

**Aggiornamento della
rete sanitaria regionale per l'erogazione
dell'assistenza sanitaria negli istituti penitenziari
e linee di indirizzo regionali di organizzazione**

Documento redatto con la collaborazione di:

Dott. Raoul Bubbi	Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità
Dott.ssa Tamara Feresin	Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità
Dott. Davide Bovenzi	Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità
Dott. Luca Romano	Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità
Dott.ssa Sonia Borghese	Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità
Dott.ssa Cristina Zappetti	Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità
Prof. Roberto Di Lenarda	Coordinatore regionale programma di odontoiatria sociale della Regione autonoma Friuli Venezia Giulia
Dott.ssa Mariangela Candotti	Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina – ASUGI
Dott.ssa Franca Masala	Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina – ASUGI
Dott.ssa Maria Furmenti	Azienda Sanitaria Friuli Occidentale – ASFO
Dott. Alberto Fragali	Azienda Sanitaria Universitaria Friuli Centrale – ASUFC
Dott. Carlo Malamisura	Azienda Sanitaria Universitaria Friuli Centrale – ASUFC
Dott.ssa Angela Panzera	Azienda Sanitaria Universitaria Friuli Centrale – ASUFC
Dott. Alfredo Perulli	Federazione Regionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri del Friuli Venezia Giulia
Dott. Roberto Vallini	Federazione Regionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri del Friuli Venezia Giulia
Dott. Michael Valentini	Coordinamento Regionale OPI FVG

INDICE

INDICE	3
1 Premessa.....	5
1.1 Inquadramento normativo.....	5
1.2 Finalità dell'aggiornamento.....	5
2 La rete regionale dei servizi sanitari penitenziari - principi generali.....	6
3 I livelli organizzativi della rete	8
3.1 Il Servizio medico di base (SMB).....	8
3.2 Il Servizio medico multiprofessionale integrato (SMMI).....	9
3.3 Assistenza primaria: modello organizzativo	11
4 Organizzazione, funzionamento e percorsi di assistenza	12
4.1 Responsabile del servizio sanitario penitenziario aziendale	13
4.2 Personale medico	13
4.3 Governance assistenziale infermieristica	13
4.4 Esternalizzazione dei servizi.....	14
4.5 L'assistenza ospedaliera e percorsi di degenza protetta	14
4.6 La tutela della salute mentale e la cura delle dipendenze in carcere.....	14
4.6.1 La tutela della salute mentale.....	16
4.6.2 La cura delle dipendenze patologiche	17
4.6.3 L'accoglienza e la valutazione dei bisogni di salute della persona detenuta nuova giunta.....	18
4.7 L'Articolazione Tutela Salute Mentale (ATSM).....	19
4.8 La continuità dell'assistenza	19
4.9 La gestione dell'emergenza urgenza.....	20
4.10 La telemedicina.....	20
4.11 Assistenza farmaceutica e protesica	20
4.12 Odontoiatria pubblica	21
5 Formazione e valorizzazione del personale sanitario.....	21

6	Accreditamento	22
7	Interventi di sanità pubblica	22
7.1	Prevenzione malattie infettive	22
7.2	Screening	22
8	Le funzioni del livello centrale regionale.....	23
8.1	Osservatorio regionale permanente per la sanità penitenziaria.....	23
8.2	Coordinamento regionale della rete sanitaria penitenziaria.....	23
9	Rapporti di collaborazione con l'amministrazione penitenziaria.....	24
9.1	Protocollo rischio suicidario.....	24
9.2	Formazione congiunta	24
9.3	Trasferimenti per motivi di salute.....	24

1 Premessa

1.1 Inquadramento normativo

La materia della Medicina Penitenziaria ha subito una profonda riforma a partire dalla fine degli anni Novanta. In origine, ai sensi dell'art. 11 della legge 354/1975 (*"Ordinamento Penitenziario"*) e dell'art. 17 del relativo regolamento di organizzazione, la gestione di tale ambito era esclusivamente affidata all'Amministrazione Penitenziaria. Quest'ultima aveva il compito di organizzare, in ogni istituto penitenziario, un servizio sanitario, avvalendosi esclusivamente di singole collaborazioni in convenzione con il Servizio Sanitario Nazionale.

Il quadro cambiò radicalmente con l'emanazione della legge n. 419 del 1998, recante la *"Delega al governo per la razionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale"*, che, tramite l'art. 5, avviò il riordino della Medicina Penitenziaria. Tale riordino fu attuato con il decreto legislativo n. 230 del 22 giugno 1999, con il quale veniva definitivamente attribuita al Sistema Sanitario la competenza sulla salute anche in ambito penitenziario, sebbene inizialmente limitata alle materie della prevenzione e dell'assistenza ai detenuti tossicodipendenti e alcolodipendenti.

Il processo di trasformazione è stato completato con il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 1° aprile 2008, relativo al *"Transito al Servizio Sanitario Nazionale delle funzioni sanitarie, delle risorse finanziarie, dei rapporti di lavoro, delle attrezzature, arredi e beni strumentali relativi alla sanità penitenziaria"*.

Sulla base di tale provvedimento, si è proceduto alla definizione di un nuovo modello di sanità penitenziaria, mediante accordi stipulati a livello nazionale tra Regioni, Stato, Ministero della Giustizia e Ministero della Salute.

In particolare, l'Accordo sancito in sede di Conferenza Unificata in data 22 gennaio 2015 (Rep. N. 3/CU) ha approvato le *"Linee guida in materia di modalità di erogazione dell'assistenza sanitaria negli istituti penitenziari per adulti, implementazione delle reti sanitarie regionali e nazionali"*. Tale accordo prevede che le Regioni definiscano la composizione e le modalità di funzionamento della rete dei servizi sanitari penitenziari, assicurando l'assistenza sanitaria alla popolazione detenuta negli istituti penitenziari del proprio territorio regionale.

Tali linee guida sono state recepite, a livello regionale, con la Delibera della Giunta regionale della Regione autonoma Friuli Venezia Giulia n. 820, del 13 maggio 2016, recante *"La rete sanitaria regionale per l'erogazione dell'assistenza sanitaria negli istituti penitenziari"*, il cui Allegato 1 definisce l'organizzazione della rete stessa.

Con il presente documento si intende aggiornare la disciplina e l'organizzazione della rete regionale per l'erogazione dell'assistenza sanitaria all'interno degli istituti penitenziari situati nel territorio della Regione autonoma Friuli Venezia Giulia.

1.2 Finalità dell'aggiornamento

L'aggiornamento delle linee regionali di indirizzo per la sanità penitenziaria ha la finalità di fornire indicazioni operative alle Aziende sanitarie al fine di garantire:

- l'erogazione uniforme dei Livelli Essenziali di Assistenza (L.E.A.) all'interno degli istituti penitenziari presenti sul territorio regionale;
- la continuità assistenziale tra il contesto detentivo e quello territoriale, attraverso modalità organizzative integrate e coerenti con quelle già attive per l'assistenza ai cittadini liberi.

Le Aziende sanitarie competenti per territorio, nelle cui aree ricadono gli Istituti penitenziari, tramite il Servizio di sanità penitenziaria, garantiscono l'erogazione dei LEA alla popolazione detenuta, assicurando attività di

assistenza primaria e specialistica, comprensive di prestazioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, erogate secondo i principi di qualità, dell’efficacia, efficienza, appropriatezza e sicurezza clinica.

Il presente documento aggiorna la rete regionale dei servizi sanitari penitenziari, definendo i livelli organizzativi, le modalità di funzionamento dei servizi, con particolare attenzione al personale, alla sua formazione e ai modelli di assistenza sanitaria, sia primaria che specialistica.

Un ampio spazio è dedicato alla salute mentale, alla gestione delle emergenze e all’innovazione tecnologica, come la telemedicina.

Il documento si conclude con sezioni dedicate alla programmazione strategica e agli interventi di sanità pubblica, con un focus specifico sulla prevenzione delle malattie croniche e infettive, nonché sull’implementazione di programmi di *screening*. Nella sezione dedicata ai rapporti di collaborazione, vengono descritti i protocolli e le procedure operative che regolano le interazioni tra il sistema sanitario e l’amministrazione penitenziaria.

