

Allegato A

Individuazione del sistema di interventi finalizzato alla tutela della salute in ambito penitenziario

PRINCIPI DI RIFERIMENTO

1. Premessa

L'attribuzione della responsabilità della tutela della salute in ambito penitenziario ad una Istituzione diversa da quella che eroga le funzioni custodiali rappresenta l'occasione per *ripensare* l'attuale modello organizzativo e gestionale della Sanità Penitenziaria che ha le proprie radici nella legge 740 del 1970 ed è antecedente di otto anni l'istituzione del Sistema Sanitario Nazionale avvenuta nel 1978.

Il riordino della Sanità Penitenziaria, per la molteplicità e complessità dei modelli organizzativi e dei livelli istituzionali che sottende, non può essere pensato come un evento che si realizzi in maniera *istantanea*, ma come un processo che segua tappe e tempi definiti. Si ritiene perciò indispensabile che avvenga nel rispetto della competenza programmatica e normativa propria della Regione, in coerenza con il modello regionale piemontese e armonizzato con la realtà nazionale, nel rispetto dei principi ispiratori esplicitati nel PSSR 2007-2010 e delle politiche organizzative e di intervento ivi rappresentate.

In considerazione di quanto enunciato, dall'affermazione della volontà politica regionale di recepire e avviare il processo di riordino della sanità penitenziaria nel rispetto dei principi e delle linee di riferimento enunciati nel Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 1° aprile 2008 – “Modalità e criteri per il trasferimento al Servizio Sanitario Nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria”, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana, Serie generale, n° 126, del 30 maggio 2008 - ne discende la necessità di realizzare, in prima istanza, un modello organizzativo agile e formalmente snello nella struttura ma che permetta, nell'immediato, il recepimento delle funzioni trasferite e garantisca, al contempo, l'avvio di un processo di riordino che parta dall'esistente per giungere in un momento successivo ad un modello definitivo.

E' al contempo necessario che il modello organizzativo che ci si accinge a definire garantisca la continuità nell'erogazione di prestazioni specifiche (certificazioni, relazioni e altre prestazioni previste dalla legge 354 del 26 luglio 1975, dal decreto legislativo 22 giugno 1999 n° 230, dal D.P.R. 22 settembre 1988 n. 448, dal decreto legislativo 28 luglio 1989 n. 272, nonché di tutte quelle attività a carattere sanitario richieste dall'Autorità Giudiziaria) oltre a garantire, fino a nuova definizione normativa, la continuità della funzione di Medico del Corpo degli Agenti di Polizia Penitenziaria esercitata, ad oggi, dal medico di cui all'art.1 della legge n. 740 del 1970.

2. Principi di riferimento:

Si ritiene indispensabile, nel momento di avvio del processo di riordino della sanità penitenziaria sul territorio regionale, esplicitare i principi di riferimento e le opzioni etiche e di partenza del lavoro poiché queste ne impostano e definiscono l'impianto progettuale.

L'assunto è l'**orientamento alla persona destinataria dell'intervento**, ed in particolare al cittadino detenuto che si rivolge al Dipartimento nelle sue articolazioni organizzative e funzionali. **Al cittadino**

detenuto è necessario garantire l'esigibilità del diritto alla salute, così come enunciato dalla Costituzione della Repubblica Italiana all'art. 32.

Definito ciò che è funzionale a garantire l'esigibilità del diritto alla salute da parte del cittadino detenuto, è possibile allora delineare un impianto progettuale che veda al **centro**, e come **punto di partenza**, i problemi dei destinatari dell'intervento. Le prestazioni, intese come aree di funzioni, saranno pertanto inquadrare all'interno delle *funzioni sanitarie* che l'organizzazione dovrà erogare.

2a. I principi

I principi hanno una loro coerenza interna e sono, tra loro, strettamente interconnessi. Essi si declinano in:

