

Handwritten signature



Ministero della Giustizia
DIPARTIMENTO DELL'AMMINISTRAZIONE PENITENZIARIA
DIREZIONE GENERALE DEI DETENUTI E DEL TRATTAMENTO
UFFICIO IV SERVIZIO SANITARIO

Lettera circ. n.

PROVVEDIMENTO DI SANITARIA 22 GENNAIO 2015 (G. n. 64) DEL 18.3.2015



GDAP-0198504-2015

PU-GDAP-1a00-05/06/2015-0198504-2015

**AI PROVVEDITORI REGIONALI
DELL'AMMINISTRAZIONE PENITENZIARIA**

e per conoscenza

AL VICE CAPO DEL DIPARTIMENTO

**AI DIRETTORI GENERALI
DELLE DIREZIONI GENERALI
DEL DAP
SEDE**

**AL DIRETTORE DELL'ISTITUTO SUPERIORE
DI STUDI PENITENZIARI**

**AI TAVOLO DI CONSULTAZIONE PERMANENTE
PER LA SANITA' PENITENZIARIA
PRESSO LA CONFERENZA UNIFICATA**

**AI MINISTERO DELLA SALUTE
DIREZIONE GENERALE PREVENZIONE SANITARIA
UFFICIO VII**

OGGETTO: Pubblicazione sulla Gazzetta Ufficiale Serie Generale n. 64 del 18.3.2015 dell'Accordo "Linee guida in materia di modalità di erogazione dell'assistenza sanitaria negli istituti penitenziari per adulti; implementazione delle reti sanitarie regionali e nazionali" approvato dalla Conferenza Unificata in data 22 gennaio 2015.

1. INDICAZIONI GENERALI

- 1.1. Questa Amministrazione penitenziaria da tempo è impegnata per migliorare le condizioni di detenzione e per ridefinire il proprio ruolo anche in tema di tutela della salute¹ dei detenuti, oggi ancor di più dopo i numerosi interventi della Corte Europea dei Diritti dell'Uomo - E.D.U. che ha chiamato l'Amministrazione ad assumere con completezza ed esattezza le proprie responsabilità nei confronti delle persone detenute.
- 1.2. Con il Decreto Legislativo 230/1999 ed il D.P.C.M. 1.4.2008 si è assistito al passaggio delle competenze sanitarie alle Regioni e alle Aziende Sanitarie Locali - ASL, ma rimane sempre e comunque in capo all'Amministrazione il ruolo attivo nella promozione.

¹ La salute è intesa come benessere della persona e non solo come assenza di malattia, secondo le indicazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità.





Ministero della Giustizia

DIPARTIMENTO DELL'AMMINISTRAZIONE PENITENZIARIA

sensibilizzazione e impulso per la tutela della salute delle persone detenute, favorendo in tale funzione il Servizio Sanitario Nazionale.

- 1.3. E tale obiettivo è direttamente correlato al livello di collaborazione, di coordinamento e di comunicazione con le Regioni e con le Aziende Sanitarie Locali.
- 1.4. E' in questo contesto che si colloca l'Accordo approvato dalla Conferenza Unificata in data 22 gennaio 2015 recante "Linee guida in materia di modalità di erogazione dell'assistenza sanitaria negli istituti penitenziari per adulti; implementazione delle reti sanitarie regionali e nazionali", pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale Serie Generale n. 64 del 18.3.2015, che si allega in copia.
- 1.5. L'atto è in linea con la richiesta della Corte EDU di adozione di un piano generale per evitare trattamenti inumani e degradanti per condizioni di detenzione incompatibili con lo stato di salute dei detenuti².
- 1.6. L'Accordo fornisce indicazioni alle Regioni e alle ASL per organizzare servizi sanitari negli istituti penitenziari secondo modalità uniformi sul territorio nazionale.
- 1.7. Il ruolo dell'Amministrazione penitenziaria delineato nell'Accordo si esprime attraverso una intensa attività di collaborazione con le Regioni e le ASL diretta a facilitare la costruzione di reti di presidi sanitari interni ed esterni agli istituti penitenziari adeguati ai bisogni di salute dei detenuti.
- 1.8. Inoltre, l'Amministrazione penitenziaria interviene per rendere concreta e puntuale la capacità complessiva del sistema istituzionale di presa in carico della persona detenuta³, soprattutto quando affetta da stati patologici complessi, che richiedono la definizione di protocolli operativi personalizzati e condivisi⁴.

2. L'ACCORDO 22 GENNAIO 2015

- 2.1. Il documento, i cui aspetti più importanti sono di seguito illustrati, è composto di due parti, la prima enuncia i principi e i criteri operativi di riferimento per l'attività sanitaria negli istituti penitenziari, la seconda parte, costituita dall'allegato, riguarda i modelli organizzativi delle reti sanitarie regionali.
- 2.2. In particolare, nell'intesa in oggetto risultano rafforzati alcuni principi che, pur se già presenti nella normativa di riordino della sanità penitenziaria, acquistano con l'attuale previsione un nuovo vigore e si pongono come linee dell'agire operativo. In questa sede, si richiamano solo alcuni passaggi dell'atto, rimandando l'analisi dei singoli aspetti alla lettura del testo integrale dell'Accordo.

² Nota n. 694/RIC/233 del 7.5.2014 della Rappresentanza Permanente d'Italia presso il Consiglio d'Europa a Strasburgo Oggetto: Consiglio d'Europa - Corte Europea dei Diritti dell'Uomo - Ricorso n. 73869/10 G.C. c/Italia - Sentenza 22 aprile 2014.

³ Nota prot.n. 0062851 del 19.2.2014 "Messaggio del signor Ministro della Giustizia sul piano d'azione in materia di interventi per il complessivo miglioramento del sistema penitenziario" e raccomandazioni del Comitato Nazionale di Bioetica nel documento dal titolo "La salute dentro le mura" approvato il 27 settembre 2013 e reso pubblico l'11 ottobre 2013.

⁴ Le condizioni detentive di una persona malata devono garantire la tutela della sua salute tenuto conto delle ordinarie e ragionevoli contingenze della carcerazione. Dall'art. 3 della Convenzione (Europea dei Diritti dell'Uomo) non è possibile dedurre un obbligo generale di rimettere in libertà il detenuto o di trasferirlo in un ospedale civile, anche se affetto da una malattia particolarmente difficile da curare, tale articolo impone comunque allo Stato di proteggere l'integrità fisica delle persone private della libertà (Sentenza della Corte Europea dei Diritti dell'Uomo del 29 gennaio 2013 - Ricorso n. 36276/10 - C. c. Italia, punto n. 36).



Ministero della Giustizia

DIPARTIMENTO DELL'AMMINISTRAZIONE PENITENZIARIA

3. LA RETE REGIONALE E NAZIONALE

3.1. Uno dei punti di forza dell'Accordo è costituito dalla "rete regionale e nazionale" per l'assistenza sanitaria penitenziaria, prevista nell'art. 1, che vede le Regioni e le ASL assicurare l'assistenza sanitaria alle persone detenute negli istituti penitenziari del territorio attraverso un sistema articolato di servizi sanitari con caratteristiche di complessità organizzativa e funzionale crescenti, principio richiamato anche nell'art. 2, comma 1.

4. I TRASFERIMENTI DEI DETENUTI PER MOTIVI DI SALUTE E I COORDINATORI DELLE RETI REGIONALI

4.1. Uno dei punti di forza dell'Accordo è costituito dalla "rete regionale e nazionale" per l'assistenza sanitaria penitenziaria, prevista nell'art. 1, che vede le Regioni e le ASL assicurare l'assistenza sanitaria alle persone detenute negli istituti penitenziari del territorio attraverso un sistema articolato di servizi sanitari con caratteristiche di complessità organizzativa e funzionale

5. LE NUOVE TECNOLOGIE E LA TELEMEDICINA

- 5.1. L'innovazione tecnologica può contribuire ad una riorganizzazione dell'assistenza sanitaria, in particolare incrementando la possibilità di fornire adeguata assistenza all'interno degli istituti penitenziari.
- 5.2. A tal proposito, il Ministero della Salute ha già emanato le linee di indirizzo nazionali, adottate dalla Conferenza Unificata con l'intesa Rep. Atti n.16/CSR del 20 febbraio 2014⁵, per l'utilizzo del sistema della telemedicina e incrementare lo sviluppo di tale modalità di diagnosi e cura di diverse patologie.
- 5.3. L'obiettivo è quello di diffondere i servizi di telemedicina, per fornire risposte efficaci ai bisogni di salute della popolazione, limitando i casi in cui risulti necessario l'invio di pazienti detenuti presso le strutture ospedaliere.
- 5.4. Su tale solco, si collocano i numerosi richiami presenti nell'Accordo 22 gennaio 2015 rivolti a porre l'attenzione delle ASL sull'opportunità di garantire le prestazioni specialistiche per i detenuti all'interno degli istituti penitenziari e in particolare le indicazioni contenute nell'art. 2 volte a favorire l'erogazione di servizi a distanza - telemedicina - per assicurare interventi immediati e diagnosi tempestive.
- 5.5. Da una rilevazione promossa da questo Dipartimento nel mese di febbraio del corrente anno, infatti, è emerso un ricorso ancora molto limitato da parte delle ASL alle nuove tecnologie per le attività diagnostiche nei confronti dei ristretti.
- 5.6. Le Direzioni degli istituti, quindi, prendono accordi con le ASL di competenza, per valutare se sia possibile impiegare tali procedure tecnologiche per i detenuti - a partire da quelli sottoposti al regime 41bis - con l'ulteriore conseguenza, anch'essa non trascurabile, dell'abbattimento dei rischi e dei costi connessi alle traduzioni.

⁵ Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano sul documento recante "Telemedicina - Linee di indirizzo nazionali" Rep. Atti n. 16/CSR del 20 febbraio 2014.