La sottosezione sul protocollo per il rischio suicidario illustra le misure preventive e i percorsi di intervento predisposti per individuare e supportare i detenuti a rischio, mediante una collaborazione integrata tra operatori sanitari e penitenziari, mentre la parte relativa ai trasferimenti per motivi di salute dettaglia le procedure necessarie per garantire la continuità assistenziale e il rispetto dei diritti sanitari delle persone detenute, evidenziando l’importanza di una pianificazione congiunta tra i vari enti coinvolti.

2 La rete regionale dei servizi sanitari penitenziari - principi generali

Le strutture carcerarie della Regione Friuli Venezia Giulia sono cinque e fanno riferimento all’Azienda sanitaria competente sul territorio in cui sono ubicate. Nel presidio dell’Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina (ASUGI) ricadono il carcere di Trieste e quello di Gorizia. Nel territorio di competenza dell’Azienda Sanitaria Friuli Occidentale (ASFO) si trova la Casa Circondariale di Pordenone. All’Azienda Sanitaria Universitaria Friuli Centrale (ASUFC) fanno riferimento le strutture carcerarie di Udine e di Tolmezzo.

Ciascun istituto presenta caratteristiche proprie, sia in termini dimensionali che per quanto riguarda la tipologia della popolazione detenuta. Le dimensioni strutturali e le peculiarità dei soggetti ospitati influenzano in modo significativo l’entità del *turn over*: si passa infatti da un’elevata circolazione nella struttura carceraria di Trieste a una situazione pressoché statica nell’Istituto di Tolmezzo.

Di seguito in tabella sono rappresentati i dati di popolazione detenuta per istituto penitenziario (Fonte: Provveditorato regionale dell’amministrazione penitenziaria – Padova - dati al 25.11.2025).

Istituto penitenziario	Capienza regolamentare	Presenza (media mensile 2025)	Nuovi ingressi (media mensile 2025) *
Trieste	150	235	43
Gorizia	63	84	20
Pordenone	37	51	13
Udine	95	177	29
Tolmezzo	148	180	13
TOTALE	493	727	118

* i dati riguardanti i nuovi ingressi sono aggiornati al 17.06.2025.

La rete regionale dell'assistenza sanitaria penitenziaria fa capo alle seguenti Aziende:

- Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina (ASUGI);
- Azienda Sanitaria Universitaria Friuli Centrale (ASUFC);
- Azienda Sanitaria Friuli Occidentale (ASFO);

Le Aziende sanitarie regionali, comprese quelle universitarie integrate, sono titolari delle funzioni di gestione di tutte le attività sanitarie rivolte alle persone detenute.

Le attività di promozione della salute, prevenzione, diagnosi e cura si svolgono principalmente all'interno degli istituti penitenziari e, se necessario, in strutture sanitarie esterne, in particolare quando occorre utilizzare apparecchiature o attrezzature diagnostiche specifiche, in conformità alla normativa vigente.

Le Aziende assicurano forme di medicina preventiva e promozione della salute in tutti gli Istituti Penitenziari, in collaborazione con le Direzioni penitenziarie, al fine di individuare soluzioni logistiche e organizzative che favoriscano il mantenimento e il miglioramento dello stato di salute dei detenuti.

L'assistenza sanitaria viene prestata all'interno degli istituti penitenziari dall'Azienda sanitaria locale nel cui territorio insiste il singolo istituto, salvo quanto previsto dal secondo comma dell'articolo 11 della legge n. 354 del 1975 e successive modificazioni.

La stessa Azienda sanitaria eroga le prestazioni comprese nei livelli uniformi ed essenziali di assistenza definiti per il Servizio sanitario nazionale, organizzando l'assistenza sulla base dei bisogni di salute rilevati e secondo principi di globalità dell'intervento sui fattori che compromettono la salute, di unitarietà dei servizi e delle prestazioni, di integrazione dell'assistenza sociale e sanitaria, nonché di garanzia della continuità terapeutica.

In relazione alle caratteristiche della popolazione detenuta e alle esigenze sanitarie da essa manifestate, la Regione definisce formalmente e attua, tramite le Aziende sanitarie, una rete di servizi sanitari penitenziari rispondenti ai bisogni socioassistenziali e alla complessità clinica della popolazione detenuta, ad eccezione delle patologie di particolare gravità e complessità che richiedono l'invio in strutture sanitarie esterne.

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

Il servizio sanitario presso gli Istituti penitenziari è garantito dalle Aziende sanitarie tramite le articolazioni di Sanità penitenziaria, definite negli Atti aziendali delle singole Aziende. La complessità organizzativa e gestionale delle articolazioni è proporzionale alla dimensione della popolazione detenuta da assistere e ai bisogni sanitari da assicurare, ed è inserita in una logica di rete regionale per garantire nel complesso la risposta ai bisogni socioassistenziali della popolazione detenuta del Friuli Venezia Giulia.

Il servizio sanitario presso gli Istituti penitenziari si configura come articolazione operativa dotata di autonomia tecnica, funzionale e gestionale. La sua complessità cresce in relazione ai volumi di prestazioni assistenziali da garantire alla popolazione detenuta e alla funzione strategica che riveste nella rete sanitaria regionale, come indicato nel presente documento.

Le valutazioni dello stato di salute e dei bisogni sanitari delle persone ristrette, nonché i conseguenti interventi di prevenzione, assistenza e riabilitazione sono garantiti in modo proattivo e periodico, fin dall'ingresso nell'istituto penitenziario.

In questa prospettiva, le attività sanitarie integrate con le misure penitenziarie si articolano in tre fasi:

- Fase di accoglienza: interventi realizzati all'ingresso, da completare indicativamente entro i primi 30 giorni, e finalizzati all'identificazione dei bisogni e all'organizzazione delle conseguenziali e dovute attività;
- Fase della presa in carico: interventi realizzati in corso di detenzione, sulla base delle valutazioni iniziali e dei loro aggiornamenti;
- Fase della dimissione: interventi realizzati prima della dimissione, almeno nei tre mesi precedenti, volti a garantire gli opportuni collegamenti con i servizi sociali e sanitari che subentreranno nella competenza per le prestazioni eventualmente dovute.

3 I livelli organizzativi della rete

La rete regionale dei servizi sanitari in carcere garantisce alla persona detenuta le prestazioni assistenziali, come definite dai LEA, in maniera efficace, appropriata e sicura dal punto di vista clinico, dal momento dell'accoglienza fino alla dimissione, secondo una gradualità di intensità assistenziale proporzionale ai bisogni sociosanitari esistenti e emergenti.

Essa si avvale, quando necessario e appropriato dal punto di vista sanitario, della rete specialistica territoriale e ospedaliera esterna.

La rete sanitaria regionale descritta di seguito risulta coerente con gli attuali bisogni di tutela della salute, con riferimento alla consistenza quali-quantitativa degli Istituti Penitenziari esistenti nel territorio regionale, le cui eventuali successive modifiche dovranno essere programmate secondo piani concordati tra la Regione FVG e l'Amministrazione Penitenziaria Regionale (PRAP).

L'offerta dei servizi sanitari negli Istituti Penitenziari è assicurata dalle Aziende in conformità alle indicazioni di cui all'Accordo sancito dalla Conferenza Unificata il 22.01.2015 (Rep. n. 3/CU), integralmente richiamato, attraverso le seguenti tipologie di servizi.

In sintesi, la rete regionale dei servizi sanitari penitenziari è costituita da:

- Servizio medico di base;
- Servizio medico multiprofessionale integrato;
- gli ospedali della rete ospedaliera regionale con procedure di degenza protetta;
- Articolazione Tutela Salute Mentale (ATSM).

3.1 Il Servizio medico di base (SMB)

Il Servizio medico di base è garantito negli istituti penitenziari di medie e piccole dimensioni (Gorizia, Pordenone) e offre in modo continuativo e organizzato 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 e di salute mentale o altre che presuppongono una presa in carico a lungo termine.

Le prestazioni delle altre branche specialistiche sono garantite, all'interno dell'istituto penitenziario o presso i servizi dell'Azienda Sanitaria, in base alle esigenze delle persone detenute, nel rispetto del principio di appropriatezza e dell'organizzazione aziendale.

Il servizio notturno, prefestivo e festivo, è a chiamata ed è garantito preferibilmente dal servizio di continuità assistenziale del territorio, in caso di necessità o secondo specifiche modalità previste dalle Aziende Sanitarie.