- 1 Comprensione dei problemi e definizione dei processi operativi secondo un principio clinico-tecnico
 - 2 Attivazione delle risorse
 - 3 Apertura all'esterno
 - 4 Economico, nel senso di efficacia ed efficienza nell'esercizio delle funzioni
-
- 1 I processi operativi e le soluzioni organizzative devono essere mobili e *adattabili* ai diversi problemi, riferirsi a criteri scientifici, coerenti con le richieste, mirate alle specificità dei destinatari. E' perciò necessario che ci sia una forte integrazione tra le diverse figure professionali, tra i gruppi di lavoro, tra le diverse sedi operative, tra le molteplici articolazioni delle diverse istituzioni coinvolte. I referenti ed i responsabili delle specifiche funzioni, in questo senso, hanno la responsabilità organizzativa di accompagnare e curare i processi di integrazione tra le diverse figure professionali e tra i gruppi di lavoro.
 - 2 La varietà dei problemi che si affrontano quotidianamente rende indispensabile un'offerta di proposte che sia differenziata e personalizzata al singolo destinatario. E' necessario avere cura della costruzione di progetti di intervento specifici per ogni destinatario e, contestualmente, dell'adeguatezza e della qualità delle procedure e degli interventi di routine. La valutazione complessiva della situazione e le modalità di intervento, che tengono conto delle variabili in gioco, oltre che delle numerose previsioni normative, rendono ancor più importante il coinvolgimento dei destinatari nella formulazione stessa del progetto di lavoro e nella sua realizzazione (**principio della attivazione delle risorse**).
 - 3 Perché dunque il lavoro si sviluppi in termini specifici/specialistici è necessario che vi sia l'attivazione dei Destinatari, non solo i Destinatari diretti, ma tutti i soggetti implicati: il lavoro è così orientato a sviluppare le risorse dei soggetti destinatari, quelle del Servizio, quelle dell'Azienda, quelle delle Istituzioni, in sintesi le risorse presenti nel contesto (**principio dell'apertura all'esterno, di efficacia ed efficienza, e clinico-tecnico**).
Porsi come attivatori di risorse per ogni Destinatario, significa individuare con lui (co-costruire) qual è il problema e con quali colleghi/Servizi è possibile ed è più utile lavorare. (**principio clinico-tecnico**).

La cooperazione con altri soggetti organizzativi è conseguente ai principi proposti: sia nelle collaborazioni esterne con altri Servizi/Aziende/Istituzioni, ma anche attraverso la cooperazione tra operatori diversi all'interno del Servizio/Dipartimento/Azienda. Cooperazione "interna" significa integrare il lavoro dei diversi Gruppi/Servizi e Strutture del Dipartimento allargando lo sguardo ad altre visioni ed utilizzando le diverse esperienze. Ciò permette di utilizzare correttamente le risorse disponibili, ridurre la fatica del lavoro. L'apertura "esterna" significa attivare i collegamenti indispensabili con tutti i soggetti esterni al Servizio, evitando una delega al solo Dipartimento della gestione della tutela della salute nei confronti dei cittadini in

esecuzione penale. Proporsi come risorsa per il contesto in cui si è collocati riconduce al **principio della apertura all'esterno**: significa porsi come Servizio specifico/specialistico a disposizione di altri.

- 4 Gli aspetti che informano l'intero processo, sono quello economico (possibilità di utilizzo delle risorse) e quello delle competenze tecniche.

L'aspetto **di efficacia ed efficienza** si articola su piani diversi e comporta la riduzione della dispersione delle risorse disponibili. Avere attenzione all'aspetto economico significa poter disporre di risorse per più persone, ridurre l'autocentratura, e quindi il costo degli interventi. Significa considerare i vincoli economici come stimolo per la ricerca di alternative e di risorse aggiuntive.

Quanto all'aspetto delle competenze tecniche esso prevede:

- a) Flessibilità dei processi e varietà degli interventi, non vincolati a procedure standard;
- b) Al contempo, l'individuazione e l'adozione di protocolli operativi di riferimento in relazione a processi di lavoro specifici, e tali da permettere, al di fuori di un mero approccio burocratico, il monitoraggio e la valutazione di qualità della prestazione erogata attraverso la verifica degli indicatori di processo e di risultato, nonché della rispondenza dei processi e degli obiettivi rispetto agli standard di riferimento adottati;
- c) Qualità del lavoro, definito da riferimenti tecnici e scientifici;
- d) Investimento dell'organizzazione sulla formazione, individuale e di gruppo, degli operatori.

3. I destinatari dell'intervento

Sono soggetti destinatari dell'intervento non solo il cittadino detenuto, ma al contempo gli operatori delle differenti professionalità, sanitarie e non, appartenenti alle diverse articolazioni organizzative delle Istituzioni coinvolte e, quindi, le stesse Istituzioni.

