



**PRESIDENZA  
DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI**  
CONFERENZA UNIFICATA

ACCORDO 22 gennaio 2015.

Accordo, ai sensi dell'articolo 9, comma 2, lett. c) del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, sul documento «Linee guida in materia di modalità di erogazione dell'assistenza sanitaria negli Istituti penitenziari per adulti; implementazione delle reti sanitarie regionali e nazionali». (Rep. n. 3/CU).

**LA CONFERENZA UNIFICATA**

Nell'odierna seduta del 22 gennaio 2015;

Visto l'art. 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 articoli 11 della legge n. 354 del 1975 e 17 del decreto del Presidente della Repubblica 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'art. 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'art. 1 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni;

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

Visto il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 1° aprile 2008, emanato in attuazione della sopra menzionata disposizione che, tra l'altro, attribuisce alle aziende sanitarie locali il compito di garantire ai detenuti, agli internati ed ai minorenni sottoposti a provvedimento penale il soddisfacimento dei bisogni di salute attraverso le prestazioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione di cui hanno bisogno;

Visto l'Allegato A del citato decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 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 novembre 2008 adottato in attuazione dell'art. 7 del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 1° aprile 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 decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 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, provveditori regionali dell'Amministrazione penitenziaria e centri della giustizia minorile;

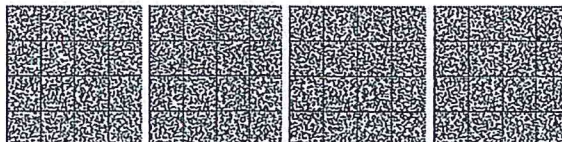
Visto l'Accordo della Conferenza unificata del 26 novembre 2009, Rep. Atti n. 81/CU recante: "Strutture sanitarie nell'ambito del sistema penitenziario italiano";

Visto l'art. 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'art. 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'art. 2, punto 2, fine del primo capoverso, la frase "anche avvalendosi delle tecnologie e delle innovazioni che consentono l'erogazione di servizi a distanza", accolta dalle regioni e province autonome e dalle Autonomie locali;

Acquisito, nel corso dell'odierna seduta, l'assenso del Governo, delle regioni e delle province autonome di Trento e Bolzano e delle autonomie locali;

Sancisce accordo:

tra il Governo, le regioni e le province autonome e le Autonomie locali, nei seguenti termini:

Considerati:

la relazione sulle audizioni dei rappresentanti degli Osservatori regionali permanenti sulla sanità penitenziaria, in tema di assistenza sanitaria in favore dei detenuti, internati e minori sottoposti a procedimento penale, che hanno avuto luogo presso il Ministero della salute dal 16 giugno al 12 luglio 2011;

le segnalazioni pervenute successivamente da parte del Dipartimento dell'Amministrazione penitenziaria e dal Dipartimento della giustizia minorile, che hanno evidenziato in ambito nazionale, criticità in tema di accesso alle cure dirette ai detenuti, internati e minori sottoposti a procedimento penale;

la opportunità di individuare le iniziative più efficaci per garantire, nei servizi sanitari in ambito penitenziario, una maggiore uniformità dei percorsi di accesso e di erogazione delle prestazioni sanitarie nei confronti della popolazione;

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

Si conviene tra il Governo, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano e le autonomie locali, nei seguenti termini:

Art. 1.

#### *La Rete dei servizi sanitari penitenziari*

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

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

2. Le regioni e 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.

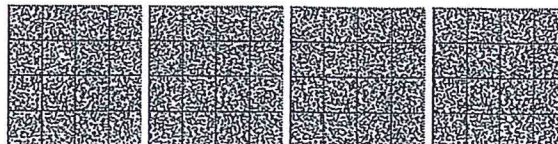
3. Nel caso in cui il Direttore generale dell'Azienda sanitaria competente o suo delegato - su segnalazione del responsabile medico del servizio - certifichi l'impossibilità di garantire le prestazioni diagnostiche e/o terapeutiche necessarie presso l'istituto penitenziario o comunque nel territorio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

Art. 2.

#### *I Servizi della Rete*

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

2. Le regioni, le province autonome e le aziende sanitarie assicurano la promozione della salute, la diagnosi e la cura degli eventi patologici acuti e cronici, di norma all'interno delle strutture penitenziarie, valorizzando le risorse



sanitarie ivi disponibili, anche avvalendosi delle tecnologie e delle innovazioni che consentono l'erogazione di servizi a distanza. Quando necessario, in relazione alla tipologia dell'evento morboso od alla complessità della prestazione necessaria, le prestazioni sono erogate in luoghi esterni di cura in conformità alla normativa vigente.