Le funzioni del servizio medico di base assicurano:

- l'accoglienza e la valutazione dei bisogni sanitari delle persone nuove giunte entro le 24 ore dall'arrivo in IP (decreto del Direttore di Servizio Assistenza Distrettuale e Ospedaliera, n. 23887 del 20.05.2024);
- l'assistenza primaria e specialistica di base;
- la gestione della cronicità non complicata;
- la gestione dell'emergenza-urgenza;
- la continuità assistenziale;

Tutte le prestazioni di medicina specialistica sono erogate preferibilmente all'interno del carcere, grazie alla disponibilità dei professionisti a operare direttamente nella struttura e mediante l'attivazione di servizi di telemedicina. Tuttavia, per le prestazioni specialistiche che richiedono attrezzature specifiche non delocalizzabili, competenze tecnologiche e preparazione del personale particolarmente specializzate e non replicabili, l'erogazione deve avvenire necessariamente in ambito extra-murario, per ragioni di economicità ed efficacia.

Per quanto riguarda l'Istituto penitenziario di Gorizia, nel caso di detenuti protetti che non possano essere trasferiti in altre sedi penitenziarie della Regione dotate di un servizio medico multiprofessionale integrato, la presa in carico sarà effettuata secondo le modalità definite da ASUGI, nell'ambito di un'assistenza coordinata tra medicina generale e specialistica.

3.2 Il Servizio medico multiprofessionale integrato (SMMI)

Il servizio medico multiprofessionale integrato è presente negli Istituti penitenziari di grandi dimensioni (Trieste e Udine), collocati nelle sedi delle Aziende sanitarie con funzione di *hub*. Inoltre, rientra tra questi anche l'Istituto penitenziario di Tolmezzo, per il quale è previsto il servizio medico multidisciplinare integrato, in ragione sia della numerosità della popolazione carceraria, sia delle caratteristiche di complessità delle sezioni di alta sicurezza ed ex art. 41-bis O.P.

Oltre ad assicurare le funzioni del servizio medico di base, si distingue per la disponibilità continuativa, sulle 24 ore, di personale medico e infermieristico, in base alle specifiche esigenze degli Istituti. Esso garantisce le prestazioni di cure primarie e multi-specialistiche, al fine di gestire anche le patologie complesse (in particolare post-acute e croniche), con l'esclusione di quelle che, per caratteristiche e bisogni sanitari, richiedono un *setting* per acuti o una diagnostica complessa non eseguibile nelle strutture penitenziarie.

Le funzioni del servizio medico multiprofessionale integrato assicurano:

- l'accoglienza e la valutazione dei bisogni sanitari delle persone nuove giunte entro le 24 ore dall'arrivo in IP (decreto del Direttore di Servizio Assistenza Distrettuale e Ospedaliera, n. 23887 del 20.05.2024);
- l'assistenza sanitaria primaria e specialistica multiprofessionale;
- la gestione delle patologie croniche anche "complesse" a rischio di riacutizzazione improvvisa (che richiedono la disponibilità di personale sanitario sulle 24 h);
- la gestione dell'emergenza-urgenza;
- la continuità assistenziale.

L'assistenza specialistica viene erogata con approccio multidisciplinare e, quando necessario, anche in forma intensiva. Essa può essere integrata dai servizi sanitari esterni, anche tramite telemedicina, in base ai bisogni assistenziali e all'organizzazione aziendale.

Le prestazioni specialistiche minime da garantire riguardano le branche di psichiatria, dipendenze, cardiologia, odontoiatria, medicina interna, malattie infettive, dermatologia, oculistica, otorinolaringoiatria, psicologia, inoltre ginecologia e pediatria (per il carcere di Trieste con sezione femminile).

Tutte le prestazioni di medicina specialistica sono erogate preferibilmente all'interno del carcere, grazie alla disponibilità dei professionisti a operare direttamente nella struttura e mediante l'attivazione di servizi di telemedicina. Tuttavia, per le prestazioni specialistiche che richiedono attrezzature specifiche non delocalizzabili, competenze tecnologiche e preparazione del personale particolarmente specializzate e non replicabili, l'erogazione deve avvenire necessariamente in ambito extra-murario, per ragioni di economicità ed efficacia.

Tabella: Requisiti minimi organizzativi SMB e SMMI

Azienda	Sede IP	Tipologia	Requisiti minimi organizzativi
ASUGI	Trieste	SMMI	- Personale sanitario sulle 24 h; - Prestazioni specialistiche programmate di cardiologia, medicina interna, malattie infettive, dermatologia, oculistica, odontoiatria, ORL, psicologia, psichiatria, ginecologia, pediatria (in ambito murario o extra murario); - Équipe dipendenze e salute mentale; - ECG (cardiologia), eventualmente con telerefertazione; - Presenza riunito odontoiatrico; - Telemedicina.
ASUGI	Gorizia	SMB	- Personale sanitario sulle 14 h per fasce orarie; - Prestazioni specialistiche programmate di odontoiatria, cardiologia, malattie infettive, psichiatria; - Équipe dipendenze e salute mentale; - ECG (cardiologia), eventualmente con telerefertazione; - Presenza riunito odontoiatrico; - Telemedicina.
ASUFC	Udine	SMMI	- Personale sanitario sulle 24 h; - Prestazioni specialistiche programmate di cardiologia, medicina interna, malattie infettive, dermatologia, oculistica, odontoiatria, ORL, psicologia, psichiatria; - Équipe dipendenze e salute mentale; - ECG (cardiologia), eventualmente con telerefertazione; - Presenza riunito odontoiatrico; - Telemedicina.
	Tolmezzo	SMMI	- Personale sanitario sulle 24 h; - Prestazioni specialistiche programmate di cardiologia, medicina interna, malattie infettive, dermatologia, oculistica, odontoiatria, ORL, psicologia, psichiatria, urologia; - Équipe dipendenze e salute mentale;

			- ECG (cardiologia), eventualmente con telerefertazione; - Presenza riunito odontoiatrico; - Telemedicina.
ASFO	Pordenone	SMB	- Personale sanitario sulle 14 h per fasce orarie; - Prestazioni specialistiche programmate di odontoiatria, cardiologia, psichiatria, malattie infettive; - Équipe dipendenze e salute mentale; - ECG (cardiologia), eventualmente con telerefertazione; - Presenza riunito odontoiatrico; - Telemedicina.

3.3 Assistenza primaria: modello organizzativo

In considerazione delle indicazioni contenute nel documento di CU 2015 si forniscono le indicazioni per le Aziende in tema di copertura minima espressa in numero teste equivalenti.

			TOLMEZZO SMMI	UDINE SMMI	TRIESTE SMMI	GORIZIA SMB	PORDENONE SMB
A S S I S T E N Z A	M E D I C A	DIURNO	Medico presente h 12 in struttura 7/7 nella fascia oraria 08-20	Medico presente h 12 in struttura 7/7 nella fascia oraria 08-20	Medico presente h 12 in struttura 7/7 nella fascia oraria 08-20	Medico presente in servizio 7/7 gg nelle fasce orarie definite dall'Azienda comprese nell'intervallo 08-20, con un minimo di 7 ore al gg (lun-ven) e 4 ore al gg (sab. e festivi)	Medico presente in servizio 7/7 gg nelle fasce orarie definite dall'Azienda comprese nell'intervallo 08-20, con un minimo di 7 ore al gg (lun-ven) e 4 ore al gg (sab. e festivi)

P R I M A R I A		NOTTURNO	Medico disponibile in struttura 7/7 nella fascia oraria 20-8 (*)	Medico disponibile in struttura 7/7 nella fascia oraria 20-8 (*)	Medico disponibile in struttura 7/7 nella fascia oraria 20-8 (*)	Copertura nell'ambito della continuità dell'assistenza (C.A.) sul territorio (sulla base dell'Accordo Integrativo regionale). L'Azienda struttura specifica procedura operativa di intervento della C.A. nell'IP.	Copertura nell'ambito della continuità dell'assistenza (C.A.) sul territorio (sulla base dell'Accordo Integrativo regionale). L'Azienda struttura specifica procedura operativa di intervento della C.A. nell'IP.
	A S S I S T E N Z A P R I M A R I A	I N F E R M I E R I S T I C A	DIURNO	Presente in struttura 7/7 nella fascia oraria 08-20	Presente in struttura 7/7 nella fascia oraria 08-20	Presente in struttura 7/7 gg nelle fasce orarie definite dall'Azienda comprese nell'intervallo 07-22, con un minimo di 14 ore al gg.	Presente in struttura 7/7 gg nelle fasce orarie definite dall'Azienda comprese nell'intervallo 07-22, con un minimo di 14 ore al gg.
			NOTTURNO	Presente in struttura 7/7 nella fascia oraria 20-08	Presente in struttura 7/7 nella fascia oraria 20-08	Non previsto	Non previsto

(*) in sede di prima applicazione è implementata la pronta disponibilità e/o interventi su chiamata, anche mediante il coinvolgimento dei medici del ruolo unico di assistenza primaria ad attività oraria, sulla base di Accordi integrativi regionali. Al termine del primo semestre di applicazione del presente modello organizzativo, sulla base del monitoraggio delle esigenze sanitarie e delle chiamate notturne, si procede a verificare se tale assetto garantisca un adeguato livello di servizio.

