione internazionale, permesso di soggiorno per motivi di cura, accesso a misure alternative).



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

Nei casi in cui ne sussistano le condizioni oggettive e soggettive, la **protezione internazionale** può essere richiesta dalla persona detenuta o internata ai sensi dell'art. 26 D.Lgs. 25/2008, non potendosi recare pregiudizio al richiedente in quanto non solo, più in generale, verrebbe privato di una condizione di certezza circa la regolarità della sua permanenza nel territorio nazionale ma, in particolare, non potrebbe essere esposto al rischio specifico di un rimpatrio, laddove sia disposto ed eseguito un provvedimento espulsivo.

Relativamente al **permesso di soggiorno per cure mediche** (malattia), si evidenzia che può essere rilasciato dalla Questura - anche nel caso di commissione di reati ostativi o in assenza di un precedente valido permesso di soggiorno - in caso di malattia di particolare gravità, certificata con documento ufficiale dell'ASL e non curabile nel Paese di origine.

Con riferimento, infine all'accesso alle **misure alternative** alla detenzione in carcere, va evidenziato come la Corte costituzionale, con sentenza n. 78 del 2007, abbia ritenuto costituzionalmente illegittimi gli artt. 47, 48 e 50 della legge 26 luglio 1975, n. 354 per violazione dell'art. 27, comma 3 della Costituzione, ove interpretati nel senso che allo straniero extracomunitario, privo del permesso di soggiorno sia in ogni caso precluso detto accesso.

Per quanto relativo alla gestione delle **condizioni di senza fissa dimora** – da avviarsi solo dopo la puntuale verifica della specifica condizione, dell'assenza di una precedente registrazione anagrafica ovvero del suo recupero qualora illegittimamente persa – si evidenzia che interessa coloro che dimorano in maniera non occasionale sul territorio nazionale ed è obbligatoria l'iscrizione anagrafica, regolata dall'art.1, c.3, e dall'art.2, c.3, della L. n.1228/1954, e dall'art.1, c.3, e dall'art.7, c.1, lett.c), del d.P.R. n. 223/1989, e secondo le disposizioni dettate dal Ministero degli Interni con Circolare n.19 del 17/09/2009.

Mancando l'elemento oggettivo del legame stabile con il territorio, ai fini dell'iscrizione anagrafica della persona senza fissa dimora, si deve far riferimento al luogo dove l'interessato ha fissato il proprio domicilio equiparando, in via del tutto eccezionale, il "domicilio" alla "dimora abituale". Antecedentemente all'entrata in vigore della Legge 15.07.2009, n. 94 era sufficiente la manifestazione di volontà dell'interessato per eleggere domicilio, e quindi richiedere l'iscrizione anagrafica, presso il Comune che egli individuava come il luogo centro dei suoi interessi. Con il riformato art. 2 della legge anagrafica è stato istituito il **registro nazionale delle persone senza fissa dimora**. Gli **elementi necessari ad accettare l'effettiva sussistenza del domicilio** devono essere acquisiti valutando caso per caso le situazioni personali del soggetto nonché quelle patrimoniali, sociali, esistenziali e relazionali. La persona potrebbe avere anche più di un domicilio, per cui, in questo caso, la scelta di individuare quello "principale" non può che spettare all'interessato, sempre sulla base di elementi e documentazione che dimostrino tale situazione. Nel caso in cui l'interessato non sia in grado di fornire gli elementi necessari ad accettare il domicilio, o questo risultasse non esistente, la richiesta verrà rigettata e verranno attivate le procedure previste dall'art. 18bis del d.P.R. 223/1989, e degli artt.75 e 76 del d.P.R. 445/2000.

L'art. 1 della legge n. 1228/1954 impone di iscrivere nell'anagrafe comunale le **"persone senza fissa dimora che hanno stabilito nel Comune il proprio domicilio"**, indipendentemente dalla disponibilità di una dimora, anche non abituale, e inteso nel senso ampio di qualsiasi luogo in cui possa ravvisarsi la "proiezione spaziale della persona", in conformità a quanto sancito dall'art. 14 della Costituzione. Pertanto, alle persone che si trovano in questa condizione deve essere assicurato, dal Comune nel quale hanno stabilito



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

il proprio domicilio, l'iscrizione anagrafica e la conseguente erogazione dei servizi. La dimostrazione dell'effettività del domicilio può essere conseguita, oltre che con dichiarazione dell'interessato, con la fornitura di un recapito in base ad un accordo contrattuale con l'ente che tale recapito mette a disposizione, e congrua dichiarazione o altra documentazione proveniente da soggetti con i quali l'interessato entra in contatto nell'ambito delle proprie relazioni della vita quotidiana.

Specifico, e per molti versi diverso, è il **caso dell'assenza di una residenza o fissa dimora per una persona alla quale è applicata una misura di sicurezza**, detentiva (con accoglienza in REMS) o non detentiva, per accertata e attuale pericolosità sociale conseguente a proscioglimento per infermità psichica.

In quest'ambito si è del parere che **la richiamata normativa non sia applicabile** per diversi ordini di motivi, sia formali che sostanziali.

Dal punto di vista formale, rileva la configurazione giuridica delle REMS come strutture non più penitenziarie bensì sanitarie, esclusivamente “*destinate ad accogliere le persone cui sono applicate le misure di sicurezza del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario e dell'assegnazione a casa di cura e custodia*”, “*provenienti, di norma, dal territorio regionale di ubicazione delle medesime*”<sup>24</sup> e operative, previa autorizzazione, nel rispetto vincolante di ulteriori requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi, anche con riguardo ai profili di sicurezza, definiti con decreto di natura non regolamentare del Ministro della salute<sup>25</sup>, ad integrazione del decreto del Presidente della Repubblica 14 gennaio 1997<sup>26</sup>. Ulteriormente, la stessa normativa istitutiva delle REMS, laddove dispone che “*Dal 31 marzo 2015 gli ospedali psichiatrici giudiziari sono chiusi e le misure di sicurezza del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario e dell'assegnazione a casa di cura e custodia sono eseguite esclusivamente all'interno delle strutture sanitarie di cui al comma 2*”, interviene anche con la garanzia della continuità della presa in carico (sanitaria, sociosanitaria e sociale) poiché prosegue specificando “*che le persone che hanno cessato di essere socialmente pericolose devono essere senza indugio dimesse e prese in carico, sul territorio, dai Dipartimenti di salute mentale*”.

Nella normativa secondaria inerente alle REMS, già con l'Accordo sancito dalla Conferenza Unificata il 26 febbraio 2015<sup>27</sup> veniva esplicitato in premessa che:

- “*i diritti delle persone internate in OPG*”, “*disciplinati dalla normativa penitenziaria di cui alla legge 26 luglio 1975, n. 354*”, “*con il passaggio ad una organizzazione esclusivamente sanitaria alle persone internate nelle REMS sono garantiti tutti (...), in base a principi del Servizio Sanitario Nazionale, secondo proprie procedure e organizzazione*”;
- “*detti diritti sono pienamente garantiti, in prospettiva ampliativa, anche in considerazione della esclusiva gestione sanitaria*”.

<sup>24</sup> art. 3-ter, decreto-legge 22 dicembre 2011, n. 211, convertito con modificazioni dalla L. 17 febbraio 2012, n. 9, convertito in legge 17 febbraio 2012, n. 9, come modificato dal decreto-legge 31 marzo 2014, n. 52, convertito in legge 30 maggio 2014, n. 81.

<sup>25</sup> D.M. 1° ottobre 2012;

<sup>26</sup> DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA 14 gennaio 1997. Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private. (GU Serie Generale n.42 del 20-02-1997 - Suppl. Ordinario n. 37).

<sup>27</sup> Accordo concernente disposizioni per il definitivo superamento degli OPG in attuazione del D.M. 1° ottobre 2012 (Rep. Atti n. 17/CU del 26.02.2015).



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

Nel recente Accordo sancito in materia dalla Conferenza Unificata il 30.11.2022<sup>28</sup> è stato precisato che:

- “Le Regioni e le Province Autonome assicurano l’assistenza sanitaria alle persone sottoposte a misura di sicurezza secondo il principio della territorialità (art. 3-ter comma 3 lett c, D.L. 22 dicembre 2011, n. 211) basato sulla residenza o sull’ultimo domicilio (come risulta dagli atti giudiziari) accertati da parte del Dipartimento di Amministrazione Penitenziaria ovvero sul territorio nel quale è stato commesso il reato qualora si tratti di persona senza fissa dimora o di nazionalità straniera (Accordi Atti CU81/2009; CU 95/2011), attraverso la presa in carico dei soggetti da parte dei DSM, che si avvalgono della rete dei servizi socio-sanitari territoriali e, ove necessario e appropriato, nel rispetto del principio di extrema ratio del ricovero in REMS”;
- “Le REMS sono strutture residenziali sociosanitarie territoriali”;
- “Le REMS rispondono ai requisiti strutturali e organizzativi indicati nell’Allegato A del D.M. 1° ottobre 2012”;
- “Alle persone con misura di sicurezza, provvisorie e definitive, sono garantiti i Livelli Essenziali di Assistenza, la definizione di un Progetto Terapeutico e Riabilitativo Individuale (di seguito P.T.R.I.) e la continuità assistenziale sul territorio attraverso modalità organizzative integrate con quelle operanti per i cittadini liberi”.

Con le menzionate normative, **le REMS sono chiaramente distinte sia dai dismessi Ospedali psichiatrici giudiziari che da ogni tipologia di istituto penitenziario**.

La loro destinazione, di norma, a persone per le quali, prima dell'accoglienza, è identificato un preciso riferimento territoriale – che viene altresì esteso al successivo periodo di dimissione, laddove se ne prevede la presa in carico da parte del Dipartimento di salute Mentale dell'Azienda sanitaria locale competente per il Comune nel quale avevano la residenza o l'abituale domicilio prima dell'ingresso – appare idonea a prevenire il determinarsi delle problematiche in parola.

Comunque, qualora sia presente in REMS una persona che, sebbene abbia un preciso riferimento territoriale preventivamente definito, risulti senza residenza o domicilio registrato in un Comune e non in possesso di un valido documento di identità, la risoluzione della criticità prevede una specifica gestione, diversa dal ricorso all'art. 45 dell'O.P., che consente la re-iscrizione tra i domiciliati o residenti nel Comune di riferimento prima dell'applicazione della misura privativa o limitativa della libertà e la consequenziale esigibilità dei diritti in parola nei confronti delle Amministrazioni sociali e sanitarie del territorio di effettivo riferimento.

Tanto evidenziato, restano da assicurare, anche per le persone destinatarie di una misura di sicurezza detentiva da eseguirsi in una REMS, tutte le procedure necessarie a garantire che le persone interessate siano costantemente in possesso, fin dall'inizio di esecuzione della misura, di un chiaro e formale riferimento territoriale presso un Comune del territorio nazionale. Ci si riferisce prioritariamente al possesso di un documento di identità, del codice fiscale e della tessera sanitaria.

<sup>28</sup> “Accordo ai sensi dell’articolo 9 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano e gli Enti locali, sulla proposta del Tavolo di consultazione permanente sulla sanità penitenziaria di collaborazione interistituzionale inerente la gestione dei pazienti con misura di sicurezza, ai sensi dell’articolo 3-ter, decreto legge 22 dicembre 2011, n. 211 convertito in legge 17 febbraio 2012, n. 9, come modificato dal decreto legge 31 marzo 2014, n. 52, convertito in legge 30 maggio 2014, n. 81 e del D.M. 1° ottobre 2012 (Allegato A), recante “Requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi delle strutture destinate ad accogliere le persone cui sono applicate le misure di sicurezza del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario e dell’assegnazione a casa di cura e custodia”. (Rep. Atti n. 188/CU del 30.11.2022)



Dovranno essere garantite anche le attività di gestione della REMS come convivenza anagrafica, prestando attenzione a configurarle come aggiuntive, e non sostitutive, dell'appropriata registrazione anagrafica in un Comune delle persone ivi temporaneamente presenti, come residenti – anche stranieri con permesso di soggiorno – ovvero come persone senza fissa dimora.

Con riferimento agli istituti Penitenziari, **le principali attività ed implementazioni da realizzare sono di seguito elencate:**

- a. accertamento all'ingresso – da completare sollecitamente e comunque entro 30 giorni – dell'identità e della posizione anagrafica della persona ristretta (cittadinanza, Comune di residenza, posizione anagrafica individuale o familiare; possesso di valido documento di identità o di permesso di soggiorno; da comunicare al Servizio sanitario ai fini del precoce collegamento con la ASL del territorio di residenza;
- b. approfondita indagine sociale per tutte le condizioni di incertezza o assenza di una posizione anagrafica;
- c. per gli stranieri con permesso di soggiorno, garanzia del rinnovo, preferenzialmente nei 60 giorni precedenti la scadenza o comunque nei 60 giorni successivi;
- d. per gli stranieri senza permesso di soggiorno, attivazione delle procedure di richiesta nei casi previsti (protezione internazionale, lavoro, motivi sanitari ecc.);
- e. per le persone senza fissa dimora, italiane o straniere, rilevazione delle informazioni presenti nel registro nazionale delle persone senza fissa dimora, richiesta di registrazione per i non presenti nel registro, previa acquisizione degli elementi e della documentazione necessari ad accettare l'effettiva sussistenza del domicilio, e consequenziale richiesta del rilascio dei documenti (carta di identità, codice fiscale, tessera sanitaria);
- f. verifica delle condizioni di senza fissa dimora direttamente conseguenti a cancellazione dal registro anagrafico comunale per irreperibilità e richiesta di nuova iscrizione presso lo stesso Comune, rendendo noto allo stesso Comune che l'irreperibilità era conseguente alla presenza in carcere della persona;
- g. gestione delle richieste individuali di mutazione anagrafica (individuale o familiare) per i residenti, nei casi e nelle forme consentite, ferme restando le limitazioni o i divieti di mutazione specificamente normati (per es., detenuti in attesa di giudizio);
- h. applicazione delle procedure di cui all'art. 45, comma 4, dell'O.P., previo accertamento documentale della sussistenza delle vincolanti finalità (necessità di prestazioni ex L. 328/2000) e verifica dello svolgimento di tutti le precedenti procedure;
- i. ricerca e definizione di forme di collaborazione con il Comune e con la Questura di riferimento territoriale dell'Istituto Penitenziario finalizzate a implementare modalità di presenza di propri funzionari in grado di fornire consulenza ai detenuti e abilitati a svolgere specifiche attività necessarie per l'esercizio dei diritti; per le specifiche attività destinate ai detenuti stranieri, analoga ricerca di forme di collaborazione con gli Uffici Consolari. Formalizzazione operativa delle predette attività nella struttura amministrativa dell'Istituto penitenziario, di regola nell'ambito dell'Ufficio Matricola e con la collaborazione dell'Area Trattamentale e, per le persone ristrette con rilevanti problemi di salute, con il locale Presidio sanitario;
- j. svolgimento puntuale, decorsi 30 giorni dall'ingresso della persona nell'istituto Penitenziario, a cura della Direzione dell'Istituto delle attività – diverse da quelle inerenti alla posizione anagrafica – di segnalazione circa l'iscrizione negli elenchi degli assistibili da parte delle ASL; in particolare: 1) segnalazione alla ASL del



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

Comune di residenza o domicilio, solo se diversa da quella in cui insiste l'Istituto, della presenza in Istituto, con richiesta di temporanea cancellazione, 2) successiva comunicazione per la reiscrizione nello stesso elenco al momento della reimmissione in libertà ovvero 3) equivalenti comunicazioni nei casi di trasferimento in altro Istituto. L'iscrizione nell'elenco dei soggetti assistibili da parte della ASL in cui insiste l'Istituto Penitenziario, così come la cancellazione nei casi di reimmissione in libertà o di trasferimento in altro istituto, è realizzata a cura del locale Presidio sanitario penitenziario.

Le regolamentazioni e procedure di cui al presente paragrafo trovano applicazione anche nell'ambito del sistema penitenziario minorile, con particolare riferimento all'identificazione della "residenza o alla abituale dimora del detenuto e delle famiglie" di cui all' art. 22 ("Territorialità dell'esecuzione") del Decreto Legislativo 2 ottobre 2018, n. 121(*Disciplina dell'esecuzione delle pene nei confronti dei condannati minorenni, in attuazione della delega di cui all'art. 1, commi 82, 83 e 85, lettera p), della legge 23 giugno 2017, n. 103*).

### **La prevenzione delle malattie, la protezione e la promozione della salute.**

La detenzione rappresenta una condizione per alcuni aspetti unica nell'ambito della sanità pubblica, poiché consente di affrontare i problemi correlati alla salute ed alla qualità della vita in un sottogruppo di popolazione che è difficilmente raggiungibile in altri contesti.

La necessità di considerare la salute delle popolazioni detenute un aspetto irrinunciabile delle politiche di sanità pubblica orientate al contrasto alle diseguaglianze è stata con forza affermata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) nella Dichiarazione di Mosca del 2003 definendo la "*Prison health as part of public health*"<sup>29</sup>, evidenziando che già il primo ingresso nelle strutture detentive individua selettivamente gruppi di popolazione svantaggiati, spesso con bassi livelli di istruzione, condizioni di salute deteriorate e patologie non trattate, con stili di vita non salutari, caratterizzati da elevata frequenza di consumo di alcolici, tabacco e sostanze stupefacenti. Una vasta letteratura ha documentato queste diseguaglianze di salute all'ingresso, anche in soggetti giovani, frequentemente con una elevata frequenza di disturbi mentali, ed una vulnerabilità delle condizioni di salute significativamente maggiore rispetto alla popolazione generale.

Su questa situazione già compromessa, le condizioni di vita all'interno degli istituti di pena, caratterizzate da sovraffollamento, scarsa igiene ambientale, stili di vita non salutari e condizioni di disagio derivanti dalla privazione della libertà, favoriscono un peggioramento delle condizioni di salute con aumento del rischio di patologie trasmissibili, disturbi mentali e suicidi, comportamenti a rischio legati alla tossicodipendenza e, più recentemente, un incremento delle patologie non trasmissibili, che ormai rappresentano nei paesi sviluppati, anche nella popolazione detenuta, la prima causa di morte.

Sempre nella Dichiarazione di Mosca si fa riferimento ai problemi di salute legati al ritorno in comunità, per i rischi correlati alla trasmissione delle patologie infettive, ma anche a fenomeni di eccesso di mortalità legati alle difficoltà di reinserimento, con eventi di morte conseguenti alla tossicodipendenza e al suicidio nelle settimane immediatamente successive alla scarcerazione.

In questo contesto, il ruolo che possono svolgere i servizi sanitari destinati ai detenuti è straordinariamente rilevante, in quanto **l'ingresso nei luoghi di detenzione può**

<sup>29</sup> World Health Organization. Regional Office for Europe. (2003). Declaration on prison health as part of public health: adopted in Moscow on 24 October 2003. World Health Organization. Regional Office for Europe. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/352130>



**rappresentare la prima occasione di incontro con attività in grado di ridurre la vulnerabilità dal punto di vista sanitario** e pertanto una opportunità per quei gruppi svantaggiati che sono difficilmente raggiungibili in comunità.

Affinché questo ruolo sia svolto efficacemente, l'OMS ha individuato come **requisiti necessari**:

- 1) la totale indipendenza dei servizi sanitari dall'amministrazione penitenziaria nella piena uguaglianza dei diritti tra detenuti e i cittadini liberi
- 2) un sistema di monitoraggio e valutazione dei bisogni di salute dei detenuti e della performance dei servizi sanitari erogati.

Relativamente al primo requisito, sebbene in Italia la legislazione sulla tutela della salute dei detenuti sia stata una delle materie più controverse fin dall'istituzione dell'ordinamento penitenziario e spesso oggetto di acceso dibattito, con l'entrata in vigore del Decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 1° aprile 2008, la tutela della salute dei detenuti è stata completamente affidata al Servizio Sanitario Nazionale (SSN), con conseguente passaggio di tutte le competenze e risorse dal Ministero della Giustizia al Ministero della Salute, alle Regioni e alle AA.SS.LL.. L'assistenza alla popolazione detenuta è consequenzialmente diventata parte integrante della rete assistenziale della Regione ed è erogata dalle AA.SS.LL. analogamente agli interventi garantiti alla popolazione generale.

Per quanto riguarda poi il **monitoraggio e la valutazione dello stato di salute della popolazione detenuta** sempre l'OMS Regione Europea ha sviluppato “*The Health in Prisons European Database (HIPED)*”, che raccoglie dati sulla salute della popolazione detenuta utilizzando alcuni indicatori contenuti nel “*National questionnaire for the minimum public health dataset for prisons in the WHO European Region*”<sup>30</sup> (3,4). Lo scopo principale del database è quello di fornire dati di sanità pubblica completi, coerenti e affidabili sulla popolazione carceraria e sulle sue esigenze sanitarie negli Stati membri della Regione europea dell'OMS. Inoltre, il database può aiutare gli Stati membri a identificare le aree in cui sono necessari sforzi di prevenzione e trattamento. Il database è suddiviso in sette sezioni: i) caratteristiche della popolazione carceraria, ii) mortalità dei detenuti, iii) sistema sanitario carcerario, iv) ambiente carcerario e fattori di rischio, v) screening delle malattie, vi) prevenzione delle malattie trasmissibili e non, vii) trattamento delle malattie trasmissibili e non. Tuttavia, i dati relativi alla popolazione detenuta in Italia riguardano solo alcune realtà mentre non vi è una compiuta partecipazione su scala nazionale, rendendo complessa la valutazione dello stato di salute e dei bisogni sanitari della popolazione detenuta.

Relativamente alla valutazione della performance dei servizi sanitari offerti alla popolazione detenuta, sempre l'OMS Regione Europea nel documento “*The WHO Prison Health Framework. A framework for assessment of prison health system performance*”<sup>31</sup> ha indicato i servizi che dovrebbero essere disponibili per la popolazione detenuta e suggerito una serie di indicatori per valutarne la performance, identificando nella disponibilità, accessibilità, accettabilità e qualità i quattro principali aspetti da valutare nei servizi sanitari dedicati alla popolazione detenuta. Ampio spazio è assegnato alle **attività di prevenzione delle patologie e di protezione e promozione della salute**, come di seguito riportate:

<sup>30</sup> World Health Organization (WHO), Regional Office: Europe. “Status report on prison health in the WHO European Region. WHO 2019” (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/329943/9789289054584-eng.pdf>) e “The WHO Prison Health Framework, A framework for assessment of prison health system performance. WHO 2021. (<https://www.who.int/france/publications/item/9789289055482>)

<sup>31</sup> World Health Organization (WHO), Regional Office: Europe. The WHO Prison Health Framework, A framework for assessment of prison health system performance. WHO 2021. (<https://www.who.int/france/publications/item/9789289055482>)



- **Prevenzione (primaria, secondaria, terziaria) delle patologie:** 1) valutazione dei bisogni di salute al momento dell'ingresso presso l'istituto penitenziario; 2) analisi dei comportamenti relativamente all'assunzione di alcol e droghe e al tabagismo; 3) screening per i disturbi della salute mentale; 4) prevenzione delle malattie non trasmissibili; 5) prevenzione dei problemi di salute del cavo orale; 6) prevenzione delle malattie infettive, inclusa la disponibilità di screening (TB, MDR-TB, HIV, HCV, HBV); 7) screening oncologici (carcinoma della cervice uterina, carcinoma del colon-retto, carcinoma della mammella); 8) accesso alla vaccinazione HBV; 9) disponibilità di altri interventi di immunizzazione contro le malattie prevenibili con vaccino in linea con i piani nazionali vaccinali.
- **Protezione della salute:** tra cui, per esempio, disponibilità di prodotti per la pulizia personale, materiale protettivo contro le malattie infettive e diffuse, anche COVID-19 (ad es. igienizzante per le mani, maschere facciali, ecc.).
- **Promozione della salute:** tra cui, pratiche sicure in tema di tatuaggi, disponibilità di spazi terapeutici per soggetti affetti da dipendenza da abuso di droghe, implementazione di politiche antitabagismo e implementazione di politiche per la promozione dell'attività fisica.

In considerazione delle indicazioni dell'OMS relative ai servizi che dovrebbero essere resi disponibili per la popolazione detenuta e agli indicatori per valutarne la performance, i Presidi sanitari dei singoli Istituti Penitenziari, a partire dalle valutazioni all'ingresso, implementano attività finalizzate ad assicurare:

1. la valutazione della copertura vaccinale e della aderenza agli interventi di screening oncologico nella popolazione detenuta;
2. la selezione e rilevazione di indicatori relativi alle condizioni di salute previsti dall'HIPED;
3. l'individuazione ed implementazione di interventi evidence-based per la promozione delle vaccinazioni nella popolazione detenuta;
4. l'individuazione ed implementazione di interventi evidence-based per la promozione degli screening oncologici nella popolazione detenuta;
5. l'individuazione ed implementazione di interventi evidence-based di prevenzione e controllo di comportamenti non salutari correlati alle patologie non trasmissibili.

Al fine di **standardizzare le valutazioni in tema di prevenzione** delle malattie e protezione e la promozione della salute, è stata definita un'intervista strutturata, riportata in allegato, nell'ambito delle attività di ricerca e collaborazione scientifica tra il Laboratorio regionale di sanità penitenziaria "Eleonora Amato" ex DGRC n. 716/2016 e la Sezione di Igiene, Medicina del Lavoro e Medicina Legale del Dipartimento di Medicina Sperimentale dell'Università degli Studi della Campania "Luigi Vanvitelli". L'intervista è utilizzata per le specifiche rilevazioni fin dall'ingresso nell'Istituto Penitenziario, quale integrazione alla prima visita medica, sia in corso di detenzione, per il necessario aggiornamento periodico delle informazioni.

## **Il Sistema informativo per il Monitoraggio del superamento degli OPG e dei Servizi di Sanità Penitenziaria "SMOP".**

Il sistema informativo per il monitoraggio del percorso di superamento degli OPG e dei servizi di sanità penitenziaria (SMOP®) è stato totalmente realizzato e reso operativo all'interno delle attività del "Laboratorio sperimentale di sanità penitenziaria Eleonora Amato" della Regione Campania e dell'Azienda Sanitaria Locale di Caserta.

Il predetto organismo centrale regionale provvede, con proprie risorse e senza alcun onere aggiuntivo per le AASSLL, a realizzare gli aggiornamenti e le innovazioni del sistema



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

concordate dall’Osservatorio permanente regionale per la sanità penitenziaria e dal P.U.R. ex DGRC n. 112/2023, nonché le correlate attività di formazione per gli operatori dei servizi regionali e delle istituzioni ed enti coinvolti nelle attività a vario titolo (per es. Amministrazioni penitenziaria e giudiziaria, Garanti ecc.).

Adottato dalla regione Campania come **debito informativo obbligatorio per tutti i Servizi dell’area della Sanità penitenziaria e delle misure di sicurezza** con DGRC n. 18 del 19.01.2021, il sistema è utilizzato dalla corrente annualità anche per la **valorizzazione dei dati di presenza e ingresso dalla libertà negli II.PP., sulla base dei quali sono ripartite alle AASSLL le risorse vincolate alla medicina penitenziaria.**

SMOP® è un sistema informatico su tecnologia web, raggiungibile all’indirizzo [www.smopcampania.it](http://www.smopcampania.it) che si articola su diversi tipi di postazioni di accesso, ampiamente configurabili e sempre gestibili nel rispetto della vigente normativa sul trattamento dei dati sensibili.

È finalizzato a realizzare un’omogenea base informativa, continuamente aggiornabile, che consente di descrivere e valutare sia il percorso di superamento sancito dall’Allegato C al D.P.C.M. 01.04.2008<sup>32</sup>, sia l’implementazione ed il funzionamento dei servizi e delle strutture che hanno sostituito gli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG) e le Case di Cura e Custodia (CCC). Sono standardizzate e gestite, per ciascuna persona entrata nei predetti servizi, diverse informazioni raggruppabili nelle seguenti aree: anagrafica, informazioni sanitarie, informazioni giuridiche, presa in carico da parte del Servizio Sanitario Regionale (SSR). Sono inoltre implementate funzioni che consentono un attento monitoraggio longitudinale, permettendo di descrivere i percorsi di assistenza e di gestione attraverso il sistema penitenziario e quello sanitario. Tutti i servizi coinvolti sono inseriti in una rete che implementa procedure, nelle principali evenienze anche automatiche, di condivisione attiva delle informazioni e d’interrelazione operativa tra i SS.SS.RR. competenti territorialmente ed i Servizi e le Strutture per l’esecuzione delle misure di sicurezza e per la tutela della salute mentale negli Istituti Penitenziari ordinari. All’inserimento di una persona nel sistema, così come a ogni modifica delle principali informazioni giuridiche e sanitarie correlate, consegue l’automatica segnalazione al SSR competente, che inizia ad interagire registrando nel sistema tutte le attività finalizzate alla dimissione ed all’eventuale presa in carico successiva.

Inoltre, la documentazione prodotta per il singolo paziente dai Servizi per il Superamento degli OPG (REMS, Articolazione salute mentale in carcere) e dai Servizi Sanitari Regionali (ASL, DSM ecc.) viene inserita, trasmessa e condivisa in forma digitale, con specifiche procedure di upload ed include le relazioni periodiche cliniche, i documenti relativi all’attribuzione della competenza territoriale, i Progetti Individuali Terapeutico Riabilitativi intramurali e di dimissione (PTRI), le convocazioni delle riunioni di équipe e delle udienze di riesame, la documentazione giudiziaria (ordinanze dell’Autorità Giudiziaria ed assegnazioni alle REMS).