3. Le regioni, le province autonome e le aziende sanitarie assicurano in tutti gli Istituti penitenziari forme di medicina d'iniziativa e promozione della salute attraverso la correzione degli stili di vita e dei possibili fattori di rischio con il concorso delle Direzioni penitenziarie per l'individuazione di soluzioni logistiche ed organizzative che favoriscano il mantenimento dello stato di salute dei detenuti (individuazione di stanze di detenzione destinate ad accogliere detenuti in fase post-acute o zone smoke-free, regolamentazione dell'acquisto dell'alcool, diete mirate al controllo del peso corporeo, configurazione dei letti con reti e materassi rigidi per patologie, ambienti per disabili, etc.). Le regioni, le province autonome e le aziende sanitarie assicurano altresì gli interventi di screening e diagnosi precoce previsti dalla normativa, l'assistenza medica di base, l'assistenza farmaceutica ed integrativa, e le visite medico-specialistiche ambulatoriali. Laddove si riscontri l'esigenza di una prestazione specialistica ambulatoriale non disponibile all'interno dell'istituto penitenziario o della azienda sanitaria di competenza, la stessa è garantita anche attraverso specifici accordi con altre aziende sanitarie, specie per la diagnostica strumentale ad alta tecnologia (TAC, RMN, PET, ecc.); in tutti gli istituti penitenziari è garantita la presa in carico ed il trattamento dei detenuti tossicodipendenti e alcolodipendenti. Come previsto nel decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 1° aprile 2008, Allegato A, e nell'accordo sancito dalla Conferenza unificata del 13 ottobre 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 gennaio 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

ocorra, l'invio immediato presso la struttura ospedaliera di riferimento territoriale. Analoga prestazione, esclusivamente in situazioni di emergenza-urgenza, viene garantita nei confronti delle persone comunque presenti all'interno dell'Istituto penitenziario. In nessun caso è configurabile una funzione di pronto soccorso in carcere. Nei confronti del Corpo di polizia penitenziaria, al di fuori di tale previsione, sono garantite esclusivamente le prestazioni di cui all'Accordo Rep. Atti n. 51/CU del 29 ottobre 2009 e dei successivi protocolli in sede territoriale.

5. Le regioni, le province autonome e le aziende sanitarie, attraverso una specifica programmazione, realizzata con il contributo dell'Amministrazione penitenziaria, garantiscono, sul proprio territorio ai detenuti con comorbilità complesse, tossicodipendenti, 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.

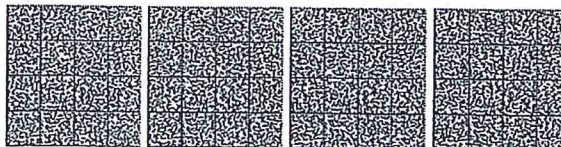
6. La pianificazione regionale della rete tiene conto di:

- 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'art. 7 del decreto-legge 14 giugno 1993, n. 187, convertito nella legge n. 296/93, anche al fine di definire il fabbisogno standard dei posti letto per detenuti da attivare in ciascuna regione.



## Art. 3.

*Accreditamento*

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

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

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

## Art. 4.

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

1. In coerenza con i principi della regionalizzazione dell'assistenza sanitaria e della territorialità della pena, le regioni e le province autonome si dotano di un Servizio medico 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 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*

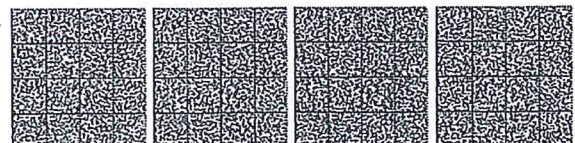
1. Secondo quanto previsto dal comma 11 dell'art. 11 della legge n. 354/75 e dal comma 7 dell'art. 17 del decreto del Presidente della Repubblica 230/2000, la Direzione dell'IP, su richiesta del detenuto, può autorizzare l'ingresso in IP di medici di fiducia del detenuto stesso.

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

3. Con atto da definirsi in sede di Conferenza unificata, sono stabiliti:

le modalità di rapporto tra il medico di fiducia e il SSN;

i tempi e le modalità di utilizzo dei locali, beni strumentali e materiali, nonché i criteri omogenei per l'individuazione del corrispettivo dovuto dal detenuto.



## Art. 8.

*Norma finanziaria*

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

## Art. 9.

*Norme finali*

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

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

Roma, 22 gennaio 2015

*Il Presidente:* LANZETTA

*Il Segretario:* NADDEO

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'art. 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.

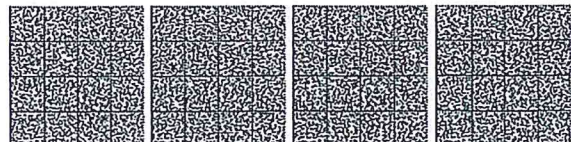
*3. Servizio medico multi-professionale integrato con sezione specializzata.*

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'art. 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 necessitano 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 decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 1° aprile 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'art. 111 (commi 5 e 7) del decreto del Presidente della Repubblica 230/2000 sull'ordinamento penitenziario, ai soggetti di cui all'art. 112 del decreto del Presidente della Repubblica medesimo 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. È auspicabile la presenza di un Istituto interamente dedicato almeno per ogni regione. L'intervento specialistico del 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 decreto ministeriale n. 444/90, la legge n. 45/99 ed il decreto del Presidente della Repubblica 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 del 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 (SAI) - (ex Centri diagnostico-terapeutici o centri clinici).