L'assistenza ai detenuti si configura come servizio essenziale: in caso di proclamazione di sciopero nazionale e locale proclamato dalle OO.SS. del personale sanitario, pertanto, vanno garantiti i contingenti minimi per l'assistenza così come definito nella tabella *ut supra*.

Gli aggiornamenti che riguarderanno il presente documento, limitatamente a quanto attiene il modello organizzativo dell'assistenza primaria e i requisiti minimi organizzativi, saranno assunti con Decreto del Direttore centrale competente.

4 Organizzazione, funzionamento e percorsi di assistenza

4.1 Responsabile del servizio sanitario penitenziario aziendale

In fase di prima applicazione il responsabile del servizio penitenziario coincide con il Direttore di Distretto sanitario. È facoltà delle Aziende Sanitarie, nell'ambito della loro autonomia gestionale, provvedere alla nomina di un dirigente sanitario con funzione di responsabile del servizio sanitario penitenziario. Il Responsabile ha compiti di coordinamento, monitoraggio e verifica delle attività relative alla salute dei detenuti. Assicura inoltre:

- i rapporti fra Azienda sanitaria e la Direzione dell'istituto penitenziario;
- i rapporti con l'Autorità giudiziaria e la rete degli enti esterni.

Il Responsabile del servizio sanitario penitenziario è componente dell'Osservatorio Regionale Permanente per la sanità penitenziaria. Inoltre, è referente per la Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità nell'ambito della rete regionale di sanità penitenziaria.

4.2 Personale medico

Le Aziende sanitarie, in coerenza con i principi della legge 833/1978, istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), si avvalgono di personale medico dipendente, convenzionato e in libera professione.

4.3 Governance assistenziale infermieristica

La *governance* infermieristica all'interno del sistema penitenziario riveste un ruolo fondamentale per garantire un'assistenza sanitaria di qualità, continua e adeguata alle specifiche esigenze di una popolazione particolarmente vulnerabile, come quella detenuta. In questo contesto, l'infermiere opera con autonomia professionale, assumendo responsabilità dirette nella gestione del percorso assistenziale, in conformità alla Legge n. 42/1999 e alla Legge n. 251/2000.

L'assistenza in carcere non si limita alla gestione delle emergenze o delle malattie, ma si sviluppa in un approccio integrato che promuove la salute nella sua globalità, considerando la persona detenuta come un individuo con bisogni complessi e multidimensionali.

Gli infermieri rappresentano il primo punto di contatto per i detenuti e, oltre la somministrazione dei farmaci, svolgono altre funzioni fondamentali quali: l'accoglienza e l'ascolto dei bisogni individuali, la valutazione delle condizioni di salute, l'orientamento dei detenuti verso i percorsi assistenziali più adeguati e il monitoraggio costante della qualità delle prestazioni erogate. A tal proposito si sottolinea come, nell'ambito dell'assistenza sanitaria presso gli IP, la funzione di ascolto e di accoglienza dei bisogni dei detenuti prevenga la non necessaria medicalizzazione di diverse tipologie di disagio che non sempre sono riconducibili a specifiche patologie organiche.

Questa attività si basa sull'applicazione dei principi della *clinical governance*, che assicurano un controllo continuo della qualità, della sicurezza e dell'efficacia delle cure.

La complessità del contesto penitenziario richiede agli infermieri capacità specifiche di adattamento e mediazione, integrando le esigenze sanitarie con le peculiarità dell'ambiente carcerario. Il governo infermieristico coordina e armonizza i diversi interventi assistenziali, favorendo la continuità delle cure e prevenendo la frammentarietà della presa in carico. Inoltre, gli infermieri assumono la responsabilità della tutela della *privacy* e della sicurezza delle informazioni sanitarie, della sorveglianza dei farmaci e del rispetto delle procedure assistenziali, garantendo un equilibrio tra la protezione della persona e le esigenze organizzative del carcere.

La *governance* infermieristica penitenziaria si fonda sulla formazione continua e sull'aggiornamento

professionale, strumenti indispensabili per affrontare con competenza le condizioni di fragilità e disagio psichico frequenti nella popolazione detenuta, promuovendo non solo la cura, ma anche la prevenzione e l'educazione sanitaria.

In ogni istituto, il personale infermieristico assume un ruolo centrale nell'organizzazione e gestione dell'assistenza, garantendo supporto operativo, favorendo la collaborazione con i medici e assicurando la gestione integrata delle visite, sia interne sia in ambito territoriale. Particolare attenzione è rivolta alla salute mentale, alla prevenzione delle malattie e all'educazione sanitaria, in stretta sinergia con gli specialisti dell'Azienda sanitaria.

4.4 Esternalizzazione dei servizi

L'Azienda sanitaria può valutare di ricorrere a procedure di esternalizzazione per integrare o, in ogni caso, sopperire alla carenza delle risorse di personale sanitario, migliorando la qualità e l'efficienza operativa del servizio e assicurando una risposta adeguata ai bisogni di salute delle persone ristrette. Il ricorso all'appalto dei servizi è da considerarsi, comunque, una procedura da non utilizzare in via ordinaria, ma piuttosto una *extrema ratio* cui ricorrere al fine di garantire i livelli essenziali di assistenza nell'ambito dei servizi di sanità penitenziaria. Potranno essere valutate, altresì, procedure di cui al D.Lgs 117/2017 (artt. 55 e 56) per integrare i servizi e introdurre innovazioni organizzative.

4.5 L'assistenza ospedaliera e percorsi di degenza protetta

In linea generale le persone detenute, al pari dei cittadini in stato di libertà, accedono al livello assistenziale più adeguato e alla struttura ospedaliera più appropriata per livello di specializzazione e tecnologia, secondo il modello organizzativo delle reti cliniche integrate "*HUB & SPOKE*".

Come per gli altri cittadini, il ricovero ospedaliero è effettuato solo in casi di effettiva urgenza ed emergenza clinica, garantendo che la risposta ai bisogni di salute avvenga nel livello assistenziale adeguato e con gli specialisti medici necessari per la cura della patologia della persona, nel rispetto della normativa statale e regionale in materia di appropriatezza delle prestazioni sanitarie. Il ricovero ha una durata strettamente necessaria per l'erogazione delle prestazioni complesse e al rientro in carcere è garantita la continuità assistenziale attraverso gli operatori sanitari delle Aziende.

In caso di necessità di ricovero (programmato), o di visite ospedaliere, il medico presente in istituto effettua la proposta alla Direzione dell'istituto, la quale chiede l'autorizzazione all'Autorità giudiziaria competente. Dopo l'acquisizione delle necessarie autorizzazioni il detenuto è inviato nella sede ospedaliera più appropriata. La sorveglianza viene garantita, se disposto dall'Autorità giudiziaria competente, dagli agenti di polizia penitenziaria. Il medico presente contatta, altresì, il reparto/servizio interessato per organizzare l'ingresso, la degenza e programmare le dimissioni del detenuto, tenendo conto degli aspetti legati alla necessità di accompagnamento, sorveglianza e piantonamento.

Per quanto riguarda la pianificazione regionale dei servizi destinati alla presa in carico di detenuti con necessità di particolare impegno assistenziale non sono previsti reparti di degenza protetta.

Le aziende sanitarie svilupperanno procedure organizzative interne che garantiscano comunque l'assistenza ai detenuti che necessitino del *setting* di ricovero per acuti. Tali procedure dovranno contemperare la piena fruibilità delle cure necessarie al detenuto e la sicurezza per gli operatori e i visitatori attraverso una definizione logistica delle stanze di ricovero adatta a tale scopo.