In particolare, si segnala il recente adeguamento della gestione della lista d’attesa per l’ingresso in REMS conformemente all’Accordo sancito dalla Conferenza Unificata il 30 NOVEMBRE 2022 REP. ATTI N. 188 (Accordo di collaborazione interistituzionale inerente la gestione dei pazienti in misura di sicurezza) e, in particolare all’art. 4 (“Criteri per la tenuta delle liste di attesa”), per cui la suddetta lista viene dinamicamente e automaticamente aggiornata in funzione del variare delle informazioni di dettaglio inserite.

<sup>32</sup> D.P.C.M. 1 aprile 2008 “Modalità e criteri per il trasferimento al Servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria” - Allegato C: Linee di indirizzo per gli interventi negli ospedali psichiatrici giudiziari (OPG) e nelle case di cura e custodia



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

Il sistema, progettato per monitorare i pazienti presenti negli OPG, ha subito una serie di implementazioni nel corso degli anni, adeguandosi anche alla crescente necessità di raccogliere evidenze sui percorsi di cura successivi alla dimissione, dagli OPG prima e dalle Rems poi, oltre che monitorare nel tempo le ricadute della normativa nazionale in materia di Superamento OPG. Infatti, al monitoraggio precedentemente descritto, si è aggiunto anche il monitoraggio dei percorsi di presa in carico delle persone in misure non detentive (di sicurezza o cautelare) da parte dei servizi territoriali di salute mentale competenti.

Le informazioni visibili e/o gestibili dai diversi utenti – configurabili attraverso la definizione di gruppi di appartenenza caratterizzati da diversificati privilegi che consentono una costante gestione delle informazioni nel rispetto della vigente normativa sul trattamento dei dati sensibili - variano in funzione del livello e della struttura di appartenenza del singolo utente. Avviata nel 2012, l'operatività sperimentale di SMOP®, ha inizialmente coinvolto tutte le AA.SS.LL. della Regione Campania, attraverso i propri componenti designati (rispettivamente, nel Gruppo di coordinamento di macrobacino e nel collegato sottogruppo tecnico della Campania)<sup>33</sup>, gli OPG di Aversa e Napoli, e le Regioni del Bacino Macroregionale per il Superamento degli OPG della Campania (Abruzzo, Campania, Lazio e Molise). Con la conclusione dell'operatività sperimentale, tutto il debito informativo connesso alla gestione del percorso di superamento degli OPG e del funzionamento delle REMS è stato assicurato, per i Servizi Sanitari afferenti alle Regioni, attraverso il Sistema informativo SMOP®, anche ai fini del progressivo incremento della gestione documentale informatizzata all'interno delle strutture amministrative pubbliche e private.

Attualmente il sistema SMOP® della Regione Campania è adottato, tramite convenzioni interregionali, da 19 Regioni (Campania, Lazio, Abruzzo, Molise, Marche, Lombardia, Emilia-Romagna, Puglia, Veneto, Piemonte, Liguria, Calabria, Basilicata, Sardegna, Toscana, Sicilia, Umbria, P.A. Trento, Friuli V.G.).

Il Sistema, sin dalla sua iniziale programmazione, è stato anche predisposto per interfacciarsi e comunicare con ogni livello sovraordinato deputato al monitoraggio del percorso (Comitato paritetico interistituzionale, Ministero della Salute, Ministero della Giustizia), che attraverso gli operatori designati, accede con profili dedicati. Questo ha richiesto l'implementazione ad hoc di gruppi di operatori che potessero rispondere alle esigenze di utilizzo del Sistema, rispetto alle competenze ed alle finalità del proprio ruolo professionale, nel rispetto della vigente normativa in materia di trattamento dei dati.

Da agosto 2016 il sistema è stato utilizzato dal Commissario Unico governativo per il superamento degli OPG per le complessive attività di monitoraggio del processo.

Ulteriormente, nel 2018 è stato approvato uno schema di convenzione tra la Regione Campania e l'Autorità Garante Nazionale dei diritti delle persone detenute o private della Libertà personale<sup>34</sup> ed è utilizzato costantemente per l'estrazione dei dati relativi a persone destinatarie di misure di sicurezza da inserire nell'annuale Relazione al Parlamento.

Infine, nello stesso anno, è stato richiesto ed approvato tramite apposita convenzione, l'utilizzo del sistema da parte del Dipartimento di Giurisprudenza dell'Università di Torino<sup>35</sup>, al fine di realizzare congiuntamente l'opportuno sviluppo nell'analisi dei dati gestiti e il loro utilizzo per finalità di ricerca scientifica o storica o fini statistici, anche producendo documenti, report e pubblicazioni, periodiche e/o occasionali.

<sup>33</sup> Aggiornato con DGRC n. 7 del 31/01/2018 “Gruppo Regionale per il superamento degli Opg Ex DGRC N. 654 Del 6 Dicembre 2011 - Aggiornamento per prevenzione e operatività delle misure di sicurezza OPG/CCC”.

<sup>34</sup> D.G.R.C. n. n. 16 del 23/01/2018

<sup>35</sup> D.G.R.C. n. n. 497 del 02/08/2018



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

Analoga convenzione è stata siglata di recente con il Dipartimento di Scienze Politiche dell'Università di Napoli Federico II (2020) e con l'Università degli Studi di Salerno (2022). Tra gli ulteriori sviluppi di SMOP®, infine, si segnalano il monitoraggio, (attualmente attivo per la sola Regione Campania)<sup>36</sup>, dei detenuti presenti negli Istituti Penitenziari e, ancora in fase sperimentale, quello dei Minori autori di reato.

In particolare si è provveduto ad adeguare il sistema alle linee guida in materia di modalità di erogazione dell'assistenza sanitaria negli istituti penitenziari per adulti, che in un primo momento, hanno attivato la necessaria integrazione all'interno del sistema dei servizi e/o strutture utili al monitoraggio dei detenuti con complessi bisogni di tutela della salute (prioritariamente sono state inserite le informazioni strettamente correlate alla presa in carico sanitaria, quali i trasferimenti e l'operatività delle sezioni sanitarie specializzate) e successivamente hanno esteso suddetto monitoraggio a tutta la popolazione detenuta<sup>37</sup>.

Di recente, inoltre, solo per le strutture afferenti alla Rete di Sanità Penitenziaria (RSP) della Regione Campania, è stata inserita la possibilità di generare attraverso routine automatiche delle certificazioni da prodursi a cura del Servizio sanitario nei singoli Istituti penitenziari per quanto strettamente relativo alle prestazioni di assistenza sanitaria, in conformità alla disciplina di riforma della medicina penitenziaria ex D.Lgv. n. 230/1999.

### **La popolazione monitorata, le strutture ed i servizi.**

Di seguito verranno approfondite le caratteristiche delle tipologie di pazienti monitorati dal sistema e le rispettive strutture deputate all'accoglienza degli stessi.

Si specifica che la denominazione delle strutture, in alcuni casi, è convenzionale.

#### **▪ I pazienti psichiatrici autori di reato.**

Il monitoraggio dei pazienti psichiatrici autori di reato ha previsto, sin dalle fasi iniziali, l'inserimento delle movimentazioni di tutti coloro che erano presenti negli OPG prima, e nelle REMS poi, con lo scopo di rilevare, sia da un punto di vista sanitario che giuridico, i percorsi di presa in carico dei suddetti pazienti una volta conclusa la misura di sicurezza detentiva.

Nel sistema le strutture che si occupano di monitorare tale tipologia di pazienti sono convenzionalmente denominate **SSO** (Servizi e Strutture per il Superamento degli OPG). Queste includono:

1. **REMS** (Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza OPG/CCC<sup>38</sup>): hanno in carico pazienti con patologie psichiatriche in fase di esecuzione di una misura di sicurezza detentiva (OPG/REMS);
2. **ASM** (Articolazioni per la tutela della Salute Mentale in carcere<sup>39</sup>): accolgono temporaneamente persone detenute che presentano problematiche rilevanti direttamente connesse a patologie psichiatriche, in fase di esecuzione di una pena / misura cautelare in carcere; si tratta di sezioni sanitarie specializzate che sono operative al fine di concorrere alla complessiva garanzia di appropriate risposte ai bisogni sanitari, nei limiti in cui dette risposte sono compatibili con il contesto e il regime penitenziario;

<sup>36</sup> Delibera della Giunta della Regione Campania n. 716 del 13/12/2016: "Accordo sul documento *"Linee guida in materia di modalità di erogazione dell'assistenza sanitaria negli istituti penitenziari per adulti; implementazione delle reti sanitarie regionali e nazionali"*

<sup>37</sup> Delibera della Giunta della Regione Campania n° 18 del 19/01/2021: Adozione *"Sistema informativo per il monitoraggio del superamento degli OPG e della rete sanitaria penitenziaria della Campania (SMOP)" - con allegato.*

<sup>38</sup> Legge 9/2012: "Conversione in legge, con modificazioni, del Decreto Legge 22 dicembre 2011, n. 211, recante interventi urgenti per il contrasto della tensione detentiva determinata dal sovraffollamento delle carceri".

<sup>39</sup> Ex Accordo di C.U. del 13/10/2011; Istituita con D.M. Giustizia del 02/09/2014



3. ex Ospedali Psichiatrici Giudiziari (**OPG**) e Case di Cura e Custodia (CCC): sono compresi, sebbene già completamente chiusi, solo per la fruibilità delle collegate informazioni storico-anamnestiche.

La gestione di questa tipologia di pazienti avviene congiuntamente al Servizio territoriale competente (denominato convenzionalmente **SSR**). L'interattività tra gli SSO - SSR è assicurata per diverse delle principali attività connesse alla presa in carico finalizzata all'uscita dalle strutture: all'inserimento nel sistema di un paziente da parte dell'OPG-SSO, con automatica attribuzione della competenza territoriale ad un livello variabile e predefinibile del SSR, consegue, da parte di quest'ultimo, sia la conferma della presa in carico che la definizione e trasmissione, con upload nel sistema, del progetto di dimissione; successivamente alla dimissione è anche assicurato il monitoraggio del percorso esterno (tipicamente in Licenza Finale di Esperimento<sup>40</sup> o in Misura di Sicurezza Non Detentiva come la Libertà Vigilata<sup>41</sup>), fino alla revoca della misura e l'uscita dal circuito penitenziario. Quest'ultima azione è garantita dai servizi denominati convenzionalmente **SSMAG** (Servizi di Salute Mentale Area Giudiziaria), ossia un particolare gruppo di operatori dei servizi ordinari di Salute Mentale, incaricati di monitorare, come su specificato, i pazienti in fase di esecuzione della misura di sicurezza NON detentiva.

Si precisa che il monitoraggio dei pazienti in misura detentiva, quindi presenti nelle strutture SSO, è assicurato da tutte le regioni che utilizzano il sistema; il monitoraggio, invece, delle misure non detentive (SSMAG) è effettuato nelle sole Regioni Campania e Piemonte.

Suddetto monitoraggio è stato ampliato alla fase di iniziale applicazione della misura di sicurezza detentiva da parte dell'Autorità Giudiziaria a cui segue un dispositivo di assegnazione ad una Rems da parte del Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria. Tale richiesta di assegnazione inviata alle amministrazioni coinvolte, ed in particolare alle Rems individuate come sedi di esecuzione della misura di sicurezza detentiva in base alla competenza territoriale, consente l'inserimento sul sistema del paziente in Lista di attesa per l'ingresso in Rems.

La **LISTA DI ATTESA REMS GENERALE**, da cui procedere con l'inserimento di nuovi pazienti, comprende tutte le persone inserite e le ordina esclusivamente secondo il criterio cronologico (data del provvedimento di assegnazione del DAP, indipendentemente dalla data di creazione della scheda di lista), senza valorizzare alcun criterio di priorità per l'ingresso in REMS.

A questa, conformemente all'Accordo sancito dalla Conferenza Unificata il 30 NOVEMBRE 2022 REP. ATTI N. 188, si è provveduto a dettagliare sul sistema 3 differenti TIPI di SOTTOLISTA, a cui i pazienti sono assegnati automaticamente in base ad alcune informazioni.

Dopo la creazione di una scheda di lista di attesa REMS, il sistema provvede automaticamente ad applicare i criteri di priorità previsti ed a generare le seguenti sottoliste di attesa:

- **LISTA DI ATTESA “PRIORITY” (PRI)**: comprende le persone con assegnazione a REMS formalizzata dal DAP per la quale è presente nel sistema una o più delle seguenti condizioni:

<sup>40</sup> Licenza Finale Esperimento: licenza di una durata massima di sei mesi nel periodo prossimo alla rivalutazione della pericolosità sociale, generalmente richiesta nel periodo che precede la scadenza della misura di sicurezza definitiva

<sup>41</sup> Libertà Vigilata: misura di sicurezza non detentiva, meno incisiva della libertà personale dell'imputato, associata a un rapporto stabile e continuativo con il servizio Psichiatrico territoriale.



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

- a) Attuale Allocazione (ritenuta NON APPROPRIATA): Ricovero Ospedaliero; Istituto Penitenziario (IP), con Appropriatezza settata su NO;
- b) Assenza di attestata idonea presa in carico da parte del servizio sanitario territorialmente competente e di formalizzazione ed invio all'A.G. di PTRI alternativo al ricovero in REMS caricato sul sistema.

Le persone che soddisfano una di queste condizioni sono poi inserite in lista prioritari secondo un ordine che valorizza come maggiormente prioritaria l'attuale allocazione (NON APPROPRIATA) e la presenza di un PTRI REMS, determinando la seguente progressione:

1. Coloro per cui la attuale allocazione è ritenuta NON APPROPRIATA, è PRESENTE la presa in carico sanitaria da parte dell'ASL competente ed è caricato sul sistema un PTRI REMS
2. Coloro per cui la attuale allocazione è ritenuta NON APPROPRIATA, è ASSENTE la presa in carico sanitaria da parte dell'ASL competente e risulta ASSENTE il PTRI
3. Coloro per cui la attuale allocazione è ritenuta NON APPROPRIATA, è PRESENTE la presa in carico sanitaria da parte dell'ASL competente ma è ASSENTE il PTRI
4. Coloro per cui la attuale allocazione è ritenuta APPROPRIATA, è PRESENTE la presa in carico sanitaria da parte dell'ASL competente ed è caricato sul sistema un PTRI REMS
5. Coloro per cui la attuale allocazione è ritenuta NON APPROPRIATA, è PRESENTE la presa in carico sanitaria da parte dell'ASL competente ed è caricato sul sistema un PTRI NON REMS
6. Coloro per cui la attuale allocazione è ritenuta APPROPRIATA, è ASSENTE la presa in carico sanitaria da parte dell'ASL competente e risulta ASSENTE il PTRI
7. Coloro per cui la attuale allocazione è ritenuta APPROPRIATA, è PRESENTE la presa in carico sanitaria da parte dell'ASL competente ma è ASSENTE il PTRI

- **LISTA DI ATTESA “NON PRIORITARI” (NPR):** comprende le persone con assegnazione a REMS formalizzata dal DAP per le quali sono presenti nel sistema le seguenti condizioni:

- a) presenza di attestata idonea presa in carico da parte del servizio sanitario territorialmente competente;
- b) presenza di attestata idonea presa in carico da parte del servizio sanitario territorialmente competente e di formalizzazione ed invio all'A.G. di PTRI alternativo al ricovero in REMS caricato sul sistema. In tal caso si precisa che, così come per i pazienti inseriti nelle strutture SSO, il PTRI sarà considerato valido e valorizzabile solo per un periodo di 3 mesi dalla data di inserimento nel sistema; successivamente, se non confermato o aggiornato nel sistema, il PTRI sarà qualificato come “da AGGIORNARE”.

- **LISTA DI ATTESA “TEMPORANEAMENTE NON INSERIBILI” (TNI):** comprende le persone con assegnazione a REMS formalizzata dal DAP per la quale è presente nel sistema una o più delle seguenti condizioni:

- a) Attuale allocazione: IRREPERIBILE; ESPATRIATO; IP, con Appropriatezza settata su SI e fino alla data specificata; nel caso in cui la presenza in IP sia registrata come illegittima, la persona viene automaticamente inserita nella lista dei PRIORITARI);
- b) Documentata non eseguibilità della misura detentiva per:
  - applicazione di una misura di sicurezza non detentiva nelle more che si liberi un posto in REMS;



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

- sospensione temporanea da parte dell'A.G. in attesa di ulteriori determinazioni.
- c) avvenuto temporaneo ricovero in una REMS di una regione differente da quella di assegnazione.

### I pazienti detenuti negli Istituti Penitenziari.

In relazione al monitoraggio dei detenuti presenti all'interno degli Istituti Penitenziari, i servizi implementati, convenzionalmente denominati RSP (Reti regionali di Sanità penitenziaria) comprendono:

1. **SAI** (Sezioni di Assistenza Intensiva, ex CDT o Centri Clinici): sono strutture intrapenitenziarie extra ospedaliere, che si occupano di accogliere detenuti non autosufficienti o affetti da patologie croniche non assistibili in sezioni ordinarie di un Istituto penitenziario; garantiscono assistenza medica, infermieristica diurna e notturna ed assistenza specialistica di particolare rilievo;
2. **SMP** (Servizi di Medicina Penitenziaria): si occupano di monitorare tutti i detenuti presenti nelle sezioni ordinarie degli istituti, con particolare evidenza per quanti presentano bisogni sanitari complessi e necessitano di una presa in carico a medio-lungo temine (>3 mesi); costituisce il livello centrale di monitoraggio dell'assistenza sanitaria; ogni detenuto, anche se assegnato ad una Sezione sanitaria specializzata, è prima sempre preso in carico dal SMP;
3. **SSMC** (Servizi di Salute Mentale in Carcere): hanno in carico detenuti con bisogni sanitari correlati a patologie psichiatriche in fase di esecuzione di una pena / misura cautelare in carcere che presentano un bisogno sanitario; comprendono le diverse operatività finalizzate alla tutela della salute mentale in carcere per i detenuti allocati presso sezioni penitenziarie non sanitarie;
4. **SSDP** (Servizio Sanitario Dipendenze Patologiche): si occupano di monitorare tutti i detenuti che presentano una diagnosi di dipendenza patologica nelle sezioni ordinarie degli istituti assistiti dal servizio specialistico appropriato;
5. **ASM** (Articolazioni per la tutela della Salute Mentale in carcere ): già descritte in precedenza;
6. **ADP** (Articolazioni Dipendenze Patologiche in carcere ): accolgono temporaneamente persone detenute che presentano problematiche rilevanti direttamente connesse a patologie afferenti all'area delle dipendenze patologiche, in fase di esecuzione di una pena / misura cautelare in carcere; si tratta di sezioni sanitarie specializzate che sono operative al fine di concorrere alla complessiva garanzia di appropriate risposte ai bisogni sanitari, nei limiti in cui dette risposte sono compatibili con il contesto e il regime penitenziario;
7. **OSP** (Reparti Ospedalieri di Medicina protetta): si riferisce al monitoraggio dell'occupazione dei posti letto ospedalieri riservati alle persone detenute negli Istituti Penitenziari specificati del territorio di competenza della ASL.

Questa tipologia di monitoraggio è attiva per tutti gli Istituti Penitenziari della Regione Campania<sup>42</sup>.

### I soggetti Minori autori di reato.

Di recente, per la sola regione Campania ed ancora in fase sperimentale, è stato implementato il monitoraggio dei minori autori di reato.

Le strutture create all'interno del sistema, convenzionalmente denominate RSPM (Reti regionali di Sanità penitenziaria Minori) sono:

<sup>42</sup> Rete servizi per la tutela della salute in carcere ex Accordo CU 22.01.2015



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

1. **IPM** (Istituti Penali Minorili): si occupano di monitorare tutti i soggetti “minorì” presenti negli istituti Penitenziari minorili in esecuzione di una pena/ misura cautelare in carcere; si tratta di giovani di età compresa tra i 14 ed i 18 anni, la cui permanenza in IPM può essere protratta fino al venticinquesimo anno; può accogliere anche i minori di 14 anni, non imputabili ai sensi della legge penale, nel caso in cui abbiano commesso un crimine di particolare gravità.
2. **CTM** (Comunità Terapeutica Minori): alla quale, su disposizione dell’Autorità Giudiziaria, vengono assegnati minori con bisogni sanitari derivanti da una condizione di patologia psichiatrica e/o di dipendenza;
3. **ASL-CSA** (Comunità Socio-Assistenziale): alla quale, su disposizione dell’Autorità Giudiziaria, vengono assegnati minori con bisogni di natura sociale e assistenziale, derivanti da particolari condizioni di disagio familiare e sociale, assistibili, per quanto di competenza, dalle AASSLL di riferimento territoriale.



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

## B - L'aggiornamento organizzativo del servizio infermieristico<sup>43</sup>.

Si ha riguardo alle prestazioni sanitarie diverse dalle valutazioni mediche e psicologiche obbligatorie all'ingresso della persona detenuta o internata in un istituto penitenziario, evidenziando che le stesse necessitano sempre di una programmazione e/o erogazione solo dopo un'adeguatamente decodifica della richiesta e una valutazione la loro appropriatezza clinica.

Le predette propedeutiche attività restano pertanto di esclusiva competenza del personale sanitario, cui unicamente spetta l'iniziale e costante valutazione della richiesta, sia che venga formulata direttamente dalla persona detenuta, sia che pervenga occasionalmente attraverso operatori dell'Amministrazione Penitenziaria.

Pertanto, al fine di migliorare l'efficienza del Servizio, si rappresenta la necessità che sia sempre localmente organizzata una idonea forma di **triage infermieristico**, non sostituibile ma solo integrabile con le pur dovere attività di collaborazione interistituzionale.

Nelle more dell'implementazione di forme avanzate di servizio infermieristico nella comunità penitenziaria (infermiere "di comunità" o "di famiglia", operante in collaborazione con il medico di medicina generale), al personale infermieristico sono attribuite funzioni, già proprie del profilo professionale di appartenenza, inerenti a:

- 1) valutazione dello stato di salute e dei bisogni della persona, con diretta attivazione dell'appropriato intervento, successivo, del medico di medicina generale o di continuità assistenziale;
- 2) promozione e partecipazione ad iniziative di prevenzione e promozione della salute;
- 3) presidio e facilitazione dei percorsi nei diversi servizi sanitari del contesto penitenziario e di comunità;
- 4) pianificazione ed erogazione di interventi assistenziali personalizzati;
- 5) promozione dell'aderenza ai piani terapeutici e riabilitativi;
- 6) partecipazione alla verifica e monitoraggio dei risultati di salute;
- 7) partecipazione nell'integrazione professionale al perseguitamento dell'appropriatezza degli interventi terapeutici e assistenziali, contribuendo alla relazione di cura, ed al rispetto delle volontà del paziente espresse nella pianificazione delle cure.

Le attività richiamate trovano iniziale implementazione nella valutazione diretta dello stato di salute e dei bisogni della persona, e nella diretta attivazione del successivo intervento del medico, laddove ritenuto appropriato e/o necessario.

Nella prospettiva del presente aggiornamento operativo, la richiamata attività risulta idonea a garantire che le visite mediche siano erogate solo qualora ritenute appropriate clinicamente, anche in conformità alle specifiche disposizioni dell'Ordinamento penitenziario.

Operativamente, il professionista infermiere dovrà avere cura di:

- 1) acquisire, inizialmente ed in via esclusiva, le richieste di visita medica formulate direttamente dalla persona detenuta, ovvero di quelle che eccezionalmente pervengano da altri (compagni di detenzione, operatori dell'Amministrazione penitenziaria ecc.);

---

<sup>43</sup> Deliberato dall'Osservatorio permanente regionale nelle sedute del 13 aprile 2023 e, con riferimento al paragrafo B, punto d) del 28 giugno 2023.



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

- 2) svolgere direttamente e attraverso un diretto colloquio con la persona detenuta l'approfondimento della problematica e l'analisi della richiesta e delle relative motivazioni;
- 3) garantire direttamente alla persona detenuta, dopo la decodifica della richiesta, attività risolutive della problematica, quali chiarimenti, indicazioni professionali e ogni ulteriore informazione in tema di salute e di terapie eventualmente in corso;
- 4) rilevare la sussistenza di problematiche non direttamente e totalmente gestibili e risolvibili, segnalando la necessità di una visita medica da programmare o da erogare con urgenza;
- 5) registrare tutte le attività svolte nei confronti delle singole persone detenute, compresa la motivazione della richiesta, la diretta risoluzione della problematica rilevata ovvero la valutazione della necessità di una visita medica.

Al fine di assicurare che lo svolgimento della descritta attività la configuri come strategica e qualificante per una proattiva presa in carico della persona detenuta, la stessa è da organizzarsi con una minima e predefinita periodicità, interessando tutte le persone detenute, indipendentemente da una loro richiesta di prestazione sanitaria.

Uno schema di riferimento per la registrazione delle attività descritte e la conservazione nella cartella infermieristica è evidenziato di seguito.

ASL _____ Presidio sanitario penitenziario di _____			Acquisizione e valutazione infermieristica degli interventi di triage e delle richieste di visita medica non urgente da programmare a cura del Medico Referente d'Istituto		
n.	Cognome	Nome	Motivazione richiesta  (NON NECESSITA DI VISITA MEDICA)	Problematica risolta  (NECESSITA DI VISITA MEDICA)	Problematica non risolta o parzialmente risolta  (NECESSITA DI VISITA MEDICA)
				<input type="checkbox"/> NOTE:	<input type="checkbox"/> NOTE:
				<input type="checkbox"/> NOTE:	<input type="checkbox"/> NOTE:

Condizionante la concreta possibilità di pervenire al predetto obiettivo di qualificazione del Servizio sanitario risulta la riorganizzazione dell'attività infermieristica attraverso il superamento di prassi abituali che ne saturano l'operatività e che possono essere garantite con modalità diverse ed (almeno in parte) attraverso altre figure professionali.

A tal fine, è prioritaria la riorganizzazione della complessiva **gestione dei trattamenti farmacologici**, con modalità che concorrono ad allinearla alle procedure in essere per le persone libere.

Si ha riguardo ad un processo complesso che comprende più fasi e che coinvolge più persone, che in buona parte è regolamentato dal D.Lgs. 24 aprile 2006, n. 219, in attuazione della direttiva 2001/83/CE (e successive direttive di modifica) relativa ad un codice comunitario concernente i medicinali per uso umano, nonché della direttiva 2003/94/CE.



Il processo di terapia include:

- la prescrizione dei farmaci da parte del medico, in cui si distingue una parte decisionale e una parte tecnica;
- la distribuzione dei farmaci da parte della farmacia alle persone oppure ad un'articolazione sanitaria (che nel contesto di che trattasi è il Presidio sanitario penitenziario);
- la preparazione del farmaco, in base alle dosi prescritte, e le istruzioni d'uso;
- la somministrazione del farmaco in base alle indicazioni ed alle istruzioni d'uso;
- il controllo e verifica della somministrazione e degli effetti del farmaco (attraverso l'osservazione di segni e sintomi, rilevazione dei parametri vitali, test diagnostici eccetera).

Il richiamato processo è da riorganizzare assicurando il coinvolgimento degli Operatori Socio-Sanitari, evitando l'esclusivo ricorso al lavoro dei CPS-Infermieri, con particolare riferimento alle attività successive alla “*prescrizione*”.

Se, in generale, la somministrazione di medicinali compete alla professione infermieristica, nei processi di lavoro da implementare deve essere considerato che dal 2001, in relazione all'Accordo Stato Regioni del 22 febbraio 2001, è da coinvolgere la figura dell'Operatore socio-sanitario. Nell'allegato B, rubricato come “*Competenze dell'operatore socio sanitario*”, è dato leggersi testualmente: “*in sostituzione e appoggio dei familiari e su indicazione del personale preposto in grado di aiutare per la corretta assunzione dei farmaci prescritti e per il corretto utilizzo di apparecchi medicali di semplice uso*”.

L'interpretazione di tale disposto è sempre stata diretta almeno alla semplice **azione di supporto della persona, consistente nel “porgere” il farmaco al paziente, distinguendo dall'attività di somministrazione, di competenza esclusiva della figura dell'infermiere**, la quale invece richiede una specifica preparazione in materia, coinvolgendo profili decisori caratterizzati da discrezionalità. Il contributo che si ritiene da implementare consiste in una attività “*che non necessita di alcuna specifica competenza in materia e che non involge alcun profilo di discrezionalità*” e presuppone esclusivamente una “*corretta lettura del nome del farmaco da prelevare, tanto sulla cartella clinica quanto sulla confezione*”.

Per quanto relativo alla potenziale positiva ricaduta sull'organizzazione – e sulla possibilità di riservare al personale infermieristico attività che necessitano della sua specifica, maggiore ovvero esclusiva professionalità – saranno effettuate locali valutazioni a partire proprio dalla **differenza tra farmaci che devono essere solo “consegnati” e farmaci che invece devono essere “somministrati” al paziente**.

A tal proposito, sempre con riferimento ai soli trattamenti ordinari e programmati, rileva la differenziazione dei farmaci “solidi” – cioè compresse, capsule ecc., assunti per vie naturali – e “non solidi” – cioè fiale, gocce ecc., assunti per vie naturali o artificiali (endovenosa, intramuscolare, sottocutanea). Attualmente, nei presidi sanitari penitenziari regionali, risultano prevalenti i trattamenti con farmaci di tipo “solido” e pertanto potrebbero essere, previa “*preparazione*” da parte di personale infermieristico, “consegnati” al paziente anche da operatori sociosanitari.

Per consentire una stima delle possibili ricadute positive sull'organizzazione, si riportano esemplificativamente i dati della distribuzione, nel 2019, per le singole persone detenute presenti nel presidio sanitario penitenziario della Casa Circondariale di S. Maria C.V., dei trattamenti farmacologici **“solo solidi, ad esclusione di psicofarmaci”** ed **“anche non solidi”**, utilizzati proprio al fine di implementare analoghi miglioramenti organizzativi,



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

computando tra i trattamenti con farmaci “anche non solidi” tutti quelli psicoattivi o comunque ritenuti a rischio di abuso o uso non terapeutico.