Ministero della Giustizia

DIPARTIMENTO DELL'AMMINISTRAZIONE PENITENZIARIA

6. I RAPPORTI TRA LA DIREZIONE PENITENZIARIA E L'AZIENDA SANITARIA LOCALE

- 6.1. L'interazione tra le Direzioni penitenziarie e le ASL è fondamentale per rendere l'istituto penitenziario un luogo di promozione della salute, intesa come benessere della persona e non solo come assenza di malattia, secondo le indicazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità.
- 6.2. Tale collaborazione si declina in molteplici ambiti che variano dal contributo di conoscenza dell'istituto nei suoi aspetti logistici e organizzativi, come previsto nell'art. 2 comma 6 dell'Accordo, alla collaborazione indicata nell'art. 2, comma 3, per la definizione di forme di promozione della salute e l'individuazione di soluzioni che favoriscano il mantenimento dello stato di salute dei detenuti (assegnazione a camere detentive e luoghi comuni 'smoke-free', configurazione dei letti con reti e materassi rigidi per specifiche patologie, ambienti per "anziani" e per persone con ridotta capacità motoria, etc.).
- 6.3. Le Regioni e le Aziende Sanitarie assicurano, altresì, d'intesa con l'Amministrazione penitenziaria gli interventi di screening e di diagnosi precoce previsti dalla normativa, l'assistenza medica di base, specialistica, infermieristica, farmaceutica e integrativa.

7. LA CURA E LA PROMOZIONE DELLA SALUTE MENTALE

- 7.1. Altro aspetto di fondamentale rilievo, puntualizzato nell'Accordo in argomento, è ravvisabile nell'intensa collaborazione tra la Direzione penitenziaria e la ASL, per garantire interventi appropriati e tutte le possibilità di cura e di promozione della salute mentale⁶ con le risorse anche esterne della ASL e comunque della Regione di residenza.
- 7.2. Si tratta di uno dei settori in cui la necessità dell'azione integrata risulta particolarmente evidente anche per la risonanza che tale patologia determina nelle relazioni interne all'istituto e, quindi, sugli altri detenuti e su tutti gli operatori penitenziari delle diverse amministrazioni.
- 7.3. Occorre condividere, quindi, protocolli operativi per prevenire l'insorgenza nel penitenziario di malattie psichiatriche sia favorendo l'individuazione precoce di tali patologie, sia realizzando le misure, peraltro espressamente previste dall'ordinamento penitenziario, che incidono sul contesto detentivo nelle sue dimensioni fisiche-strutturali, ambientali, gestionali, interpersonali e sociali, al fine di identificare e, quindi, modificare in modo favorevole l'ambiente detentivo⁷.
- 7.4. Tra gli obiettivi che l'Amministrazione penitenziaria deve prefissarsi, risulta avere grande rilievo quello di predisporre, congiuntamente all'Amministrazione sanitaria, strategie di

⁶ D.P.C.M. 1.4.2008 Allegato A, paragrafo relativo alla "Prevenzione, cura e riabilitazione nel campo della salute mentale".

⁷ Tali misure attengono all'accesso al trattamento rieducativo ed individualizzato per i condannati; all'allocazione dei detenuti in camere non sovraffollate; agli accorgimenti gestionali per limitare le "influenze nocive reciproche" tra detenuti; alla ricerca della "collaborazione dei condannati e degli internati alle attività di osservazione e di trattamento"; al sostegno degli interessi umani, culturali e professionali dei detenuti; alla "positiva atmosfera di relazioni umane" e di "integrazione e collaborazione tra operatori, con la collaborazione dei servizi locali ed al un contesto di coordinamento operativo; alla corretta gestione dei detenuti sottoposti ad isolamento, nei casi previsti dalla legge; alla doverosa e specifica valutazione sotto il profilo psicologico e sanitario della "permanenza all'aperto"; allo svolgimento delle attività trattamentali quali "strumento di contenimento degli effetti negativi della privazione della libertà personale"; all'erogazione da parte della ASL dei servizi di medicina preventiva; alle modalità di accoglienza del detenuto da parte di un esperto dell'osservazione e del trattamento; alla segnalazione degli eventuali problemi personali e familiari rappresentati dal detenuto che richiedono interventi immediati, etc. (cfr. artt. 1, 6, 13, 15 legge 354/1975; artt. 1, 4, 16, 23, 27, 28 D.P.R. 230/2000).



Ministero della Giustizia

DIPARTIMENTO DELL'AMMINISTRAZIONE PENITENZIARIA

presa in carico dei detenuti con patologia mentale, che comprendano la definizione dei ruoli e delle modalità per affrontare le allarmanti emergenze che tali patologie comportano nel penitenziario e per trovare insieme le soluzioni appropriate, nel quadro degli strumenti giuridici previsti dalla normativa vigente e nell'ambito dell'offerta assistenziale psichiatrica anche esterna della Regione.

8. LA PRESA IN CARICO DEL DISAGIO DEI DETENUTI E LA RIDUZIONE DEL RISCHIO DI SUICIDIO E DI AUTOLESIONISMO IN AMBIENTE PENITENZIARIO

- 8.1. La Conferenza Unificata è già intervenuta sul tema della presa in carico dei disagio e della prevenzione del suicidio in carcere approvando in data 19.1.2012 l'Accordo pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale del 10.2.2012 e diffuso da questo Dipartimento con circ. n. 3638/6088 prot. n.0234197 del 19.06.2012.
- 8.2. L'Accordo prevede protocolli regionali tra i Provveditorati dell'Amministrazione Penitenziaria e le Regioni e tra le Direzioni penitenziarie e le Aziende Sanitarie volti a definire le modalità di collaborazione tra gli operatori sanitari e gli operatori penitenziari, per l'individuazione precoce del disagio dei detenuti e per la riduzione del rischio di suicidio e di autolesionismo in carcere. Tali prassi sono operative dall'ingresso e durante tutto il periodo di permanenza della persona nell'istituto di pena e assicurano la continuità della presa in carico con le Aziende Sanitarie del territorio di residenza del detenuto.
- 8.3. Ad oggi sono stati sottoscritti 13 Accordi tra i Provveditorati e le Regioni e pochi rispetto al numero complessivo degli istituti di pena, risultano essere i protocolli operativi conclusi tra le Direzioni penitenziarie e le ASL.
- 8.4. E' avviso di questo Dipartimento che il fenomeno dei suicidi negli istituti penitenziari richieda sforzi incessanti, pertanto, i Provveditorati Regionali e le Direzioni penitenziarie definiscono, laddove non sia già avvenuto, protocolli operativi con le Regioni e con le Aziende Sanitarie Locali per la presa in carico del disagio e la prevenzione del suicidio in carcere, in conformità all'Accordo approvato dalla Conferenza Unificata.
- 8.5. Inoltre, le intese già raggiunte in sede regionale e locale sono sottoposte a verifiche di appropriatezza dei risultati e ad aggiornamenti.

9. LE SITUAZIONI DI EMERGENZA-URGENZA

- 9.1. L'Accordo precisa che in nessun caso è configurabile una funzione di 'pronto soccorso' nell'istituto penitenziario.
- 9.2. In tali situazioni è importante la collaborazione tra la Asl e l'istituto penitenziario, infatti, nelle situazioni di emergenza -urgenza l'Azienda Sanitaria garantisce all'interno degli istituti penitenziari solo una risposta di primo soccorso.
- 9.3. Tramite il servizio sanitario interno il paziente detenuto è tempestivamente stabilizzato e inviato, ove occorra, presso i servizi territoriali di emergenza-urgenza della struttura ospedaliera di riferimento⁸, ai sensi dell'art. 17 del D.P.R. 230/2000, a tale proposito devono essere previste procedure di accesso concordate tra le Direzione dell'istituto e la ASL, per limitare i tempi di intervento a tutela della salute del paziente detenuto.

⁸ Art. 17 D.P.R. 230/2000 "Quando deve provvedersi con estrema urgenza al trasferimento di un detenuto o di un internato in un luogo esterno di cura e non sia possibile ottenere con immediatezza la decisione della competente Autorità Giudiziaria, il direttore provvede direttamente al trasferimento, dandone contemporanea comunicazione alla predetta Autorità Giudiziaria;..."



Ministero della Giustizia

DIPARTIMENTO DELL'AMMINISTRAZIONE PENITENZIARIA

9.4. Analoga prestazione, esclusivamente in situazioni di emergenza-urgenza, viene garantita nei confronti di tutte le persone comunque presenti all'interno dell'istituto penitenziario.

10. LA PIANIFICAZIONE DELLE RETE ASSISTENZIALE

10.1. I servizi sanitari sono diversamente modulati in relazione all'organizzazione dei circuiti penitenziari regionali e presentano caratteristiche e potenzialità differenti a seconda delle dimensioni, del numero dei detenuti, della loro tipologia e del flusso degli arrestati.

10.2. Il comma 5 dell'art. 2 dedica una particolare attenzione all'azione integrata tra l'Amministrazione penitenziaria e le Regioni e le ASL per garantire, attraverso una specifica programmazione, ai detenuti con comorbilità complesse, tossicodipendenti, alcolodipendenti, soggetti con disagio/disturbo mentale, detenuti con patologie croniche o con disabilità che necessitano di un regime particolarmente assistito, cure adeguate in ambito detentivo, anche attraverso l'attivazione di sezioni dedicate, indicate successivamente nell'allegato all'Accordo.

10.3. A tal fine, gli organi periferici di questa Amministrazione forniscono un importante contributo di conoscenza del sistema penitenziario alle Regioni e alle ASL relativamente ai seguenti aspetti:

- *realità esistente in termini di strutture e servizi,*
- *capienza dell'istituto,*
- *numero annuo di ingressi,*
- *presenza media di detenuti,*
- *organizzazione dei circuiti penitenziari (detenuti 41 bis, collaboratori di giustizia, Alta Sicurezza, Media Sicurezza, detenuti o detenute, tossicodipendenti, transessuali, omosessuali, sex offenders, ecc.*
- *istituti penitenziari attrezzati con specifiche strutture sanitarie interne, per i quali sia predisposto un servizio di continuità assistenziale medica ed infermieristica presente h.24.*

10.4. La pianificazione regionale dei servizi destinati alla presa in carico dei detenuti con necessità di particolare impegno assistenziale è orientata al modello organizzativo che prevede la concentrazione dei detenuti con patologie complesse in un numero limitato di istituti penitenziari integrati con la rete di assistenza sanitaria territoriale.