4.6 La tutela della salute mentale e la cura delle dipendenze in carcere

In FVG la percentuale di detenuti che presentano disturbi psichici e/o problematiche legate all'uso di sostanze è significativamente più elevata rispetto a quella rilevata nella popolazione generale; in alcuni casi, le condizioni detentive possono contribuire all'emergere o all'aggravarsi di problematiche di salute mentale.

Secondo l'ultimo report pubblicato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, un terzo dei detenuti in Europa soffre di disturbi mentali. L'analisi si fonda sui dati di un sondaggio condotto in 36 paesi, che coinvolge oltre 600.000 detenuti. I dati mostrano che i disturbi mentali costituiscono la condizione prevalente tra i carcerati, con una percentuale del 32,8%.

A livello nazionale, nel 2024 si è rilevato che il 12% delle persone detenute, pari a quasi 6.000 individui, presenta una diagnosi psichiatrica grave, in aumento rispetto al 10% registrato nel 2023 (Rapporto Antigone 2024).

Di seguito in tabella è rappresentato il dato della popolazione detenuta assistita dai DDSM presso gli Istituti penitenziari regionali alla data del 31.10.2025 (Fonte: Aziende Sanitarie - Servizi di sanità penitenziaria e DDSM):

Istituto penitenziario	n. detenuti assistiti da DDSM (dati al 31.10.2025)	Popolazione detenuta (media mensile al 25.11.2025)
Trieste	47	235
Gorizia	36	84
Pordenone	24	51
Udine	92	177
Tolmezzo	53	180
TOTALE	252	727

La tutela della salute mentale e la cura delle dipendenze all'interno degli Istituti Penitenziari sono garantite attraverso l'intervento dei Dipartimenti Dipendenze e Salute Mentale (DDSM).

Le modalità operative e organizzative che disciplinano tale collaborazione sono formalizzate mediante uno specifico protocollo operativo tra DDSM, l'articolazione aziendale della sanità penitenziaria e la Direzione dell'istituto penitenziario, che tenga conto dei bisogni dei detenuti.

Il protocollo dovrà definire in modo chiaro e puntuale:

- Le finalità dell'intervento, finalizzare a garantire il diritto alla salute mentale e la cura delle dipendenze delle persone detenute, promuovendo il contrasto a discriminazione e stigmatizzazione, assicurando continuità terapeutica e risposte adeguate ai bisogni psicologici e di cura, nonché privilegiando interventi territoriali rispetto a misure detentive;
- La definizione della composizione e dell'organizzazione di équipe multidisciplinari in grado di operare in ambito penitenziario, con modalità di intervento proporzionate alla tipologia e alle dimensioni dell'istituto e ai bisogni delle persone ristrette, al fine di garantire la presa in carico dei detenuti con problematiche di dipendenza e/o disagio psichico. Le *équipe* saranno preferibilmente composte da personale medico, infermieristico, assistente sociale e tecnici della riabilitazione/educatori e, attraverso il loro coordinatore, svolgeranno, tra l'altro, compiti di organizzazione delle richieste, di gestione dei rapporti con i soggetti istituzionali e non istituzionali coinvolti nei percorsi di cura, delle persone detenute, di miglioramento della qualità delle prestazioni e di raccolta di dati clinici ed epidemiologici;

- L'applicazione del principio di territorialità, volto a garantire la continuità degli interventi assistenziali tra il DDSM e la struttura penitenziaria, secondo la rispettiva competenza territoriale;
- L'individuazione delle tipologie e modalità di intervento, con l'indicazione puntuale delle azioni previste e delle metodologie adottate per la presa in carico e il trattamento dei casi in ordinario e in emergenza;
- Le modalità operative di collaborazione e integrazione tra i diversi attori coinvolti, in particolare servizi aziendali, servizi sociali comunali, apparato giudiziario e penitenziario, famiglie, reti di supporto sociale e volontario, garantendo il collegamento con la comunità;
- La definizione della frequenza degli interventi, della presenza degli operatori di salute mentale e delle dipendenze presso l'istituto penitenziario, nonché l'attivazione di modalità di teleconsulto e telemonitoraggio;
- La programmazione, a cura delle Aziende sanitarie, di eventi formativi congiunti tra personale sanitario e penitenziario sui temi della salute mentale e delle dipendenze, con cadenza almeno annuale.

La presenza dei Dipartimenti Dipendenze e Salute Mentale negli istituti di pena garantisce l'attivazione tempestiva dei percorsi diagnostici e terapeutici, l'erogazione continuativa di sostegno psichiatrico, nonché la predisposizione di programmi riabilitativi.

È fondamentale precisare che il trattamento sanitario – in particolare quello psicologico e/o psichiatrico erogato dal Servizio Sanitario Nazionale – è del tutto distinto dal trattamento rieducativo fornito dall'Amministrazione Penitenziaria: la tutela della salute della persona detenuta non può, e non deve, essere confusa con l'intervento rieducativo e con le azioni di prevenzione della reiterazione del reato, orientate alla tutela della collettività.

Qualora l'Amministrazione penitenziaria ritenesse opportuno integrare nei propri progetti trattamentali i tecnici della salute mentale, tali professionisti dovranno comunque essere figure diverse dai curanti incaricati dell'assistenza sanitaria diretta ai detenuti.

4.6.1 La tutela della salute mentale

Per l'Area Salute Mentale dei DDSM, si prevede l'attivazione, in ogni istituto penitenziario, di un'*équipe* di salute mentale, la cui presenza e modalità di intervento variano in funzione della tipologia e delle dimensioni dell'istituto, nonché dei bisogni delle persone ristrette, al fine di garantire la presa in carico dei detenuti con problematiche di salute mentale. Le *équipe* sono preferibilmente composte da personale medico, infermieristico e della riabilitazione e, attraverso il loro coordinatore, svolgono compiti quali l'organizzazione delle richieste, la gestione dei rapporti con i soggetti istituzionali e non istituzionali coinvolti nei percorsi di cura, il miglioramento della qualità delle prestazioni e la raccolta e l'analisi dei dati clinici ed epidemiologici.

L'*équipe* garantisce:

- la collaborazione con il personale medico infermieristico e psicologico della sanità penitenziaria, con la Direzione dell'istituto, con l'area trattamentale degli istituti, nonché con il personale della polizia penitenziaria, nell'individuazione precoce del disagio dei detenuti per la prevenzione e la riduzione delle forme di patologia psichiatrica o di disagio psichico che possano evolvere in un quadro psicopatologico;
- la valutazione, presa in carico e monitoraggio di detenuti a rischio suicidario individuati dallo *screening* effettuato durante i colloqui e anche mediante l'uso di questionari validati dalla

Direzione del servizio di sanità penitenziaria. La prevenzione del rischio suicidario è una priorità che richiede una presa in carico congiunta del recluso da parte di tutti gli operatori coinvolti nella cura e custodia, secondo protocolli condivisi tra istituto Penitenziario e Azienda Sanitaria, conformi al *"Piano Nazionale per la Prevenzione del Suicidio in Carcere"*¹;

- interventi di cura e riabilitazione delle persone con problematiche psichiatriche diagnosticate e sottoposte a misure di detenzione e presa in carico per interventi integrati;
- interventi di supporto informativo/educativi mirati a prevenire l'insorgenza di patologie psichiatriche;
- assistenza psicologica in collaborazione con il servizio di sanità penitenziaria;
- integrazione con gli altri servizi medici dell'Azienda Sanitaria, per i casi complessi a diagnosi multipla, e con i servizi sociali per i pazienti con bisogno di intervento sociale;
- collaborazione con l'area trattamentale dell'istituto, per attivare percorsi di assistenza e cura, sia all'interno dell'istituto, sia all'esterno, tramite l'attivazione di misure alternative;
- continuità terapeutica con i servizi e i presidi del territorio, sia durante la detenzione sia nella fase di uscita dal carcere, al termine della pena o nel corso delle misure alternative alla detenzione.

L'*équipe*, o il singolo professionista, è presente almeno con cadenza settimanale all'interno degli istituti penitenziari. Tale frequenza è da considerarsi come requisito minimo e le Aziende dovranno programmare tutti gli accessi che saranno necessari per il soddisfacimento dei LEA.

4.6.2 La cura delle dipendenze patologiche

Secondo la *"Relazione annuale al Parlamento sul fenomeno delle tossicodipendenze in Italia, anno 2025 – dati 2024"*, al 31 dicembre 2024 in Italia si contano 19.755 detenuti tossicodipendenti, il 96% dei quali di genere maschile e il 35% di nazionalità straniera. Essi rappresentano il 32% della popolazione carceraria complessiva, pari a 61.681 persone, dato in crescita rispetto al 29% registrato nel 2023.