Presidio sanitario penitenziario	presenti al giorno 01-09-2021	terapie farmacologiche		
		solo "solide"	anche non "solide"	TOT
S. MARIA C.V.				
rep SENNA	57	30	12	42
rep. VOLTURNO	163	73	9	82
rep. TEVERE	132	56	18	74
rep. TAMIGI	137	75	20	95
rep. DANUBIO	31	20	0	20
rep. NILO	294	130	16	146
Accoglienza	9	6	1	7
Semilibertà	9	6	0	6
TOT	832	396	76	472
SEZ. SANIT. SPEC. ASM		20	3	20

Per le finalità del presente aggiornamento operativo in tema di ottimizzazione e qualificazione delle attività infermieristiche, i Servizi sanitari penitenziari delle ASL e le Direzioni degli Istituti Penitenziari di afferenza assicureranno la **formale definizione di protocolli interni sulla modalità di esecuzione delle terapie** che integrino l'utilizzo sia dei CPS Infermieri che degli Operatori sociosanitari nel rispetto delle richiamate competenze esclusive e non, e di **avvio del sistematico triage infermieristico**, conformemente a quanto di seguito riepilogato:

**A) costante rilevazione, a livello di singolo Presidio sanitario penitenziario, delle persone ristrette destinatarie di:**

- 1) trattamenti farmacologici esclusivamente solidi, comunque eccettuati quelli con farmaci, anche solidi, di tipo psicoattivo e che sono ritenuti a rischio di abuso ovvero uso non terapeutico;
- 2) trattamenti farmacologici anche non solidi, compresi tutti quelli con farmaci, anche solidi, di tipo psicoattivo e che sono ritenuti potenzialmente a rischio di abuso ovvero uso non terapeutico;
- 3) periodico aggiornamento dei farmaci ritenuti potenzialmente a rischio di abuso ovvero uso non terapeutico;

**B) organizzazione diversificata della somministrazione delle precedenti due diverse tipologie di farmaci**, come segue:

- 1) per i trattamenti farmacologi non solidi e per quelli solidi di tipo psicoattivo o comunque ritenuti potenzialmente a rischio di abuso ovvero uso non terapeutico (prec. Punto A) 2), intero processo di terapia direttamente a cura del solo personale infermieristico di ciascuna dose prescritta;
- 2) per i trattamenti farmacologi esclusivamente solidi, eccettuati quelli con farmaci, anche solidi, di tipo psicoattivo o comunque ritenuti a rischio di abuso ovvero uso non terapeutico (prec. Punto A) 1), distinzione del processo di terapia tra la fase della preparazione (di competenza esclusiva dell'infermiere) e quella della distribuzione al paziente (attività esecutiva delegabile ad altre professionalità, es. O.S.S.); sia la preparazione che la consegna sono da realizzarsi non per ciascuna singola dose prescritta e da assumere, bensì periodicamente, definendo indicativamente le quantità di farmaci necessarie per alcuni giorni (di regola non superiori a 7) che saranno custoditi e assunti direttamente dal detenuto.



- 3) le persone detenute che ricevono, custodiscono e assumono direttamente farmaci, per come sopra previsto, sottoscrivono preventivamente con il Servizio sanitario uno specifico documento di affidamento che evidenzia i farmaci consegnati ed esplicita la responsabilità assunta dalla persona detenuta circa la custodia, l'uso corretto ed esclusivamente personale, e il divieto di cessione ad altri; il documento di affidamento viene rilasciato in copia alla persona detenuta e documenta il regolare possesso dei farmaci. In ogni Istituto Penitenziario, attesa la rilevanza dell'intervento, l'implementazione è da realizzare progressivamente, verificandone gli esiti in ambiti limitati, con attività di controllo da realizzarsi a cura dell'Amministrazione Penitenziaria, nell'ambito delle proprie funzioni di vigilanza e sicurezza interna, e del Servizio sanitario, per quanto ai propri compiti di monitoraggio dell'efficienza, efficacia e appropriatezza delle cure; il Responsabile del Presidio sanitario ed il Direttore dell'Istituto Penitenziario concordano e definiscono le modalità operative;
- C) qualificazione delle attività infermieristiche** con attivazione di interventi diretti nei confronti delle persone ristrette, di triage, valutazione preventiva delle richieste di visita medica, monitoraggio clinico (con particolare riferimento all'aderenza alle terapie prescritte), rilevazione di potenziali bisogni di salute e, comunque, per tutte le finalità in precedenza richiamate.
- D) attività propedeutiche e monitoraggio:** per il singolo istituto penitenziario, definizione vincolante e propedeutica all'avvio della predetta implementazione di un documento di organizzazione, concordato tra il Direttore dell'Istituto e il Responsabile del Presidio sanitario penitenziario, che integra una parte redatta e aggiornata esclusivamente dal Responsabile del Presidio Sanitario locale che - considerati i rischi di accumulo, abuso o uso non terapeutico – sulla base di criteri oggettivi e conoscenze scientifiche, elenca i farmaci, solidi e non solidi, che devono essere esclusi dalla consegna al paziente di cui ai precedenti punti B2 e B3; nel documento sono definite nel dettaglio le procedure attuative e le modalità, le forme e l'aggiornamento, anche relativamente alle persone ristrette che non sono ritenute idonee per diversificate e soggettive motivazioni (per es., rischio suicidario) a detenere i farmaci di che trattasi. Il documento organizzativo è trasmesso all'Osservatorio permanente regionale per la sanità penitenziaria, sia nella fase di avvio dell'implementazione che nelle successive fasi di sperimentazione, per le valutazioni e le determinazioni di competenza.

Attesa la prossima fase di progressiva attivazione del Sistema informativo per il monitoraggio del superamento del superamento degli OPG e dei Servizi di Sanità Penitenziaria “SMOP” – che interessa specificamente, in aggiunta alle prestazioni specialistiche, i trattamenti psicofarmacologici – gli elenchi dei farmaci ritenuti dai Servizi di sanità penitenziaria potenzialmente a rischio di abuso ovvero uso non terapeutico sarà integrato nel sistema. In tal modo i singoli presidi potranno immediatamente e continuamente usufruire di un opportuno supporto per la corretta programmazione delle specifiche attività.



## C - L'aggiornamento organizzativo del servizio medico di base<sup>44</sup>.

Atteso che compete al Servizio sanitario regionale, attraverso l'Azienda Sanitaria Locale, assicurare ai detenuti e agli internati livelli di prestazioni analoghi a quelli previsti per i cittadini liberi, le prestazioni di Medicina Generale (MG), comprese quelle proprie della Continuità Assistenziale (CA), costituiscono, insieme alla valutazione e agli interventi psicologici, trattati in altri specifici paragrafi, la base su cui viene garantito il diritto alla salute e sono erogate le prestazioni di maggiore complessità, in un contesto di continuità degli interventi.

Analoga rilevanza hanno le prestazioni specialistiche, che l'ASL deve garantire su richiesta del medico responsabile o di altro specialista all'interno dell'istituto penitenziario ovvero, nel rispetto delle esigenze di sicurezza, presso gli ambulatori territoriali o ospedalieri<sup>45</sup>.

Anche al fine di realizzare gli essenziali livelli di appropriatezza delle prestazioni sanitarie, all'ASL sono stati trasferiti in uso gratuito definiti locali destinati allo svolgimento delle funzioni sanitarie, in quanto gli interventi sanitari svolti in spazi diversi dall'istituto penitenziario restano configurabili come evento eccezionale e sono collegabili a situazioni di urgenza-emergenza ovvero a interventi analoghi a quelli svolti per le persone libere in forma domiciliare.

### L'assistenza primaria: medicina generale e continuità assistenziale (ex guardia medica).

L'assistenza primaria rappresenta in Italia il primo punto di contatto per la persona con il SSN. Il termine "assistenza primaria" è usato per indicare la Primary Health Care, intesa come fulcro del servizio sanitario, quale insieme degli aspetti clinici di diagnosi, cura, riabilitazione e prevenzione nonché degli aspetti assistenziali e organizzativi.

A livello territoriale operano nel campo delle Cure Primarie (CP) i medici di medicina generale (MMG) e i Pediatri di libera scelta (PLS), gli infermieri (anche di cure domiciliari), i medici di continuità assistenziale (MCA), gli Specialisti ambulatoriali, i Farmacisti Territoriali, altri professionisti sanitari, oltre a personale amministrativo che deve assumere un ruolo di facilitatore dell'integrazione dei servizi e della comunicazione.

L'emergente figura dell'Infermiere di famiglia e comunità si pone come corrispondente ad un professionista capace di integrare le varie competenze degli attori coinvolti nel processo di cura, come medici e altri specialisti. Tra gli attori dell'assistenza territoriale è individuata anche la figura del "Case Manager" che si fa garante della continuità assistenziale. Spesso il ruolo di Case Manager è assolto dall'infermiere o dal MMG, in virtù delle caratteristiche professionali che contraddistinguono tali figure.

Il medico di medicina generale è parte integrante ed essenziale dell'organizzazione sanitaria complessiva e opera a livello territoriale per l'erogazione delle prestazioni demandategli dal Piano sanitario nazionale, come livelli di assistenza da assicurare in modo uniforme a tutti i cittadini, nell'ambito dei principi e secondo le modalità scaturite dalla programmazione regionale, dal presente accordo e dagli accordi regionali da stipulare ai sensi dell'art. 8, comma 1, del decreto legislativo n. 502/92, come successivamente modificato ed integrato. La sua valorizzazione e il suo responsabile impegno costituiscono strumenti fondamentali da utilizzare per la realizzazione di obiettivi tesi a coniugare qualità e compatibilità economica.

<sup>44</sup> Deliberato dall'Osservatorio permanente regionale per la sanità penitenziaria nella seduta del 25 maggio 2023.

<sup>45</sup> Allegato A al D.P.C.M. 1° aprile 2008.



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

A tal fine, al medico della medicina generale - che è parte attiva, qualificante e integrata del S.S.N., nel rispetto del principio della libera scelta e del rapporto di fiducia - in una visione promozionale nei confronti della salute, sono affidati compiti di:

**A.** Assistenza primaria, anche nell'ambito familiare, con l'impostazione di un programma diagnostico e terapeutico ed eventualmente riabilitativo facendo ricorso a tutti i supporti che la tecnologia offre.

**B.** Assistenza programmata a domicilio, nelle residenze protette e nelle collettività, che permette di affrontare oltre alle malattie acute i problemi sanitari di anziani, invalidi o ammalati cronici, di pazienti dimessi dagli ambienti di ricovero e di pazienti in fase terminale, coordinando l'assistenza domiciliare.

**C.** Continuità assistenziale, compresa l'emergenza sanitaria territoriale, onde garantire in maniera permanente la globalità dell'assistenza primaria. Tale continuità si realizza anche attraverso l'integrazione con gli altri servizi e presidi distrettuali ed ospedalieri e con l'utilizzazione di sistemi informativi per la fornitura di dati necessari per il buon andamento del servizio in termini di efficacia ed efficienza.

**D.** Educazione sanitaria e assistenza preventiva individuale, che ha come obiettivi la diagnosi precoce e l'identificazione dei fattori di rischio modificabili che permettano l'attuazione della prevenzione secondaria. Al medico di medicina generale possono essere affidati anche compiti di profilassi primaria individuale da espletare nel proprio ambulatorio ovvero secondo orari predeterminati anche nell'ambito dei servizi e presidi direttamente gestiti dalla Azienda.

**E.** Ricerca, sia in campo clinico che epidemiologico, e didattica, sia nei confronti del personale che dei colleghi in fase di formazione. Il medico di medicina generale partecipa alle procedure di verifica della qualità delle prestazioni, alla individuazione e al perseguitamento degli obiettivi del distretto e alla elaborazione di linee guida volte anche all'ottimizzazione dell'uso delle risorse.

In Italia i servizi di cure primarie sono prevalentemente organizzati da singoli studi privati di MMG e da una parziale attivazione di studi medici aggregati come le "Medicine di Gruppo". I MMG possono operare in forme di organizzazione mono-professionali o multiprofessionali. Il **Medico di Medicina Generale (MMG)**, nel SSN, è il medico di scelta fiduciaria da parte del cittadino e fornisce assistenza di primo livello ambulatoriale, domiciliare e nelle strutture residenziali (RSA, Case di riposo, Ospedali di comunità). Egli è responsabile dell'erogazione di cure integrate e continuative ad ogni singola persona che ricerca cure mediche indipendentemente dal sesso, dall'età e dal tipo di patologia. Cura gli individui nel contesto della loro famiglia, della loro comunità e cultura, rispettando sempre l'autonomia delle persone. Sa di avere anche una responsabilità professionale nei confronti della comunità nella quale lavora. Quando negozia piani di gestione con gli assistiti integra i fattori fisici, psicologici, sociali, culturali ed esistenziali, servendosi della conoscenza e della fiducia maturata nel corso di contatti ripetuti. I MMG esercitano il loro ruolo professionale promuovendo la salute, prevenendo le malattie e fornendo terapie, cure o interventi palliativi. Il loro ambito di competenza è principalmente rivolto alla gestione delle patologie croniche ed il loro ruolo si svolge longitudinalmente nel corso della vita degli individui. Le attività del MMG sono sostituite - di notte e nei giorni prefestivi e festivi – da quelle proprie del **Medico di Continuità Assistenziale (MCA)** – ex Guardia Medica, oggi Medico di Assistenza primaria ad attività oraria.

**Nel contesto della sanità penitenziaria riformata**, le attività proprie della medicina generale (MG) e della continuità assistenziale (CA) – che, sebbene con rilevanti differenze, richiamano quelle del Medico Incaricato e del Medico del Servizio Integrativo di Assistenza Sanitaria (S.I.A.S.) - rappresentano elemento fondamentale, dal quale dipende l'effettiva



possibilità di realizzare la presa in carico della persona ristretta e la continuità degli interventi di tutela della salute delle singole persone, compresi nei Livelli Essenziali di Assistenza sanitaria (LEA).

Pertanto, è necessario che queste specifiche funzioni siano sempre chiaramente distinte organizzativamente e riconoscibili operativamente.

Nelle seguenti **indicazioni operative** viene assunto come riferimento un Istituto Penitenziario con un **servizio medico ed infermieristico H24** (SMMPI, ai sensi dell'Accordo della Conferenza Unificata 22.01.2015).

Nello specifico contesto, dovranno essere garantite le implementazioni relativamente a quanto segue:

1. **(popolazione assistita)** definizione di uno o più gruppi omogenei di persone ristrette (per es., per allocazione – reparti, sezioni ecc. - ovvero per caratteristiche soggettive della popolazione detenuta – maschile, femminile ecc.);
2. **(MRI)** Individuazione formale da parte della ASL – o comunque del Dirigente del Servizio aziendale di sanità penitenziaria cui afferisce il singolo presidio – di un Medico Referente d'Istituto (MRI) con funzione di responsabilità clinica della presa in carico per le prestazioni di cure primarie e specialistiche, con compiti di cura e monitoraggio dei pazienti con patologia acuta o cronica presenti nell'istituto penitenziario. Solo negli Istituti Penitenziari di capienza regolamentare maggiore di 500 persone, possono essere identificati, ove possibile e sulla base delle risorse disponibili, più MRI, ferma restando l'assegnazione a ciascun MRI di un definito gruppo di assistibili. A questa figura vanno assegnate in via esclusiva anche funzioni a valenza esterna – comunque delegabili dallo stesso MRI -
3. **(MMG)** identificazione di uno o più medici cui attribuire i compiti propri del MMG per ciascuno dei predetti gruppi omogenei; in ambito di sanità penitenziaria, così come avviene nella maggioranza dei servizi sanitari pubblici, non è possibile la libera scelta del MMG in relazione all'equo bilanciamento da effettuarsi tra la tutela del diritto alla salute, un'efficiente ed efficace organizzazione del servizio sanitario e la razionalizzazione della spesa sanitaria<sup>46</sup>.
4. **(ambulatori di MG)** organizzazione delle attività di MG in giornate ed orari predefiniti e tendenzialmente stabili, per lo svolgimento delle visite mediche generali allo specifico gruppo di assistiti, con programmazione assicurata dal personale infermieristico in esito alle proprie attività di triage, presso locali trasferiti alla ASL. La programmazione delle visite della singola giornata di ambulatorio – ovvero di più giornate - viene comunicata alla Direzione Penitenziaria con congruo anticipo (almeno due giorni) al fine di consentire l'accompagnamento delle persone da parte del proprio personale. Può prevedersi la possibilità di un'autorizzazione individuale rilasciata dalla Direzione Penitenziaria alla persona ristretta di accedere direttamente e senza accompagnamento in ambulatorio per la visita programmata; il MRI segnala alla Direzione ogni comportamento del detenuto autorizzato al predetto accesso

---

<sup>46</sup> La Legge n. 833 del 23.12.1978 (“Riforma Sanitaria”) prevede, all’art. 19, II comma, che “ai cittadini è assicurato il diritto alla libera scelta del medico e del luogo di cura ne limiti oggettivi dell’organizzazione dei servizi territoriali”. Inoltre, “Occorre rammentare e ribadire che, secondo una giurisprudenza costante, il diritto alla libertà di scelta del luogo della cura in tutto il territorio nazionale non ha carattere assoluto, dovendo essere contemplato con altri interessi costituzionalmente protetti, anche in considerazione dei limiti oggettivi derivanti dalle risorse finanziarie disponibili (ex multis, sentenze n. 248 del 2011, n. 94 del 2009, n. 200 del 2005). Dunque, non è vietato al legislatore regionale sacrificare la libertà di scelta del paziente, a condizione che il sacrificio risulti necessitato dall’esigenza di preservare altri beni di rango costituzionale, quale ad esempio un’efficiente ed efficace organizzazione del sistema sanitario». Corte cost. sent. 26 ottobre 2012 n. 236”.



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

libero ritenuto inappropriato ai fini delle valutazioni di competenza, fermo restando che l'autorizzazione deve essere revocata immediatamente nei casi di aggressione al personale sanitario o ad altri presenti in ambulatorio.

Al fine di garantire i massimi livelli di appropriatezza clinico-assistenziale, in ogni Istituto Penitenziario è attivato un ambulatorio medico centrale, al quale afferiranno gli ambulatori di MG; solo nei casi di Istituti con capienza regolamentare maggiore di 500 persone, laddove possibile in relazione alle risorse professionali disponibili, sono resi operativi ulteriori ambulatori, tendenzialmente corrispondenti al numero di gruppi omogenei di assistibili.

**5. (attività di MG)** svolgimento esclusivo da parte dei MMG di tutte le attività di presa in carico a medio e lungo termine, della programmazione diagnostica e terapeutica ed eventualmente riabilitativa, dei programmi di promozione della salute e prevenzione delle malattie, comprese tutte le certificazioni; tra le attività di particolare rilevanza della MG è compresa la **fase di accoglienza sanitaria**, che richiede in ogni caso di essere svolta in luoghi adeguati, deve essere avviata con la visita medica generale entro le 24 ore dall'ingresso in istituto, e che deve comunque concludersi, di norma, entro due settimane dall'ingresso, con esiti che costituiscono la base per il percorso clinico-assistenziale nella successiva fase di detenzione. Al termine della prima visita, ma anche durante tutto il periodo di accoglienza, al fine di favorire un'adeguata sistemazione della persona in Istituto, sono fornite, a cura del MRI, eventuali indicazioni alla Direzione dell'Istituto penitenziario.

**6. (CA)** identificazione di uno o più medici cui attribuire i compiti propri del MCA per ciascuno dei predetti gruppi omogenei;

**7. (ambulatori di CA)** organizzazione delle attività di CA sulle 24 ore, per lo svolgimento delle visite mediche generali allo specifico gruppo di assistiti, con programmazione assicurata dal personale infermieristico in esito alle proprie attività di triage, presso locali trasferiti alla ASL.

Al fine di garantire i massimi livelli di appropriatezza clinico-assistenziale, in ogni Istituto Penitenziario è attivato un ambulatorio medico centrale, al quale afferiranno gli ambulatori di CA; solo nei casi di Istituti con capienza regolamentare maggiore di 500 persone, laddove possibile in relazione alle risorse professionali disponibili, sono resi operativi ulteriori ambulatori di CA, tendenzialmente da rendere corrispondenti al numero di gruppo omogenei di assistibili.

**8. (attività di CA)** svolgimento esclusivo da parte dei MCA di tutte le attività estemporanee e/o urgenti, nell'esclusiva prospettiva di garantire le prestazioni necessarie nell'immediato per la continuità delle cure e comunque fino alla programmazione della visita del MMG; sono escluse tutte le attività sanitarie differibili, in particolar modo le attività di prescrizione farmacologica, di visite specialistiche e di esami diagnostici, le attività di certificazione, di prescrizione di accertamenti specialistici e di terapie a medio-lungo termine, che dovranno invece essere proposte al MMG. La gestione delle situazioni di emergenza-urgenza è appropriatamente da limitare alla possibile stabilizzazione clinica, con invio al MMG ovvero in attesa degli interventi della rete sanitaria esterna qualificata all'emergenza-urgenza, prontamente attivata.

**9. (attività ambulatoriali e domiciliari)** tutte le attività mediche – come anche quelle delle professionalità sanitarie non mediche - vengono erogate presso gli ambulatori attivati nei locali specificamente trasferiti dall'Amministrazione Penitenziaria ai sensi della disciplina di riforma della medicina penitenziaria. Le prestazioni di MG e di CA possono anche essere erogate in analogia a quella "domiciliare" prevista per le



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

persone libere, in ambiti intra-penitenziari diversi dagli ambulatori, solo qualora il personale sanitario lo ritenga necessario e possibile in condizioni di appropriatezza. Tutte le prestazioni specialistiche saranno erogate con modalità ambulatoriale.

**10. (sistema informativo)** tutte le prestazioni di MG e di CA saranno registrate come “visita medica generale di MG” e “visita medica generale di CA” nel Sistema informativo regionale SMOP; per le visite di MG sarà implementata anche la registrazione della programmazione.

**11. Tutela della sicurezza negli ambulatori:** ferme restando le diverse competenze proprie del Servizio sanitario ex D.lgs. 81/2008, è competenza esclusiva dell’Amministrazione Penitenziaria implementare e rendere costantemente disponibile, con proprie risorse, un’organizzazione localmente concordata e formalmente definita dal Responsabile del Presidio Sanitario e dal Direttore dell’Istituto Penitenziario ritenuta idonea a garantire la sicurezza nello svolgimento delle attività sanitarie, comprese quelle svolte negli ambulatori, anche finalizzata a verificare l’efficacia delle soluzioni implementate. L’Osservatorio permanente regionale per la sanità penitenziaria monitorerà l’efficacia delle soluzioni localmente implementate.

**12. Formalizzazione congiunta dell’organizzazione locale del funzionamento degli ambulatori:** attesa la rilevanza del puntuale svolgimento delle attività di MG e CA, come qui ridefinite, ai fini dell’appropriata presa in carico dei bisogni di salute dei detenuti a lungo medio-termine, l’aggiornamento organizzativo in parola necessita di una formalizzazione locale, congiunta tra la Direzione penitenziaria e il Servizio sanitario.

Negli Istituti Penitenziari con un **servizio medico ed infermieristico di base** (SMB, ai sensi dell’Accordo della Conferenza Unificata 22.01.2015) - non attivo sulle 24 ore ma, di regola, nella sola fascia diurna dei giorni feriali – dovranno essere garantite tutte le predette attività di MG e CA, integrate con il ricorso ai servizi territoriali esterni di CA (c.d. guardia medica distrettuale), nelle forme possibili in base alle risorse sanitarie disponibili e a condizione che sia garantita la necessaria appropriatezza clinico-assistenziale.



## D - L'assistenza primaria: le prestazioni mediche specialistiche.

Come specificato nella complessiva disciplina di riforma della sanità penitenziaria, in stretta correlazione con l'assistenza medico-generica, l'Azienda Sanitaria Locale sede di un Istituto Penitenziario deve garantire gli interventi di tipo specialistico su indicazione e richiesta del medico di medicina generale. Gli obiettivi specifici evidenziati nell'Allegato A al D.P.C.M. 1° aprile 2008 sono i seguenti:

- 1) uniformare in tutti gli istituti penitenziari gli standard di assistenza specialistica;
- 2) garantire interventi immediati in sintonia con le esigenze di salute;
- 3) integrare le singole e specifiche competenze nell'ambito di una visione globale del paziente detenuto, anche tramite l'organizzazione di momenti di raccordo e confronto tra le varie figure specialistiche;
- 4) avviare programmi di trattamento adeguati e compatibili con lo stato di detenzione.

L'art. 11 ("Servizio sanitario"), comma 4, stabilisce che "Ove siano necessarie cure o accertamenti sanitari che non possono essere apprestati dai servizi sanitari presso gli istituti, gli imputati sono trasferiti in strutture sanitarie esterne di diagnosi o di cura, con provvedimento del giudice che procede. (...). Per i condannati e gli internati provvede il magistrato di sorveglianza. Il provvedimento può essere modificato per sopravvenute ragioni di sicurezza ed è revocato appena vengono meno le ragioni che lo hanno determinato".

Con la DGRC n. 716/2016 è stata definita la costituzione della rete regionale di sanità penitenziaria, strutturata uniformemente per garantire nei singoli Istituti Penitenziari la presenza costante H24 di personale medico ed infermieristico, con la sola eccezione degli Istituti con capienza minore di 200 ristretti, ove il predetto personale è presente solo nelle fasce orarie diurne.

Tanto premesso, ferma restando l'obbligazione in capo alla ASL per la garanzia delle prestazioni specialistiche comprese nei Livelli Essenziali di Assistenza, dette prestazioni sono garantite preferenzialmente, ma non esclusivamente, all'interno degli Istituti Penitenziari, anche con riguardo ai requisiti di appropriatezza clinica, tecnologica e strumentale che devono essere soddisfatti.

Sulla base dei bisogni prevalenti di salute documentati e dell'organizzazione della singola ASL, le risorse professionali specialistiche possono essere dedicate al servizio sanitario penitenziario totalmente ovvero parzialmente; in quest'ultimo caso – che tipicamente prevede il ricorso a professionalità di altri servizi dell'ASL (distrettuali, dipartimentali o talora anche ospedalieri), in linea con le modalità di erogazione previste per i cittadini liberi, la forma preferenziale è quella analoga alla visita domiciliare, con accesso programmato dello specialista nell'Istituto ed erogazione delle prestazioni nei locali concessi in uso al Servizio sanitario.

Con la suddetta modalità le AASSLL concorrono alla riduzione delle traduzioni in luoghi di cura esterni a carico dell'Amministrazione Penitenziaria, fermo restando il rispetto delle condizioni di appropriatezza ed efficienza, nonché l'oggettiva impossibilità di rispondere a richieste di garanzia di erogazione di ogni prestazione sanitaria specialistica all'interno dell'Istituto, per le stesse motivazioni di efficienza e sostenibilità che non consentono di rendere presente ogni possibile e dovuta prestazione in alcuna singola struttura sanitaria, anche ospedaliera.



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

Le prestazioni specialistiche necessitano di un costante monitoraggio dell'appropriatezza, almeno basata sulla rilevazione, per ciascuna tipologia, della frequenza di erogazione e delle motivazioni delle richieste.

Per le condizioni di cronicità, si rimanda agli indirizzi organizzativi definiti nello specifico paragrafo del presente documento.

Per la garanzia della completezza dell'offerta, le persone ristrette accedono, analogamente a quelle libere, ma senza alcuna partecipazione alla spesa, all'intera rete assistenziale, anche comprensiva delle strutture del privato convenzionato o accreditato che non possono determinare alcuna discriminazione o limitazione di accesso in relazione allo stato detentivo della persona o alle misure di sicurezza che si possono rendere necessarie nei singoli casi (accompagnamento da parte della Polizia penitenziaria); la predetta offerta è da considerarsi al pari di quella direttamente garantita dall'ASL.

Pertanto, il singolo Presidio sanitario penitenziario organizza l'erogazione delle prestazioni specialistiche, diverse da quelle realizzate con le modalità definite per la presa in carico delle condizioni di cronicità, assicurando che siano sempre chiaramente distinte organizzativamente e riconoscibili operativamente, in analogia a quanto già definito per la medicina generale e la continuità assistenziale, assicurando almeno le seguenti implementazioni:

1. definizione e aggiornamento della popolazione assistita;
2. definizione e aggiornamento degli specialisti dedicati;
3. definizione delle stanze dedicate ad ambulatori specialistici;
4. programmazione delle visite della singola giornata di ambulatorio – ovvero di più giornate - comunicata alla Direzione Penitenziaria con congruo anticipo (almeno due giorni) al fine di consentire l'accompagnamento da parte del proprio personale o, con le modalità definite, l'accesso delle persone agli ambulatori solo nelle giornate ed orari programmati.

Al fine di assicurare la continuità della presa in carico e la prevenzione di urgenze legate a ritardi nell'assistenza elettiva, le prestazioni specialistiche programmate necessitano di particolare tutela e non possono sistematicamente essere sostituite da attività prestazionali estemporanee, richieste nell'immediato, che necessitano invece di essere valutate dal Servizio sanitario e, qualora indifferibili, erogate, di regola, ai sensi dell'art. 11, comma 4, della Legge n. 354/1975 e s.m.i..



## E - L'assistenza primaria: le prestazioni psicologiche.

A seguito del trasferimento al SSN delle funzioni sanitarie negli Istituti Penitenziari (DPCM 1/4/2008), lo Psicologo, in ambito penitenziario, opera con le medesime modalità e funzioni dello psicologo dei servizi territoriali distrettuali, dell'assistenza integrata primaria e di quelli dei dipartimenti per la tutela della salute mentale e delle dipendenze patologiche.