10.5. Nella ridefinizione del modello di rete assistenziale per le persone detenute, i servizi sanitari di riferimento possono essere sia intra che extrapenitenziari.

10.6. A questo fine, le Regioni e le Province autonome procedono alla:

- *individuazione delle "sezioni sanitarie specializzate" all'interno delle strutture penitenziarie e alla verifica della loro coerenza rispetto al fabbisogno regionale⁹.*
- *individuazione di reparti di ricovero e degenza all'interno delle strutture ospedaliere. Le Regioni e le Province autonome si impegnano ad effettuare la mappatura dei posti di degenza previsti ai sensi dell'articolo 7 della legge n. 296/93, anche al fine di definire il fabbisogno dei posti letto per detenuti da attivare in ciascuna Regione¹⁰. L'argomento è trattato più diffusamente in un apposito*

⁹ La normativa vigente prevede che i detenuti affetti da stati patologici siano ospitati in specifiche sezioni penitenziarie. Il riferimento normativo per l'istituzione di sezioni specializzate è la legge 354/1975 che, all'articolo 65, prevede: "I soggetti affetti da infermità o minorazioni fisiche o psichiche devono essere assegnati ad istituti o sezioni speciali per idoneo trattamento. A tali istituti o sezioni sono assegnati i soggetti che, a causa delle loro condizioni, non possono essere sottoposti al regime degli istituti ordinari". La normativa successiva ha previsto sezioni specializzate dedicate a soggetti tossicodipendenti.

¹⁰ Si richiamano in proposito le note n. 0127008 del 29.3.2012 e n. 0184264 del 23/05/2014 dirette ai Provveditori Regionali per l'implementazione



Ministero della Giustizia

DIPARTIMENTO DELL'AMMINISTRAZIONE PENITENZIARIA

paragrafo della presente direttiva.

11. L'AUTORIZZAZIONE E L'ACCREDITAMENTO DEI LOCALI SANITARI

- 11.1. L'art. 3 è volto a garantire la continuità delle attività assistenziali per i detenuti, in attesa del completamento del percorso di autorizzazione e accreditamento dei locali sanitari ai sensi della normativa vigente.
- 11.2. Pertanto, i servizi sanitari operanti all'interno degli istituti penitenziari rimangono attivi e funzionanti fino alla emanazione dell'atto di autorizzazione e di accreditamento istituzionale.
- 11.3. Resta fermo che sono a carico del Ministero della Giustizia gli oneri relativi agli interventi di manutenzione ordinaria e straordinaria dei locali concessi in uso al fine dell'erogazione delle prestazioni sanitarie¹¹.

12. I "SERVIZI AD ASSISTENZA INTENSIFICATA - S.A.I.": EX CENTRI DIAGNOSTICO TERAPEUTICI O CENTRI CLINICI

- 12.1. L'art. 4 è dedicato ai Servizi ad Assistenza Intensificata - SAI - strutture sanitarie penitenziarie finora denominate Centri Diagnostici Terapeutici o Centri Clinici. Si tratta di strutture intrapenitenziarie extra ospedaliere per detenuti non autosufficienti o affetti da patologie croniche, non assistibili in un istituto penitenziario ordinario, che garantiscono assistenza medica, infermieristica diurna e notturna e assistenza specialistica di particolare rilievo.
- 12.2. In coerenza con i principi della regionalizzazione dell'assistenza sanitaria e della territorialità della pena, le Regioni si dotano di un Servizio Assistenza Intensiva S.A.I., anche stipulando specifici accordi con Regioni limitrofe che dispongono di dette strutture.
- 12.3. Per completezza d'argomento, si richiama di seguito il paragrafo dedicato ai CDT ora denominati SAI, presente nell'allegato dell'Accordo.
- 12.4. Questa tipologia di servizio costituisce l'entità organizzativa di maggiore complessità nell'ambito delle strutture sanitarie penitenziarie.
- 12.5. Il SAI ha un assetto che integra anche più tipologie di servizi sanitari, può, pertanto, essere costituito anche da sezioni dedicate e specializzate.
- 12.6. L'inserimento in tali strutture risponde a valutazioni sanitarie e avviene tramite la definizione di criteri per il trasferimento e la durata della permanenza. Il venir meno delle motivazioni cliniche che giustificano la permanenza nel SAI è certificata dal medico responsabile o da un suo delegato e l'Amministrazione penitenziaria provvede alla traduzione del detenuto all'istituto di provenienza, qualora diverso da quello attuale o nell'attesa assegna temporaneamente il ristretto in sezione ordinaria.
- 12.7. I locali sanitari sono concessi in comodato d'uso gratuito secondo quanto previsto dall'Accordo approvato dalla Conferenza Unificata il 29 aprile 2009.
- 12.8. Sono assegnati presso gli istituti penitenziari con SAI anche i detenuti nei confronti dei quali l'Autorità Giudiziaria¹² abbia espressamente richiesto all'Amministrazione penitenziaria il trasferimento in strutture sanitarie intramurarie ove siano assicurate cure

dei reparti detentivi ospedalieri ai sensi dell'art. 7 della legge 296/1993.

¹¹ Accordo approvato dalla Conferenza Unificata il 29 aprile 2009.

¹² Nota prot. n. 0432148 del 4.12.2012 e Lettera Circolare n. 0405351 del 14.11.2012 Oggetto: Art. 27, comma terzo, Costituzione - Art. 3 C.E.D.U. - Art. 146, primo comma, art. 147 n. 2, c.p.



Ministero della Giustizia

DIPARTIMENTO DELL'AMMINISTRAZIONE PENITENZIARIA

adeguate e in grado di soddisfare standards assistenziali più alti che negli altri istituti, ma non di livello ospedaliero¹³.

12.9.L'apertura o la eventuale soppressione di SAI viene programmata secondo un piano concordato tra le Autorità Sanitarie regionali e l'Amministrazione penitenziaria

13. IL MONITORAGGIO DELL'ATTUAZIONE DELL'ACCORDO

13.1.L'art. 5 prevede il monitoraggio dell'applicazione dell'Accordo in oggetto da parte del Tavolo di consultazione permanente per la sanità penitenziaria¹⁴ per verificare lo stato di realizzazione e il funzionamento delle reti regionali dei servizi per l'assistenza sanitaria ai detenuti.

14. LA VALUTAZIONE E IL MIGLIORAMENTO DELLA QUALITÀ DEI SERVIZI EROGATI

14.1.L'art. 6 dispone che le Aziende Sanitarie Locali svolgano un'attività di valutazione e di miglioramento della qualità dei servizi erogati almeno con cadenza annuale.

15. LE VISITE DEL MEDICO DI FIDUCIA

15.1.Particolare attenzione è dedicata, nell'articolo 7, alle visite del medico di fiducia su richiesta del detenuto, ai sensi dell'art.11, comma 11 della legge 354/1975 e dell'art. 17 del D.P.R. 230/2000¹⁵. La disciplina della materia è affidata ad un Accordo della Conferenza Unificata, ancora da adottarsi, per l'individuazione di modalità operative omogenee di utilizzo degli ambienti e delle attrezzature appartenenti alle Aziende Sanitarie Locali da parte dei medici di fiducia dei detenuti.

¹³ Le condizioni detentive di una persona malata devono garantire la tutela della sua salute tenuto conto delle ordinarie e ragionevoli contingenze della carcerazione. Dall'art. 3 della Convenzione non è possibile dedurre un obbligo generale di rimettere in libertà il detenuto o di trasferirlo in un ospedale civile, anche se affetto da una malattia particolarmente difficile da curare, tale articolo impone comunque allo Stato di proteggere l'integrità fisica delle persone private della libertà (Sentenza della Corte Europea dei Diritti dell'Uomo del 29 gennaio 2013 - Ricorso n. 36276/10 - C. c.Italia, punto n. 36).

La Corte nota che la mancanza di cure mediche può in linea di principio costituire un trattamento contrario all'articolo 3. La Corte esige innanzitutto l'esistenza di un pertinente inquadramento medico del malato e l'adeguamento delle prescritte cure mediche alla sua particolare situazione. L'efficacia del trattamento dispensato presuppone che le autorità penitenziarie offrano al detenuto le cure mediche prescritte ai medici competenti. Inoltre, la diligenza e la frequenza con le quali le cure mediche sono dispensate all'interessato sono due elementi da considerare per valutare la compatibilità del suo trattamento con le esigenze dell'art. 3. In particolare, questi due fattori sono valutati dalla Corte non in termini assoluti, ma tenendo conto di volta in volta del particolare stato di salute del detenuto. In generale, il deterioramento dello stato di salute del detenuto non gioca di per sé un ruolo determinante per quanto riguarda l'articolo 3 della Convenzione. La Corte esamina di volta in volta se il deterioramento dello stato di salute dell'interessato sia ascrivibile a carenze nelle cure mediche dispensate (Sentenza della Corte Europea dei Diritti dell'Uomo del 29 gennaio 2013 - Ricorso n. 36276/10 - C. c.Italia, punto n. 37).

¹⁴ A seguito del D.P.C.M. 1.4.2008, per garantire l'attuazione concreta del transito, sono state costituite, con atto n. 81/CU del 31.7.2008, due specifiche articolazioni nell'ambito della Conferenza Unificata per i rapporti tra lo Stato le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano.