A livello nazionale, il 45% dei detenuti si trova negli istituti penitenziari del Nord, il 32% in quelli del Sud e delle Isole e il restante 23% nel Centro. In rapporto alla popolazione carceraria delle singole aree, la percentuale di detenuti tossicodipendenti raggiunge il 41% nel Nord-Ovest, il 38% nel Nord-Est, il 36% nel Centro e si ferma intorno al 24% nelle regioni meridionali e insulari.

Nel corso del 2024, le persone tossicodipendenti entrate in carcere sono state complessivamente 16.890, corrispondenti al 39% dei 43.489 ingressi totali. Tra i detenuti stranieri entrati in carcere nel 2024, il 37% risulta tossicodipendente, a fronte del 40% rilevato tra i detenuti italiani, percentuali sostanzialmente in linea con i dati dell'anno precedente.

La cura dei detenuti che presentano problematiche psico-sociosanitarie collegabili all'uso di sostanze stupefacenti, legali e/o illegali, all'interno degli Istituti Penitenziari è garantita attraverso l'intervento dei Servizi delle Dipendenze dei Dipartimenti Dipendenze e Salute Mentale (DDSM), come previsto dal DPCM 12 gennaio 2017.

In ogni istituto penitenziario è attiva un'*équipe* per le dipendenze patologiche, la cui presenza e modalità di intervento variano in funzione della tipologia e delle dimensioni dell'istituto stesso, nonché dei bisogni delle persone ristrette, al fine di garantire la presa in carico dei detenuti con problematiche da dipendenze da sostanze legali/illegali. Le *équipe* sono preferibilmente composte da:

¹ Accordo in sede di Conferenza Unificata del 27 luglio 2017, n. 81.

- medico delle dipendenze;
- infermiere;
- assistente sociale, educatore e psicologo.

L'*équipe* rappresenta un intervento specialistico di secondo livello sulla dipendenza da svolgersi in stretta collaborazione con i medici di assistenza primaria che hanno in carico il paziente.

L'*équipe* garantisce:

- l'*assessment* clinico del paziente, con diagnosi specialistica di DUS/DUA e delle eventuali patologie correlate, nonché la gestione dei relativi piani terapeutici, con particolare riguardo alla prescrizione, variazione o sospensione della terapia con farmaci sostitutivi o aversativi;
- gli interventi psicologici e sociali, sia a scopo diagnostico che a scopo terapeutico, per contenere i danni o promuovere il cambiamento rispetto alle condotte di *addiction*;
- la continuità con i servizi sanitari e sociali esterni e, inoltre, il raccordo con i servizi delle aziende sanitarie competenti per residenza del paziente, in vista della dimissione dall'IP e nell'ipotesi di una misura alternativa alla detenzione;
- l'integrazione con gli altri servizi medici dell'Azienda Sanitaria, per i casi complessi a diagnosi multipla, e con i servizi sociali per i pazienti con bisogno di intervento sociale;
- l'educazione sanitaria e interventi di prevenzione (attività di *counselling* finalizzata a informare la persona e favorire l'adesione agli *screening* ed agli esami diagnostici offerti).

I detenuti dipendenti da stupefacenti o alcool che presentino anche gravi psicopatologie (doppia diagnosi) sono seguiti sulla base del loro bisogno di salute in collaborazione del servizio per le dipendenze e dai servizi di salute mentale.

L'*équipe*, o il singolo professionista, è presente almeno con cadenza settimanale all'interno degli istituti penitenziari. Tale frequenza è da considerarsi come requisito minimo e le Aziende dovranno programmare tutti gli accessi che saranno necessari per il soddisfacimento dei LEA.

4.6.3 L'accoglienza e la valutazione dei bisogni di salute della persona detenuta nuova giunta

L'accoglienza sanitaria del nuovo giunto rappresenta una fase cruciale del percorso detentivo, sia per la tutela della salute individuale sia per la sicurezza complessiva dell'istituto penitenziario. La carcerazione costituisce infatti un evento di forte impatto traumatico, con possibili ripercussioni sul benessere fisico e psicologico della persona ristretta.

L'allegato A del DPCM 1° aprile 2008 specifica che *"i presidi sanitari, presenti in ogni istituto penale, garantiscono l'erogazione delle prestazioni di medicina generale individuate dai Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) [...] in particolare attuano i seguenti interventi: valutazione medica e psicologica di tutti i nuovi ingressi, da effettuarsi, se del caso, in più momenti temporali e per congrui periodi di osservazione; [...] tale valutazione è fatta dal medico di medicina generale del presidio, in collaborazione con lo psicologo e con il supporto degli accertamenti specialistici del caso"* al fine di rilevare eventuali condizioni di vulnerabilità.

In coerenza con quanto previsto dall'art. 11 del D.lgs. n. 123/2018 e dall'art. 23 del DPR n. 230/2000, all'ingresso ogni detenuto o internato è sottoposto a visita medica generale entro 24 ore, ricevendo informazioni complete sul proprio stato di salute. L'anamnesi iniziale comprende sia la diagnosi clinica sia la valutazione psicosociale, anche mediante strumenti standardizzati (ad esempio il *Patient Safety Screener - PSS-3*), con l'obiettivo di identificare precocemente bisogni assistenziali e fattori di rischio, inclusi quelli legati

a condotte autolesive o suicide. Tali indicazioni sono previste dal “Piano regionale per la prevenzione delle condotte suicide e dei gesti autolesivi in carcere” (DGR n. 2145/2017) e risultano coerenti con la Raccomandazione n. 4/2008 del Ministero della Salute, che richiede la valutazione precoce del rischio suicidario sulla base delle informazioni anamnestiche e del rilievo di segni e sintomi prodromici.

Il Decreto n. 23887/GRFVG del 20/05/2024 definisce la procedura per l'accoglienza psicologica dei detenuti nuovi giunti negli istituti penitenziari, ribadendo la necessità di procedure di accoglienza orientate alla prevenzione, alla tutela della dignità della persona e alla garanzia della continuità assistenziale, in un'ottica di integrazione tra servizi sanitari e penitenziari.

Il monitoraggio dello stato di salute prosegue per l'intera durata della detenzione, con interventi programmati in base ai bisogni individuali e nel rispetto dei principi di proattività, globalità, integrazione sociosanitaria e appropriatezza clinica.

4.7 L'Articolazione Tutela Salute Mentale (ATSM)

L'Articolazione Tutela Salute Mentale (ATSM) è una sezione che trova spazio presso una struttura penitenziaria e che garantisce livelli intensivi di assistenza sanitaria e di attività terapeutica e riabilitativa. È stata prevista dall'art. 65 della Legge n. 354/751 (O.P.), richiamata negli allegati “A” e “C” del DPCM 01/04/2008, secondo le previsioni dell'Accordo in CU n.95 del 13/10/2011, e, altresì prevista nell'Accordo CU n. 3 del 22 gennaio 2015 che ha definito il quadro per la realizzazione della Rete regionale per l'assistenza sanitaria penitenziaria. In particolare, nell'allegato “C” del D.P.C.M. 01/04/2008 è indicato che il successo del programma specifico di superamento degli Ospedali psichiatrici giudiziari è strettamente connesso all'attivazione di specifiche sezioni denominate ATSM.

Si rileva la necessità di individuare, nell'ambito degli istituti penitenziari del FVG, in collaborazione con il Provveditorato regionale dell'amministrazione penitenziaria (PRAP), un'articolazione in cui accogliere detenuti con rilevanti bisogni di tutela della salute mentale, secondo quanto disposto dalla normativa nel tempo vigente.

L'ATSM ha l'obiettivo di garantire la presa in carico, dal punto di vista sanitario e penitenziario, delle persone detenute affette da disturbi mentali. Svolge attività sociosanitarie, diagnostiche e terapeutiche, integrate con gli interventi dell'area trattamentale penitenziaria, al fine di assicurare il raggiungimento degli obiettivi di salute e riabilitazione previsti. A tal scopo, attua programmi terapeutico-riabilitativi e di inclusione sociale basati su evidenze scientifiche e calibrati sui bisogni individuali, contribuendo anche alla definizione di percorsi assistenziali a medio-lungo termine, eventualmente orientati verso un successivo inserimento in strutture esterne appropriate o sul territorio.