Lo psicologo, attese le obbligazioni esplicitamente previste dalla disciplina di riforma della medicina penitenziaria (D.lgs. 230/1999 e DPCM 1° aprile 2008), opera fin dall'iniziale valutazione sanitaria da farsi al momento dell'ingresso della persona detenuta. A tal riguardo, l'Allegato A al richiamato DPCM prevede la:

- valutazione medica e psicologica 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 dal medico di medicina generale del presidio, in collaborazione con lo psicologo e con il supporto degli accertamenti specialistici del caso.

Ne consegue, pertanto, che la valutazione psicologica iniziale del detenuto, di esclusiva competenza dello psicologo (L. 56/89) ed in ottemperanza ai principi deontologici, non si esaurisce nel mero inquadramento diagnostico ma si inserisce nella più ampia competenza di interventi di prevenzione, primaria secondaria e terziaria specificamente finalizzati alla tutela del diritto alla salute ed al sostegno delle capacità di adattamento e fronteggiamento della peculiare esperienza detentiva.

E' noto, infatti, come l'esperienza detentiva elicitи corredi comportamentali disfunzionali e talvolta fraintesi che, se ben compresi e sostenuti, sono ascrivibili a difficoltà nel processo di adattamento al nuovo contesto ed allo stress correlato all'esperienza stessa.

Ne consegue che il lavoro di sostegno psicologico, inteso quale sostegno alle capacità funzionali dell'io del soggetto, partecipi energicamente alla riduzione e/o al contenimento di dette manifestazioni sintomatologiche di difficile gestione. Il sostegno psicologico, quale attività prestazionale specifica dello psicologo, ha anche la funzione di raccordare l'esperienza detentiva in essere con la continuità storica soggettiva nonché, laddove necessario, rafforzare la compliance ai trattamenti proposti. In specifiche e evidenti condizioni, laddove è valutato dallo stesso specialista l'appropriatezza della prestazione, è da prevedersi l'avvio della persona detenuta ad un percorso di psicoterapia che può declinarsi anche in setting differenziati (individuale e/o di gruppo).

Oltre all'attività clinica individuale, lo psicologo opera attivamente attraverso la messa in campo di interventi preventivi finalizzati al rafforzamento delle risorse comunitarie ambientali (psicologia di comunità), allo scopo di creare un adeguato clima collaborativo e di gestione della conflittualità istituzionale.

All'interno degli Istituti Penitenziari, sono presenti servizi specialistici per la salute mentale e per le dipendenze patologiche dove, analogamente ai servizi territoriali, lo psicologo opera regolarmente ed attua interventi di analisi della domanda di aiuto, valutazione, sostegno e trattamento riabilitativo, in collaborazione con le altre professionalità esistenti.

Pertanto, lo psicologo, unitamente agli altri professionisti sanitari, è chiamato sia a svolgere le attività proprie del profilo professionale, come in precedenza richiamate, sia a concorrere, in misura particolarmente rilevante, ad attività finalizzate alla gestione di specifiche condizioni di disagio specifiche del contesto penitenziario. Tra queste rilevano, in particolare, le seguenti:

- la riduzione del rischio suicidario e/o dei comportamenti autolesivi, così come declinato dal "Piano Nazionale per la prevenzione delle condotte suicidarie nel sistema penitenziario per adulti" (Rep. Atti n. 81/CU del 27.07.2017) e dal "Piano nazionale per la prevenzione del



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

rischio autolesivo e suicidario nei servizi residenziali minorili del Dipartimento per la giustizia minorile e di comunità" (Rep. Atti n. 129/CU del 26.10.2017), sintonicamente a quanto raccomandato dall'OMS nel documento "La prevenzione del suicidio nelle carceri" del 2007; - la sperimentazione di un aggiornamento operativo delle sezioni ex art. 32 DPR 230/2000, di cui al paragrafo "Attività Integrate Trattamentali e Sanitarie per detenuti in condizione di rilevante disagio psicologico (Progetti Terapeutico Trattamentali Integrati)" del presente documento.

Quale riferimento tecnico-scientifico per le attività in parola viene valorizzata la Scheda di riferimento per la valutazione psicologica in ambito penitenziario, Allegato 4 al presente documento.



## F - Regolamentazione disciplinante l'utilizzo dell'ambulatorio e delle attrezzature mediche presenti negli Istituti penitenziari finalizzato all'erogazione di prestazioni sanitarie richieste da detenuti e internati paganti in proprio.

Il comma 12 dell'art. 1 del D.Lgs. n. 123 del 2 ottobre 2018 ha previsto che “*i detenuti e gli internati possono richiedere di essere visitati a proprie spese da un esercente di una professione sanitaria di loro fiducia*” nei locali sanitari all'interno degli istituti, “*previ accordi con l'Azienda sanitaria competente e nel rispetto delle indicazioni organizzative fornite dalla stessa*”. Le prestazioni sanitarie in parola sono inoltre soggette alla preventiva autorizzazione del “giudice che procede”<sup>47</sup>.

La richiamata disposizione della normativa primaria aggiorna la precedente previsione di cui all’art. 7 dell’Accordo sancito dalla Conferenza Unificata n.3 del 22/01/2015 (Rep. Atti n. 3/CU), che già prevedeva la concessione alle persone detenute o interne di esercitare il proprio diritto ad avvalersi, con propri oneri, di un medico di fiducia, per prestazioni sanitarie erogabili all’interno dell’Istituto Penitenziario ma diverse da quelle direttamente assicurate gratuitamente con il personale del Presidio sanitario penitenziario.

Attesa la complessiva responsabilità dell’assistenza sanitaria alla persona ristretta – che resta in capo alla ASL sede dell’istituto Penitenziario – con la presente regolamentazione si interviene in merito alla necessaria definizione delle modalità di rapporto tra il *medico di fiducia* e il SSR, e di utilizzo dei locali, beni strumentali e materiali.

Considerato, altresì, che il corrispettivo dovuto dalla persona detenuta o internata resta da definirsi nell’ambito del rapporto fiduciario tra paziente e professionista sanitario, essendo state abrogate le tariffe delle professioni regolamentate nel sistema ordinistico con il Decreto-Legge convertito con modificazioni dalla L. 24 marzo 2012, n. 27 (in S.O. n. 53, relativo alla G.U. 24/03/2012, n. 71), la presente regolamentazione definisce esclusivamente i costi di utilizzo risorse aziendali da parte di terzi a fini di cura dei detenuti o internati.

Sono a tal fine definiti i seguenti schemi di “*REGOLAMENTO* (Allegato 1) e *relativa CONVENZIONE tipo* (Allegato 2), disciplinanti l’utilizzo dell’ambulatorio e delle attrezzature mediche presenti negli Istituti penitenziari finalizzato all’erogazione di prestazioni sanitarie richieste da detenuti e internati paganti in proprio”.

Ogni ASL sede di istituto Penitenziario approva con idoneo atto e rende disponibile la richiamata regolamentazione in tutti i Presidi sanitari penitenziari di propria afferenza.

---

<sup>47</sup> “12. *I detenuti e gli internati, possono richiedere di essere visitati a proprie spese da un esercente di una professione sanitaria di loro fiducia. L'autorizzazione per gli imputati è data dal giudice che procede, e per gli imputati dopo la pronuncia della sentenza di primo grado, per i condannati e gli internati è data dal direttore dell'istituto. Con le medesime forme possono essere autorizzati trattamenti medici, chirurgici e terapeutici da effettuarsi a spese degli interessati da parte di sanitari e tecnici di fiducia nelle infermerie o nei reparti clinici e chirurgici all'interno degli istituti, previ accordi con l'azienda sanitaria competente e nel rispetto delle indicazioni organizzative fornite dalla stessa*”.



## G - Indirizzi e disposizioni per l'appropriata gestione delle condizioni di assegnazione e raggruppamento per motivi cautelare e di isolamento disciplinare.<sup>48</sup>

L'Amministrazione Penitenziaria e quella Sanitaria concorrono attivamente e sinergicamente a quanto contemplato dall'art. 27 della Costituzione Italiana, allorché dispone che “Le pene non possono consistere in trattamenti contrari al senso di umanità e devono tendere alla rieducazione del condannato”.

La privazione della libertà non può e non deve comportare la privazione di altri diritti fondamentali come quello alla salute o a condizioni di vita dignitose, perché questo porterebbe ad amplificare condizioni di disagio fisico e psichico.

Conformemente, la legge 26 luglio 1975, n. 354 (“Norme sull'ordinamento penitenziario e sulla esecuzione delle misure privative e limitative della libertà.”), all'art.1, dispone, quale principio direttivo: “il trattamento penitenziario deve essere conforme a umanità e deve assicurare il rispetto della dignità della persona (...)” che “è improntato ad assoluta imparzialità, senza discriminazioni in ordine a sesso, identità di genere, orientamento sessuale, razza, nazionalità, condizioni economiche e sociali, opinioni politiche e credenze religiose, e si conforma a modelli che favoriscono l'autonomia, la responsabilità, la socializzazione e l'integrazione (...), “tende, anche attraverso i contatti con l'ambiente esterno, al reinserimento sociale ed è attuato secondo un criterio di individualizzazione in rapporto alle specifiche condizioni degli interessati” Inoltre precisa che “ad ogni persona privata della libertà sono garantiti i diritti fondamentali; è vietata ogni violenza fisica e morale in suo danno”, che “negli istituti l'ordine e la disciplina sono mantenuti nel rispetto dei diritti delle persone private della libertà” e che “non possono essere adottate restrizioni non giustificabili con l'esigenza di mantenimento dell'ordine e della disciplina e, nei confronti degli imputati, non indispensabili a fini giudiziari.

In tale direzione si è mosso recentemente il Ministero della Giustizia che ha ricercato “*proposte per migliorare la qualità della vita delle persone recluse (...) senza dimenticare che la Costituzione ammette l'esistenza di una pluralità di pene e non tollera la spersonalizzazione del destinatario della misura*”<sup>49</sup>. Le indicazioni successivamente acquisite evidenziavano, tra l'altro, la necessità dell'aggiornamento del regime di sorveglianza particolare e della disciplina dell'assegnazione a sezioni separate (art. 32, D.P.R. 230/2000) al fine di assicurare che in nessun caso essere le predette sezioni siano adoperate per l'esecuzione di sanzioni disciplinari o comunque determinino in concreto un regime di isolamento, dovendo, invece, essere fondate su una speciale offerta trattamentale – multidisciplinare, intensificata e integrata con interventi sanitari – e prevedere una permanenza limitata nel tempo e rivalutata almeno bimestralmente.

Pienamente in linea con quanto sopra si situa la recente Circolare del Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria sul circuito della media sicurezza (prot n. 0276653 del 18.07.2022), nella parte in cui interviene specificamente sulla corretta e genuina applicazione dell'istituto dell'art. 32 del D.P.R. 230/2000 al fine di evitare distorsioni interpretative che possono, in taluni casi, tradursi in operatività distoniche con la *ratio* della norma stessa.

<sup>48</sup> Deliberato dall'Osservatorio permanente regionale nella seduta del 23 gennaio 2023.

<sup>49</sup> D.M. del 13.09.2021



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

Tanto premesso, al fine di evitare possibili faintendimenti operativi che possono denaturare disposizioni richiamate e di implementare modalità gestionali avanzate, si è ritenuto necessario proporre una sperimentazione operativa per le sezioni ex art. 32 DPR 230/2000, contestualmente specificando – e in parte aggiornando - in modo chiaro ed inequivocabile i singoli passaggi operativi che investono entrambe le amministrazioni, penitenziaria e sanitaria, circa la corretta applicazione dell’istituto dell’Esclusione dalla Attività Comuni (E.A.C.) di cui alla previsione ex art. 73 D.P.R. 230/2000.

Le indicazioni operative e le disposizioni di seguito richiamate o declinate, si fondano sul principio, costituzionalmente previsto, di umanizzazione della pena e della sua finalità rieducativa.

### **Attività Integrate Trattamentali e Sanitarie per detenuti in condizione di rilevante disagio psicologico (Progetti Terapeutico Trattamentali Integrati). Sperimentazione di un aggiornamento operativo delle sezioni ex art. 32 DPR 230/2000.**

Il tema della «contestualizzazione» è centrale nella comprensione e nell’organizzazione di una risposta efficace per quei 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 l’Amministrazione Penitenziaria e quella Sanitaria, sul modello degli interventi integrati sociali a rilevanza sanitaria.

Ci si riferisce, specificamente, a quelle condizioni individuali per le quali la recente Circolare del DAP sul circuito della media sicurezza (prot n. 0276653 del 18.07.2022) evidenzia la necessità di “*una presa in carico multidisciplinare, finalizzata al potenziamento del trattamento, 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*” e le configura come “***la parte più impegnativa dell’intervento penitenziario***”.

Il corretto inquadramento di queste particolari condizioni di bisogno presuppone, come esplicitato nella richiamata Circolare, una “*particolare ponderazione*” nella fase iniziale di valutazione e interpretazione “*rispetto ai comportamenti disforici e non conformi alle regole, spesso confusi con patologie della sfera psichica, non confermate dai dati oggettivi, quali gli esiti delle osservazioni ex art. 112 reg. esec., i quali escludono, nella maggior parte dei casi, situazioni patologiche*”. In questi casi, l’attribuzione di una condizione di patologia psichiatrica, oltre a costituire un grave errore interpretativo, determina inevitabilmente consequenziali errori operativi, non potendo risultare efficace, e anche legittimo, un trattamento specialistico psichiatrico.

In ambito regionale sono state nel tempo realizzate attività di valutazione dell’effettiva presenza di condizioni di patologia psichiatrica in ampie coorti di popolazioni detenute in Istituto Penitenziario. In esito alla verifica analitica di tutte le terapie psicofarmacologiche prescritte e assunte da 349 persone detenute, su un totale di presenze negli Istituti 1402 detenuti, è stata rilevata una condizione di effettiva patologia psichiatrica maggiore (psicotica o affettiva) – cioè diversa da condizioni transitorie e reattive di tipo ansioso che non indicano alcuna necessità di presa in carico da parte del servizio specialistico psichiatrico – solo in 216 casi, corrispondenti al 61,8% dei detenuti in trattamento psicofarmacologico e al 15,4% del totale dei detenuti presenti.



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

Sintomaticamente alle suindicate considerazioni ed evidenze, si ricorda che anche il “Piano Nazionale per la Prevenzione delle condotte suicidarie nel sistema penitenziario per adulti” (Rep. Atti n. 81/CU del 27.07.2017), quale premessa allo stesso, dichiara la “piena condivisione del complesso degli interventi da parte del Servizio Sanitario Nazionale e dell’Amministrazione della Giustizia, coerente con l’evidenza che i comportamenti e le scelte autolesive e suicidarie sono prevalentemente da inquadrare come eventi derivanti dalle comuni condizioni di vita e non necessariamente da condizioni di patologia, e rispetto ai quali le predette Amministrazioni concorrono in tutte le fasi degli interventi per le rispettive competenze”, ossia la necessità di “leggere” qualsivoglia comportamento distonico, innanzitutto, quale “sintomo” comunicativo portatore di una denuncia/disagio di uno stato che richiama la necessità di essere ascoltato e interpretato e non, invece, “ammutolito” con un’unica risposta sanitaria, quale “sintomo di malattia”.

In aggiunta alla predette evidenze inerenti alla definizione del corretto campo di intervento, la richiamata Circolare del DAP evidenzia, altresì, nella prospettiva della corretta e appropriata operatività, la necessità di assicurare “*analogia ponderazione rispetto alle ipotesi di trasferimento per motivi di opportunità e di sicurezza*”, rimarcando così l’inappropriatezza e l’inefficacia di interventi gestionali formali che determinano il trasferimento della persona problematica e non assicurano risposte adeguate ai bisogni espressi, **non** gestendo il problema ma trasferendolo insieme alla persona che ne è portatrice; coerentemente, evidenzia altresì, che dovranno essere garantite “*modalità di intervento integrato attivo, quali la graduale partecipazione alle attività presenti in Istituto*”, “*tenendo conto del carattere di temporaneità dell’assegnazione*” e della “*necessità di valutare periodicamente le persone ivi allocate*”, assicurandone la partecipazione alle attività “*anche unitamente alle persone appartenenti alle Sezioni ordinarie e a quelle a trattamento intensificato*”, e, pertanto, realizzando una gestione che prevenga ogni forma di separazione dalla complessiva popolazione dell’istituto.

La presa in carico dovrà essere, pertanto, multidisciplinare, e “*dovrà essere intensificata la presenza di operatori del trattamento (funzionari giuridico pedagogici, esperti ex art. 80, volontari, mediatori culturali), così come dovrà essere concordato con la struttura sanitaria un marcato contributo delle professionalità ad essa afferenti*”.

Le **sezioni ex art. 32 reg. esec.** sono identificate come ambiti penitenziari specificamente e appropriatamente organizzati per accogliere ed offrire risposte alle persone detenute con bisogni complessi, e devono garantire costantemente alcune essenziali condizioni:

- “*in nessun caso dovrà avversi commistione tra le persone allocate e quelle destinate a provvedimenti di isolamento disciplinare, non potendo condividersi alcuna assimilazione tra il regime di tali reparti e quello disciplinare*”<sup>50</sup>;
- l’inserimento delle persone detenute ha come precondizione la rilevazione di una condizione di bisogno complesso sociale a rilevanza sanitaria (cioè una presenza di bisogni sociali che può determinare ricadute negative sulla salute) e la valutazione integrata penitenziaria e sanitaria;
- la definizione di un Progetto individuale trattamentale e terapeutico (PTT);
- la temporaneità dell’inserimento, esplicitata nel PTT.

L’Osservatorio Permanente Regionale per la Sanità Penitenziaria condivide pienamente quanto declinato nella richiamata circolare a favore delle persone detenute da gestire con assegnazione alle Sezioni ex art 32 reg.esec., come nella stessa circolare e nelle

<sup>50</sup>Circolare del DAP sul circuito della media sicurezza (prot n. 0276653 del 18.07.2022).



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

considerazioni precedenti precisato, in particolare concordando sull'assunto che per comprendere il senso di un'azione/comportamento e studiare un percorso di trattamento realmente efficace, bisogna tenere conto della peculiarità e specificità del mondo intramurario, nel quale il comportamento, origina, si alimenta e si realizza.

Per le concrete implementazione della sperimentazione in parola, pertanto, si definiscono le seguenti azioni:

- 1) L'Amministrazione Penitenziaria, sentite le singole Direzioni Penitenziarie, avrà cura di comunicare all'Osservatorio, attraverso i propri rappresentanti, la disponibilità e/o la possibilità di programmare l'attivazione della sperimentazione di che trattasi in specifici Istituti. Le informazioni necessarie riguardano gli spazi allocativi che potranno essere (o sono già) destinati ad accogliere le persone detenute ex art. 32 reg. esec., chiaramente distinti dagli spazi destinati ad accogliere le persone detenute con provvedimenti disciplinari di E.A.C. con la modalità dell'isolamento. Le informazioni relative al personale disponibile – o che dovrà essere reso disponibile – per la specifica operatività, evidenziando l'attuale dotazione del singolo Istituto per tipologia di profilo professionale.
- 2) Il Servizio sanitario, attraverso i rappresentanti delle AASSLL, fornirà analoghe comunicazioni all'Osservatorio, sia per quanto relativo alla disponibilità a partecipare alla sperimentazione, sia per quanto relativo all'attuale dotazione di personale sanitario – disponibile allo stato ovvero che dovrà essere resa disponibile rispetto alla dotazione programmata - del singolo Istituto e per tipologia di profilo professionale sanitario.

Circa le modalità operative, si evidenziano di seguito le indicative procedure, precisando che le stesse sono del tutto preliminari e saranno successivamente definite in dettaglio, allorquando sarà disponibile la concreta programmazione dell'intervento.

Per ogni persona allocata in regime ex art. 32, a seguito di formale comunicazione dell'A.P. al Presidio Sanitario Penitenziario o viceversa, dovrà essere indetta una riunione del G.O.T.A. (Gruppo di Osservazione e Trattamento Allargato al servizio sanitario) – sollecitamente e indicativamente entro 96 ore dalla segnalazione, in caso di necessità – onde approntare un progetto individuale terapeutico e trattamentale integrato (P.T.T.) che vede coinvolte le professionalità sanitarie, sociali, trattamentali e penitenziarie; in ogni caso, indipendentemente da specifiche segnalazioni, il GOTA si riunirà con frequenza almeno mensile per la valutazione in itinere degli interventi.

L'obiettivo è quello di garantire l'istituzione di una sezione sperimentale specializzata ex art. 32 almeno presso un istituto penitenziario insistente sul territorio di ciascuna ASL regionale. Ai fini della realizzazione del P.T.T., si ritiene essenziale che ciascuna amministrazione (sanitaria e penitenziaria) proceda a dare piena evidenza di quanto segue:

1. Individuazione di professionisti che parteciperanno alle equipe multidisciplinari, (operatori sanitari, amministrazione penitenziaria, privato sociale, volontari ecc.) prevedendo la compartecipazione delle risorse territoriali (associazioni di volontario e di categoria, enti territoriali, pubbliche amministrazioni, istituti di formazione ecc);
2. Chiara definizione della storia individuale (personale; giuridica; clinica e sociale); delle criticità emergenti e degli obiettivi che si intendono perseguire a breve e medio termine con indicazione dei necessari momenti di valutazione e/o rivalutazione degli interventi;
3. Evidenza della piena condivisione del P.T.T. con la persona interessata;



4. Esplicitazione degli strumenti e della frequenza degli interventi posti in essere da ciascuna amministrazione ai fini della valutazione dei bisogni e del raggiungimento degli obiettivi. Entrambe le Amministrazioni avranno cura di provvedere alla condivisione delle necessarie informazioni per le finalità di cui sopra e nel rispetto del principio di minimizzazione dei dati, comunque in piena conformità alla vigente regolamentazione in tema di protezione e trattamento dei dati personali. Al riguardo, è necessario che le Amministrazioni, al termine dell'esecuzione della sanzione, condividano formalmente il riepilogo delle quotidiane attività svolte per il dovuto costante controllo sanitario e penitenziario. Indicativamente, l'avvio delle singole sperimentazioni è preventivabile entro il primo semestre del corrente anno.

## **La gestione delle condizioni sanzione disciplinare della esclusione dalle attività in comune (EAC).**

Si ha riguardo alla sanzione disciplinare indicata in oggetto, prevista dall'art. 39 della L. 26 luglio 1975, n. 354, compresi i casi di applicazione con la modalità dell'isolamento, evidenziando che trattasi di condizione che impegna specificamente il Servizio sanitario con attività diversificate, anche se tutte collocate *ex lege* tassativamente nelle fasi successive al provvedimento di adozione della sanzione, che resta nell'esclusiva competenza dell'Amministrazione Penitenziaria.

Con riferimento alla richiamata **fase di adozione della sanzione**, si ricorda che il Legislatore, con la riforma dell'Ordinamento Penitenziario del 2018<sup>51</sup>, ha escluso la partecipazione del medico – e di personale sanitario, in generale - al Consiglio di Disciplina, così definendo un percorso che sposta ogni valutazione in tema di salute dalla fase genetica della sanzione a quella distinta e successiva dell'esecuzione della sanzione. Pertanto, tutte le attività diversificate di che trattasi di competenza del Servizio sanitario presuppongono e hanno inizio a partire da un formale provvedimento di adozione della sanzione esclusione dalle attività in comune (EAC) e interessano sia l'avvio dell'esecuzione che il suo proseguimento. Si rileva che, un formale e motivato provvedimento è richiesto dalla normativa anche nei casi di adozione in via cautelare, in caso di assoluta urgenza e nelle more della convocazione del Consiglio di Disciplina<sup>52</sup>.

Con riferimento alla **fase di esecuzione della sanzione**, l'Ordinamento Penitenziario dispone che l'avvio dell'esecuzione possa aver luogo solo qualora la sanzione dell'EAC risulti certificata dal medico come sostenibile dal destinatario<sup>53</sup>. Pertanto, una valutazione e certificazione medica è condizione necessaria e deve esplicitare un parere, favorevole o non favorevole, riguardo alla sostenibilità da parte della persona interessata della sanzione adottata. Per la certificazione in parola, si evidenzia che una specifica **procedura informatica nel Sistema SMOP**, da utilizzare obbligatoriamente a partire dal giorno

<sup>51</sup> 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 Serie Generale n.250 del 26-10-2018 - Suppl. Ordinario n. 50).

<sup>52</sup> D.P.R. N. 230/2000, Art. 78, C. 1. (Provvedimenti disciplinari in via cautelare). In caso di assoluta urgenza, determinata dalla necessità di prevenire danni a persone o a cose, nonché l'insorgenza o la diffusione di disordini o in presenza di fatti di particolare gravità per la sicurezza e l'ordine dell'istituto, il direttore può disporre, in via cautelare, con provvedimento motivato, che il detenuto o l'internato, che abbia commesso una infrazione sanzionabile con la esclusione dalle attività in comune, permanga in una camera individuale, in attesa della convocazione del consiglio di disciplina.

<sup>53</sup> L. 26 luglio 1975, n. 354 , Art. 39 Sanzioni disciplinari. La sanzione della esclusione dalle attività in comune non può essere eseguita senza la certificazione scritta, rilasciata dal sanitario, attestante che il soggetto può sopportarla. Il soggetto escluso dalle attività in comune è sottoposto a costante controllo sanitario.



01.11.2022, è disponibile per tutti i servizi della rete regionale di sanità penitenziaria della Campania.

Nei casi di **certificazione non favorevole** circa la sostenibilità della sanzione, la stessa, ancorché disposta, non potrà essere eseguita fino a “*quando viene a cessare la causa che ne ha impedito l'esecuzione*”<sup>54</sup>, restando formalmente sospesa. Al riguardo si rappresenta l'opportunità di segnalare nella stessa certificazione l'eventuale sussistenza di condizioni ostative all'esecuzione della sanzione che hanno carattere di non transitorietà, prevenendo una formale reiterazione delle richieste che, sebbene del tutto legittima o anche doverosa, esiterebbe in aggravi inopportuni di attività da parte sia dell'Amministrazione Penitenziaria che del Servizio Sanitario.

Nell'opposto caso di **certificazione favorevole** alla sostenibilità della sanzione, al Servizio sanitario competono attività ulteriori, finalizzate a garantire che la condizione di sostenibilità inizialmente attestata permanga durante tutto il periodo di esecuzione.

Per quanto relativo alla richiamata espressione obbligatoria di parere, con certificazione medica, prima dell'eventuale esecuzione, nonché delle descritte attività di “costante controllo sanitario” durante l'esecuzione, si rappresenta che il Servizio sanitario dovrà svolgere adeguate valutazioni, non solo correlate alla configurazione della sanzione in parola quale fattore di rischio ricompreso nei Piani Nazionale, Regionale e Locali di Prevenzione del rischio suicidario, ma, più in generale, riferite alla complessiva tutela della salute della persona, nella prospettiva della prevenzione di potenziali condizioni di conseguenti patologie psico-fisiche.

Contestualmente all'**avvio dell'esecuzione della sanzione**, operativamente, al Servizio sanitario compete la garanzia di realizzare un “**costante controllo sanitario**” della persona sanzionata, ex art. 39 L. 354/1975 e ss.mm.ii.. Si evidenzia che la suddetta attività è prevista da realizzarsi, ai sensi del D.P.R. n. 230/2000<sup>55</sup>, “*con adeguati controlli giornalieri nel luogo di isolamento, da parte (...) di un medico*”, **con pari obbligazione per l'Amministrazione penitenziaria**, che deve garantire gli stessi controlli giornalieri da parte “*di un componente del gruppo di osservazione e trattamento*”, nonché la “*vigilanza continuativa ed adeguata da parte del personale del Corpo di Polizia penitenziaria*”.

Tuttavia, considerando che le disposizioni del D.P.R. n. 230/2000 non risultano ancora conformate all'Ordinamento Penitenziario, come riformato nel 2018, e che ogni attività sanitaria, in generale, risulta oggi da svolgersi, in conformità alla normativa primaria, con modalità non rigidamente predefinite – sia per la frequenza (per es., “quotidiana”) che per la specifica professionalità coinvolta (per es. “medico”) - ma modulate sull'appropriatezza clinica e con il ricorso alle diverse professionalità del Servizio sanitario, le attività dovute nei casi di applicazione della sanzione in parola (“*costante controllo sanitario*”), risultano adeguatamente assicurabili garantendo il dovuto *costante controllo sanitario* attraverso prestazioni quotidiane da realizzare, in via preferenziale, con visita medica e, in subordine, attraverso una valutazione da parte di altra professionalità sanitaria. Tutte le prestazioni sanitarie quotidiane – indipendentemente dalla specifica professionalità che le assicura (medico, infermiere, psicologo ecc.) – devono sempre essere adeguatamente registrate nella cartella clinica e/o nella cartella infermieristica. Al fine di assicurare il “*costante controllo sanitario*” durante l'esecuzione della sanzione, sarà definita e resa operativa presso ogni istituto penitenziario una **locale procedura, concordata formalmente tra il**

<sup>54</sup> Art. 80, D.P.R. N. 230/2000 (“Sospensione e condono delle sanzioni”).

<sup>55</sup> D.P.R. N. 230/2000, ART. 73, COMMA7. La situazione di isolamento dei detenuti e degli internati deve essere oggetto di particolare attenzione, con adeguati controlli giornalieri nel luogo di isolamento, da parte sia di un medico sia di un componente del gruppo di osservazione e trattamento, e con vigilanza continuativa ed adeguata da parte del personale del Corpo di polizia penitenziaria.



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

**Servizio sanitario e la Direzione dell'Istituto, che garantisca la comunicazione al Servizio sanitario, contestualmente all'avvio dell'esecuzione di ogni singola sanzione EAC, le informazioni relative alla sede di esecuzione e alla durata della sanzione.**

Attesa la particolarissima rilevanza delle attività in parola, l'attuazione locale di procedure e organizzazioni idonee ad assicurare una continua vigilanza sul puntuale rispetto delle normative richiamate è da assumersi non derogabile e decorrente con immediatezza.