In particolare, il Tavolo di consultazione permanente, previsto nell'Allegato A al D.P.C.M. 1.4.2008, ha il compito di verificare l'attuazione del transito della medicina penitenziaria alle Regioni sull'intero territorio nazionale e di garantire l'uniformità degli interventi e delle prestazioni sanitarie e trattamentali nei confronti dei detenuti, degli internati e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale; il Comitato paritetico interistituzionale, indicato dall'art. 5, comma 2 del citato D.P.C.M., ha l'obiettivo di dare attuazione alle linee guida per gli interventi agli Ospedali Psichiatrici Giudiziari e alle Case di Cura e Custodia.

I lavori dei suddetti Tavoli sono volti a dare attuazione alle linee di intervento del Servizio Sanitario Nazionale in materia di tutela della salute dei detenuti e degli internati, contenute negli allegati A e C del D.P.C.M. 1.4.2008 e svolgono le attività istruttorie relative ai provvedimenti da sottoporre all'esame della Conferenza Unificata.

¹⁵ Art. 11 Legge 354/1975 e art. 17 D.P.R. 230/2000 e direttive del DAP sull'argomento n. 0240863 del 1.7.2009, n. 0290950 del 8.7.2010 e n. 0338839 del 17.8.2010 e n.382018 datata 11.10.2011.



Ministero della Giustizia

DIPARTIMENTO DELL'AMMINISTRAZIONE PENITENZIARIA

16. I CRITERI DI RIPARTO DEI FINANZIAMENTI

16.1. Nell'art. 8 si stabilisce che i criteri di riparto dei finanziamenti alle Regioni per la sanità penitenziaria tengano conto dell'attuazione dell'Accordo in oggetto a decorrere dall'esercizio finanziario 2016.

17. I TEMPI DI ATTUAZIONE DELL'ACCORDO 22 GENNAIO 2015

17.1. L'art. 9 e l'art. 1 comma 1 indicano alle Regioni e alle Province autonome il termine di sei mesi dall'approvazione dell'Accordo in argomento, per definire la composizione e le modalità di funzionamento della Rete dei servizi sanitari penitenziari.

18. L'ALLEGATO

18.1. Per quanto riguarda le forme di collaborazione tra le Direzioni degli istituti penitenziari e le ASL per la definizione dei diversi modelli organizzativi locali dell'assistenza sanitaria penitenziaria, con riferimento ai criteri indicati al punto 6 dell'articolo 2 dell'Accordo, si richiamano solo alcuni passaggi dell'atto, rimandando l'analisi dei singoli aspetti alla lettura del testo integrale dell'allegato all'Accordo¹⁶.

19. IL RUOLO DEL MEDICO RESPONSABILE

19.1. Il servizio sanitario presente in ogni istituto penitenziario opera sotto la responsabilità di un medico che coordina gli interventi delle professionalità sanitarie, incluse quelle specialistiche, ospedaliere, delle sezioni specializzate e quelle dei servizi territoriali per la presa in carico del disagio psichico o delle patologie da dipendenza.

19.2. Il medico responsabile definisce i bisogni assistenziali dei detenuti e mantiene costanti rapporti con la Direzione penitenziaria, anche in ragione dell'alta complessità della gestione clinico assistenziale e della specificità giuridica delle persone detenute. Tale medico è responsabile della gestione dei locali sanitari, delle strumentazioni, degli arredi e dell'attività dei sanitari che operano all'interno della struttura.

19.3. Per tali motivi, è l'interlocutore della direzione penitenziaria anche per il coordinamento delle richieste di ingresso da parte di professionalità afferenti alla ASL, del personale delle comunità terapeutiche e degli eventuali volontari e tirocinanti che operano nel settore sanitario.

¹⁶ Servizio medico di base

Servizio medico multi-professionale integrato

Servizio Medico Multi-professionale integrato con sezione specializzata.

Le sezioni sanitarie specializzate:

La Ridotta Capacità Motoria

Sezioni per detenuti con malattie infettive

Sezioni per soggetti affetti da disturbi mentali

Sezioni per detenuti tossicodipendenti (art. 96 commi 3 e 4 d.P.R. 309/90)

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



Ministero della Giustizia

DIPARTIMENTO DELL'AMMINISTRAZIONE PENITENZIARIA

20. LA RIDOTTA CAPACITÀ MOTORIA

- 20.1. Per quanto riguarda i detenuti con menomazioni fisiche e sensoriali (soggetti con gravi riduzioni della capacità motoria, persone non vedenti o ipovedenti gravi), laddove siano presenti specifiche necessità di trattamento riabilitativo, le stesse sono soddisfatte dai servizi penitenziari in cui è presente l'offerta specialistica di medicina fisica e di riabilitazione, ovvero, in base alle condizioni sanitarie, di altre discipline specialistiche.
- 20.2. Le persone in argomento sono accolte in camere detentive appositamente attrezzate e allestite con supporti per il superamento delle barriere ambientali, per assicurare la permanenza in condizioni tali da salvaguardare l'autonomia e la dignità, coerentemente con i principi espressi dalla Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità¹⁷.
- 20.3. Qualora nell'istituto non sia possibile realizzare ambienti attrezzati e percorsi di orientamento con ridotte barriere architettoniche, l'Amministrazione penitenziaria regionale individua o predispone specifiche soluzioni nell'ambito degli istituti penitenziari del territorio di competenza, in coerenza con il principio della territorialità della pena.
- 20.4. L'Amministrazione penitenziaria, nei casi segnalati dal medico, garantisce l'assistenza alla persona anche con il ricorso a specifiche figure di detenuti care-givers ('pianconi'). A tal proposito, la Direzione dell'istituto chiede al responsabile medico della ASL di realizzare iniziative informative e formative per i detenuti chiamati a svolgere l'attività di care-giver, anche per quanto attiene al rispetto della prevenzione degli infortuni sui luoghi di lavoro.
- 20.5. Il regolamento di gestione di tali sezioni è definito in collaborazione tra la Direzione penitenziaria e la ASL, nell'ambito del regolamento interno dell'istituto, ex art. 16 della Legge 354/1975.
- 20.6. Per quanto sopra rappresentato, la denominazione "minorato fisico" presente nell'Ordinamento Penitenziario è ricompresa nelle forme di riduzione della capacità motoria e sensoriale.
- 20.7. Sono segnalate alle Autorità Giudiziarie, per le possibili valutazioni di competenza, le situazioni di disabilità motoria o sensoriale o la mancanza di ambienti adeguati, che possano configurare trattamento contrario ai principi di umanità e dignità della pena¹⁸.

21. GLI OSPEDALI CON STANZE DEDICATE E I REPARTI OSPEDALIERI PER I DETENUTI

- 21.1. Si tratta dei reparti detentivi ospedalieri previsti dall'art. 7 della legge 296/93; il numero di posti letto e l'organizzazione assistenziale variano a seconda del modello organizzativo del servizio ospedaliero ospitante.
- 21.2. I ricoveri presso tali strutture sono richiesti dai medici del Pronto Soccorso degli Ospedali dove è condotto il detenuto - ricoveri d'urgenza - o dai medici in servizio presso gli istituti penitenziari -ricoveri programmati - e sono disposti dalle Autorità Giudiziarie.
- 21.3. L'Autorità Giudiziaria che dispone formalmente il ricovero ne stabilisce il termine una volta cessate le ragioni che hanno determinato lo stesso ricovero, ai sensi dell'art. 240 del

¹⁷ D.P.R. 4 ottobre 2013 "Adozione del programma di azione biennale per la promozione dei diritti e l'integrazione delle persone con disabilità" pubblicato sulla G.U. n. 303 del 28.12.2013.

¹⁸ Nota prot. n. 0432148 del 4.12.2012 e Lettera Circolare n. 0405351 del 14.11.2012. Oggetto: Art. 27, comma terzo, Costituzione - Art. 3 C.E.D.U. - Art. 146, primo comma, art. 147 n. 2, c.p.



Ministero della Giustizia

DIPARTIMENTO DELL'AMMINISTRAZIONE PENITENZIARIA

D.Lgs. 271/1989 "Norme di attuazione, di coordinamento e transitorie del codice di procedura penale".

- 21.4. Nelle Regioni dove tali reparti non sono stati ancora istituiti, il ricovero urgente si effettua preferibilmente presso camere appositamente attrezzate negli ospedali civili. I ricoveri programmati si effettuano, se possibile, presso i reparti detentivi ospedalieri anche stipulando specifici accordi con Regioni limitrofe che dispongono di dette strutture.
- 21.5. L'Amministrazione penitenziaria provvede al piantonamento dei detenuti ricoverati con specifiche Unità Operative di personale di Polizia Penitenziaria, presenti nelle 24 ore.
- 21.6. Il detenuto ricoverato continua ad essere sottoposto a regime detentivo e pertanto continua a godere dei diritti e delle garanzie riconosciute dalla normativa alle persone sottoposte a tale regime.
- 21.7. Si richiamano le note di questo Dipartimento n. 0127008 del 29.3.2012 e prot. n.0184264 del 23/05/2014 e si invitano i Provveditori Regionali a dare impulso alle Regioni e alle ASL per la realizzazione di reparti di degenza dedicati alle persone detenute ai sensi dell'art. 7 della legge 296/1993 presso le strutture ospedaliere del territorio.

22. L'ASSISTENZA PROTESICA

- 22.1. L'assistenza protesica a favore degli aventi titolo e la fornitura dei previsti ausili e protesi per disabili è soggetta all'autorizzazione dell'Azienda Sanitaria Locale. Per l'accertamento delle condizioni di cui alle leggi 118/71 e s.m.i., 18/80 e s.m.i., 104/92 e s.m.i., 68/99 e s.m.i., si applicano le procedure previste dalla normativa vigente; per i non residenti le commissioni operano su delega dell'Azienda Sanitaria di residenza.
- 22.2. La protesica odontoiatrica non è compresa tra le prestazioni che le Regioni e le ASL erogano in attuazione dei Livelli Essenziali di Assistenza - LEA.
- 22.3. Ogni Regione può erogare prestazioni sanitarie aggiuntive rispetto ai LEA, utilizzando appositi fondi integrativi del Servizio Sanitario Nazionale, qualora disponibili.
- 22.4. Laddove detta assistenza non sia garantita, si invitano i Provveditori Regionali e le Direzioni penitenziarie ad intervenire direttamente presso le Regioni e le ASL, evidenziando la condizione di vulnerabilità costituita dalla detenzione, per orientare l'impegno di detti Enti ad assicurare alle persone detenute anche le prestazioni in argomento.
- 22.5. Inoltre, i Provveditori Regionali e le Direzioni penitenziarie valutano l'opportunità di chiedere ai Comuni¹⁹ di sostenere la spesa per le prestazioni di protesica odontoiatrica per le persone detenute.