Con Deliberazione di Giunta regionale verrà approvato un progetto per l'organizzazione dell'ATSM presso un istituto penitenziario regionale. Nel progetto verrà definito:

- l'individuazione della sezione e l'organizzazione degli spazi;
- le finalità e i destinatari;
- l'articolazione organizzativa, standard di personale sanitario e coordinamento;
- l'attività clinica e l'offerta terapeutico riabilitativa;
- le modalità di funzionamento, i rapporti di collaborazione e le procedure operative con l'amministrazione penitenziaria.

4.8 La continuità dell'assistenza

In generale, al momento della scarcerazione, la continuità assistenziale viene garantita con il medico di medicina generale e la rete sanitaria territoriale e ospedaliera esterna di riferimento. Alle persone che tornano in libertà i vengono forniti i farmaci necessari per le cure, per un periodo sufficiente per un periodo sufficiente a consentire il raggiungimento dei curanti di riferimento.

Per ogni persona trasferita presso un altro istituto penitenziario o rientrata in libertà, viene redatta una relazione sanitaria. In caso di scarcerazione, tale relazione è indirizzata al medico di medicina generale.

Particolare attenzione deve essere riservata ai soggetti con fragilità. In questi casi, è cura degli operatori sanitari, qualora necessario, allertare i servizi territoriali competenti per l'eventuale presa in carico del paziente, se sconosciuto al servizio, oppure per la riattivazione della cura, se già noto.

4.9 La gestione dell'emergenza urgenza

In situazioni di emergenza urgenza le Aziende garantiscono all'interno degli istituti penitenziari un'adeguata risposta di primo soccorso per la tempestiva stabilizzazione del paziente detenuto, tramite il servizio sanitario interno e/o i servizi territoriali di emergenza urgenza, cui segue, ove occorra, l'invio immediato presso la struttura ospedaliera più appropriata.

Analoga prestazione, esclusivamente in situazioni di emergenza urgenza viene garantita nei confronti delle persone comunque presenti all'interno dell'istituto. 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. Le Aziende e le Direzioni degli istituti penitenziari elaborano proposte di protocolli operativi locali per la gestione dell'emergenza urgenza, coerenti con i documenti regionali in materia di percorsi assistenziali per la popolazione detenuta.

4.10 La telemedicina

Lo strumento della telemedicina deve essere implementato all'interno degli Istituti penitenziari con un potenziamento dei servizi informatici, delle reti cliniche, con la collaborazione fra Aziende e Amministrazione penitenziaria secondo quanto di competenza, e lo sviluppo di specifici percorsi diagnostico terapeutici (PDTA). Le prestazioni di telemedicina all'interno degli Istituti penitenziari hanno l'obiettivo di rendere più tempestivo ed efficace il processo diagnostico e il management clinico e assistenziale della persona detenuta.

Le Aziende Sanitarie in base alla propria organizzazione e programmazione dovranno dotare i servizi di sanità penitenziaria in carcere di apparecchiature operanti in telemedicina, qualora vi siano all'interno degli Istituti penitenziari le opportune condizioni strutturali, tecnologiche e logistiche.

4.11 Assistenza farmaceutica e protesica

L'assistenza farmaceutica e la fornitura di presidi sanitari è a carico delle Aziende che ne valutano l'appropriatezza prescrittiva, le modalità di conservazione e somministrazione. Vengono utilizzati solo i farmaci forniti dalle Aziende presenti nei prontuari aziendali. Eventuali farmaci non presenti nel prontuario vengono discussi con il servizio di farmacia aziendale che supporta il medico di sanità penitenziaria nella valutazione, al fine di provvedere all'acquisizione di farmaci non previsti nei prontuari, se ritenuti necessari e non sostituibili, o di farmaci dall'esterno.

L'assistenza protesica a favore degli aventi diritto e la fornitura degli ausili e delle protesi è soggetta all'autorizzazione delle Aziende.

4.12 Odontoiatria pubblica

La popolazione carceraria presenta un numero significativamente più elevato di fattori di rischio per le patologie del cavo orale, in quanto spesso proveniente da contesti socioeconomici svantaggiati e affetta da problematiche legate alla tossicodipendenza e all'uso di psicofarmaci. È quindi fondamentale garantire a queste persone un accesso equo all'odontoiatria pubblica, analogo a quello riservato alla popolazione non detenuta.

In tal senso, si sottolinea che anche i detenuti presenti negli istituti penitenziari della Regione Friuli Venezia Giulia hanno accesso alle prestazioni odontoiatriche di base, secondo le modalità individuate nell'allegato 1 della Delibera di Giunta regionale n. 1334 del 31 luglio 2019 (ed eventuali successive modifiche). In particolare, rientrano nei Livelli Essenziali di Assistenza (L.E.A.) i trattamenti odontoiatrici urgenti, la terapia conservativa di base e gli interventi di chirurgia orale.

Per assicurare l'erogazione di tali prestazioni, è previsto l'allestimento di postazioni odontoiatriche ("riuniti", radiografi endorali e strumenti sterilizzati secondo procedure validate) all'interno degli istituti penitenziari del territorio regionale, così da consentire gli interventi direttamente in loco, evitando la necessità di trasferimenti esterni dei detenuti.

Le prestazioni saranno garantite da professionisti dipendenti, convenzionati o con rapporto libero professionale delle aziende sanitarie regionali. Le convenzioni disciplineranno, inoltre, la frequenza e le fasce orarie di presenza degli odontoiatri all'interno delle strutture penitenziarie coinvolte.

La Regione intende inoltre estendere alcune delle prestazioni aggiuntive (extra L.E.A.) rivolte ai cittadini residenti in Friuli Venezia Giulia, quali l'eventuale fornitura di protesi mobili in caso di edentulia.

5 Formazione e valorizzazione del personale sanitario

La sanità penitenziaria è un settore complesso che richiede una formazione specifica per il personale sanitario, al fine di garantire cure efficaci e rispettose dei diritti dei detenuti. La popolazione carceraria presenta bisogni sanitari diversificati, tra cui patologie croniche, disturbi mentali, dipendenze e la presenza significativa di detenuti stranieri con esigenze interculturali. La formazione del personale sanitario in ambito penitenziario, promossa dalle Aziende Sanitarie, è fondamentale per sviluppare competenze e conoscenze teoriche e pratiche specifiche. La formazione deve porre attenzione a:

- rafforzare le competenze cliniche, necessarie per la gestione delle patologie tipiche della popolazione detenuta;
- potenziare abilità comunicative e relazionali adeguate a instaurare un rapporto di fiducia con i detenuti, nel rispetto della loro dignità e condizione;
- nursing interculturale, fondamentale vista la significativa presenza di detenuti stranieri, per sviluppare sensibilità culturale e competenze per gestire la diversità, ridurre le incomprensioni e garantire un'assistenza adeguata alle esigenze specifiche di ogni individuo;
- comprendere le dinamiche dell'ambiente penitenziario e le implicazioni che queste hanno sul processo di cura.

- promuovere un sistema sanitario penitenziario integrato, capace di offrire cure di base, specialistiche e riabilitative, migliorando la qualità complessiva dell'assistenza.

È essenziale, altresì, valorizzare il personale sanitario dipendente che opera in ambito penitenziario, anche attraverso progetti e incentivazioni dedicate, riconoscendo così l'importanza del ruolo degli operatori che lavorano in questo contesto complesso e delicato. L'utilizzo delle leve gestionali, compreso i meccanismi incentivanti possono costituire strumenti per rendere maggiormente attrattiva la funzione in argomento nei confronti del personale.

La formazione specifica e la valorizzazione del personale è un elemento chiave per costruire un sistema sanitario penitenziario più umano, efficace e sostenibile, che promuove salute, sicurezza e dignità per tutti gli attori coinvolti in questo delicato ambito.

6 Accreditamento

Questa Regione provvederà ad effettuare il procedimento congiunto di autorizzazione/accreditamento ai sensi della normativa regionale vigente, nell'ambito del percorso regionale di accreditamento delle strutture sanitarie pubbliche. Gli eventuali lavori di adeguamento che si renderanno necessari nell'ambito del procedimento saranno oggetto di appositi protocolli tra Aziende e amministrazione penitenziaria.

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.

7 Interventi di sanità pubblica

7.1 Prevenzione malattie infettive

La prevenzione delle malattie infettive costituisce una priorità in sanità pubblica, anche negli ambienti di privazione della libertà come le carceri, dove la presenza di persone appartenenti a gruppi sociali vulnerabili rende essenziale l'implementazione di strumenti efficaci di prevenzione, quali la vaccinazione e la sorveglianza.