## H - Relazioni sanitarie e certificazioni<sup>56</sup>.

### Procedure generali.

La presente regolamentazione – assunta a stralcio del complessivo aggiornamento delle modalità di collaborazione tra Servizio Sanitario e Amministrazione Penitenziaria (adulti e minori) – è inerente alle certificazioni da prodursi a cura del Servizio sanitario del singolo Istituto penitenziario per quanto strettamente relativo alle prestazioni di assistenza sanitaria, in conformità alla disciplina di riforma della medicina penitenziaria ex D.Lgv. n. 230/1999. Preliminarmente, al fine di apprestare soluzioni alle criticità rilevate in sede di Osservatorio permanente regionale per la sanità penitenziaria, prevalentemente determinate dal persistere di prassi abituali fondate sulla normativa precedente alla riforma e non più legittime, si provvede di seguito alle necessarie definizioni del campo di operatività.

- 1) Il Servizio sanitario del singolo Istituto penitenziario può e deve provvedere alle certificazioni sanitarie per la sola popolazione detenuta o internata, correlate direttamente al trasferimento delle funzioni e delle risorse per la tutela della loro salute e alla garanzia dei L.E.A.
- 2) Al medico del Servizio sanitario non sono più attribuite le funzioni di “Medico del Corpo” della Polizia Penitenziaria e, pertanto, non può svolgere a favore del personale della Polizia Penitenziaria attività sanitarie, comprese le certificazioni, in quanto non dovute e non legittime. Le sole eccezioni sono regolamentate dall’Accordo ai sensi dell’art. 9 del D.Lgs 28.8.1997 n. 281, approvato in Conferenza Unificata in data 29.10.2009 (Rep. Atti n. 51/CU), e successivamente dettagliate.
- 3) Tutte le certificazioni rilasciabili dal Servizio sanitario del singolo Istituto penitenziario sono informatizzate dal 01.11.2022 e prodotte attraverso il Sistema informativo SMOP di cui alla DGRC n. 18/2021. Il rilascio delle certificazioni in parola – che è attività elettiva e programmabile - presuppone una valida e motivata richiesta, a livello di singolo Istituto è necessario definire procedure di collaborazione tra la Direzione Penitenziaria e il locale Servizio sanitario che consentano di rendere disponibili per tempo al servizio sanitario le relative richieste. Sulla base delle esigenze che saranno rappresentate dai Servizi sanitari e dall’Amministrazione Penitenziaria, le procedure di certificazione già implementate saranno aggiornate o integrate nel sistema.
- 4) Le sole eccezioni al precedente punto, sono quelle collegate alle attività sanitarie specificamente previste dalla normativa (art. 2, comma 4, Accordo Conferenza Unificata Rep. Atti n. 3/CU del 22.01.2015) che di seguito si riporta: *“un’adeguata risposta di primo soccorso per la tempestiva stabilizzazione del paziente, tramite i servizi sanitari interni ed i servizi territoriali di emergenza-urgenza, cui seguia, ove occorra, l’invio immediato presso la struttura ospedaliera di riferimento territoriale”. Analogamente, esclusivamente in situazioni di emergenza-urgenza, viene garantita nei confronti delle persone comunque presenti all’interno dell’istituto penitenziario”. In nessun caso è configurabile una funzione di “Pronto Soccorso” in carcere”* In questi casi è comunque esclusa un’attività di certificazione – che resta nelle esclusive competenze delle Strutture e dei Servizi sanitari esterni all’istituto penitenziario, prima richiamati. Permane solo l’obbligazione per il Servizio sanitario dell’Istituto penitenziario di assicurare una diversa documentazione delle specifiche attività di *“primo soccorso”* svolte nelle *“situazioni di emergenza-urgenza”* da realizzarsi in forme interne al Servizio sanitario.

---

<sup>56</sup> Deliberato dall’Osservatorio permanente regionale nella seduta del 22 dicembre 2022.



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

- 5) In tutte le attività di che trattasi è da garantire una modalità operativa conforme al Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016 (REGOLAMENTO GENERALE SULLA PROTEZIONE DEI DATI), come declinato in ambito penitenziario con le procedure definite dall’Osservatorio permanente regionale per la sanità penitenziaria e formalizzate con DGRC n. 422/2019 e n. 82/2020.

## Procedure specifiche.

### **1. La certificazione di nulla osta per (qualunque tipo di) traduzione.**

La certificazione di nulla osta alla traduzione dovrà essere compilata dal medico del Servizio sanitario dell’istituto penitenziario dopo visita al detenuto, attraverso apposita procedura informatizzata nel sistema SMOP che comprende, tra l’altro, anche l’automatica definizione delle modalità di trasporto necessarie ovvero opportune sulla base delle condizioni sanitarie della persona, adottando tra quanto disponibile nella letteratura scientifica internazionale, la Classificazione di Eherenwerth.

Nella procedura informatica è altresì prevista la specificazione del livello di servizio sanitario idoneo a rispondere ai bisogni sanitari della persona detenuta o internata, secondo le tipologie di servizio definite con l’Accordo CU Rep. Atti n. 3/22.01.2015, attuato con DGRC n. 716/2016 per la Rete regionale di sanità penitenziaria della Campania (SMB, SSMPI-Sezioni sanitarie specializzate, SAI).

La procedura informatizzata consente di specificare la tipologia di motivazione (sanitaria, penitenziaria, giudiziaria), potendosi applicare per ogni possibile tipologia.

### **2. La certificazione di infortunio sul lavoro del personale (ASL e Amministrazione penitenziaria).**

Non sono comprese tra le certificazioni rilasciabili a cura del Servizio sanitario del singolo Istituto penitenziario quelle relative a infortunio sul lavoro (INAIL) del personale (ASL e Amministrazione penitenziaria). Il lavoratore, sia del Servizio sanitario che dell’Amministrazione penitenziaria, deve rivolgersi a tal fine al proprio Medico di Medicina Generale ovvero, a seconda dei casi, ad un Presidio Ospedaliero e ad altra Struttura sanitaria territoriale.

Restano in capo esclusivamente allo specifico Datore di lavoro ex D.lgs. n. 81/2008 (Dirigente delegato dal Direttore Generale della ASL, per il personale sanitario, e Direttore dell’Istituto, per il personale dell’Amministrazione penitenziaria) le obbligazioni successive alla comunicazione di infortunio da parte del lavoratore e alla trasmissione del certificato INAIL.

Tra i lavoratori di cui sopra non sono compresi i c.d. “*detenuti lavoranti*”, per i quali si rimanda allo specifico paragrafo.

### **3. La certificazione dello stato di malattia del c.d. “detenuto lavorante”.**

La certificazione dello stato di malattia del detenuto lavorante – non conseguente ad infortunio sul lavoro - sarà redatta dal medico del Servizio sanitario dell’istituto penitenziario, che provvederà ad inviare comunicazione all’Amministrazione penitenziaria, specificando esclusivamente la prognosi ed omettendo ogni altra informazione sanitaria (per es. diagnosi, terapie ecc.). Qualora il medico rilevi condizioni sanitarie che compromettano la facoltà di lavorare, nella segnalazione all’Amministrazione penitenziaria è integrata la richiesta di



provvedere alle successive attività proprie del Direttore dell'Istituto penitenziario, in qualità di datore di lavoro, con particolare riferimento alla valutazione dell'idoneità da farsi a cura del Medico Competente, se dovute.

La certificazione è redatta attraverso apposita procedura informatizzata nel sistema SMOP.

#### **4. Certificazione sulla compatibilità con il regime penitenziario della persona detenuta o internata per condizioni sanitarie.**

I certificati che esprimono parere in ordine alla compatibilità delle condizioni sanitarie della persona detenuta o internata con la detenzione in carcere sono obbligatoriamente da rilasciarsi a cura del Servizio sanitario dell'Istituto. Sebbene, più frequentemente, viene rilasciata riscontrando specifica richiesta dell'Autorità Giudiziaria, questa tipologia di certificazione sanitaria può anche essere prodotta direttamente dal Servizio sanitario e inviata all'Autorità Giudiziaria per proporre le valutazioni e determinazioni di competenza. La certificazione è redatta attraverso apposita procedura informatizzata nel sistema SMOP, dopo visita al detenuto e sulla base delle evidenze sanitarie relative a periodi adeguatamente estesi ovvero a patologie croniche o con prognosi di lunga durata, sono redatte da un medico del Servizio sanitario dell'Istituto, come documentalmente desumibili dallo studio della cartella clinica, e devono esplicitare indicazioni assistenziali extra-penitenziarie per le valutazioni dell'Autorità Giudiziaria.

#### **5. Certificazione art. 1, c. 3, Accordo CU Rep. Atti n. 3/22.01.2015.**

Con la stessa procedura informatica SMOP, sono altresì gestite quelle condizioni in cui, ai sensi dell'art. 1, comma 3 dell'Accordo Rep. Atti n. 3/Conferenza Unificata del 22.01.2015, la segnalazione con cui il *"Direttore Generale dell'Azienda sanitaria competente o suo delegato – su segnalazione del responsabile medico del servizio (sanitario dell'Istituto penitenziario, n.d.r.) – certifichi l'impossibilità di garantire le prestazioni diagnostiche e terapeutiche necessarie presso l'istituto penitenziario o comunque nel territorio dell'Azienda sanitaria competente"*. La specifica certificazione è rilasciata dal Medico referente dell'Istituto Penitenziario (in qualità di responsabile medico del servizio sanitario dell'Istituto penitenziario) nella forma di segnalazione della condizione in parola ed è inviata esclusivamente al Direttore Generale dell'Azienda sanitaria competente o suo delegato che, con atto separato, provvede alle successive valutazioni e consequenziali determinazioni.

#### **6. Certificazione di idoneità all'attività sportiva non agonistica e certificazione di idoneità all'attività sportiva ludico-motoria.**

La separazione tra l'attività sportiva non agonistica e quella ludico motoria è specificata nella Circolare recante "Linee guida di indirizzo in materia di certificati medici per l'attività sportiva non agonistica, licenziate nel Giugno 2015 dal Ministero della Salute.

Nella suddetta circolare si chiarisce che sono configurate come attività sportive non agonistiche solo quelle svolte da *"a) gli alunni che svolgono attività fisico-sportive organizzate dagli organi scolastici nell'ambito delle attività parascolastiche; b) coloro che svolgono attività organizzate dal CONI, da società sportive affiliate alle Federazioni sportive nazionali, alle Discipline associate, agli Enti di promozione sportiva riconosciuti dal CONI, che non siano considerati atleti agonistici ai sensi del D.M. 18 febbraio 1982"*.

Pertanto, le pertinenti attività svolte ordinariamente in ambito penitenziario, sebbene usualmente ed erroneamente qualificate come "sportive non agonistiche", sono attività di tipo ludico-motorio. Come specificato nella richiamata Circolare del Ministero della Salute,



per **attività sportiva ludico-motoria** si intende “l’attività praticata da soggetti non tesserati alle Federazioni nazionali sportive alle Discipline associate, agli Enti di promozione sportiva riconosciuti dal CONI, individuale o collettiva, non occasionale, finalizzata al raggiungimento e mantenimento del benessere psico-fisico della persona, non regolamentata da organismi sportivi, ivi compresa l’attività che il soggetto svolge in proprio”. Nella stessa Circolare Ministeriale è inoltre evidenziato che “*il legislatore, nel mese di agosto 2013, ha soppresso l’obbligo della certificazione per lo svolgimento dell’attività sportiva ludico-motoria*”. Pertanto, al di fuori delle attività appropriatamente qualificabili come sportive non agonistiche – per le quali sussiste l’obbligatorietà di una preventiva certificazioni di idoneità medica – **le attività sportive ordinariamente realizzate in ambito penitenziario sono di tipo ludico-motorio e non sottoposte all’obbligo di certificazione medica.**

## **7. Il referto medico obbligatorio in caso di lesioni per detenuti (art. 11, c. 7. L. 354/1975).**

Il referto medico in caso di lesioni rilevate nel corso di visita alla persona detenuta o internata è obbligatorio qualora il medico rilevi “*segni o indici che facciano apparire che la persona possa aver subito violenze o maltrattamenti*”. Il referto deve essere formulato esclusivamente verso tutte le persone detenute o interne presenti all’interno dell’istituto penitenziario ed indirizzato direttamente all’autorità giudiziaria. La certificazione è redatta attraverso apposita procedura informatizzata nel sistema SMOP.

In aggiunta al referto, con diverso e separato atto, il Servizio sanitario “*ne dà comunicazione al direttore dell’istituto e al magistrato di sorveglianza*”.

## **8. La certificazione medica necessaria per la richiesta di riconoscimento dell’invalidità civile della persona detenuta o internata.**

Per avviare il processo di accertamento dello stato di invalidità civile, l’interessato deve prima di tutto chiedere al proprio Medico di medicina Generale il rilascio del “Certificato medico anamnestico per le procedure di invalidità civile”.

In ambito penitenziario, il Servizio sanitario dell’istituto svolge tutte le prestazioni di Medicina Generale per le persone detenute o interne e, pertanto, provvede al rilascio della predetta certificazione. La certificazione è compresa nei L.E.A. ed è gratuita (Decreto ministeriale 12 gennaio 2017, di aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza, allegato 1), attività medico legali per finalità pubbliche, compresi gli «Accertamenti e attività certificativa medico legale nell’ambito della disabilità: accertamenti medico legali per il riconoscimento della invalidità, cecità e sordità civili; accertamenti medico legali ai fini del riconoscimento della condizione di handicap (legge n. 104/1992); accertamenti medico legali ai fini del collocamento mirato al lavoro delle persone con disabilità (ex legge n. 68/1999)». Per le attività in parola e per le eventuali richieste documentali del medico certificatore che interviene successivamente non è richiesto alcun compenso.

## **9. Le certificazioni rivolte alla polizia penitenziaria.**

Sono limitate alle prestazioni medico-legali in favore del Corpo di Polizia Penitenziaria, di cui all’Accordo ai sensi dell’art. 9 del D.Lgs 28.8.1997 n. 281, approvato in Conferenza Unificata in data 29.10.2009 (Rep. Atti n. 51/CU), erogate da parte del medico individuato di concerto tra la ASL e la Direzione dell’istituto Penitenziario, che specificamente si elencano: 1- richiesta alla Commissione medica ospedaliera territorialmente competente per l’accertamento delle condizioni di inidoneità al servizio, ai sensi dell’art. 15 del D.P.R.



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

29.10.2001, n. 461; 2- certificazioni relative a periodi di assenza dal servizio per temporanea inabilità causata da uno stato di malattia o convalescenza conseguente a causa di servizio. Le attività medico-legali in parola non sono gestite attraverso il Sistema informativo SMOP, le cui procedure sono limitate alla gestione ed al monitoraggio dell'assistenza sanitaria rivolta alle persone detenute o interne.

Ogni altra certificazione non è dovuta né consentita.

### **10. La certificazione di infortunio sul lavoro della persona detenuta o internata (INAIL).**

Le certificazioni rilasciabili a cura del Servizio sanitario del singolo Istituto penitenziario relative a infortunio sul lavoro sono dovute solo nei casi di detenuti o internati c.d. "lavoranti", per i quali è prevista l'assicurazione INAIL (Circolare Inail n. 2 del 10 gennaio 2020. *"Estensione della copertura assicurativa prevista dall'articolo 1, comma 312 della legge 28 dicembre 2015, n. 208 ai detenuti e agli internati impegnati in lavori di pubblica utilità ai sensi dell'articolo 20-ter della legge 26 luglio 1975, n. 354 a decorrere dall'anno 2020"*).

Il medico del Servizio sanitario dell'Istituto, nei casi di infortunio sul lavoro che non determini condizioni di emergenza urgenza e consequenziale necessità di trasferimento in Pronto Soccorso ospedaliero, rilascia una certificazione - comprensiva di dichiarazione della persona interessata di avvenuto infortunio, diagnosi e prognosi - e la invia al datore di lavoro per le successive attività di sua competenza.

Quando l'infortunio determina condizioni di emergenza urgenza che necessitano di trasferimento in Pronto Soccorso ospedaliero, la certificazione è rilasciata dal Servizio ospedaliero, non potendosi giustificare alcun ritardo nel trasferimento dell'infortunato per l'appropriata assistenza.

La certificazione è redatta secondo le procedure definite dall'INAIL.



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

## I - La riduzione del rischio suicidario: report delle attività svolte e aggiornamento delle principali indicazioni operative.

### Gli esiti delle attività dei Nuclei regionali.

Con DGRC n°134 del 13 Marzo 2018 è stato approvato il Piano regionale per la prevenzione delle condotte suicidarie negli Istituti penitenziari per adulti e per i minori, cui è seguita a livello di singolo Istituto la stesura dei Piani locali di Prevenzione.

Il livello regionale delle attività in parola è *costituito dall'Osservatorio Permanente Regionale per la Sanità Penitenziaria (ex DPCM del 01/04/2008)*, come in ultimo definito ed operativo ex DGRC n. 716/2016. Nell'ambito del predetto Osservatorio, conformemente alle previsioni del Piano nazionale, è operativo uno specifico **Nucleo Regionale** che fornisce le linee di indirizzo per i piani locali di prevenzione attraverso i seguenti prioritari incarichi:

- seguire e verificare la redazione e l'aggiornamento periodico dei Piani locali (oggetto dei protocolli locali tra Istituti penitenziari ed Aziende Sanitarie Locali rispettivamente competenti), validandoli prima della loro formale adozione con atto deliberativo;
- programmare la formazione degli operatori locali;
- pianificare le attività di audit clinico;
- raccogliere le prassi valutate più rispondenti agli obiettivi ed inviarle al livello centrale;
- svolgere o delegare azioni conoscitive e/o inchieste amministrative ritenute opportune o dovute.

Il Nucleo regionale è costituito da operatori individuati dalle Amministrazioni rappresentate in Osservatorio, come da verbali n. 03/2017, n. 1/2018 e n. 2/2018, con possibilità di ogni opportuna e/o successiva modifica e integrazione, e formalmente istituito con Decreto della Giunta Regionale (v. Decreto Dirigenziale Direzione generale tutela della salute e coordinamento SSR n° 20/2018). Per l'anno 2022 le attività svolte dal predetto Nucleo regionale sono sinteticamente riportate nella relativa Relazione annuale di attività, come recepita agli Atti dell'Osservatorio Permanente regionale. Tra le attività suddette, risulta continuativa quella di Monitoraggio degli Eventi critici con l'attiva partecipazione di tutti i Referenti locali (Amministrazione Sanitaria e penitenziaria) presso gli II.PP. In particolare, viene richiesto un approfondimento del livello di definizione degli eventi critici avvenuti nei quattro trimestri dell'anno considerato, in base alle indicazioni dell'Osservatorio regionale (nota prot. n°946109/2019). I risultati, comprensivi delle appropriate "ridefinizioni" di caso per motivazione suicidaria e adeguatezza del gesto, sono descritti di seguito (tab.1 e tab. 2).

Tab. 1 – Suicidi di persone detenute in carcere – anno 2022.

CAMPANIA Suicidi anno 2022												
Istituto	Gennaio	Febbraio	Marzo	Aprile	Maggio	Giugno	Luglio	Agosto	Settembre	Ottobre	Novembre	Dicembre
ARIANO IRPINO											1	
ARIENZO									1			
AVELLINO												
AVERSÀ												
BENEVENTO												
CARINOLA												
EBOLI												
LAURO												
NAPOLI POGGIOREALE								1				1
NAPOLI SECONDIGLIANO								1				
POZZUOLI												
SALERNO	1											
SANT'ANGELO DEI LOMBARDI												
SANTA MARIA CAPUA VETERE						1						
VALLO DELLA LUCANIA												
TOTALE	1	0	0	0	1	0	0	3	0	0	1	1
TOTALE GENERALE								7				



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

Negli istituti Penitenziari della Campania, per 4 (quattro) dei 7 (sette) eventi esitati in suicidio, già dalle prime ricostruzioni dell'accaduto, è risultato che la persona detenuta si trovasse allocata in stanza singola, talvolta sulla base di una richiesta personale (in 2 casi) oppure di indicazioni date dal Servizio sanitario (1 caso). In 1 (uno) dei casi di cui sopra, inoltre, il detenuto era stato recentemente trasferito da altro Istituto penitenziario.

**Tab. 2 – Eventi critici per corretta definizione di caso (mancato suicidio, tentato suicidio, tentato suicidio preterintenzionale, tentato suicidio strumentale) – anno 2022**

ASL	I.P.	Totale	Definiz. caso			
			++ (manc.s.)	+- (tent.s.)	-+ (preter.)	-- (strum.)
Av	Ariano Irp	9	0	0	0	9
	Avellino	10	0	10	0	0
	Lauro	0	0	0	0	0
	Sant'Angelo D.L.	8	0	1	0	7
Ce	Arienzo	1	0	0	0	1
	Aversa	11	3	3	0	5
	Carinola	9	0	0	1	8
	Santa Maria C.V.	54	17	2	0	35
Bn	Benevento	37	3	3	1	30
NA1c	Poggioreale	24	6	5	6	7
	Secondigliano	12	1	3	2	6
Na2n	Pozzuoli	11	0	1	1	9
Sa	Eboli	0	0	0	0	0
	Salerno	45	0	1	0	44
	Vallo della Lucania	1	0	0	0	1
		232				

Nel corso del 2023 il Nucleo regionale sta proseguendo la suddetta attività di monitoraggio, prevedendo e predisponendo le attività al fine di migliorarne i livelli di dettaglio, in particolare attraverso una rilevazione ed approfondimento dei concomitanti fattori di rischio, laddove possibile, aggregati per tipologia e sempre suddivisi per singolo Istituto e per ASL, come riportati nella seguente tabella.

**Tab. 3 – Integrazione qualitativa al monitoraggio regionale degli Eventi critici – anno 2023.**

Fattori di rischio			
Penitenziari	Giudiziari	Person./Famil.	Sanitari

Nello specifico e sulla base di quanto già evidenziato nei Piani Nazionale e Regionale, valutando la compresenza di elementi di rischio quali il fatto di essere alla prima esperienza di detenzione, il recente trasferimento da altre strutture, la allocazione in stanza singola, per molteplici motivi quali sanzione disciplinare con EAC, isolamento per motivi sanitari o di altra natura. Dalle informazioni più immediatamente rese disponibili risulta che in oltre il 50% dei casi sono compresenti i suddetti fattori di rischio, in particolare un isolamento "di fatto", dovuto a motivazioni di tipo disciplinare, sanitario oppure di altro genere. Da un livello preliminare di analisi quindi si rende evidente un trend in cui i suddetti fattori sono compresenti alla maggior parte dei casi (in 4 dei 7 decessi per una scelta suicidaria). I due altri casi non risultano associati agli stessi fattori di rischio, mentre in 1 caso (uno) non è stato possibile pervenire alle suddette informazioni, in quanto le stesse non si rendevano disponibili per motivazioni diversificate (impossibilità di accesso agli Atti, in quanto oggetto di indagini della A.G.). Quanto sopra, appare sostanzialmente confermato dai dati su base nazionale, relativi ai decessi per suicidio negli Istituti penitenziari italiani dall'inizio del 2023



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

ad oggi, raccolti da altra fonte, quale una rassegna di quanto riportato dai principali siti tematici di settore ([www.ristretti.it](http://www.ristretti.it)).

In primissima istanza si può considerare verosimile una sostanziale corrispondenza delle evidenze a livello regionale e nazionale.

Per un più generale inquadramento dei dati, sono riportate di seguito le informazioni sull'andamento degli eventi suicidi negli Istituti Penitenziari della Campania negli ultimi 5 anni, espressi in n. di suicidi ogni 1000 detenuti, al fine di consentire una valutazione che non sia condizionata dal variare del numero totale della popolazione detenuta nello specifico periodo.

**Tabella n. 4 – Tassi di suicidio per 1000 detenuti – periodo 2018-2023.**

Anno	N° suicidi	N° detenuti presenti al 31 dicembre*	Tasso x 1.000 detenuti
2018	10	7.660	1,3
2019	6	7.412	0,8
2020	9	6.403	1,4
2021	7	6.674	1,04
2022	7	6.756	1,04
2023*	2	6.994	0,57

(\*): per l'anno 2023, il tasso riportato è una proiezione annuale effettuata sulla base dei dati del 1° semestre 2023, valorizzando le presenze negli Istituti Penitenziari regionali al 30.06.2023.

**In merito ai provvedimenti di EAC,** e specificatamente per quanto relativo alla espressione obbligatoria di parere con certificazione medica della sostenibilità della sanzione, si rappresenta che il Servizio Sanitario dovrà svolgere adeguate valutazioni, non solo correlate alla possibile configurazione di quest'ultima sanzione quale fattore di rischio ricompreso nei Piani Nazionale, Regionale e Locali di Prevenzione delle condotte suicidarie, ma anche più in generale riferito alla tutela complessiva della salute della persona, in una prospettiva di prevenzione di potenziali condizioni di patologie psico-fisiche conseguenti.

Considerato che tra le suddette attività risulta di ulteriore rilevanza il “costante controllo sanitario” durante l’esecuzione della sanzione sarebbe da assicurare una locale procedura, concordata formalmente con la Direzione dell’Istituto, che garantisca la comunicazione al Servizio Sanitario del presidio, contestualmente all'avvio della esecuzione della sanzione EAC, e le informazioni più rilevanti (sede e durata) circa la sanzione stessa.

### **Aggiornamento e integrazione delle azioni comprese nei Piani regionale e locali.**

Sulla base delle risultanze del lavoro svolto, come più sopra posto in evidenza, le azioni comprese nei Piani regionale e locale sono integrate assicurando la massima attenzione agli aspetti di seguito richiamati:

- Potenziamento della preventiva valutazione, nella specifica prospettiva della riduzione del rischio suicidario, in tutti i casi di allocazione in stanza singola, anche derivanti da richiesta della persona ristretta o comunque diversi dall’isolamento disciplinare o sanitario.

Nel curare la puntuale e precisa osservanza di ogni singolo aspetto dei Piani regionale e locali, con particolare riferimento a quanto in essi indicato ai fini dell’approfondimento della conoscenza del detenuto, sia all’ingresso che in corso di detenzione, le Amministrazioni assicurano la rilevazione e valutazione di eventuali eventi occorsi nei periodi prossimi al cambiamento di allocazione, prestano specifica attenzione durante l’intera durata del suddetto “isolamento di fatto” intensificando



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

l'assistenza e la tutela della persona allocata in stanza singola con interventi da effettuare tenendo presenti le indicazioni derivanti dalle valutazioni congiunte, svolte tanto precedentemente quanto nel corso dell'allocazione in stanza singola.

- Uniforme disponibilità di peer-supporters, con realizzazione di corsi di formazione per le persone ristrette in ogni ASL, validamente condivise e sviluppate congiuntamente da entrambe le Amministrazioni (Sanitaria e Penitenziaria).

Il peer supporter è una figura di riferimento relazionale, un promotore del benessere, una persona con ruolo rassicurante, che contiene emotivamente. In questo caso il livello dell'attenzione va tenuto adeguatamente alto in quanto focalizzato soprattutto sulla prevenzione del rischio suicidario, sulla riduzione dell'aggressività e delle problematiche legate all'adattamento al contesto carcerario ed intendendo creare un sostegno concreto, volto a contrastare la tendenza all'isolamento dei detenuti particolarmente fragili. Uno dei principali vantaggi dell'Educazione tra pari risiede nel fatto che l'interazione avviene anche oltre il momento formativo organizzato e programmato, le interazioni del tutto informali che ciascun Educatore tra pari ha con i propri amici rappresentano occasioni preziose per ribadire i messaggi, modulandoli e contestualizzandoli "a misura" dell'altra persona.

Sulla base dei bisogni rilevati nei singoli Istituti Penitenziari, sono realizzati percorsi formativi adeguatamente strutturati e gestiti da persone competenti nel campo, mirati tanto al potenziamento del bagaglio informativo sulle tematiche, bersaglio del programma, quanto al rafforzamento di abilità trasversali, necessarie agli Educatori tra pari per sostenere l'interazione con i destinatari finali, stimolando la riflessione su credenze e atteggiamenti alla base dei comportamenti di cui si vuole promuovere il cambiamento. In coerenza con le azioni previste dal Piano regionale di Prevenzione delle condotte suicidarie e sulla base del confronto tra le due Amministrazioni interessate, sarà reso disponibile un documento di orientamento metodologico per gli operatori delle Amministrazioni sanitaria e penitenziaria, chiamati alla programmazione delle attività previste.

Con frequenza indicativamente annuale, il Servizio sanitario e la Direzione dell'Istituto Penitenziario valutano l'adeguatezza della disponibilità di detenuti formati alla specifica attività, con conseguente realizzazione di nuovi corsi di formazione, sia per adeguare il numero di persone formate, sia per garantire periodici aggiornamenti.



## L - Trattamento e protezione dati personali.

L'Amministrazione sanitaria è titolare della funzione sanitaria all'interno delle strutture penitenziarie, attivando tutti gli interventi idonei alla tutela della salute delle persone detenute e interne. Tali attività comportano, ex pluribus, l'acquisizione, il trattamento, la custodia e la successiva archiviazione dei dati personali dei soggetti detenuti/internati e, pertanto, debbono aver luogo nel rispetto del Regolamento UE 2016/679 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati, e del D. Lgs 101/2018 recante "Disposizioni per l'adeguamento della normativa nazionale alle disposizioni del regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 27 aprile 2016", emanato dal legislatore nazionale in conseguenza dell'entrata in vigore del Regolamento UE 679/2016 e della necessaria operazione di conseguente armonizzazione al nuovo impianto europeo delle disposizioni interne già in vigore in *sedes materiae*.