23. IL RUOLO DELL'AMMINISTRAZIONE PENITENZIARIA

- 23.1. I Provveditori Regionali²⁰ forniscono ogni utile contributo alle Regioni per favorire il tempestivo adeguamento dell'offerta assistenziale penitenziaria alle indicazioni dell'Accordo in argomento.

¹⁹ DPCM 5.12.2013 n. 159 "Regolamento concernente la revisione delle modalità di determinazione e i campi di applicazione dell'Indicatore della situazione economica equivalente" che stabilisce competenze e procedure per l'accesso degli utenti, anche se detenuti, alle prestazioni sociali.

²⁰ Nota prot.n. 0062851 del 19.2.2014 "Messaggio del signor Ministro della Giustizia sul piano d'azione in materia di interventi per il complessivo miglioramento del sistema penitenziario".



Ministero della Giustizia

DIPARTIMENTO DELL'AMMINISTRAZIONE PENITENZIARIA

23.2. I provvedimenti organizzativi adottati dai predetti Enti territoriali sono trasmessi a questo Dipartimento a cura dei Provveditori Regionali.

23.3. Inoltre, i Provveditori chiedono alle Regioni la nomina di un medico che presti servizio presso gli uffici del Provveditorato per svolgere le funzioni di coordinamento della rete assistenziale regionale e per formulare le valutazioni tecniche di competenza nell'ambito dei procedimenti di trasferimento dei detenuti per motivi di salute.

24. ART. 1 COMMA 3 DELL'ACCORDO C.U. 22 GENNAIO 2015:
I TRASFERIMENTI PER MOTIVI DI SALUTE AI SENSI DELL'ART. 42 LEGGE 354/1975
- LA TRACCIABILITA' DEL PROCEDIMENTO
I PRINCIPI

24.1. I principi cui uniformare l'attività di trasferimento dei detenuti per motivi di salute sono stati delineati con la relazione diffusa con nota prot.n. 0062851 del 19.2.2014 "Messaggio del signor Ministro della Giustizia sul piano d'azione in materia di interventi per il complessivo miglioramento del sistema penitenziario".

24.2. L'Amministrazione penitenziaria procede alla verifica circa l'effettiva e concreta possibilità di presa in carico e cura del paziente detenuto nell'istituto in cui lo stesso viene trasferito.

24.3. Come indicato più volte da questa Amministrazione, in ultimo con la circ. n. 3654/6104 prot.n.0074437 del 26.2.2014, va evitata la richiesta di trasferimento in altra sede del detenuto per il quale sia stato intrapreso un percorso assistenziale, soprattutto per patologie croniche o di particolare gravità o sia in attesa di controlli o interventi già programmati presso strutture sanitarie esterne.

24.4. In tali situazioni, il trasferimento in altra sede può determinare situazioni di rischio per la salute della persona, anche per i tempi richiesti per l'inserimento nelle liste d'attesa presso la nuova sede.

25. LE COMPETENZE

25.1. IL CIRCUITO "MEDIA SICUREZZA"

25.1.1. In tema di trasferimenti dei detenuti per motivi di salute²¹, trovano attuazione i principi di regionalizzazione dell'assistenza sanitaria e di territorialità della pena²².

25.1.2. I trasferimenti per motivi di salute dei detenuti appartenenti al circuito di media sicurezza sono disposti dai Provveditorati Regionali dell'Amministrazione Penitenziaria nell'ambito degli istituti penitenziari della Regione o delle Regioni presenti nel distretto territoriale di pertinenza, se comprendente più Regioni.

²¹ La Corte E.D.U. rammenta che, quando si tratta di persone private della libertà, l'art. 3 della Convenzione E.D.U. impone allo Stato l'obbligo positivo di assicurarsi che le condizioni di detenzione siano compatibili con il rispetto della dignità umana ...e che, tenuto conto delle esigenze pratiche della detenzione, la salute e il benessere del detenuto siano assicurati in modo adeguato, in particolare tramite la somministrazione delle cure mediche richieste (Sentenza della Corte Europea dei Diritti dell'Uomo del 29 gennaio 2013 - Ricorso n. 36276/10 - Cirillo c. Italia, punto n. 35).

²² A proposito delle autorità competenti a disporre i trasferimenti dei detenuti e degli internati negli istituti penitenziari, si richiamano l'art. 42 della legge 354/1975 "ordinamento penitenziario" e gli artt. 83 e 85, 1° comma, del D.P.R. 230/2000 "regolamento di esecuzione dell'ordinamento penitenziario".



Ministero della Giustizia

DIPARTIMENTO DELL'AMMINISTRAZIONE PENITENZIARIA

- 25.1.3. Il Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria trasferisce i detenuti appartenenti al circuito media sicurezza per motivi di salute presso istituti penitenziari situati nel territorio di altro Provveditorato Regionale quando le cure non sono erogabili dalle strutture sanitarie presenti presso il Provveditorato Regionale ove le persone sono detenute.
- 25.1.4. La richiesta di trasferimento del detenuto per motivi di salute è avanzata dal medico responsabile dell'istituto penitenziario e trasmessa dalla Direzione penitenziaria al Provveditorato Regionale dell'Amministrazione Penitenziaria con le informazioni di carattere penitenziario e giudiziario relative alla persona utili alla valutazione della assegnazione in altra sede.
- 25.1.5. Nel certificato medico di richiesta di trasferimento è precisato che non è possibile garantire al detenuto l'assistenza sanitaria di cui necessita con le risorse dell'Azienda Sanitaria competente nell'istituto penitenziario.
- 25.1.6. Presso il Provveditorato presta servizio il medico cui la Regione ha attribuito funzioni di coordinamento della rete regionale, che esamina la proposta del medico dell'istituto di attuale assegnazione, individua tra gli istituti compresi nel territorio le possibili sedi idonee e sottopone tali informazioni al Provveditorato Regionale per la valutazione del trasferimento.
- 25.1.7. Il servizio sanitario di partenza e di arrivo collaborano nello scambio di informazioni a tutela della continuità terapeutica.
- 25.1.8. In tal modo, si assicura alla persona ristretta l'assistenza sanitaria nella località più prossima al luogo di residenza.
- 25.1.9. Resta fermo che il nuovo istituto, in caso di trasferimento, possa tradurre il detenuto alla precedente ASL, dove il paziente era già in lista di attesa, per limitare i tempi per l'accesso ai servizi sanitari conseguenti al trasferimento e tutelare in tal modo la salute della persona detenuta.
- 25.1.10. Il Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria dispone il trasferimento dei detenuti per motivi di salute a sedi penitenziarie di competenza di altro Provveditorato Regionale.
- 25.1.11. La richiesta di trasferimento è avanzata dal medico dell'istituto di attuale assegnazione che evidenzia di non poter garantire al detenuto le cure con le risorse dell'ASL o della Regione.
- 25.1.12. Il medico che ha in carico la persona detenuta e ne conosce le patologie indica, quindi, le strutture del Servizio Sanitario presenti sul territorio nazionale specializzate ad erogare le terapie idonee per la patologia in argomento.
- 25.1.13. Tale indicazione è relativa a più località se disponibili e non si limita ad una sola sede, per consentire a questo Dipartimento di individuare la sede appropriata anche dal punto di vista penitenziario.
- 25.1.14. La documentazione contenente la richiesta di trasferimento del detenuto per motivi di salute avanzata dal medico dell'istituto è trasmessa dalla Direzione penitenziaria con le informazioni di carattere penitenziario e giudiziario al Provveditorato Regionale dell'Amministrazione Penitenziaria che, dopo aver verificato con il coordinatore della rete interaziendale regionale l'impossibilità della cura con le risorse del territorio, sottopone al Dipartimento l'intera documentazione.



Ministero della Giustizia

DIPARTIMENTO DELL'AMMINISTRAZIONE PENITENZIARIA

- 25.1.15. Presso il Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria presta servizio personale medico²³ che esamina le relazioni sanitarie inviate dai Provveditorati e formula valutazioni utili ad individuare la sede penitenziaria di trasferimento del detenuto per motivi di salute, indicando il presidio sanitario idoneo per le patologie in esame.
- 25.1.16. Il servizio sanitario dell'istituto di attuale assegnazione e il servizio sanitario dell'istituto penitenziario dove il detenuto è trasferito collaborano nello scambio di informazioni a tutela della continuità terapeutica.
- 25.1.17. Il provvedimento di trasferimento trova esecuzione dopo che l'istituto penitenziario di destinazione abbia manifestato la disponibilità ad accogliere il detenuto, al fine di assicurare l'effettività e la continuità delle cure.
- 25.1.18. A tal fine, le Regioni comunicano ai Provveditorati Regionali l'offerta assistenziale dei rispettivi territori.
- 25.1.19. Tutti i provvedimenti adottati sia dai Provveditorati che dal DAP sono soggetti a monitoraggio periodico (mensile/trimestrale) per consentire anche verifiche sull'opportunità delle scelte effettuate e sui possibili ostacoli insorti dopo i trasferimenti.