L'alta densità abitativa, il sovraffollamento, il maggior carico di malattia nella popolazione carceraria rispetto alla popolazione generale, il basso livello di immunizzazione, le difficoltà di accesso ai servizi sanitari e l'elevato turnover della popolazione favoriscono la diffusione delle infezioni, rendendo particolarmente complessa la prevenzione delle malattie infettive.

Questa Regione provvederà a implementare l'offerta attiva di vaccinazioni nella popolazione carceraria. In particolare, le infezioni prevenibili tramite vaccino, come quelle da virus dell'epatite B (HBV), influenza, COVID-19, morbillo e pneumococco, sono considerate particolarmente rilevanti per le conseguenze che possono avere sulla salute individuale e collettiva all'interno del contesto carcerario.

7.2 Screening

Lo screening nella popolazione carceraria ha l'obiettivo di individuare precocemente le patologie, in particolare quelle infettive e oncologiche, al fine di tutelare il diritto alla salute delle persone detenute, prevenire la diffusione di malattie infettive e contribuire alla riduzione delle disuguaglianze sanitarie. Tali interventi mirano non solo a migliorare la qualità della vita delle persone detenute attraverso una diagnosi precoce e mirata, ma

anche a ridurre il rischio di trasmissione all'interno della comunità carceraria e, più in generale, nella popolazione.

In quest'ottica, diventa fondamentale affiancare allo screening azioni di promozione della salute, orientate all'educazione sanitaria, all'adozione di stili di vita salutari e al rafforzamento della consapevolezza individuale, così da sostenere percorsi di prevenzione duraturi e inclusivi. A tal fine saranno promossi annualmente, da parte di professionisti sanitari, interventi di promozione della salute e proposti interventi di prevenzione adeguati ai fattori di rischio ed età della popolazione detenuta.

Questa Regione si impegna a offrire alla popolazione carceraria i tre principali screening oncologici. In particolare, sarà implementata all'interno degli istituti penitenziari:

- la ricerca del sangue occulto nelle feci, per la prevenzione del tumore del colon-retto;
- la mammografia, per la prevenzione del tumore della mammella nelle detenute;
- HPV test/Pap test, per la prevenzione del tumore del collo dell'utero nelle detenute.

Inoltre, è prevista l'offerta attiva dello screening per l'epatite C, malattia infettiva a trasmissione parenterale, caratterizzata da un'elevata prevalenza nella popolazione carceraria, spesso legata a fattori di rischio preesistenti all'ingresso in carcere.

8 Le funzioni del livello centrale regionale

8.1 Osservatorio regionale permanente per la sanità penitenziaria

L'Osservatorio Permanente sulla Sanità Penitenziaria della Regione Friuli Venezia Giulia è stato istituito con decreto n. 494 del 9 luglio 2015 della Direzione Salute. La sua composizione è stata successivamente aggiornata con il decreto del Direttore centrale della Direzione Salute, Politiche sociali e Disabilità n. 11603 del 13 marzo 2024.

Alla luce delle modifiche introdotte, l'Osservatorio risulta oggi composto da:

- il Direttore del Servizio competente della Direzione Centrale Salute, Politiche sociali e Disabilità;
- un rappresentante dei Direttori sanitari degli Enti del Servizio Sanitario Regionale;
- rappresentanti delle Aziende sanitarie regionali (ASUGI, ASFO e ASUFC);
- due rappresentanti del Dipartimento dell'Amministrazione penitenziaria (Provveditorato regionale per il Veneto – Friuli Venezia Giulia e Trentino Alto Adige);
- un rappresentante del Tribunale di Sorveglianza di Trieste;
- un rappresentante del Centro di Giustizia Minorile per il Veneto, il Friuli Venezia Giulia e le Province autonome di Trento e Bolzano.

L'Osservatorio ha sede operativa presso la Direzione Centrale Salute, Politiche sociali e Disabilità e svolge le proprie attività nelle sedi di Trieste e Udine, ovvero in modalità telematica.

Esso rappresenta un punto di riferimento essenziale per il monitoraggio delle condizioni sanitarie negli istituti penitenziari regionali. Oltre a segnalare criticità e situazioni di rilievo, l'Osservatorio valuta l'efficacia degli interventi sanitari attuati, con l'obiettivo di migliorarne costantemente la qualità.

8.2 Coordinamento regionale della rete sanitaria penitenziaria

Il Coordinatore è la figura di riferimento regionale con il provveditorato dell'amministrazione penitenziaria e garantisce il collegamento con i Servizi di sanità penitenziaria delle Aziende sanitarie. È componente dell'Osservatorio regionale permanente per la sanità penitenziaria e del Punto Unico Regionale. Partecipa attivamente e promuove tavoli tecnici regionali per migliorare l'assistenza nelle strutture penitenziarie e favorisce la collaborazione interistituzionale tra sistema sanitario e sistema penitenziario. Ha un ruolo specifico nell'ambito delle attività connesse ai trasferimenti per motivi di salute in ambito regionale ed extraregionale dei detenuti, così come definito dall'Accordo CU n. 3 del 22 gennaio 2015 (Rif. Cap. 9.2).

9 Rapporti di collaborazione con l'amministrazione penitenziaria

9.1 Protocollo rischio suicidario

La Regione prevede la costituzione all'interno dell'Osservatorio permanente sulla sanità penitenziaria di un gruppo di lavoro tecnico scientifico composto da operatori sanitari e da operatori penitenziari con il fine di elaborare, senza oneri aggiuntivi, un programma operativo di prevenzione del rischio auto-lesivo e suicidario in carcere, secondo quanto stabilito dall'accordo della conferenza unificata del 19.01.2012 e dall'Accordo approvato dalla Conferenza Unificata in data 27.07.2017 relativo al Piano Nazionale per la prevenzione delle condotte suicidarie nel sistema penitenziario per adulti. Le Aziende 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.

9.2 Formazione congiunta

La formazione congiunta degli operatori sanitari e penitenziari rappresenta un'azione strategica per la prevenzione del rischio suicidario, volta a potenziare la consapevolezza, le competenze tecniche e la capacità operativa degli operatori. Tale formazione, svolta con cadenza annuale, favorisce lo scambio di conoscenze interdisciplinari e la costruzione di un linguaggio comune tra le diverse professionalità. Il programma dovrà includere moduli dedicati alla prevenzione, al riconoscimento precoce dei segnali di rischio e alla gestione delle emergenze. I contenuti principali riguarderanno la struttura del Piano nazionale, gli aspetti fenomenologici del suicidio e dell'autolesionismo, le buone pratiche O.M.S., i fattori predisponenti e il benessere organizzativo degli operatori.

9.3 Trasferimenti per motivi di salute

Ai sensi dell'Accordo sancito in Conferenza Unificata (Rep. n. 3/CU del 22 gennaio 2015), qualora il Direttore generale dell'Azienda competente, o suo delegato, attesti su segnalazione del responsabile medico l'impossibilità di garantire le prestazioni necessarie all'interno dell'istituto o comunque nel territorio aziendale, l'Amministrazione penitenziaria dispone il trasferimento del detenuto in un altro istituto della Regione, previa valutazione del soggetto cui è attribuito il coordinamento della rete sanitaria penitenziaria regionale. A tal fine, il servizio sanitario dell'istituto di partenza e quello di destinazione collaborano allo scambio di informazioni, al fine di salvaguardare la continuità terapeutica.

La richiesta di trasferimento per motivi di salute coinvolge il coordinatore regionale della rete sanitaria penitenziaria, il medico responsabile della presa in carico del detenuto, il Provveditorato regionale dell'Amministrazione penitenziaria e la Direzione penitenziaria competente.

Per i trasferimenti per motivi di salute in altra Regione, l'amministrazione penitenziaria si avvale della ricerca esperita dal Coordinatore della Rete regionale, ai sensi dell'art. 1, c. 3, della Conferenza Unificata Rep. Atti n.3 del 22 gennaio 2015 "Linee guida in materia di modalità di erogazione dell'assistenza sanitaria negli istituti penitenziari per adulti; implementazione delle reti sanitarie regionali e nazionali". Il servizio sanitario di partenza e di arrivo collaborano nello scambio di informazioni a tutela della continuità terapeutica.

IL PRESIDENTE

IL SEGRETARIO GENERALE