In conseguenza del trasferimento al Servizio Sanitario Nazionale delle funzioni sanitarie in materia di sanità penitenziaria stabilito dal DPCM 1° aprile 2008, ed in forza di quanto previsto dagli articoli 4, par. 7, 5, par. 2, e 24 del Regolamento UE 679/2016, l'Amministrazione sanitaria è Titolare dei dati personali e particolari dei soggetti privati della libertà personale e, in quanto tale, è tenuta all'adozione di misure atte a garantire proattivamente l'osservanza della normativa di settore nella sua interezza.

Tra le principali novità introdotte dal nuovo assetto normativo in materia di "Data protection", invero, figura la positivizzazione del principio di accountability (art. 5, p.2, Regolamento UE 679/2016) in forza del quale tutti i soggetti coinvolti nel trattamento di dati personali, in primis i Titolari dei dati, sono chiamati ad un approccio regolatorio non più "formale e reattivo" ma "sostanziale e pro-attivo", basato vale a dire sull'analisi del rischio e destinato quindi a concretizzarsi nell'adozione di comportamenti e prassi virtuose idonee a dimostrare la conformità del trattamento realizzato alle pertinenti norme.

In quest'ottica l'Amministrazione sanitaria, tenuto conto delle specifiche peculiarità dell'organizzazione penitenziaria nella quale si inserisce la funzione sanitaria di proprio esercizio e, dunque, delle fisiologiche interazioni fra funzioni proprie dell'organizzazione penitenziaria e funzioni sanitarie proprie delle Aziende Sanitarie Locali all'interno degli Istituti Penitenziari, nonché nei conseguenti rapporti con l'Autorità Giudiziaria ed Enti terzi, ha elaborato specifiche "Disposizioni generali per il corretto trattamento dei dati personali nelle attività di assistenza sanitaria a favore dei detenuti nell'ambito dei servizi di sanità penitenziaria", definite dall'Osservatorio permanente regionale per la sanità penitenziaria e formalizzate con DGRC n. 422/2019 e DGRC n. 82/2020.

Le predette disposizioni disciplinano l'intero processo di trattamento dei dati del paziente detenuto e/o interno, dal momento dell'acquisizione a quello dell'archiviazione/distruzione, e sono da intendersi quale declinazione diretta dei cogenti principi sanciti dal legislatore dell'Unione in materia di Data protection.

Ai fini dell' ulteriore potenziamento della ricercata sinergia operativa tra l'Area Sanitaria di competenza dell'Amministrazione sanitaria e le Aree del Trattamento e della Sicurezza di



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

competenza dell'Amministrazione Penitenziaria, è prevista, altresì, la possibilità di sottoscrizione di appositi protocolli decentrati tra le Direzioni della singola Asl e del singolo Istituto penitenziario, laddove le specificità locali rendano opportuna un'ulteriore declinazione delle predette disposizioni e a condizione che i protocolli medesimi siano compatibili con l'impianto contenutistico delle stesse e della normativa nazionale ed unionistica di riferimento.



## M - La sicurezza e la valutazione dei rischi.

A causa della sua peculiarità, il contesto penitenziario costituisce un ambiente complesso anche nella prospettiva della sicurezza dei lavoratori e della valutazione dei rischi. In primo luogo, per la tipologia delle persone presenti al suo interno, ossia i detenuti, ma anche per le numerose tipologie di persone che operano (a vario titolo) al loro interno:

- Detenuti: lavoranti e non lavoranti;
- Personale dell'Amministrazione penitenziaria: agenti di polizia penitenziaria, Personale amministrativo, personale dell'area trattamentale, (con differenti tipologie contrattuali);
- Personale dell'Amministrazione sanitaria (ASL), diversificato per profili professionali e tipologie contrattuali;
- Docenti del Ministero della Pubblica Istruzione;
- Personale religioso: Cappellani, ministri del culto, ecc.;
- Volontari;
- Magistrati, Avvocati, ecc.;
- Agenti appartenenti ad altre Forze dell'Ordine;
- Figli delle detenute fino ad un'età massima di 6 anni (solo in specifici Istituti).

Il D.P.C.M. 1° aprile 2008, in attuazione dell'art.2, comma 283, legge 24 dicembre 2007, n.244, ha stabilito le modalità, i criteri e le procedure per consentire il trasferimento di tutte le funzioni sanitarie svolte all'interno del circuito dell'Amministrazione Penitenziaria e della Giustizia Minorile alle competenze del Servizio Sanitario Nazionale. Al secondo comma dell'art. 4, è stato stabilito che i locali adibiti all'esercizio delle funzioni sanitarie, così come elencati in apposito inventario alla data del 31/12/2007 (redatto dal Ministero della giustizia e trasmesso alle singole regioni e da esse convalidato con apposito atto formale), fossero concessi in uso a titolo gratuito, per l'utilizzo da parte delle Aziende sanitarie locali del Servizio sanitario nazionale nel cui territorio sono ubicati gli istituti e i servizi penitenziari di riferimento, sulla base di apposite convenzioni stipulate secondo *schemi tipo* approvati in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano.

I locali adibiti ad uso sanitario ed elencati nei suddetti inventari, sono stati pertanto concessi in uso, a titolo gratuito, alle ASL competenti per territorio per lo svolgimento delle funzioni sanitarie. Il personale delle AASSLL è tenuto ad utilizzarli nel rispetto degli accordi e protocolli d'intesa sottoscritti dalla Regione e dal Provveditorato Regionale dell'Amministrazione Penitenziaria e, a livello territoriale, tra ASL e singolo Istituto penitenziario. Sono a carico del Ministero della Giustizia oneri relativi agli interventi di manutenzione ordinaria e straordinaria dei locali concessi in uso, alle utenze e al servizio di pulizia. Sono, invece, a carico delle AASSLL le spese per il servizio di sanificazione degli ambienti, per l'utenza telefonica e per il servizio di smaltimento dei rifiuti speciali, nocivi e tossici, prodotti nello svolgimento delle attività sanitarie.

In tema di sicurezza e valutazione dei rischi, la disciplina di riforma della medicina penitenziaria precisa che **"restano ferme le responsabilità ed i compiti attribuiti ai sensi del D. Lgs. 81/2008 in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro"**, determinando, pertanto, la **coesistenza di due datori di lavoro**, il Direttore dell'Istituto Penitenziario e quello dell'Azienda Sanitaria Locale, ciascuno per i lavoratori di rispettiva competenza che operano effettivamente negli stessi immobili, al netto della specificazione di locali concessi alla ASL.



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

Nel campo della tutela della salute e sicurezza sui luoghi di lavoro, tale contesto è stato impropriamente ricondotto al concetto di “interferenza” tra datori di lavoro, disciplinato dall’art. 26 del D. Lgs. 81/2008, che contempla il caso di affidamento di lavori, servizi e forniture all’impresa appaltatrice o a lavoratori autonomi all’interno di un’azienda o singola unità produttiva. La realizzazione di un’opera o l’organizzazione di un’attività lavorativa in un’impresa comporta infatti la progettazione e l’esecuzione di una serie di lavorazioni diverse anche nello stesso momento. La coesistenza all’interno di uno stesso contesto lavorativo e nello stesso momento di diverse tipologie di rischio viene denominata “rischio da interferenze”, la cui esistenza comporta l’attribuzione di obblighi specifici al Committente e al Datore di lavoro, che devono redigere il Documento Unico di Valutazione dei Rischi Interferenziali (DUVRI).

Diversamente, l’erogazione delle prestazioni sanitarie all’interno delle strutture penitenziarie non si configura come affidamento di un servizio, **non determinando le condizioni da gestire con l’adozione di un DUVRI**. Nel caso di specie, invece, il medesimo ambiente funge da luogo di lavoro per diversi dipendenti, i quali operano in modo del tutto autonomo ed al di fuori di un rapporto giuridicamente rilevante con l’altrui datore di lavoro per cui **in capo ad ognuno dei datori di lavoro sussiste l’obbligo della valutazione dei rischi e dell’elaborazione del DVR**.

Come riportato nella Sentenza n. 17119 del 24 aprile 2015 della Corte di Cassazione - Penale Sezione III - nel caso in cui, lavoratori dipendenti da datori di lavoro diversi e non legati tra loro da alcun rapporto di appalto, di somministrazione o comunque da altro rapporto giuridicamente rilevante operano in uno stesso luogo di lavoro, ciascun datore di lavoro è tenuto ad adempiere all’obbligo della valutazione dei rischi e della redazione del documento di valutazione dei rischi, obbligo che agli stessi rinviene nella loro qualità di datori di lavoro e che non è delegabile. Ove, all’esito dell’elaborazione del documento dovesse risultare situazioni di pericolo, ha aggiunto la stessa Corte, al datore di lavoro che non possa in altro modo intervenire per eliminarle non resta che impedire che in quei luoghi i propri dipendenti proseguano la loro attività lavorativa.

La contemporanea presenza di lavoratori dipendenti da altri datori di lavoro non vale quindi ad escludere i reciproci obblighi ma, semmai, ad implementare un maggior coordinamento. Pertanto, al fine di garantire la salute e la sicurezza delle lavoratrici e dei lavoratori negli istituti e nei servizi penitenziari, si rappresenta la duplice **necessità che ciascuno dei due datori di lavoro adotti il proprio DVR e lo condivida con l’altro**. La necessità della condivisione del DVR rappresenta una tra le molteplici opportunità di collaborazione interistituzionale e si concretizza nella **partecipazione delle seguenti informazioni minime**:

- l’organigramma del servizio di prevenzione e protezione;
- la descrizione del ciclo lavorativo;
- l’identificazione delle mansioni;
- la relazione sulla valutazione di tutti i rischi;
- il programma delle misure di prevenzione e protezione;
- il programma degli interventi migliorativi necessari.

La condivisione delle informazioni costitutive dei DVR non deve limitarsi ai datori di lavoro, ma riguardare anche i lavoratori (per il tramite dei Rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza RLS) che potrebbero ricevere con esso indicazioni utili per il corretto comportamento da adottare, qualora si trovassero a svolgere attività in locali di pertinenza dell’altro datore di lavoro.



## N – Autorizzazione e accreditamento istituzionale.

L'accreditamento dei servizi sanitari operanti all'interno degli Istituti Penitenziari dei locali in cui sono erogate le prestazioni sanitarie negli Istituti Penitenziari è un processo regolamentato specificamente dall'art. 3 dell'Accordo sancito dalla Conferenza Unificata il 22.01.2015, recepito dalla regione Campania con DGRC n. 716/2016.

I predetti servizi *"rimangono attivi e funzionanti fino alla emanazione dell'atto di autorizzazione ed accreditamento istituzionale"*.

I locali concessi in uso alle AASSLL ai fini dell'erogazione delle prestazioni sanitarie ai sensi del DPCM 1° aprile 2008 devono pertanto essere propedeuticamente interessati da attività di verifica del soddisfacimento dei requisiti previsti dalle normative sanitarie in funzione delle specifiche attività da realizzarsi (ambulatoriali, gabinetti specialistici, diagnostica ecc.).

A tal fine le AASSLL rilevano gli adeguamenti necessari e ne danno formale comunicazione alla Direzione dell'Istituto Penitenziario, cui compete la manutenzione ordinaria e straordinaria degli stessi – come già precedentemente prevista dall'Accordo della Conferenza Unificata del 29.04.2009 - per l'inserimento dei predetti interventi *"nel primo piano triennale utile di edilizia penitenziaria"*.

Si confermano le pertinenti indicazioni definite dall'Osservatorio permanente per la sanità penitenziaria il 20.09.2019 e formalizzate con note della Direzione Generale per la tutela della salute ed il coordinamento del SSR prot. n. 0402075/2019 e n. 0630286/2019. Pertanto le singole AA.SS.LL. provvedono a quanto di seguito evidenziato:

- verifiche periodiche sullo stato dei luoghi destinati allo svolgimento delle funzioni sanitarie all'interno degli Istituti Penitenziari e formulazione delle indicazioni per gli eventuali adeguamenti necessari all'Amministrazione Penitenziaria competente per la loro realizzazione, dandone altresì informazione ai livelli regionali (PRAP, CGM e Direzione Generale Tutela della Salute delle Regione Campania, Osservatorio permanente per la sanità penitenziaria);
- proposizione delle modifiche e/o integrazioni delle strutture disponibili ritenute necessarie per l'efficiente garanzia dei livelli essenziali di assistenza (LEA);
- possibilità di integrare i predetti adeguamenti essenziali con altre procedure, anche a totale carico delle singole AA.SS.LL., per realizzare interventi di adeguamento o di ottimizzazione specificamente connessi all'erogazione di definite prestazioni sanitarie;
- trasferimento all'Osservatorio della documentazione anzidetta, al fine dell'eventuale formulazione di indicazioni che tengano in considerazione le particolarità proprie del contesto penitenziario, fornendo precisazioni applicative specifiche rispetto alle previsioni della DGRC 7301/2001.

Sempre in conformità al richiamato Accordo della Conferenza Unificata del 22.01.2015, la formalizzazione delle procedure di autorizzazione ed accreditamento sarà possibile solo successivamente alla realizzazione, da parte dell'Amministrazione Penitenziaria (in attuazione del Piano triennale di edilizia penitenziaria) degli adeguamenti segnalati dalle AA.SS.LL..



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

## O - Allegati.



## **Allegato 1. REGOLAMENTO disciplinante l'utilizzo dell'ambulatorio e delle attrezzature mediche presenti negli Istituti penitenziari finalizzato all'erogazione di prestazioni sanitarie richieste da detenuti e internati paganti in proprio.**

### **Art. 1 - Principi Generali**

L'Azienda Sanitaria Locale \_\_\_\_\_, di seguito ASL, ha istituto, con Atto aziendale approvato dalla Regione Campania con DGRC n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_, la U.O. \_\_\_\_\_, deputata all'appropriato svolgimento delle funzioni sanitarie rivolte alle persone in regime di esecuzione penale e ai minori destinatari di provvedimenti penali.

Nel territorio della ASL insiste un'articolata rete di strutture destinate ad accogliere persone detenute o interne, che comprende le seguenti strutture penitenziarie \_\_\_\_\_, per ciascuna della quali è previsto un dedicato Presidio sanitario penitenziario, e 1a REMS definitiva di \_\_\_\_\_, ove, per il tramite della/e U.O. \_\_\_\_\_, sono messi in atto interventi di assistenza sanitaria in relazione alla condizione di salute dei detenuti.

Il comma 12 dell'art. 1 del D.Lgs. n. 123 del 2 ottobre 2018, prevede che i detenuti e gli internati possono richiedere di essere visitati a proprie spese da un esercente di una professione sanitaria di loro fiducia nelle infermerie o nei reparti clinici e chirurgici all'interno degli istituti, previo accordi con l'azienda sanitaria competente e nel rispetto delle indicazioni organizzative fornite dalla stessa.

La richiamata disposizione della normativa primaria aggiorna la precedente previsione di cui all'art. 7 dell'Accordo sancito dalla Conferenza Unificata n.3 del 22/01/2015 (Rep. Atti n. 3/CU), che già prevedeva la concessione alle persone detenute o interne di esercitare il proprio diritto ad avvalersi, con propri oneri, di un medico di fiducia, per prestazioni sanitarie erogabili all'interno dell'Istituto Penitenziario ma diverse da quelle direttamente assicurate gratuitamente con il personale del Presidio sanitario penitenziario.

### **Art. 2 - Premesse**

Possono essere autorizzati trattamenti medici, chirurgici e terapeutici da effettuarsi a spese degli interessati da parte di sanitari e tecnici di fiducia nelle infermerie o nei reparti clinici e chirurgici all'interno degli istituti, previ accordi con l'azienda sanitaria competente e nel rispetto delle indicazioni organizzative fornite dalla stessa.

L'autorizzazione per gli imputati è data dal giudice che procede, e per gli imputati dopo la pronuncia della sentenza di primo grado, per i condannati e gli internati è data dal direttore dell'istituto.

È compito della U.O. \_\_\_\_\_ fornire precise indicazioni organizzative in merito ai rapporti tra il medico di fiducia del detenuto/internato e il Presidio sanitario penitenziario, nonché i tempi e le modalità di utilizzo di locali, beni strumentali e materiali, oltre a garantire la vigilanza sulle attività poste in esecuzione delle stesse e previste dal presente Regolamento;

Le prestazioni sanitarie proposte dal medico di fiducia del detenuto/internato devono essere valutate dal Medico Referente di Istituto (MRI), deputato al coordinamento, programmazione e gestione delle complessive azioni sanitarie previste nell'Istituto Penitenziario, al fine di stabilirne l'appropriatezza anche ai fini della salute del detenuto cui è delegata l'ASL;

La valutazione positiva di cui al punto precedente è presupposto indispensabile per la sottoscrizione dello schema di Convenzione per l'utilizzo da parte di specialisti esterni degli ambulatori e delle attrezzature mediche presenti negli Istituti Penitenziari rientranti nella competenza territoriale aziendale, finalizzato all'erogazione di prestazioni sanitarie richieste da detenuti e internati paganti in proprio.

### **Art. 3 - Prestazioni**



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

Le prestazioni sanitarie che si possono espletare in un Istituto Penitenziario sono quelle normalmente rese dagli specialisti che già operano all'interno degli stessi per conto del SSR e - ove lo permetta la presenza di strumentazioni idonee - quelle previste nel DD n. 12 del 21/01/2020 e s.m.i. (Tariffario delle prestazioni ambulatoriali della Regione Campania).

### Art. 4 - Tariffe

Il corrispettivo dovuto dalla persona detenuta o internata resta da definirsi nell'ambito del rapporto fiduciario tra paziente e professionista sanitario, essendo state abrogate le tariffe delle professioni regolamentate nel sistema ordinistico con il Decreto-Legge convertito con modificazioni dalla L. 24 marzo 2012, n. 27 (in S.O. n. 53, relativo alla G.U. 24/03/2012, n. 71).

Il tariffario delle prestazioni ambulatoriali della Regione Campania in vigore rappresenta il primario riferimento per la valorizzazione delle prestazioni erogate dal medico di fiducia del detenuto.

Per la determinazione della percentuale che il professionista privato dovrà corrispondere alla ASL al fine dell'espletamento della prestazione si farà riferimento alla seguente schematizzazione:

Tipologia Prestazione	Tariffa %	Quota ASL %	Quota professionista %
Visita specialistica	100%	15	85
Chirurgia ambulatoriale	100%	20	80
Riabilitazione funzionale	100%	25	75
Diagnostica strumentale	100%	30	70

### Art. 5 – Rapporti tra il professionista esterno di fiducia del detenuto/internato e l’ASL.

Il professionista di fiducia del detenuto/internato dovrà trasmettere al Presidio sanitario penitenziario una richiesta contenente la/e prestazione/i che intende erogare, specificandone le motivazioni e le modalità operative, corredata dalle autorizzazioni giuridiche previste nelle premesse.

Il MRI, entro dieci giorni dalla ricezione della richiesta, si esprimerà sulla valutazione della/e proposta/e, secondo quanto previsto all'art.2;

Il professionista di fiducia che intende avvalersi di un'equipe dovrà inviare una comunicazione al Presidio sanitario penitenziario specificando il nominativo e la qualifica di ogni componente della stessa ed allegando le necessarie autorizzazioni previste;

I professionisti di fiducia non potranno erogare prestazioni a favore dei loro pazienti detenuti e/o internati senza la preventiva sottoscrizione dello schema di convenzione di cui al successivo art.6; Tutte le comunicazioni intercorrenti tra il professionista di fiducia del detenuto/internato e il Presidio sanitario penitenziario, dovranno essere inoltrate attraverso strumenti di comunicazione certificati (es. posta elettronica certificata, protocollo aziendale).

### Art. 6 - Schema-tipo di Convenzione

L'espletamento delle prestazioni sanitarie a favore dei pazienti detenuti/internati è subordinata alla stipula della *Convenzione per l'utilizzo da parte di specialisti esterni degli ambulatori e delle attrezzature mediche presenti negli Istituti Penitenziari rientranti nella competenza territoriale aziendale, finalizzato all'erogazione di prestazioni sanitarie richieste da detenuti e internati paganti in proprio* tra l'ASL ed il professionista esterno di fiducia del detenuto/internato, che stabilisce le modalità di accesso alle strutture, di erogazione delle prestazioni, nonché di utilizzo dei locali, beni strumentali e materiali e delle attrezzature mediche dell'ASL, il cui schema tipo è adottato con apposita deliberazione;



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

L'espletamento delle prestazioni erogate a seguito della stipula della Convenzione non comporterà alcun onere a carico dell'ASL, posto che il costo di dette prestazioni sono imputabili esclusivamente al richiedente;

La sottoscrizione della Convenzione non sostituisce eventuali ulteriori autorizzazioni previste dalla legge a carico dell'Autorità Giudiziaria.

**Art. 7 - Decorrenza**

Il presente regolamento entra in vigore entro 30 giorni dalla sua adozione e resta in vigore fino ad eventuali modifiche adottate ai sensi di legge.



**Allegato 2. CONVENZIONE per l'utilizzo da parte di specialisti esterni degli ambulatori e delle attrezzature mediche presenti negli Istituti Penitenziari rientranti nella competenza territoriale aziendale, finalizzato all'erogazione di prestazioni sanitarie richieste da detenuti e internati paganti in proprio.**

**TRA**

l'Azienda Sanitaria Locale \_\_\_\_\_, con sede legale in \_\_\_\_\_, alla Via/Piazza \_\_\_\_\_, Codice Fiscale / Partita IVA \_\_\_\_\_, legalmente rappresentata dal Direttore Generale \_\_\_\_\_ (ovvero delegato), domiciliato per la carica, ai fini del presente atto, presso la sede legale della stessa, nel seguito denominata per semplicità *ASL*;

**E**

Il Dott. \_\_\_\_\_, Codice Fiscale \_\_\_\_\_, residente in \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_), alla Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_, tel. \_\_\_\_\_, Pec \_\_\_\_\_, iscritto all'ordine professionale della Provincia di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al numero \_\_\_\_\_, professionista di fiducia del Sig. \_\_\_\_\_, Codice Fiscale \_\_\_\_\_, detenuto / internato presso \_\_\_\_\_, nel seguito denominato per semplicità *Professionista*;

**VISTO**

- L'art.32 della Costituzione che, nel riconoscere la salute quale diritto fondamentale dell'individuo, garantisce l'universalità, l'egualanza e l'equità di accesso alle prestazioni e ai servizi sanitari;
- Il D.Lgs.n.230 del 22/06/1999 (Riordino della medicina penitenziaria, a norma dell'articolo 5 della legge 30 novembre 1998, n° 419) che all'art.1 stabilisce che "*i detenuti e gli internati hanno diritto, al pari dei cittadini in stato di libertà, alla erogazione delle prestazioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, efficaci ed appropriate, sulla base degli obiettivi generali e speciali di salute e dei livelli essenziali e uniformi di assistenza*";
- Il D.P.C.M. 01/04/2008 che ha trasferito al Servizio Sanitario Nazionale tutte le funzioni sanitarie svolte dal Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria e dal Dipartimento della Giustizia Minorile del Ministero della Giustizia, stabilendo che la gestione e il controllo dei servizi sanitari fossero affidati alle Aziende Sanitarie Locali;
- La Legge n.354 del 26/07/1975 (Norme sull'ordinamento penitenziario e sulla esecuzione delle misure privative e limitative della libertà) e ss.mm.ii. che prevede all'art.11, co 12, che i detenuti e gli internati possono, a proprie spese, non solo richiedere di essere visitati da un esercente di una professione sanitaria di loro fiducia, ma altresì autorizzati a sottoporsi a trattamenti medici, chirurgici e terapeutici erogati da sanitari e tecnici di fiducia, utilizzando le infermerie e/o i reparti clinici e chirurgici interni agli Istituti;
- *Il Regolamento disciplinante l'utilizzo dell'ambulatorio e delle attrezzature mediche presenti negli Istituti penitenziari finalizzato all'erogazione di prestazioni sanitarie richieste da detenuti e internati paganti in proprio adottato con Deliberazione del Direttore Generale n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ nel seguito denominato per semplicità Regolamento;*

**PREMESSO**



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

- Che il *Professionista*, con comunicazione \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ ha trasmettere al Presidio sanitario penitenziario di \_\_\_\_\_ una richiesta contenente la/e seguente/i prestazione/i \_\_\_\_\_ (es. visite sanitarie, trattamenti medici, chirurgici, protesici e terapeutici) da erogare a favore del detenuto/internato;
- Che, con nota prot. n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_, il MRI del Presidio Sanitario Penitenziario di \_\_\_\_\_ ha espresso parere favorevole all'erogazione della/e suddetta/e prestazione/i in favore del Sig. \_\_\_\_\_, in quanto ritenuta/e appropriata/e alle condizioni cliniche del richiedente;
- Che l'A.G. ha fornito autorizzazione all'espletamento della/e suddetta/e prestazione/i con nota prot. n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_, a favore del Sig. \_\_\_\_\_, detenuto/internato presso l'Istituto Penitenziario di \_\_\_\_\_, che ha manifestato la volontà di sottoporvisi, a sue spese, ricorrendo al *Professionista* quale sanitario di propria fiducia;
- Che per l'esecuzione della/e suddetta/e prestazione/i è necessario utilizzare gli ambulatori sanitari e le attrezzature mediche presenti nel Presidio Sanitario Penitenziario di \_\_\_\_\_, di pertinenza dell'ASL;
- Che, con nota prot. n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_, il *Professionista* ha dichiarato:
  - di non avvalersi di un'equipe di supporto;
  - di avvalersi di un'equipe di supporto così costituita:

---

---

*indicare cognome, nome, codice fiscale e qualifica di ciascun componente*

Ritenendo la premessa parte integrante e sostanziale della presente convenzione

**SI CONVIENE E SI STIPULA QUANTO SEGUE**

**Art.1**

**(Oggetto della convenzione)**

L'ASL concede al *Professionista* l'utilizzo dell'ambulatorio di \_\_\_\_\_ e delle relative attrezzature mediche, di pertinenza del Presidio sanitario penitenziario, siti nei locali dell'Istituto Penitenziario di \_\_\_\_\_ affinché possa erogare le prestazioni riportate nelle premesse, richieste dal detenuto / internato pagante in proprio.

**Art.2**

**(Obblighi del *Professionista*)**

Il *Professionista* si obbliga:

- a) Ad utilizzare gli spazi e le attrezzature con ogni diligenza e a servirsene appropriatamente per l'uso cui sono destinati;
- b) A non cedere, neppure temporaneamente e a qualunque titolo, l'uso di detti spazi e attrezzature a terzi;
- c) Ad erogare esclusivamente la/e prestazione/i per la quale è stato autorizzato, riportate in premissa;
- d) Ad erogare la/e prestazione/i esclusivamente a favore del paziente individuato nella presente convenzione.



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

**Art.3**

**(Utilizzo delle attrezzature mediche)**

Il *Professionista* verifica il perfetto stato di funzionamento delle attrezzature di cui all'art.1 e si obbliga ad utilizzarle con ogni diligenza, a servirsiene appropriatamente per l'uso cui sono destinate e a non cederle, neppure temporaneamente e a nessun titolo.

**Art.4**

**(Modalità di svolgimento delle prestazioni)**

Il *Professionista* svolgerà la/e prestazione/i autorizzata/e nei giorni, nelle ore e con le modalità che saranno concordati con il Presidio sanitario penitenziario, al quale compete altresì la vigilanza sulla coerenza tra prestazioni erogate e autorizzate;

**Art.5**

**(Responsabilità e copertura assicurativa)**

Il *Professionista* si assume ogni responsabilità civile e penale per ogni eventuale danno derivante dall'uso dei beni oggetto della presente convenzione, anche sotto il profilo di quanto disposto dal D.Lgs.n.81/08 e ss.mm.ii. Il *Professionista* risponde anche degli eventuali danni arrecati dalla sua equipe.

Il *Professionista* è responsabile civilmente e penalmente dei danni arrecati al paziente nell'esercizio dell'attività medica. A tal fine dichiara di essere in possesso:

- a) di polizza assicurativa per responsabilità professionale n. \_\_\_\_\_ stipulata con l'Istituto Primario di Assicurazione \_\_\_\_\_ Agenzia di \_\_\_\_\_ con decorrenza \_\_\_\_\_ e scadenza \_\_\_\_\_;
- b) di polizza assicurativa per infortuni n. \_\_\_\_\_ stipulata con l'Istituto Primario di Assicurazione \_\_\_\_\_ Agenzia di \_\_\_\_\_ con decorrenza \_\_\_\_\_ e scadenza \_\_\_\_\_;

Il paziente che richiede, a pagamento, la/e prestazione/i in virtù del rapporto fiduciario con il *Professionista* non potrà rivalersi sull'*ASL* in conseguenza di fatto colposo, di errore o di omissione, commessi dal *Professionista* nell'esercizio dell'attività professionale. Il *Professionista* risponde anche degli eventuali danni arrecati dalla sua equipe.

**Art.6**

**(Corrispettivi dovuti)**

Il *Professionista* si impegna a corrispondere all'*ASL* la percentuale prevista dall'art. 4 del Regolamento, in base alla/e tariffa/e definita/e definite con il paziente per la/e seguente/i prestazione/i, quale rimborso spese per l'utilizzo dell'ambulatorio e delle relative attrezzature.

<b>Codice prestazione</b>	<b>Descrizione prestazione</b>	<b>Tariffa</b>	<b>IVA</b>	<b>Totale</b>

Il pagamento dovrà essere effettuato entro 30 giorni dalla presentazione della fattura emessa dall'*ASL*.