25.2.1 CIRCUITI 41 BIS – COLLABORATORI DI GIUSTIZIA - ALTA SICUREZZA

- 25.2.1. I trasferimenti per motivi di salute dei detenuti appartenenti ai circuiti 41 bis, collaboratori di giustizia e Alta Sicurezza sono disposti esclusivamente dalla Direzione Generale dei Detenuti e del Trattamento.
- 25.2.2. Tenuto conto che tali detenuti possono essere assegnati in istituti situati in Regioni diverse dal territorio di provenienza²⁴, ogni Regione assicura la presa in carico delle persone presenti nelle sedi penitenziarie di rispettiva competenza.
- 25.2.3. Il medico dell'istituto chiede il trasferimento del detenuto per motivi di salute e specifica di non poter garantire al paziente le cure necessarie con le risorse dell'ASL competente o della Regione.
- 25.2.4. Tale medico, che ha in carico il detenuto e ne conosce le patologie, indica le strutture del Servizio Sanitario presenti sul territorio nazionale specializzate ad erogare le terapie idonee per le patologie in argomento, anche in collaborazione con il coordinare della rete interaziendale regionale, che dispone di tutte le informazioni relative all'offerta assistenziale della Regione.
- 25.2.5. Tale indicazione è relativa a più località se disponibili e non si limita ad una sola sede, per consentire a questo Dipartimento di individuare l'istituto appropriato dal punto di vista sanitario, nonché del regime detentivo.

²³ Per completezza, si fa presente che questo Dipartimento si avvale del contributo di medici per l'individuazione degli istituti penitenziari dotati di presidi sanitari adeguati alle patologie dei detenuti, allo scopo di effettuare assegnazioni di sede appropriate per garantire la tutela della salute delle persone sottoposte a provvedimenti restrittivi della libertà personale.

I pareri tecnici formulati da tali medici costituiscono uno degli elementi di valutazione presi in esame da questa Amministrazione per lo svolgimento della funzione istituzionale di trasferimento dei detenuti, ai sensi dell'art. 42 della legge 354/1975, oltre alle informazioni inerenti di volta in volta la posizione giuridica, la residenza, i familiari, le esigenze di studio o altro.

L'attività sanitaria svolta dall'Amministrazione penitenziaria è stata prevista nell'Accordo "dati sanitari, flussi informativi e cartella clinica anche informatizzata" approvato il 26 novembre 2009 dalla Conferenza Unificata e pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 2 del 4 gennaio 2010 Serie Generale.

Presso il Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria Direzione Generale dei Detenuti e del Trattamento prestano servizio due medici, distaccati dalla Regione Lazio per le esigenze sopra indicate.

²⁴ CIRCOLARE n. 3619/6069 Prot. n. 0145202 del 21.4.2009.



Ministero della Giustizia

DIPARTIMENTO DELL'AMMINISTRAZIONE PENITENZIARIA

- 25.2.6. Per tali categorie e in particolare per i detenuti appartenenti al circuito 41 bis, i Provveditorati Regionali e le Direzioni concordano con le ASL le modalità organizzative dell'assistenza sanitaria dirette a garantire la tempestività delle prestazioni e a limitare le traduzioni dei detenuti in luogo esterno di cura, favorendo il ricorso alle innovazioni tecnologiche come la telemedicina.
- 25.2.7. I Provveditorati Regionali e le Direzioni, inoltre, evidenziano alle ASL la necessità di disporre di reparti detentivi ospedalieri²⁵ in ogni Ospedale limitrofo agli istituti, sempre in considerazione delle esigenze di sicurezza connesse a tale particolare tipologia di detenuti.
- 25.2.8. In caso di assegnazioni temporanee per motivi di giustizia o altre ragioni, la Direzione dell'istituto in cui il detenuto si trova presente rappresenta al medico l'opportunità di astenersi dall'avviare percorsi terapeutici di lunga durata senza preventivo nulla osta della Direzione Generale Detenuti e Trattamento e di specificare le eventuali ragioni di urgenza dell'avvio dell'iter terapeutico. Ciò al fine di evitare l'interruzione delle cure al termine delle esigenze temporanee che hanno determinato la presenza del detenuto in tale sede.
26. LE VISITE SPECIALISTICHE, GLI ACCERTAMENTI SANITARI E I RICOVERI IN LUOGO ESTERNO DI CURA - CHI INDICA LA SEDE DI DESTINAZIONE ALLA AUTORITA' GIUDIZIARIA E SECONDO QUALI CRITERI
- 26.1. La competenza a disporre il ricovero o la prestazione sanitaria in luogo esterno di cura, escluse le ipotesi dell'urgenza²⁶, è dell'Autorità Giudiziaria²⁷ o del Direttore penitenziario, quando delegato dalla Magistratura di Sorveglianza.
- 26.2. La sede per le prestazioni in luogo esterno di cura è di regola indicata dal medico della ASL, che ha in carico il detenuto e ne conosce le patologie.
- 26.3. Qualora l'offerta sanitaria della ASL o della Regione competente non disponga delle possibilità di cura, il medico indica le strutture presenti in altre Regioni per la presa in carico del detenuto.
- 26.4. E' preferibile che i ricoveri programmati avvengano presso i reparti detentivi ospedalieri previsti dall'art. 7 Legge 296/1993.
- 26.5. Nelle ipotesi di ricovero o di prestazioni in luogo esterno di cura, pareri o indicazioni sono fornite anche dai periti medico-legali dell'Autorità Giudiziaria.
27. Si invitano i Provveditori Regionali a diffondere la presente direttiva e l'Accordo allegato alle Direzioni degli istituti penitenziari del distretto di competenza

IL CAPO DEL DIPARTIMENTO

Santo Consolo

Santo Consolo

²⁵ Art. 7 Legge 296/1993 e note di questo Dipartimento n. 0127008 del 29.3.2012 e prot. n.0184264 del 23/05/2014.
²⁶ Art. 17 D.P.R.230/2000 Regolamento di esecuzione dell'Ordinamento Penitenziario.
²⁷ Art. 11 dell'Ordinamento Penitenziario Legge 354/1975 - art. 240 disp. coord.e att. c.p.p. - art. 286 e 286 bis c.p.p.



*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA UNIFICATA

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

Rep. n. 3/20 del 22/01/2015

LA CONFERENZA UNIFICATA

Nell'odierna seduta del 22 gennaio 2015:

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

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

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

VISTO il d.lgs. 230/99 che all'articolo 1 sancisce che "i detenuti e internati hanno diritto, al pari dei cittadini in stato di libertà, alla erogazione delle prestazioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, efficaci ed appropriate, sulla base degli obiettivi generali e speciali di salute e dei livelli essenziali uniformi di assistenza individuati nel Piano sanitario nazionale, nei piani sanitari regionali e locali";

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

VISTO l'articolo 2, comma 283, della Legge 24 dicembre 2007, n. 244 (Finanziaria 2008), il quale prevede che con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri sono definite le modalità ed i criteri per il trasferimento dal Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria e dal Dipartimento della giustizia minorile del Ministero della giustizia al Servizio Sanitario Nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali, in materia di sanità penitenziaria;

VISTO il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 1° aprile 2008, emanato in attuazione della sopra menzionata disposizione che, tra l'altro, attribuisce alle aziende sanitarie locali il compito di garantire ai detenuti, agli internati ed ai minorenni sottoposti a provvedimento penale il



*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA UNIFICATA

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

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

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

CONSIDERATO che questa Conferenza, nella seduta del 31 luglio 2008, ha deliberato (Rep. Atti n. 81/CU) la costituzione del "Tavolo di consultazione permanente sulla sanità penitenziaria", tra i cui compiti è previsto anche l'espletamento dell'attività istruttoria dei provvedimenti, da sottoporre all'esame di questa medesima Conferenza, attuativi del più volte citato D.P.C.M. 1° aprile 2008, nonché la predisposizione di indirizzi per favorire la realizzazione di programmi di interventi nelle realtà territoriali e di strumenti volti a favorire il coordinamento fra Regioni, Provveditorati regionali dell'Amministrazione penitenziaria e Centri della giustizia minorile;

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

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

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

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

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

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



*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*
CONFERENZA UNIFICATA

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

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

SANCISCE ACCORDO

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

CONSIDERATI:

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

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

SI CONVIENE

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

Art. 1

La Rete dei servizi sanitari penitenziari

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



*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*
CONFERENZA UNIFICATA

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

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

Art. 2

I Servizi della Rete

1. Ogni Servizio sanitario penitenziario è una sede territoriale della locale Azienda sanitaria ed eroga l'assistenza sanitaria garantendo l'azione multidisciplinare e l'integrazione di interventi a favore della persona detenuta; fa parte della rete dei servizi regionali, che assicura la continuità assistenziale. Per la prescrizione di tutte le prestazioni sanitarie è utilizzato esclusivamente il ricettario unico regionale, anche per rispondere alla necessità dei flussi informativi.
2. Le Regioni, le Province autonome e le Aziende sanitarie assicurano la promozione della salute, la diagnosi e la cura degli eventi patologici acuti e cronici, di norma all'interno delle strutture penitenziarie, valorizzando le risorse sanitarie ivi disponibili, anche avvalendosi delle tecnologie e delle innovazioni che consentono l'erogazione di servizi a distanza. Quando necessario, in