Questa tipologia di servizio costituisce l'entità organizzativa di maggiore complessità e sostituisce i "Centri diagnostico-terapeutici" o "Centri clinici" tuttora attivi ed esistenti ai sensi dell'art. 17, comma 4, del regolamento di esecuzione dell'ordinamento penitenziario (D.P.R. n. 230/2000). Il S.A.I. ha un assetto organizzativo che integra le tipologie dei servizi multi-professionali integrati; può, pertanto, essere costituito anche da sezioni dedicate e specializzate. Detto servizio risponde a bisogni di salute che necessitano di assistenza sanitaria specialistica continuativa, assicurando prestazioni sanitarie assistenziali di tipo intensivo ed estensivo extra ospedaliero, 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.

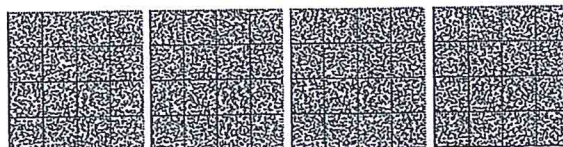
D.A.P.: Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria: È la struttura del Ministero della giustizia deputata allo svolgimento dei compiti relativi al sistema carcerario.

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 febbraio 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.

15A02041

## PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI

DIPARTIMENTO DELLA PROTEZIONE CIVILE

ORDINANZA 11 marzo 2015.

Ulteriori disposizioni urgenti di protezione civile per fronteggiare il rischio fitosanitario connesso alla diffusione della *Xylella fastidiosa* (Well e Raju) nel territorio della regione Puglia. (Ordinanza n. 228).

IL CAPO

DEL DIPARTIMENTO DELLA PROTEZIONE CIVILE

Visto l'art. 5 della legge 24 febbraio 1992, n. 225;

Visto l'art. 107 del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112;

Visto il decreto-legge 7 settembre 2001, n. 343, convertito, con modificazioni, dalla legge 9 novembre 2001, n. 401;

Visto il decreto-legge del 15 maggio 2012, n. 59, convertito, con modificazioni, dalla legge 15 luglio 2012, n. 100, recante: «Disposizioni urgenti per il riordino della protezione civile»;

Visto l'art. 10 del decreto-legge del 14 agosto 2013, n. 93, convertito, con modificazioni, dalla legge 15 ottobre 2013, n. 119;

Vista la delibera del Consiglio dei ministri del 10 febbraio 2015 con la quale è stato dichiarato, per centotanta giorni, lo stato d'emergenza in conseguenza della diffusione nel territorio della regione Puglia del batterio patogeno da quarantena *Xylella fastidiosa* (Well e Raju) in considerazione dell'esigenza di disporre di poteri straordinari per attuare le misure di cui trattasi;

Vista l'ordinanza del Capo del Dipartimento della protezione civile n. 225 dell'11 febbraio 2015 recante «Primi interventi urgenti di protezione civile per fronteggiare il rischio fitosanitario connesso alla diffusione della *Xylella fastidiosa* (Well e Raju) nel territorio della regione Puglia»;

Ritenuto necessario procedere ad una modifica dell'allegato tecnico all'ordinanza n. 225/2015 sopra citata al fine di assicurare la massima tempestività nell'attività di ricognizione dei fabbisogni di competenza del Commissario delegato, come disciplinata dagli articoli 5 e 6 dell'ordinanza medesima;

Vista la richiesta formulata dal Presidente della Regione Puglia con nota prot. n. 723/SP dell'11 marzo 2015;

Sentito il Ministero delle politiche agricole, alimentari e forestali;

Dispone:

Art. 1.

*Modifica dell'allegato tecnico all'ordinanza del Capo del Dipartimento della protezione civile n. 225 dell'11 febbraio 2015*

1. Per le motivazioni di cui in premessa l'allegato tecnico all'ordinanza del Capo del Dipartimento della protezione civile n. 225 dell'11 febbraio 2015 è sostituito da quello allegato alla presente ordinanza.

La presente ordinanza sarà pubblicata nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica italiana.

Roma, 11 marzo 2015

*Il Capo del Dipartimento:* GABRIELLI

AVVERTENZA: Gli allegati tecnici alla presente ordinanza sono consultabili sul sito istituzionale del Dipartimento della protezione civile: [www.protezionecivile.it](http://www.protezionecivile.it), sezione «provvedimenti».

15A02091