**Art.8**

**(Cause di risoluzione)**

L'*ASL* si riserva di risolvere con effetto immediato e senza preavviso la presente Convenzione nelle seguenti ipotesi:



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

- a) Qualora il *Professionista* utilizzi gli ambulatori e/o le attrezzature per scopi diversi da quelli dichiarati nella presente Convenzione;
- b) Qualora il *Professionista* consenta a terzi di utilizzare gli ambulatori e/o le attrezzature senza il preventivo consenso scritto dell'*ASL*;
- c) Qualora il *Professionista* eroghi prestazioni diverse da quelle preventivamente autorizzate;
- d) Qualora il *Professionista* eroghi prestazioni a favore di un paziente diverso da quello individuato nella presente Convenzione;

**Art. 9  
(Recesso)**

Ciascuna delle parti ha facoltà di recedere dalla presente Convenzione in qualsiasi momento mediante avviso scritto e motivato, da inviarsi tramite pec con almeno 15 giorni di preavviso.

**Art.10  
(Riservatezza dei dati)**

Le parti si impegnano a mantenere la riservatezza sui dati e documenti dei quali abbiano conoscenza, possesso e detenzione, direttamente connessi e derivanti dall'attività svolta, in ottemperanza a quanto disposto dal D. Lgs. 196/2003 e dal Regolamento UE 2016/679.

Il *Professionista* è responsabile dei danni cagionati ad altri in conseguenza di un illecito trattamento dei dati personali imputabili a sé stesso o alla sua equipe.

Il *Professionista*, qualora sia necessario per l'erogazione della/e prestazione/i, può consultare la cartella clinica del paziente nei modi e nelle forme stabilite dal "Regolamento di accesso agli atti e alla documentazione amministrativa" adottato dall'*ASL* con Delibera \_\_\_\_\_.

**Art.11  
(Durata)**

La presente Convenzione ha validità per il tempo strettamente necessario all'erogazione della/e prestazione/i pattuita/e.

**Art.12  
(Controversie)**

Per eventuali controversie che dovessero insorgere tra le parti in ordine all'applicazione della presente Convenzione, si rimanda alle norme del Codice Civile per l'individuazione del foro competente.

**Art.13  
(Spese)**

Tutte le spese conseguenti alla stipula della alla presente convenzione sono da intendersi a carico esclusivo del *Professionista*.

Letto, approvato e sottoscritto

L'ASL \_\_\_\_\_

Il Professionista

.....

.....



## Allegato 3. INTERVISTA di riferimento per la rilevazione dei bisogni di prevenzione vaccinale, stili di vita e aderenza ai programmi di screening nella popolazione detenuta.

Data di compilazione \_\_\_\_\_ Istituto penitenziario \_\_\_\_\_

### A. INFORMAZIONI SOCIO-ANAGRAFICHE E RELATIVE ALLO STATO DI DETENZIONE

A.1. Anno di nascita \_\_\_\_\_

A.2 Genere:  Maschio  Femmina

A.3. Nazionalità:  Italiana  Altro \_\_\_\_\_

A.4 Orientamento sessuale:  Eterosessuale  Omosessuale  Bisessuale  Altro \_\_\_\_\_

A.5 Stato civile:  Sposato/a /convivente  Altro \_\_\_\_\_

A.6 Figli:  No  Sì, quanti \_\_\_\_\_

A.7 Titolo di studio più elevato:

Licenza di scuola primaria  Licenza di scuola media  Licenza di scuola superiore

Diploma di laurea

A.8 Occupazione prima della detenzione:

In cerca di prima occupazione  disoccupato/a  Studente  impiegato/a  operaio

libero/a professionista  pensionato/a  altro \_\_\_\_\_

A.9 Prima detenzione:

Si (ha già trascorso in carcere anni \_\_\_\_\_ mesi \_\_\_\_\_)

No (ha avuto altre detenzioni e, in totale, ha già trascorso in carcere anni \_\_\_\_\_ mesi \_\_\_\_\_)

A.10 Svolge attività lavorativa in carcere:  No  Sì, quale \_\_\_\_\_

A.11 Allocazione:  cella singola  cella multipla

### B. INFORMAZIONI ANAMNESTICHE

B.1 Sono di seguite riportate una serie di patologie croniche e condizioni patologiche. Chiedere al partecipante: "Ha mai sofferto o soffre di una o più patologie croniche e/o condizioni patologiche?". Se la risposta è NO, andare alla sezione C, se la risposta è SI specificare quale/i".

Cardiopatie congenite o acquisite	<input type="checkbox"/>	Malattie polmonari croniche (fibrosi cistica, displasia polmonare, BPCO, asma severo)	<input type="checkbox"/>
Asplenia anatomica o funzionale o pazienti candidati a splenectomia	<input type="checkbox"/>	Immunodeficienze congenite associate a immunodepressione	<input type="checkbox"/>
Diabete	<input type="checkbox"/>	Malattie epatiche croniche gravi	<input type="checkbox"/>
HIV/AIDS	<input type="checkbox"/>	Neoplasie in trattamento chemioterapico	<input type="checkbox"/>
Insufficienza renale /surrenale cronica	<input type="checkbox"/>	Trapianto di organo\midollo	<input type="checkbox"/>
Insufficienza renale in dialisi	<input type="checkbox"/>	Altro, _____	<input type="checkbox"/>

### C. STILI DI VITA

Di seguito sono riportate alcune domande sull'abitudine al fumo, porre al partecipante le diverse domande seguendo i percorsi in grassetto.

C.1 Ha mai fumato almeno 100 sigarette nella sua vita? (100 sigarette = 5 pacchetti, non comprende sigarette elettroniche, sigari, ecc.)

no (vada alla domanda C.1.8)  si

C.1.2 Quando ha iniziato a fumare?

Prima della detenzione, \_\_\_\_\_ (chiedere in quale anno)

Durante la detenzione, \_\_\_\_\_ (chiedere in quale anno)

C.1.3 Negli ultimi sei mesi ha fumato sigarette?

No (vada alla domanda C.1.5)

Si, meno di 1 volta al giorno

Si, tutti i giorni n. \_\_\_ sigarette

C.1.4 Da quando ha cominciato a fumare, quante volte ha smesso per almeno 1 mese?

Mai (vada alla domanda 1.7)



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

\_\_\_\_ volte (vada alla domanda 1.7)

**C.1.5** In che anno ha smesso di fumare? \_\_\_\_\_

**C.1.6** Con quale frequenza fumava sigarette?

Meno di 1 volta al giorno

Tutti i giorni n. \_\_\_\_ sigarette

**C.1.7** Le hanno mai consigliato di smettere di fumare? (anche più di una risposta)

No

Sì, familiari/amici

Sì, un medico

Sì, altro (specificare) \_\_\_\_\_

**C.1.8** Fuma sigarette elettroniche?  No  Sì; se sì, quante al giorno? \_\_\_\_\_

Se il/la partecipante ha risposto di essere un attuale fumatore (se ha risposto "sì" alla domanda C.1.3) procedere con la domanda successiva altrimenti vada alla domanda C.2.

**C.1.9** Ha mai attuato interventi per smettere di fumare (es. terapia sostitutiva della nicotina tramite utilizzo di cerotti)?

No; se le fosse offerta la possibilità lo farebbe?  no  si

Sì, quale/i? \_\_\_\_\_

**Di seguito sono riportate domande sulle abitudini legate al consumo di alcol.**

**C.2** Con quale frequenza consuma bevande alcoliche (vino, birra, ecc.)?

Mai (vada alla domanda C.3)  Meno di una volta/una volta al mese  2-4 volte al mese  2-3 volte a settimana  4 o più volte a settimana  Tutti i giorni

**C.2.1** Nei giorni in cui beve, quante bevande alcoliche consuma in media?

1 o 2  3 o 4  5 o 6  7- 9  10 o più

**C.2.2** Con quale frequenza le è capitato di bere sei o più bicchieri di bevande alcoliche in un'unica occasione?  mai  meno di 1 volta al mese  1 volta al mese  1 volta a settimana  ogni giorno o quasi

**C.2.3** Quando ha iniziato a bere?

Prima della detenzione

Durante la detenzione

**C.2.4** Ha mai partecipato ad interventi per cercare di ridurre/smettere di bere bevande alcoliche (es. affidarsi a centro di recupero)?

No; se le fosse offerta la possibilità lo farebbe?  no  si

Sì, quale/i? \_\_\_\_\_

**Di seguito sono riportate domande sull'utilizzo di droghe. Per droga si intende qualsiasi sostanza, naturale o sintetica, che altera la coscienza o la percezione o l'umore, il cui consumo può portare a dipendenza fisica o psichica o a danni alla salute(es. marijuana, tranquillanti, eroina). Porre al partecipante le diverse domande seguendo i percorsi in grassetto.**

**C.3** Ha mai fatto uso di droghe?  No (vada alla domanda C.4)  Sì, ha mai fatto uso di droghe per via endovenosa?

No  Sì, quali? \_\_\_\_\_

**C.3.1** A che età ha iniziato a fare uso di droghe? \_\_\_\_\_

**C.3.2** Ha mai fatto uso di droghe fuori dal carcere?  No (vada alla domanda C.3.4)  Sì

**C.3.3** Quali fra queste sostanze ha assunto fuori dal carcere? (anche più di una risposta)

Marijuana e/o Cannabis  Amfetamina  Barbiturici e/o tranquillanti  Eroina  Morfina  LSD  Cocaina

Crack  Ecstasy  Altro (specificare) \_\_\_\_\_

**C.3.4** Ha mai fatto uso di droghe in carcere?  Si  No (vada alla domanda C.4)

**C.3.5** Quali fra queste sostanze ha assunto in carcere? (anche più di una risposta)

Marijuana e/o Cannabis  Amfetamina  Barbiturici e/o tranquillanti  Eroina  Morfina  LSD  Cocaina  Crack

Ecstasy  Altro (specificare) \_\_\_\_\_

**C.3.6** Ha mai attuato interventi per cercare di smettere di fare uso di sostanze stupefacenti (es. SERD)?

No; se le fosse offerta la possibilità lo farebbe?  no  si

Sì, quale? \_\_\_\_\_

**Di seguito sono riportate domande sull'attività fisica, porre al partecipante le diverse domande seguendo i percorsi in grassetto.**

**C.4** Negli ultimi 7 giorni, per quanti giorni ha compiuto attività fisiche intense, come ad esempio sollevamento di pesi, lavori pesanti, corsa o partite di calcio?

\_\_\_\_\_ giorni alla settimana  nemmeno uno (vada alla domanda C.4.2)

**C.4.1** Negli ultimi 7 giorni, quanto tempo in totale, ha trascorso compiendo attività fisiche intense? \_\_\_\_\_ minuti

**C.4.2** Negli ultimi 7 giorni, per quanti giorni ha compiuto attività fisiche moderate, come ad esempio trasporti di pesi leggeri, giri di campo, attività di palestra, lavori manuali prolungati? (non considerare le camminate)

\_\_\_\_\_ giorni alla settimana  nemmeno uno (vada alla domanda C.4.4)

**C.4.3** Negli ultimi 7 giorni, quanto tempo in totale, ha trascorso compiendo attività fisiche moderate? \_\_\_\_\_ minuti



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

**C.4.4** Negli ultimi 7 giorni, per quanti giorni ha camminato per almeno 10 minuti?  
\_\_\_\_\_ giorni alla settimana  nemmeno uno ([vada alla domanda C.4.7](#))

**C.4.5** Negli ultimi 7 giorni, per quanto tempo in totale ha camminato? \_\_\_\_\_ minuti

**C.4.6** A che passo ha camminato?

- Intenso (ha respirato ad un ritmo molto più elevato dl normale)
- Moderato ( ha respirato ad un ritmo solo moderatamente più elevato)
- Lento ( senza alcun cambiamento nel ritmo del respiro)

**C.4.7** Negli ultimi 7 giorni, quanto tempo in totale ha trascorso rimanendo seduto, durante una giornata? (incluso a tavola, davanti la TV, leggendo) \_\_\_\_\_ minuti

**C.4.8** Negli ultimi 7 giorni, quanto tempo in totale ha trascorso rimanendo seduto? \_\_\_\_\_ minuti

**Di seguito sono riportate domande sull'alimentazione.**

**C.5** Quanti pasti consumi giornalmente?  1  2  3  4  5   $\geq$  6

**C.5.1** Quante porzioni di questi alimenti consumi durante una giornata tipo?

	0	1	2	3	4	5	>5
Frutta e verdura (una porzione è rappresentata da due frutti di piccole dimensioni, un frutto di medie dimensioni, una tazza di succo appena spremuto) <b>NB: considera i contorni come mezza porzione ed escludi patate e legumi</b>	<input type="checkbox"/>						
60g di pasta/riso	<input type="checkbox"/>						
2 patate medio-piccole	<input type="checkbox"/>						
2-5 biscotti	<input type="checkbox"/>						
30g di cereali	<input type="checkbox"/>						
Un cucchiaino da dessert di olio/burro e margarina	<input type="checkbox"/>						
2 cucchiai da tavola di panna	<input type="checkbox"/>						
1 tazza di latte o 1 yogurt	<input type="checkbox"/>						
100-150g di carne	<input type="checkbox"/>						
100-150g di pesce	<input type="checkbox"/>						
100-150g di legumi	<input type="checkbox"/>						
2 fette sottili di formaggio	<input type="checkbox"/>						
1 uovo intero	<input type="checkbox"/>						
Bicchiere di acqua	<input type="checkbox"/>						

**C.5.2** Quante volte consumi dolci e snack come merendine, cioccolato, torte ecc.?

- Nessuna
- Occasionalmente
- almeno 1 volta al giorno
- 2-3 volte alla settimana
- 4-6 volte alla settimana

**Di seguito sono riportate domande sui fattori di rischio per le infezioni a trasmissione parenterale.**

**C.6** Ha tatuaggi?  No  Si, quando ha effettuato l'ultimo? \_\_\_\_\_ (indicare mesi)

**C.7** Durante lo scorso anno con quanti partners ha avuto rapporti sessuali completi (con penetrazione)?

- Non ho mai avuto rapporti sessuali
- Numero di partners: \_\_\_\_\_ di sesso femminile, \_\_\_\_\_ di sesso maschile

**C.8** Durante lo scorso anno ha avuto rapporti sessuali occasionali?

- No
- Si, ha utilizzato il profilattico?  sempre  occasionalmente  mai

**C.9** Negli ultimi 6 mesi ha effettuato un trattamento odontoiatrico?  Si  No

**C.10** Negli ultimi 6 mesi ha avuto interventi chirurgici (compresa piccola chirurgia)?

- Si, quale? \_\_\_\_\_ ;  ambulatoriale  con ricovero

- No

**C.11** Negli ultimi 6 mesi è stato ospedalizzato (incluso day hospital)?

- Si, in quale reparto? \_\_\_\_\_

- No



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

**D. ANAMNESI VACCINALE**

**D.1** È stato informato, al momento del suo arrivo in carcere, quali sono le vaccinazioni per le quali lei è eleggibile?  Si  No

**D.2** Sono di seguito riportati una serie di vaccini. Innanzitutto, individuate e barrate con una X quelli per i quali il soggetto è eleggibile per età, specifiche condizioni di salute individuate nella domanda B e in base alle raccomandazioni del calendario vaccinale. Una volta completate queste valutazioni, chiedere al partecipante: "Ha mai effettuato la vaccinazione anti-.....?" specificando se all'interno o all'esterno del carcere.

<input type="checkbox"/> DTPa	<input type="checkbox"/> HAV	<input type="checkbox"/> HBV	<input type="checkbox"/> HPV	<input type="checkbox"/> Meningococco ACW135Y	<input type="checkbox"/> Meningococco B
<input type="checkbox"/> Si, in carcere; (indicare quando ha effettuato l'ultima dose di richiamo) _____ <input type="checkbox"/> Si, fuori dal carcere; (indicare quando ha effettuato l'ultima dose di richiamo) _____ <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non ricordo	<input type="checkbox"/> SI, in carcere <input type="checkbox"/> Si, fuori dal carcere <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non ricordo	<input type="checkbox"/> Si, in carcere <input type="checkbox"/> Si, fuori dal carcere <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non ricordo	<input type="checkbox"/> Si, in carcere; quante dosi? _____ <input type="checkbox"/> Si, fuori dal carcere; quante dosi? _____ <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non ricordo	<input type="checkbox"/> Si, in carcere <input type="checkbox"/> Si, fuori dal carcere <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non ricordo	<input type="checkbox"/> Si, in carcere <input type="checkbox"/> Si, fuori dal carcere <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non ricordo
<input type="checkbox"/> MPRV	<input type="checkbox"/> Pneumococco	<input type="checkbox"/> Herpes-zoster	<input type="checkbox"/> Influenza	<input type="checkbox"/> Altro, (_____)	<input type="checkbox"/> Non eleggibile per alcun vaccino <u>(vada alla sezione E)</u>
<input type="checkbox"/> Si, in carcere <input type="checkbox"/> Si, fuori dal carcere <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non ricordo	<input type="checkbox"/> Si, in carcere <input type="checkbox"/> Si, fuori dal carcere <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non ricordo	<input type="checkbox"/> Si, in carcere <input type="checkbox"/> Si, fuori dal carcere <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non ricordo	<input type="checkbox"/> Si, in carcere <input type="checkbox"/> Si, fuori dal carcere <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non ricordo	<input type="checkbox"/> Si, in carcere <input type="checkbox"/> Si, fuori dal carcere <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Non ricordo	

**D.3** Per ognuna delle vaccinazioni effettuate o non effettuate, chiedere al partecipante: "Perché si è/non si è vaccinato per...?"

Vaccinazione .....	
Si, perché? (anche più di una risposta)	No, perché? (anche più di una risposta)
<input type="checkbox"/> Riduce il rischio di infezione	<input type="checkbox"/> Non la ritengo una vaccinazione utile
<input type="checkbox"/> Ritengo che il vaccino sia sicuro	<input type="checkbox"/> Ritengo che il vaccino sia pericoloso
<input type="checkbox"/> Ritengo che il vaccino sia efficace	<input type="checkbox"/> Ritengo che il vaccino non sia efficace
<input type="checkbox"/> Mi sento a rischio	<input type="checkbox"/> Non mi sento a rischio
<input type="checkbox"/> Mi è stata consigliata dal medico	<input type="checkbox"/> Mi è stata sconsigliata dal medico
<input type="checkbox"/> Sono favorevole alle vaccinazioni	<input type="checkbox"/> Non sono favorevole alle vaccinazioni
<input type="checkbox"/> Mi è stata offerta la possibilità di farlo in carcere	<input type="checkbox"/> Non mi è stata offerta la possibilità di effettuare la vaccinazione in carcere
<input type="checkbox"/> Mi fido delle Istituzioni	<input type="checkbox"/> Non mi fido delle Istituzioni
<input type="checkbox"/> Facilità ad accedere al centro vaccinale	<input type="checkbox"/> Difficoltà ad accedere al centro vaccinale
<input type="checkbox"/> Perché è gratis	<input type="checkbox"/> Per i costi a mio carico
<input type="checkbox"/> Reazioni avverse di lieve entità	<input type="checkbox"/> Precedenti reazioni avverse alle vaccinazioni
<input type="checkbox"/> Altro, _____	<input type="checkbox"/> Altro, _____



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

**Per ognuna risposta NO, chiedere al partecipante “Si vaccinerebbe se le fosse offerta la vaccinazione in carcere?”**

<input type="checkbox"/> Si, perché? ( <i>anche più di una risposta</i> )	<input type="checkbox"/> No, perché? ( <i>anche più di una risposta</i> )
<input type="checkbox"/> Riduce il rischio di infezione	<input type="checkbox"/> Non la ritengo una vaccinazione utile
<input type="checkbox"/> Ritengo che il vaccino sia sicuro	<input type="checkbox"/> Ritengo che il vaccino sia pericoloso
<input type="checkbox"/> Ritengo che il vaccino sia efficace	<input type="checkbox"/> Ritengo che il vaccino non sia efficace
<input type="checkbox"/> Mi sento a rischio	<input type="checkbox"/> Non mi sento a rischio
<input type="checkbox"/> Mi è stata consigliata dal medico	<input type="checkbox"/> Mi è stata sconsigliata dal medico
<input type="checkbox"/> Sono favorevole alle vaccinazioni	<input type="checkbox"/> Non sono favorevole alle vaccinazioni
<input type="checkbox"/> Mi fido delle Istituzioni	<input type="checkbox"/> Non mi fido delle Istituzioni
<input type="checkbox"/> Perché è gratis	<input type="checkbox"/> Per i costi a mio carico
<input type="checkbox"/> Reazioni avverse di lieve entità	<input type="checkbox"/> Precedenti reazioni avverse alle vaccinazioni
<input type="checkbox"/> Altro, _____	<input type="checkbox"/> Altro, _____



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

### E. PARTECIPAZIONE AD ATTIVITA' DI SCREENING

Di seguito sono riportate domande riservate solo alle DONNE, se il partecipante è uomo andare alla domanda E.5. Individuate per quale attività di screening il soggetto è eleggibile per età (attraverso la domanda A.1) e poi proseguite con le domande. Se l'intervistato non è eleggibile per età andate alla sezione F.

Sono di seguito riportate una serie di attività di screening. Prima di chiederle se ha eseguito o meno l'esame, le leggerò una breve descrizione dell'esame di riferimento. (N.B.: rispondere per ciascun esame)

**E.1 La mammografia** è una radiografia che serve per individuare il tumore al seno, offerta gratuitamente alle donne tra i 50 e i 69 anni ogni 2 anni. Lei l'ha mai fatta?

**No, perché? (anche più di una risposta)**

- non me l'hanno consigliato
- non ho problemi di salute
- mancanza di tempo
- lista d'attesa lunga
- paura di scoprire la malattia
- paura del dolore
- altro, (specificare) \_\_\_\_\_

(vada direttamente alla domanda E.1.2)

**Non ricordo (vada direttamente alla domanda E.1.2)**

**Si, perché? (anche più di una risposta)**

- per segni e sintomi, (specificare) \_\_\_\_\_
- per controllo:  volontariamente(es. privato)  
 campagna di screening

↓

Dove?

- fuori dal carcere
- all'interno del carcere

Quando?

nell'ultimo anno  2 anni fa  3 anni fa  4 anni fa

≥ 5 anni fa

**E.1.3 L'HPV DNA-test** è un prelievo di cellule dell'utero che serve ad individuare il **Papilloma Virus**, offerto gratuitamente alle donne tra i 30-35 anni e i 64 anni ogni 5 anni. Lei lo ha mai fatto?

**No, perché? (anche più di una risposta)**

- non me l'hanno consigliato
- non ho problemi di salute
- mancanza di tempo
- lista d'attesa lunga
- paura di scoprire la malattia
- paura del dolore
- altro, (specificare) \_\_\_\_\_

(vada alla direttamente alla domanda E.2)

**Non ricordo (vada alla direttamente alla domanda E.2)**

**Si, perché? (anche più di una risposta)**

- per segni e sintomi, (specificare) \_\_\_\_\_
- per controllo:  volontariamente(es. privato)  
 campagna di screening

↓

Dove?

- fuori dal carcere
- all'interno del carcere

**E.1.2 Il Pap-test** è un prelievo di cellule dall'utero che serve per individuare il tumore della cervice uterina, offerto gratuitamente alle donne tra i 25 e i 64 anni ogni 3 anni. Lei lo ha mai fatto?

**No, perché? (anche più di una risposta)**

- non me l'hanno consigliato
- non ho problemi di salute
- mancanza di tempo
- lista d'attesa lunga
- paura di scoprire la malattia
- paura del dolore
- altro, (specificare) \_\_\_\_\_

(vada direttamente alla domanda E.1.3)

**Non ricordo (vada direttamente alla domanda E.1.3)**

**Si, perché? (anche più di una risposta)**

- per segni e sintomi, (specificare) \_\_\_\_\_
- per controllo:  volontariamente(es. privato)  
 campagna di screening

↓

Dove?

- fuori dal carcere
- all'interno del carcere

Quando?

nell'ultimo anno  2 anni fa  3 anni fa  4 anni fa

≥ 5 anni fa



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

Quando?
<input type="checkbox"/> nell'ultimo anno <input type="checkbox"/> 2 anni fa <input type="checkbox"/> 3 anni fa <input type="checkbox"/> 4 anni fa <input type="checkbox"/> ≥ 5 anni fa

**E.2** Durante la detenzione, le è stato proposto di partecipare ad attività di screening oncologico con mammografia per la prevenzione del cancro della mammella?  No  Sì; se sì, ha partecipato?

<input type="checkbox"/> No, perché?	<input type="checkbox"/> Sì, perché?
<input type="checkbox"/> non ho problemi di salute	<input type="checkbox"/> ho storia familiare di tumore
<input type="checkbox"/> non mi sento a rischio	<input type="checkbox"/> mi sento a rischio
<input type="checkbox"/> paura di scoprire la malattia	<input type="checkbox"/> per prevenzione
<input type="checkbox"/> non ho l'età giusta per farlo	<input type="checkbox"/> perché essendo in carcere era di facile accesso
<input type="checkbox"/> paura del dolore	<input type="checkbox"/> altro, (specificare) _____
<input type="checkbox"/> per forma di protesta	Quando ha eseguito l'ultima? _____
<input type="checkbox"/> altro,(specificare) _____	

**E.3** Durante la detenzione, le è stato proposto di partecipare ad attività di screening oncologico con PAP test/HPV DNA-test per la prevenzione del cancro della cervice uterina ?  No  Sì ; se sì, ha partecipato?

<input type="checkbox"/> No, perché?	<input type="checkbox"/> Sì, perché?
<input type="checkbox"/> non ho problemi di salute	<input type="checkbox"/> ho storia familiare di tumore
<input type="checkbox"/> non mi sento a rischio	<input type="checkbox"/> mi sento a rischio
<input type="checkbox"/> paura di scoprire la malattia	<input type="checkbox"/> per prevenzione
<input type="checkbox"/> non ho l'età giusta per farlo	<input type="checkbox"/> perché essendo in carcere era di facile accesso
<input type="checkbox"/> paura del dolore	<input type="checkbox"/> altro, (specificare) _____
<input type="checkbox"/> per forma di protesta	Quando ha eseguito l'ultima? _____
<input type="checkbox"/> sono vaccinata contro l'HPV	
<input type="checkbox"/> altro,(specificare) _____	

**Se la partecipante ha risposto “SI” alle domande E.2 ed E.3 passare alla domanda E.5.**

**E.4** Se le fosse offerta la possibilità di eseguire gli esami di screening all'interno del carcere, li farebbe?

- No (specificare motivo \_\_\_\_\_)  Si, quali?  Mammografia  Pap-test  
 DNA HPV-test  Altro, (specificare \_\_\_\_\_)

**E. Di seguito sono riportate domande per DONNE e UOMINI. Individuate per quale attività di screening il soggetto è eleggibile per età ( attraverso la domanda A.1) e poi proseguite con le domande. Se l'intervistato non è eleggibile per età andate alla domanda E.7.**

Sono di seguito riportate una serie di attività di screening. Prima di chiederle se ha eseguito o meno l'esame, le leggerò breve descrizione dell'esame di riferimento. (N.B.: rispondere per ciascun esame)

<b>F.1 Il test del sangue occulto nelle feci(SOF)</b> (tramite kit da usare a casa) serve a determinare la presenza di sangue nelle feci ed è offerto gratuitamente alle persone tra i 50 e i 69 anni ogni 2 anni. Lei lo ha mai fatto? <input type="checkbox"/> No, perché? (anche più di una risposta) <input type="checkbox"/> non me l'hanno consigliato <input type="checkbox"/> non ho problemi di salute <input type="checkbox"/> mancanza di tempo <input type="checkbox"/> lista d'attesa lunga <input type="checkbox"/> paura di scoprire la malattia	<b>F.1.2</b> In caso di positività all'esame SOF è indicato fare la <b>colonoscopia</b> , un esame endoscopico con cui è possibile esaminare l'intero colon retto. Lei lo ha mai fatto? <input type="checkbox"/> No, perché? (anche più di una risposta) <input type="checkbox"/> non me l'hanno consigliato <input type="checkbox"/> non ho problemi di salute <input type="checkbox"/> mancanza di tempo <input type="checkbox"/> lista d'attesa lunga <input type="checkbox"/> paura di scoprire la malattia <input type="checkbox"/> paura del dolore/imbarazzo
--	--



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

<p><input type="checkbox"/> paura del dolore  <input type="checkbox"/> altro, (specificare) _____  <b>(vada direttamente alla domanda)</b></p> <p><b>F.1.2)</b>  <input type="checkbox"/> <u>Non ricordo</u> (vada direttamente alla domanda)  <b>F.1.2)</b>  <input type="checkbox"/> <u>Si</u>, <input type="checkbox"/> per segni e sintomi, (specificare) _____  <input type="checkbox"/> per controllo: <input type="checkbox"/> volontariamente (es. privato)  <input type="checkbox"/> campagna di screening  <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Dove?  <input type="checkbox"/> fuori dal carcere  <input type="checkbox"/> all'interno del carcere  Quando?  <input type="checkbox"/> nell'ultimo anno <input type="checkbox"/> 2 anni fa <input type="checkbox"/> 3 anni fa <input type="checkbox"/> 4 anni fa  <input type="checkbox"/> ≥ 5 anni fa</p> </p>	<input type="checkbox"/> altro, (specificare) _____ <b>(vada direttamente alla domanda)</b> <p><b>F.2)</b>  <input type="checkbox"/> <u>Non ricordo</u> (vada direttamente alla domanda)  <b>F.2)</b>  <input type="checkbox"/> <u>Si</u>, <input type="checkbox"/> per segni e sintomi, (specificare) _____  <input type="checkbox"/> per controllo: <input type="checkbox"/> volontariamente (es. privato)  <input type="checkbox"/> campagna di screening  <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Dove?  <input type="checkbox"/> fuori dal carcere  <input type="checkbox"/> all'interno del carcere  Quando?  <input type="checkbox"/> nell'ultimo anno <input type="checkbox"/> 2 anni fa <input type="checkbox"/> 3 anni fa <input type="checkbox"/> 4 anni fa  <input type="checkbox"/> ≥ 5 anni fa</p> </p>
--	---

**F.2** Durante la detenzione, le è stato proposto di partecipare ad attività di screening oncologico con SOF per la prevenzione del cancro del colon retto?  No  Si, ha partecipato?