*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*
CONFERENZA UNIFICATA

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

3. Le Regioni, le Province autonome e le Aziende sanitarie assicurano in tutti gli Istituti penitenziari forme di medicina d'iniziativa e promozione della salute attraverso la correzione degli stili di vita e dei possibili fattori di rischio con il concorso delle Direzioni penitenziarie per l'individuazione di soluzioni logistiche ed organizzative che favoriscano il mantenimento dello stato di salute dei detenuti (individuazione di stanze di detenzione destinate ad accogliere detenuti in fase post-acuzie o zone 'smoke-free', regolamentazione dell'acquisto dell'alcool, diete mirate al controllo del peso corporeo, configurazione dei letti con reti e materassi rigidi per patologie, ambienti per disabili, etc.). Le Regioni, le Province autonome e le Aziende sanitarie assicurano altresì gli interventi di screening e diagnosi precoce previsti dalla normativa, l'assistenza medica di base, l'assistenza farmaceutica ed integrativa, e le visite medico-specialistiche ambulatoriali. Laddove si riscontrino l'esigenza di una prestazione specialistica ambulatoriale non disponibile all'interno dell'istituto penitenziario o della Azienda sanitaria di competenza, la stessa è garantita anche attraverso specifici accordi con altre Aziende sanitarie, specie per la diagnostica strumentale ad alta tecnologia (TAC, RMN, PET, ecc.); in tutti gli istituti penitenziari è garantita la presa in carico ed il trattamento dei detenuti tossicodipendenti e alcolodipendenti. Come previsto nel D.P.C.M. 1.4.2008, Allegato A, e nell'accordo sancito dalla Conferenza Unificata del 13/10/2011, in merito alla "Prevenzione, cura e riabilitazione nel campo della salute mentale", le Aziende Sanitarie garantiscono alle persone con disturbi mentali appropriati interventi e tutte le possibilità di cura e di promozione della salute mentale. A tal fine, le Aziende sanitarie elaborano con le Direzioni penitenziarie protocolli operativi volti a definire le modalità di collaborazione tra gli operatori sanitari e gli operatori penitenziari per l'individuazione precoce del disagio dei detenuti e per la riduzione del rischio di suicidio e di autolesionismo in ambiente penitenziario secondo quanto previsto dall'accordo della Conferenza Unificata del 19/01/2012. Gli interventi sono effettuati all'ingresso e durante tutto il periodo di permanenza della persona nell'istituto di pena e assicurano la continuità della presa in carico, attraverso il collegamento con le Aziende sanitarie del territorio di residenza del detenuto. L'assistenza protesica a favore degli aventi titolo e la fornitura dei previsti ausili e protesi per disabili è soggetta all'autorizzazione dell'Azienda sanitaria. Per l'accertamento delle condizioni di cui alle leggi 118/71 e s.m.i., 18/80 e s.m.i., 104/92 e s.m.i., 68/99 e s.m.i., si applicano le procedure della normativa vigente; per i non residenti le commissioni operano su delega dell'Azienda sanitaria di residenza.
4. In situazioni di emergenza-urgenza l'Azienda Sanitaria garantisce all'interno degli Istituti penitenziari un'adeguata risposta di primo soccorso per la tempestiva stabilizzazione del paziente detenuto, tramite il servizio medico interno ed i servizi territoriali di emergenza-urgenza, cui segue, ove occorra, l'invio immediato presso la struttura ospedaliera di riferimento territoriale. Analoga prestazione, esclusivamente in situazioni di emergenza-urgenza, viene garantita nei confronti delle persone comunque presenti all'interno dell'Istituto penitenziario. In nessun caso è configurabile una funzione di 'pronto soccorso' in carcere. Nei confronti del Corpo di polizia penitenziaria, al di fuori di tale previsione, sono garantite esclusivamente le prestazioni di cui all'Accordo Rep. Atti n. 51/CU del 29 ottobre 2009 e dei successivi protocolli in sede territoriale.
5. Le Regioni, le Province autonome e le Aziende Sanitarie, attraverso una specifica programmazione, realizzata con il contributo dell'Amministrazione penitenziaria, garantiscono, sul proprio territorio ai detenuti con comorbidità complesse, tossicodipendenti, alcolodipendenti,



*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA UNIFICATA

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

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

7. La pianificazione regionale dei servizi destinati alla presa in carico dei detenuti con necessità di particolare impegno assistenziale è orientata al modello organizzativo delle reti cliniche integrate "HUB & SPOKE" che prevede la concentrazione della casistica più complessa in un numero limitato di centri (HUB). L'attività degli HUB è fortemente integrata, attraverso connessioni funzionali, con quella dei centri periferici (SPOKE). Nella ridefinizione del modello di rete assistenziale per le persone detenute, i servizi sanitari di riferimento possono essere sia intra che extrapenitenziari. A questo fine, le Regioni e le province autonome procedono alla:
 - Individuazione delle "sezioni sanitarie specializzate" all'interno delle strutture penitenziarie e verifica della loro coerenza rispetto al fabbisogno regionale. Con riferimento a tali strutture si utilizzano i termini di 'trasferimento e permanenza'.
 - Individuazione di reparti di ricovero e degenza all'interno delle strutture ospedaliere: procedure definite quali 'ricovero' o 'degenza' possono riferirsi solo a specifici 'reparti ospedalieri di medicina penitenziaria' (ex 'medicina protetta'). I ricoveri presso tali strutture sono attuati su disposizione della autorità giudiziaria (trasferimento per cure) che ne stabilisce il termine anche secondo le indicazioni dei sanitari del reparto ospedaliero. Le Regioni e le Province autonome si impegnano ad effettuare la mappatura dei posti di degenza previsti ai sensi dell'articolo 7 del d.l. 14 giugno 1993 n. 187, convertito nella legge n. 296/93, anche al fine di definire il fabbisogno standard dei posti letto per detenuti da attivare in ciascuna regione.

Art. 3

Accreditamento

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



*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*
CONFERENZA UNIFICATA

2. La Amministrazione Penitenziaria, nelle sue articolazioni centrali e periferiche, la Regione e la ASL stipulano appositi protocolli d'intesa che stabiliscono il cronoprogramma degli eventuali lavori di adeguamento delle strutture di cui al comma 1.
3. Come previsto dall'Accordo della Conferenza Unificata del 29 aprile 2009, sono a carico del Ministero della giustizia gli oneri relativi agli interventi di manutenzione ordinaria e straordinaria dei locali concessi in uso al fine dell'erogazione delle prestazioni sanitarie. I suddetti interventi sono inseriti nel primo piano triennale utile di edilizia penitenziaria, per consentire il completamento dei procedimenti di autorizzazione e di accreditamento

Art. 4

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

1. In coerenza con i principi della regionalizzazione dell'assistenza sanitaria e della territorialità della pena, le Regioni e le Province autonome si dotano di un Servizio medico Multiprofessionale Integrato con sezioni dedicate e specializzate di Assistenza Intensiva (S.A.I. - Tipo C1), di cui all'Allegato: ex 'Centri Diagnostico-Terapeutici' o 'Centri Clinici', anche stipulando specifici accordi con Regioni limitrofe che dispongono di siffatta modalità organizzativa. Tali centri erogano prestazioni di assistenza specialistica di cui al punto 4 dell'Allegato, le cui tipologie e volumi costituiscono il riferimento oggettivo per il riparto delle risorse statali appositamente destinate ai CDT;
2. I Centri clinici attualmente in funzione sono: Bari "Francesco Rucci", Genova "Marassi", Messina, Milano "Opera", Milano "San Vittore", Napoli "Poggioreale - G. Salvia", Napoli "Secondigliano", Massa, Parma, Pisa "Don Bosco" (maschile e femminile), Roma "Regina Coeli", Sassari, Torino "Lorusso e Cotugno", Busto Arsizio. Sono in via di attivazione: Cagliari "Uta" e Catanzaro. L'accordo della Conferenza Unificata del 26 novembre 2009, recante "Strutture sanitarie nell'ambito del sistema penitenziario italiano", è abrogato limitatamente alla lettera a), quarto capoverso, n.1, che definisce insopprimibili i centri clinici di Milano Opera, Parma, Pisa, Roma Regina Coeli e Napoli Secondigliano.
3. L'apertura o la eventuale soppressione di S.A.I. viene programmata secondo un piano concordato tra le Autorità sanitarie regionali e l'Amministrazione penitenziaria, nelle sue articolazioni centrali e periferiche.

Art. 5

Monitoraggio e armonizzazione

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



*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*
CONFERENZA UNIFICATA

- Regioni e le Province autonome si impegnano a fornire relazioni scritte ovvero a partecipare ad audizioni dirette;
- b. verifica della graduale progressiva armonizzazione dell'erogazione omogenea dei Livelli essenziali di assistenza sul territorio nazionale.

Art. 6

Criteri di appropriatezza

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

Art. 7

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

1. Secondo quanto previsto dal comma 11 dell'art. 11 della legge n. 354/75 e dal comma 7 dell'art. 17 del DPR 230/2000, la Direzione dell'IP, su richiesta del detenuto, può autorizzare l'ingresso in IP di medici di fiducia del detenuto stesso.
2. Ferma restando la necessaria autorizzazione della Azienda sanitaria competente, per l'utilizzo dei locali, beni strumentali e materiali d'uso è dovuto, nei casi di cui al comma 1, uno specifico corrispettivo a carico del detenuto medesimo.
3. Con atto da definirsi in sede di Conferenza Unificata, sono stabiliti:
- le modalità di rapporto tra il medico di fiducia e il SSN;
 - i tempi e le modalità di utilizzo dei locali, beni strumentali e materiali, nonché i criteri omogenei per l'individuazione del corrispettivo dovuto dal detenuto.

Art. 8

Norma finanziaria

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



*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*
CONFERENZA UNIFICATA

Art. 9
Norme finali

1. Le Regioni e le Province autonome si impegnano a recepire i contenuti del presente accordo entro 6 mesi dalla data di approvazione del medesimo, con propri atti di programmazione che declinino le modalità e i tempi di adeguamento, tenendo conto in modo complementare dell'attuale assetto organizzativo dei propri servizi laddove già operativi ed in aderenza ai modelli sanitari regionali.
2. L'attuazione del presente accordo deve avvenire senza maggiori oneri a carico della finanza pubblica; per la sua graduale attuazione le Regioni e le province autonome si avvalgono delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente.