<input type="checkbox"/> No, perché?	<input type="checkbox"/> Si, perché?
<input type="checkbox"/> non ho problemi di salute	<input type="checkbox"/> ho storia familiare di tumore
<input type="checkbox"/> non mi sento a rischio	<input type="checkbox"/> mi sento a rischio
<input type="checkbox"/> paura di scoprire la malattia	<input type="checkbox"/> per prevenzione
<input type="checkbox"/> non ho l'età giusta per farlo	<input type="checkbox"/> perché essendo in carcere era di facile accesso
<input type="checkbox"/> paura del dolore	<input type="checkbox"/> altro, (specificare) _____
<input type="checkbox"/> per forma di protesta	Quando ha eseguito l'ultimo? _____
<input type="checkbox"/> altro, (specificare) _____	

**Se il/la partecipante ha risposto “SI” alla domanda F.2 andare alla domanda F.4.**

**F.3** Se non ha eseguito l'esame per la prevenzione del cancro del colon retto e le fosse offerta la possibilità, lo farebbe?

No (specificare motivo) \_\_\_\_\_  Si  Altro, (specificare) \_\_\_\_\_

**F.4** Durante la detenzione è mai stato coinvolto in una campagna informativa/educativa su:

- |  |                             |                             |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| a) Alcool                              | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| b) Malattie infettive                  | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| c) Fumo                                | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| d) Abitudini alimentari                | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| e) Vaccinazioni                        | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| f) Tossicodipendenza                   | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| g) Malattie sessualmente trasmissibili | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |
| h) Altro, (specificare) _____          | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No |

NOTE

---



---



---



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

## Allegato 4 – SCHEMA DI RIFERIMENTO per la valutazione psicologica in ambito penitenziario.

### ASSESSMENT PSICOLOGICO

Disponibile al colloquio:  Si  No

Lingua Italiana – Fluente:  Si  No Comprensione:  Adeguata  Inadeguata

Lingua madre: \_\_\_\_\_ Necessita di mediatore culturale/traduttore:  Si  No

Background etnico/culturale:  Italiano  Europeo  Africano  Asiatico  Nord Americano

Sud Americano  Rom/Sinti/Nomade  Altro

Esame di realtà:  Preservato  Alterato

Stato di coscienza:  Vigile  Alterato Se “Alterato”, specificare:  Confusionale  
 Soporoso  
 Confabulatorio  
 Fluttuante  
 Altro: \_\_\_\_\_

Orientamento temporale:  Si  No

Orientamento spaziale:  Si  No

Consapevolezza personale:  Si  No

Capacità di autocritica:  Si  No

Attenzione:  Adeguata  Non adeguata Se “Non adeguata”, specificare:  Facile distraibilità  
 Selettiva  
 Altro: \_\_\_\_\_

Eloquio:  Nella norma  Alterato Se “Alterato”, specificare:  Neologismi  
 Non pertinente  
 Ecolalie  
 Altro: \_\_\_\_\_

Alterazioni del pensiero:  Presenti  Non presenti

Corso del pensiero:  Nella norma  Rallentato  Accelerato  Altro: \_\_\_\_\_

Contenuto del pensiero:  Nella norma  Ideazione prevalente  Delirante  Altro: \_\_\_\_\_

Forma del pensiero:  Nella norma  Alterata Se “Alterata”, specificare:  Deragliamento  
 Tangenzialità  
 Blocco

Tono dell’umore:  Eutimico  
 Deflesso (reattivo al contesto)  
 Aumentato  
 Irritabile  
 Misto  
 Altro: \_\_\_\_\_



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

**Presenza in anamnesi di uso/abuso di sostanze:**  Si  No

Alcol  Marijuana/Hashish  Cocaína  Crack  Eroina  Anfetamine/Metanfetamine  Allucinogeni

G.A.P.  Altro \_\_\_\_\_

**Iscrizione SER.D.:**  Si  No **ASL:** \_\_\_\_\_ **Anno:** \_\_\_\_\_

**Presenza in anamnesi di trattamenti psichiatrici:**  Si  No

ASL (UOSM)  ASL (Sanità penitenziaria)  Clinica privata/convenzionata  Comunità terapeutica

Specialista privato  Ricovero ospedaliero

**Diagnosi in atti:** \_\_\_\_\_

**Terapia farmacologica attuale:** \_\_\_\_\_ **Terapia**

**farmacologica passata:** \_\_\_\_\_

**Aderenza al trattamento:**  Si  No

**Presenza in anamnesi di TSO:**  Si  No

**Stato emotivo (una o più opzioni):**

Apprensione/preoccupazione:  Condizioni di salute personali e/o familiari  
 Famiglia  
 problematiche della vita (specificare): \_\_\_\_\_  
 Altro: \_\_\_\_\_

Delusione/rimpianto :  Si  No

Approvazione di sé :  Si  No

Fiducia nel futuro  Si  No

**Stile di coping**

Capacità di analisi del problema :  Si  No Capacità di chiedere aiuto:  Si  No

Capacità di individuare soluzioni:  Si  No Capacità di mentalizzazione/regolazione

### FATTORI PSICOSOCIALI

- |  |   |  |
|--|---|--|
| - Relazione sentimentale stabile:        | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | - Prima detenzione: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No  |
| - Supporto familiare:                    | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | - Recenti lutti: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No     |
| - Responsabilità genitoriale conservata: | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | - Eventi traumatici: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| - Rete sociale di supporto:              | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | (specificare) _____  |

### Eventuali osservazioni emerse durante il colloquio:

---

---

---

---

### SINTESI VALUTAZIONE PSICOLOGICA

1. Nessuna alterazione rilevabile
2. Alterazioni comportamentali da stress situazionale
3. Stato psichico alterato in soggetto con anamnesi psichiatrica positiva
4. Alterazioni cognitive e/o comportamentali in soggetto con disturbo da uso di sostanze in anamnesi
5. Alterazioni cognitive e/o comportamentali in soggetto con probabile disabilità cognitiva/danno cerebrale
6. Altro: \_\_\_\_\_



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

**INTERVENTI RICHIESTI**

**Nessun intervento**

**Interventi Sanitari:**

- Consulenza psichiatrica
- Consulenza SER.D.
- Consulenza neurologica
- Consulenza specialistica medica (specificare):\_\_\_\_\_
- Sostegno Psicologico
- Approfondimento Psicodiagnostico
- Follow up psicologico
- Consulenza Socio assistenziale
- Consulenza Socio assistenziale
- Altro (specificare):\_\_\_\_\_

**Interventi Integrati:**

- Riunioni di equipe multidisciplinare/progettualità riabilitative ( GOTÁ)
- Sostegno Integrato
- Sostegno Integrato con Peer Supporter
- Altro (specificare):\_\_\_\_\_

Data

Firma

# **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 Campania<sup>1</sup>)

---

<sup>1</sup> 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
<b>A - ARTICOLAZIONI PER LA TUTELA DELLA SALUTE MENTALE (ASM) NEGLI ISTITUTI PENITENZIARI (IP). ....</b>	<b>6</b>
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>B - SERVIZI PER LA TUTELA DELLA SALUTE MENTALE (SSMC) NEGLI ISTITUTI PENITENZIARI (IP). ....</b>	<b>20</b>
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 ti 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 accettare;
- 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 attestri 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 “psichiatrizzazione”. 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. “doppi diagnoxi”) 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'équipe 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<sup>®2</sup>. Le prioritarie finalità sono la condivisione a livello inter-

---

<sup>2</sup>Il Sistema informativo SMOP<sup>®</sup>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 conseguente<sup>3</sup>.

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'équipe della ASM che ha in carico la persona.

---

<sup>3</sup>La 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 vincolate.

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'AP.

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 TRI 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 vigente<sup>4</sup>.

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 TRI 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

---

<sup>4</sup>Art. 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'équipe dell'ASM, prima della dimissione, prende contatti con l'équipe 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 reimmissione 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'équipe dell'ASM inviante, preventivamente, assicura la presentazione del caso all'équipe 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 "doppiie diagnosi") la normativa italiana può prevedere strutture "alternative" agli abituali IP<sup>5</sup>. 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 carcere<sup>6</sup>. 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)<sup>7</sup>. 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

<sup>5</sup> Sentenza della Corte Costituzionale n.99/2019.

<sup>6</sup> "Agorà Penitenziaria" - XX Congresso Nazionale SIMPS-ONLUS; 2021.

<sup>7</sup> 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'équipe 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. 111DPR 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 risultino 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 consequenziale 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(PTI) 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 tutti le attività di accertamento è assicura 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:  |
| <ul style="list-style-type: none"><li>✓ un raccordo tra la condizione clinica attuale e le motivazioni sanitarie per le quali è stata fatta la richiesta di accertamento;</li><li>✓ Prescrive in caso di bisogno terapia farmacologica;</li><li>✓ 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.</li><li>✓ 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.);</li></ul> |
| 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 pernotto) 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: .....   |



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

**Procedure per il ricovero ospedaliero programmato  
di persone detenute e interrate negli Istituti Penitenziari della Campania.**

Regolamentazione, approvata dall'Osservatorio permanente regionale per la sanità penitenziaria nella seduta del 21.11.2024, integrativa della regolamentazione generale di cui alla DGRC n. 520/2023.



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

## Sommario

<b>Premessa .....</b>	<b>3</b>
<b>A – La rete regionale di sanità penitenziaria della Campania. ....</b>	<b>3</b>
<b>B – Indicazioni generali. ....</b>	<b>3</b>
<b>C - Procedure specifiche. ....</b>	<b>4</b>
1) Ambito di applicazione. ....	4
2) Richiesta di ricovero ospedaliero. ....	4
3) Lista di attesa unica regionale per ricovero ospedaliero. ....	5
4) Sistema informativo SMOP ex DGRC n. 18/2021 e ricovero ospedaliero. ....	6
5) Dimissione ospedaliera con rientro nel Presidio sanitario penitenziario. ....	6
6) Acquisizione da parte del Presidio sanitario penitenziario della documentazione sanitaria inerente al ricovero ospedaliero e integrazione nel sistema SMOP. ....	7
7) Monitoraggio, coordinamento, supporto ed eventuali aggiornamenti o integrazioni. ....	7



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

### Premessa.

Si ha riguardo alla rilevazione di criticità inerenti al ricovero ospedaliero di pazienti detenuti negli Istituti Penitenziari (IP) del territorio regionale e poste all'attenzione, per competenza, dell'Osservatorio permanente regionale per la sanità penitenziaria, al fine di definire e rendere operative specifiche procedure univoche e dettagliate, coerenti con la normativa applicabile. Il predetto Organismo ha dato mandato al Gruppo Tecnico di Consultazione per l'attuazione della DGRC n. 520/2023 di procedere alle opportune attività e produrre una specifica e organica regolamentazione idonea a risolvere le criticità richiamate. In esito alle predette attività è stata definita la presente regolamentazione, approvata dall'Osservatorio permanente regionale per la sanità penitenziaria nella seduta del 21.11.2024, che integra la regolamentazione complessiva di cui alla DGRC n. 520/2023.

### A – La rete regionale di sanità penitenziaria della Campania.

Nella rete regionale di sanità penitenziaria della Campania sono comprese le seguenti risposte ospedaliere riservate, indipendentemente dalla loro sede o afferenza aziendale, alle persone detenute o interne in tutti gli Istituti della Campania:

Rete dei servizi e delle strutture dell'area della sanità penitenziaria della Regione Campania  
(documento approvato dall'Osservatorio Regionale Permanente per la Sanità Penitenziaria il 05.12.2016)

STRUTTURE / SERVIZI SOVRAZIENDALI	TIP. SERV. SAN. (1)	SEDE	UTENZA	N. POSTI	NOTE
A.O. Moscati	OSP	Avellino	REGIONALE	4	In attivazione
A.O. Rummo	OSP	Benevento	REGIONALE	–	non attivo; 4 p.l.
A.O. San Sebastiano e S. Anna Caserta	OSP	Caserta	REGIONALE	–	non attivo; 4 p.l.
A.O. Cardarelli	OSP	Napoli (Osp. Cardarelli)	REGIONALE	12	
A.O. dei Colli	OSP	Napoli (Osp. Cotugno)	REGIONALE	7	
A.O. Ruggi D'Aragona	OSP	Salerno	REGIONALE	4	

Ad integrazione della suddetta offerta ospedaliera – configurata come “OSP REG”, allocata presso le Aziende Ospedaliere e destinata al ricovero di persone ristrette in ognuno degli istituti Penitenziari del territorio regionale – la rete regionale ha previsto anche ulteriori posti letto all'interno di Presidi Ospedalieri delle Aziende Sanitarie Locali sede di istituti Penitenziari – diversamente configurate come “OSP ASL” e destinate al ricovero delle sole persone ristrette negli istituti Penitenziari del territorio della singola ASL.

Per quanto relativo all'**operatività attuale del livello “OSP REG”**, si evidenzia, rispetto all'offerta del 2016, l'avvenuta riattivazione di n. 4 posti letto per detenuti presso l'A.O. Moscati di Avellino e la progettazione di un reparto detentivo presso il nuovo P.O. di S. Maria Capua Vetere dell'ASL Caserta che integrerà di 18-20 pp.ll. l'offerta assistenziale, compensandone le carenze derivanti dalle strutture non più attive e anche adeguandola al crescente fabbisogno rilevato.

Con riferimento al livello “OSP ASL” non sono attualmente in essere operatività, ma è prossima la riattivazione di n. 4 pp.ll. della ASL Caserta presso il P.O. Melorio di S. Maria C.V, precedentemente attivi presso il P.O. San Rocco di Sessa Aurunca e non più disponibili per gravi danneggiamenti causati da degenzi.

### B – Indicazioni generali.

Durante la degenza ospedaliera dei pazienti già ristretti negli istituti penitenziari, all'Amministrazione Penitenziaria competono le attività - garantite attraverso i Nuclei di Piantonamento e Traduzione della Polizia Penitenziaria - di prevenzione del pericolo di fuga e di sicurezza, in attuazione della



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

normativa nazionale primaria (legge n. 354/1975 e s.m.i., e D.lgs. n. 230/1999 di riforma della medicina penitenziaria).

In tutte le situazioni operative – sia elettive/programmate che di urgenza/emergenza – il Presidio sanitario dell'Istituto Penitenziario, ove è presente/assegnato il paziente, garantirà la complessiva gestione e/o il coordinamento delle attività, nella sua qualità di soggetto che ha in carico sanitariamente la persona; in particolare, il Presidio svolgerà:

- le attività propedeutiche al ricovero ospedaliero;
- il collegamento e la collaborazione con la struttura ospedaliera durante il ricovero;
- le attività, di supporto ovvero di diretta esecuzione, proprie della fase di dimissione (tra cui, il rientro nell'Istituto Penitenziario, il trasferimento in altra struttura esterna di cura (territoriale od ospedaliera);
- il costante collegamento con la Direzione dell'Istituto Penitenziario per le eventuali attività di competenza (per es., per la traduzione da o verso l'Istituto, in particolare allorquando si documenti che la stessa non necessiti di mezzi e/o personale sanitario).

## C - Procedure specifiche.

### 1) Ambito di applicazione.

Le presenti procedure si applicano:

- 1) nei casi di ricovero ospedaliero non urgente e, pertanto programmabile, rilevate da un Presidio sanitario penitenziario dell'Istituto in cui è detenuto il paziente;
- 2) nei casi di ricovero ospedaliero già effettuato in urgenza-emergenza o, comunque, tramite Servizio 118 — solo laddove la Struttura Ospedaliera che ha gestito la fase di urgenza/emergenza comunichi al Presidio sanitario penitenziario di provenienza del paziente la cessazione della predetta fase, con possibilità di un rientro nell'Istituto Penitenziario oppure con necessità di prosieguo dell'assistenza ospedaliera in altro reparto, specificandone la tipologia, ovvero strutture sanitarie territoriali.

Diversamente, per tutti i casi di urgenza e/o emergenza, il Presidio sanitario penitenziario del singolo Istituto dovrà provvedere ad attivare Servizio territoriale 118, contattando la centrale Operativa che assumerà la gestione del paziente e l'eventuale trasferimento presso il più vicino ed appropriato Pronto Soccorso ospedaliero.

### 2) Richiesta di ricovero ospedaliero.

La richiesta di ricovero ospedaliero è prodotta esclusivamente dal Presidio sanitario penitenziario ed è comprensiva delle essenziali indicazioni sui bisogni assistenziali del paziente.

La richiesta è preliminarmente inviata sempre ai Reparti Ospedalieri delle AA.OO. presenti e configurati come di tipo “regionale” (“OSP REG”, c.d. reparti di “medicina protetta” o “detentivi”) nella rete regionale di sanità penitenziaria di cui alla DGRC n. 716/2016 e s.m.i., in attuazione del d.l. n. 187 del 14/06/1993, tranne quando il bisogno assistenziale rilevato è di particolare specializzazione e, pertanto, necessita di essere garantito in ambiti non coerenti con l'offerta disponibile nei predetti reparti o nell'A.O. in cui gli stessi insistono. Nelle AA.SS.LL. ove presenti, la suddetta richiesta è inviata prima soluzioni ospedaliere presenti e configurate nella già menzionata rete come di tipo “aziendale” (“OSP ASL”).

Si evidenzia che tutti i servizi sanitari interni agli istituti penitenziari, comprese le Sezioni Sanitarie Specializzate (SAI, ATSM ecc.), sono esclusivamente di tipo territoriale e in nessun caso possono erogare assistenza di tipo ospedaliero alle persone detenute o interne, che devono essere ricoverate presso idonee strutture nosocomiali, almeno fino alla stabilizzazione delle condizioni cliniche.



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

Nella richiesta di ricovero, insieme alle essenziali informazioni cliniche e alle motivazioni del ricovero, il Presidio sanitario penitenziario dovrà esplicitare anche la necessità di ricevere informazioni sulla possibile tempistica di accettazione, laddove non vi sia disponibilità immediata di posto.

Qualora pervengano al suddetto Presidio risposte di indisponibilità di posto ovvero di disponibilità presuntiva in tempi ritenuti eccessivi dai reparti ospedalieri livello "OSP REG", lo stesso provvede a richiedere la disponibilità a tutti i Presidi Ospedalieri (PP.OO.) della propria ASL e, in subordine, ad altre Aziende Ospedaliere o PP.OO. di altre ASSL regionali - se presenti e/o ritenuti idonei per la gestione degli specifici bisogni di trattamento ospedaliero per la persona.

A riscontro della richiesta di ricovero la struttura ospedaliera, previa valutazione della documentazione ricevuta, comunica l'appropriatezza del ricovero e la data presuntiva di accoglienza. Diversamente, qualora la richiesta non risulti appropriata ovvero adeguatamente motivata, la struttura ospedaliera fornisce sollecito riscontro al Presidio sanitario penitenziario richiedente.

Il ricovero in un reparto ospedaliero inserito nella rete regionale di sanità penitenziaria necessita di: 1) formale disponibilità di accoglienza da parte della struttura ospedaliera e 2) di provvedimento ai sensi dell'art. 11 della L. 354/1975.

Al fine di non determinare inefficienze a carico delle Amministrazioni ed Autorità coinvolte a diverso titolo nelle attività, la comunicazione da parte del Presidio sanitario penitenziario alla competente Autorità Giudiziaria per le valutazioni e l'eventuale autorizzazione al ricovero ospedaliero del paziente deve essere di regola inviata solo successivamente alla acquisizione della disponibilità della struttura ospedaliera.

La comunicazione deve sempre contenere, ancorché sinteticamente, gli elementi informativi essenziali per consentire al Giudice di rilevare le motivazioni, il bisogno assistenziale e la precisa indicazione del luogo di ricovero, ed assumere, pertanto, le opportune determinazioni.

Resta ferma la possibilità per il Presidio sanitario penitenziario di segnalare formalmente condizioni di ritenuto inappropriato diniego al ricovero da parte delle strutture ospedaliere alle competenti Autorità, sempre dopo averlo segnalato al Coordinamento della rete regionale di sanità penitenziaria e in caso di inefficacia degli interventi dallo stesso realizzati.

Ricevuta l'autorizzazione al ricovero da parte dell'Autorità Giudiziaria, la Direzione dell'Istituto dovrà essere formalmente informata per i conseguenti provvedimenti di competenza.

### **3) Lista di attesa unica regionale per ricovero ospedaliero.**

Al fine di consentire un utilizzo dei posti letto ospedalieri in parola appropriato ai bisogni assistenziali delle singole persone, nei casi di non immediata disponibilità al ricovero, il Presidio sanitario penitenziario provvede ad inserire il paziente nella specifica lista di attesa unica regionale del sistema SMOP di cui alla DGRC n. 18/2021.

Alla scheda di lista di ciascuna persona dovrà essere allegata la richiesta motivata e ogni utile documentazione inherente al richiesto ricovero.

Tutte le strutture ospedaliere integrate nella rete regionale di sanità penitenziaria potranno accedere alla lista di attesa, visualizzare le informazioni di ciascuna persona e fornire direttamente, tramite lo stesso sistema SMOP, il proprio riscontro alla richiesta di ricovero.

Tutta la lista e la relativa documentazione, nonché l'intera storia sanitaria penitenziaria, sarà contestualmente visualizzabile, per lo svolgimento delle proprie attività, sia dal Presidio sanitario penitenziario che dalle strutture ospedaliere, dal Coordinamento della rete regionale di sanità penitenziaria e dalle altre Amministrazioni ed Autorità competenti, con specifiche limitazioni in visualizzazione e/o modifica per consentire corretto trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679, come dettagliatamente attuato dalla Regione Campania per l'ambito penitenziario con le DGRC n. 422/2019 e n. 82/2020.



#### **4) Sistema informativo SMOP ex DGRC n. 18/2021 e ricovero ospedaliero.**

Il Presidio sanitario penitenziario assicura il periodico monitoraggio dell'andamento del ricovero, al fine di predisporre appropriatamente l'accoglienza alla dimissione ovvero di concorrere - ferma restando la responsabilità della presa in carico da parte della struttura ospedaliera - ad ogni eventuale variazione della sede di ricovero che potrà rendersi necessaria in relazione ai bisogni di cura del paziente.

In quanto debito informativo obbligatorio regionale per le attività dell'area della sanità penitenziaria, anche ai fini della valorizzazione in sede di riparto annuale delle risorse finanziarie vincolate periodi di ricovero ospedaliero sono da registrare nel Sistema informativo SMOP di cui alla DGRC n. 18/2021:

- a cura del Presidio sanitario penitenziario, per quanto relativo al trasferimento presso la struttura ospedaliera e in ogni altra situazione di ricovero in struttura ospedaliera non inserita nella rete regionale di sanità penitenziaria ex DGRC n. 716/2016 e s.m.i.;
- a cura della struttura ospedaliera (solo se compresa nella rete regionale di sanità penitenziaria ex DGRC n. 716 e s.m.i.) per quanto inherente alla dimissione.

Ai sensi della già menzionata DGRC n. 18/2021 ed a partire dalla prima applicabile annualità, alle Aziende sede di offerta ospedaliera dedicata e riservata esclusivamente alle persone detenute è assegnato un finanziamento proporzionale al numero dei ricoveri registrati nel Sistema SMOP, a valere sulla quota prevista per gli ingressi nel riparto delle risorse vincolate alla medicina penitenziaria ex D.lgs. n. 230/1999. Le predette risorse finanziarie possono essere utilizzate per coprire diversi costi che siano sempre correlati in modo specifico alle attività da erogare da parte delle predette offerte ospedaliere dedicate (per es., acquisire servizi, materiale informatico, attività di comunicazione e/o di formazione), anche relativamente ai costi per l'acquisizione di personale che sia non dipendente (rapporti di lavoro autonomo o convenzionale, a tempo determinato) ovvero per l'incentivazione del personale dipendente e/o convenzionato ordinariamente coinvolto nei servizi di che trattasi, con priorità per il personale di comparto. Annualmente, le AA.SS. destinatarie del finanziamento per l'offerta ospedaliera in parola relazionano sull'utilizzo alla Direzione Generale Tutela della salute e Coordinamento del SSR che, attraverso il Coordinamento della rete regionale di sanità penitenziaria ne valuta l'appropriatezza, anche quale condizione per l'ammissione al finanziamento per la successiva annualità.

#### **5) Dimissione ospedaliera con rientro nel Presidio sanitario penitenziario.**

Attesa la necessità di assicurare la continuità assistenziale della persona detenuta nella sede di trasferimento – con particolare riferimento all'obbligatoria messa a disposizione del paziente e del presidio sanitario penitenziario di specifici farmaci e/o della documentazione clinica - la data e l'orario indicativo della dimissione ospedaliera sono sempre da concordarsi tra la struttura ospedaliera ed il Presidio sanitario penitenziario.

All'Amministrazione Penitenziaria è data opportuna informazione, da parte delle strutture sanitarie interessate, circa la dimissione, comprese le modalità del suo svolgimento, sempre assicurando l'esclusione di dati sensibili, in conformità al GDPR.

Nel caso di dimissione da una struttura "OSP ASL", qualora la struttura di ricovero attesti la necessità che il rientro al Presidio sanitario penitenziario della stessa ASL sia da assicurare con trasporto in ambulanza, si provvede a cura dello stesso P.O. con le modalità proprie dei trasporti "secondari". Negli altri casi (dimissioni da OSP REG o strutture ASL/AO diverse da quelle del Presidio sanitario penitenziario di destinazione), a fronte di una necessità di dimissione e rientro in Istituto Penitenziario con ambulanza, comunque formalmente attestata dalla Struttura Ospedaliera, il Presidio sanitario penitenziario provvede direttamente a garantirne la disponibilità con oneri a proprio carico.

All'atto della dimissione, alla persona detenuta deve essere fornito quanto necessario alla prosecuzione per almeno 7 giorni dei trattamenti anche farmacologici in essere, forniti in contenitore



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

chiuso e sigillato, con indicazione generica del contenuto e specificazione della struttura destinataria.

### **6) Acquisizione da parte del Presidio sanitario penitenziario della documentazione sanitaria inerente al ricovero ospedaliero e integrazione nel sistema SMOP.**

**Nel caso di ricoveri effettuati presso una struttura ospedaliera inserita nella rete regionale di sanità penitenziaria ex DGRC n. 716/2016** e s.m.i., la documentazione sanitaria - prodotta secondo le modalità e procedure in uso presso la specifica struttura ospedaliera - all'atto della dimissione, è direttamente allegata alla scheda del paziente nel sistema SMOP (almeno con riferimento alla scheda di dimissione e la cartella clinica) a cura della stessa struttura ospedaliera, prima della registrazione del Sistema della dimissione e del luogo di trasferimento del paziente. In questi casi, la condivisione della documentazione con il Presidio sanitario penitenziario di destinazione è automaticamente realizzata attraverso il Sistema SMOP.

**Diversamente, nel caso di ricovero in struttura ospedaliera non inserita nella rete regionale di sanità penitenziaria ex DGRC n. 716/2016** e s.m.i., contestualmente alla dimissione, la struttura ospedaliera trasmette la lettera di dimissione direttamente al Presidio sanitario penitenziario. Analogamente si provvede per la trasmissione della cartella di ricovero ospedaliero, in tempi solleciti anche se non contestuali alla dimissione. La menzionata documentazione – già ricevuta in forma digitale ovvero successivamente digitalizzata – sarà allegata alla scheda del paziente nel Sistema informativo SMOP a cura del Presidio sanitario penitenziario.

Esclusivamente nei casi di impossibilità ovvero nelle more del dovuto pieno utilizzo del Sistema informativo SMOP, tutta la richiamata documentazione sanitaria – comprese la richiesta motivata di ricovero, la scheda di dimissione e la cartella clinica – dovrà essere gestita dalla struttura ospedaliera in conformità al GDPR, come dettagliatamente disposto con DGRC n. 422/2019 e con specifiche circolari regionali, assicurando, in particolare, quanto segue:

- conservazione degli originali presso la struttura sanitaria;
- trasmissione diretta (senza tramite alcuno) al Presidio sanitario penitenziario che accoglie il paziente dimesso, preferenzialmente in forma digitale (file pdf inviato ai soli indirizzi mail del Presidio sanitario penitenziario) o in via residuale in forma cartacea (comunque in busta chiusa sigillata, siglata nella parte di chiusura, contenente chiaramente il destinatario e la dicitura “atti soggetti a privacy”);
- esclusione di ogni forma di consegna di documentazione sanitaria ovvero di comunicazione di informazioni sanitarie (cartella clinica, lettera di dimissione, relazioni, referti, certificazioni ecc.) a personale di Amministrazioni non sanitarie – eccezione fatta per l’Autorità Giudiziaria.

### **7) Monitoraggio, coordinamento, supporto ed eventuali aggiornamenti o integrazioni.**

L’attuazione delle presenti procedure è oggetto di costante monitoraggio da parte del Coordinamento della rete regionale di sanità penitenziaria, sulla base delle segnalazioni che pervengono dai Presidi sanitari penitenziari, dalle strutture ospedaliere, dall’Amministrazione Penitenziaria e dall’Autorità Giudiziaria.

Al suddetto fine, il Coordinamento della rete regionale di sanità penitenziaria opererà attraverso il Gruppo di Consultazione ex DGRC 520/2023, opportunamente integrato con i referenti designati dalle AA.OO. sede di reparto ospedaliero detentivo, anche definendo specifiche circolari esplicative ed attuative.

Qualora venga rilevata la necessità di un aggiornamento ovvero di un’integrazione per il miglioramento dell’appropriatezza, dell’efficienza e dell’efficacia della presente regolamentazione, il Coordinamento procede informando e prospettando idonee soluzioni all’Osservatorio permanente regionale per la sanità penitenziaria.