IL SEGRETARIO
Antonio Naddo



IL PRESIDENTE
Maria Carmela Lanzetta

ALLEGATO

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

Ogni struttura penitenziaria per adulti è dotata di uno specifico "Servizio sanitario penitenziario" operante sotto la responsabilità di un medico che coordina gli interventi delle professionalità sanitarie coinvolte, ivi incluse quelle specialistiche, ospedaliere, delle sezioni specializzate o dedicate e quelle dei servizi territoriali per la presa in carico del disagio psichico o delle patologie da dipendenza. Il medico responsabile/referente definisce inoltre i generali bisogni assistenziali dei detenuti e mantiene costanti rapporti con la Direzione Penitenziaria e le sue articolazioni funzionali, anche in ragione dell'alta complessità della gestione clinico assistenziale e della specificità giuridica delle persone detenute ed internate. Il responsabile del Servizio è responsabile della gestione dei locali sanitari, strumentazioni, arredi e dell'attività dei sanitari che operano all'interno della struttura. Il livello di responsabilità superiore dei servizi sanitari in ambito penitenziario è definito dalle Regioni e Province autonome nei conseguenti "atti aziendali".

I servizi sanitari presentano quindi caratteristiche e potenzialità differenti a seconda delle dimensioni, delle presenze, della tipologia di detenuti, del turnover di arrestati o detenuti e riflettono le modificazioni dei circuiti penitenziari regionali.

Le Regioni e Province autonome tengono conto nell'ambito della propria programmazione, dei criteri esplicitati al punto 6 dell'articolo 2 dell'Accordo, al fine di elaborare il proprio modello organizzativo di sanità penitenziaria, sulla base delle tipologie di servizi di seguito dettagliati. Tale modello tiene conto della complessità e della numerosità delle situazioni sanitarie della popolazione detenuta, nonché della situazione organizzativa preesistente al passaggio della sanità penitenziaria al Servizio Sanitario

1. Servizio medico di base

È la tipologia di servizio più semplice attivata nelle strutture penitenziarie con popolazione detenuta riconosciuta in buone condizioni di salute. Essa offre in via continuativa, per fasce orarie, prestazioni di medicina di base e assistenza infermieristica nonché ordinariamente prestazioni di medicina specialistica (odontoiatria, cardiologia, psichiatria, malattie infettive), la presa in carico di pazienti con problematiche inerenti alle patologie da dipendenza o altre che presuppongano una presa in carico a lungo termine.

Le prestazioni delle altre branche specialistiche sono garantite, all'interno dell'IP o presso i servizi dell'Azienda sanitaria secondo le esigenze delle persone detenute e l'organizzazione aziendale. Il servizio notturno, prefestivo e festivo è a chiamata ed è garantito dal servizio di continuità assistenziale del territorio, al bisogno o secondo le modalità previste dalle Aziende Sanitarie.

Il servizio svolge attività sanitaria di promozione di salute, diagnosi e cura di patologie o comorbidità di basso impatto assistenziale. Garantisce inoltre l'esecuzione dei test di screening previsti per l'intera popolazione (pap-test, mammografia e sangue occulto) anche attraverso le articolazioni territoriali delle ASL.

2. Servizio medico multi-professionale integrato

Questa tipologia di servizio si differenzia dalla precedente per la presenza del personale sanitario, medico ed infermieristico sulle 24 ore. Oltre a quanto presente nel "Servizio medico di base", sono garantite ordinariamente le prestazioni specialistiche (psichiatria, malattie infettive, cardiologia, odontoiatria) oltre a tutte quelle necessarie per la cura e la terapia delle altre forme morbose presenti nella struttura. In tale maniera questo servizio è in grado di fornire il monitoraggio di patologie di maggiore complessità assistenziale o di comorbidità, l'osservazione e il trattamento del post-acuzie quando non particolarmente intenso.

Continuano ad essere garantiti l'attività di promozione della salute, degli screening e dell'attività fisica adattata per la prevenzione delle patologie croniche.

3. Servizio Medico Multi-professionale integrato con sezione specializzata

Alle caratteristiche del servizio medico multi professionale integrato aggiunge la presenza di una



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

Le sezioni sanitarie specializzate.

La normativa vigente prevede che alcune categorie di detenuti, affetti da specifici stati patologici, siano ospitate in sezioni penitenziarie a gestione sanitaria. Il primo riferimento normativo per l'istituzione di sezioni specializzate è la legge 354/1975 che, all'articolo 65, prevede: "I soggetti affetti da infermità o minorazioni fisiche o psichiche devono essere assegnati ad istituti o sezioni speciali per idoneo trattamento. A tali istituti o sezioni sono assegnati i soggetti che, a causa delle loro condizioni, non possono essere sottoposti al regime degli istituti ordinari". La normativa successiva ha previsto sezioni specializzate dedicate a soggetti tossicodipendenti.

Per quanto riguarda i soggetti con menomazioni fisiche e sensoriali (soggetti con gravi menomazioni della capacità motoria, soggetti non vedenti o ipovedenti gravi), non risulta necessaria la previsione di specifiche sezioni, considerando che la libertà di movimento può essere garantita con l'abbattimento delle barriere architettoniche. Laddove siano presenti specifiche necessità di trattamento riabilitativo, le stesse possono essere soddisfatte dai servizi penitenziari in cui è presente l'offerta specialistica di medicina fisica e riabilitazione ovvero, in base alle specifiche condizioni sanitarie, di altre discipline specialistiche. I soggetti in questione devono essere accolti in ambienti penitenziari appositamente allestiti, per assicurare la permanenza in condizioni tali da salvaguardare l'autonomia e la dignità, coerentemente con i principi della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità. Qualora nell'istituto non sia possibile realizzare ambienti attrezzati e percorsi di orientamento con ridotte barriere architettoniche, l'amministrazione penitenziaria individua o predispone specifiche soluzioni nell'ambito degli istituti penitenziari del territorio di competenza, in coerenza col principio della territorialità della pena. L'amministrazione penitenziaria cura l'assistenza alla persona anche col ricorso a specifiche figure di detenuti *care givers* ('lavoranti'), contribuendo alla stesura di un opportuno regolamento sanitario di gestione della sezione sanitaria. Con riferimento a tali strutture si utilizzano i termini di 'trasferimento e permanenza'.



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

3.1 Sezioni per detenuti con malattie infettive

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

3.2 Sezioni per soggetti affetti da disturbi mentali

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

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



all'articolo 111 (commi 5 e 7) del DPR 230/2000 sull'ordinamento penitenziario¹, ai soggetti di cui all'articolo 112 del D.P.R. medesimo² ed ai soggetti di cui all'art. 148 C.P.

3.3 Sezioni per detenuti tossicodipendenti (art. 96 commi 3 e 4 d.P.R. 309/90):

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

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

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

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



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

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

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



Glossario

C.C.: Casa Circondariale

C.R.: Casa di Reclusione

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

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

ISTITUTI PENITENZIARI: sono distinti in:

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

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

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

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

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

TRATTAMENTO PENITENZIARIO E RIEDUCAZIONE:

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

I detenuti e gli internati sono chiamati o indicati con il loro nome. Il trattamento degli imputati deve essere rigorosamente informato al principio che essi non sono considerati colpevoli sino alla condanna definitiva. Nei confronti dei condannati e degli internati deve essere attuato un trattamento rieducativo che tenda, anche attraverso i contatti con l'ambiente esterno, al reinserimento sociale degli stessi. Il trattamento è attuato secondo un criterio di individualizzazione in rapporto alle specifiche condizioni dei soggetti.

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



Accordo Conferenza Unificata 22.01.2015 - nominativi coordinamento della rete sanitaria penitenziaria

REGIONE	nominativo	contatti
PIEMONTE	Dr.ssa Patrizia Vaschetto	cell.3335672216 - patrizia.vaschetto@ascittaditorino.it
VALLE D'AOSTA	Dr.ssa Marina Tumiatì	mtumiatì@ausl.vda.it
LIGURIA	Dr. Marco Salvi	marco.salvi@asl3.liguria.it cell.3475574180
LOMBARDIA	Dr. Roberto Ranieri	roberto.ranieri@santipaolocarlo.it
P.A. TRENTO	Dr.ssa Simona Sforzin	simona.sforzin@apss.tn.it
P.A. BOLZANO	Dr. Pierpaolo Bertoli	dirmed.bz@asdaa.it
FRULLI VENEZIA GIULIA	Dr. Giulio Castelpietra	giulio.castelpietra@regione.fvg.it
VENETO	Dr. Marco Cristofolètti	marco.cristofolètti@aulss1.veneto.it
EMILIA ROMAGNA	Dr. Alessio Saponaro	alessio.saponaro@regione.emilia-romagna.it

MARCHE	Dr. Giovanni Trobbiani	giovanni.trobbiani@sanita.marche.it
TOSCANA	Dr. Marco Salvadori	marco.salvadori@uslcentro.toscana.it cell. 3497736720
UMBRIA	Dr. Alessandro Lucarini	alessandro.lucarini@uslumbria1.it
LAZIO	Dr. Pierluigi Cervellini	pierluigi.cervellini@aslroma4.it
ABRUZZO	Dr. Francesco Paolo Saraceni	francescopaolo.saraceni@asl2abruzzo.it
MOLISE	Dr. Roberto Patriarchi	robert.patriarchi@asrem.org
CAMPANIA	Dr. Giuseppe Nese	cell. 3393791221 - 3290281436 coord.penitenziaria@regione.campania.it peppenese@hotmail.com
PUGLIA	Dr. Nicola Buonvino	nicola.buonvino@asl.bari.it; sanita.penitenziaria@regione.puglia.it; reperibile presso C.C. Bari: ufficiosanitario.ccbari@asl.bari.it; medicinapenitenziaria.ufficiosanitario.aslbari @pec.rupar.puglia.it

BASILICATA	ANCORA DA DEFINIRE	IL PRAP BARI SENSIBILIZZERA'
CALABRIA	Dr. Luciano Lucania	cell: 336873894 luciano.lucania@regione.calabria.it; luciano.lucania@regcal.it
SICILIA	Dr. Fabrizio Scalici	cell: 3332860639 studiomedicofabrizioscalici@gmail.com
SARDEGNA	ANCORA DA DEFINIRE	IL PRAP CAGLIARI HA SENSIBILIZZATO LA REGIONE