Pertanto, oltre ai soggetti, sono da considerare destinatari dell'intervento:

la Regione Piemonte, il Sistema Sanitario Regionale nelle sue articolazioni organizzative, il Provveditorato dell'Amministrazione Penitenziaria ed il Centro di Giustizia Minorile, gli Istituti di Pena per adulti e per minori, il Centro di Prima Accoglienza, le Comunità Ministeriali, il Tribunale di Sorveglianza, gli Uffici di Esecuzione Penale Esterna, l'Ufficio di Servizio Sociale per i Minorenni, i Tribunali, il Tribunale per i Minorenni, le Procure della Repubblica presso i Tribunali, la Procura della Repubblica presso il Tribunale per i Minorenni, il Corpo degli Agenti di Polizia Penitenziaria, le Forze dell'Ordine, la Commissione Medica Ospedaliera di II livello, i Comuni e le Province, i Consorzi Socio-Assistenziali, gli Ordini Professionali coinvolti nelle funzioni sanitarie e penali, gli enti del Privato Sociale e le Associazioni del Volontariato, le Organizzazioni Sindacali, il Ministero della Salute, il Ministero di Giustizia, il Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria, il Dipartimento della Giustizia Minorile, la Conferenza Stato Regioni, la Collettività.

4. Organizzazione dipartimentale

Dopo un lungo periodo di riflessione è stato individuato come modello organizzativo più adeguato quello dipartimentale, inteso come un'organizzazione dipartimentale interaziendale di natura funzionale a dimensione regionale. In particolare esso si concretizza nel Dipartimento Regionale per la Tutela della Salute in Carcere.

Il modello del dipartimento funzionale interaziendale permette di sostenere il processo di riordino in modo unitario nel territorio Regionale, garantendone la coerenza rispetto ai principi enunciati e

assicurando agli interlocutori Istituzionali un'unitarietà organizzativa nell'intero territorio regionale.

Ciò riteniamo sia di fondamentale importanza, specie nella necessità di condurre un percorso di riordino in un ambito in cui gli elementi di relazione interistituzionale tra gli attori coinvolti sono diversificati e complessi.

Infatti, sul piano delle funzioni, bisogna tenere presente che ogni piano istituzionale coinvolto (Sistema Sanitario regionale, Sistema Penitenziario regionale, Sistema Giudiziario etc) è caratterizzato oltre che dalle proprie caratteristiche organizzative, da mission, leggi, regolamenti, norme, storia, cultura, consuetudini specifiche e, pertanto, esso può essere rappresentato unitariamente come *sistema complesso*.

A proposito del modello del dipartimento funzionale si deve tener conto:

- a) dell'attuale modello organizzativo e funzionale della sanità penitenziaria (cfr. riferimenti per la figura del medico incaricato, del medico del SIAS etc);
- b) della specificità delle realtà penitenziarie destinate alla popolazione detenuta adulta, caratterizzate, in diversa configurazione e con variabilità di aggregazione per istituto, da trentaquattro tipologie di "sezioni" detentive, appartenenti a "circuiti" anche sovra-regionali e presenti in ogni istituto da un minimo di 5 ad un massimo di 12 sezioni di tipologia differente.
- c) delle necessarie esigenze di sicurezza connesse ad alcune tipologie di circuiti penali (41bis, collaboratori, etc)
- d) delle peculiarità proprie dei provvedimenti penali rivolti ai minori, poiché la specificità della Giustizia Minorile non è solo organizzativa (Tribunale, Procura della Repubblica dedicati, articolazione dell'Amministrazione di Giustizia dedicata), ma trattamentale: essa coinvolge sull'intero territorio regionale, da un punto di vista funzionale, una costellazione di strutture del Privato Sociale e di altre agenzie afferenti anche ad Enti differenti rispetto le ASL (sistema socio-sanitario).
- e) dei ruoli differenti dell'Ufficio del Magistrato di Sorveglianza e dell'Ufficio di Esecuzione Penale Esterna nei percorsi di esecuzione penale per gli adulti, del Tribunale dei Minori, della Procura presso il Tribunale dei Minori, dell'USSM nei procedimenti penali rivolti ai Minori;
- f) del ruolo del Tribunale e della Procura della Repubblica nell'assegnazione di determinate tipologie di detenuti a specifici circuiti penitenziari.
- g) dell'articolazione organizzativa già esistente del SSR e delle ASR (anche nell'accezione di risorse funzionali).
- h) degli strumenti organizzativi (Gruppo Tecnico Regionale e Tavolo dei Referenti Aziendali) già creati dall'Amministrazione Regionale per affrontare questa fase di transizione e avvio di un nuovo modello di intervento.
- i) del ruolo del Sindaco come Autorità Sanitaria dei Comuni sedi di Istituti Penitenziari.
- l) a livello nazionale è poi necessario considerare il coordinamento con le altre realtà regionali attraverso la partecipazione al Gruppo Tecnico Interregionale presso la Commissione Salute.

Allegato B

Dipartimento Regionale per la Tutela della Salute in Carcere
Aspetti organizzativi e funzionali

1. Istituzione

- a. Nella necessità di adottare un modello organizzativo che permetta alla Regione Piemonte di garantire il recepimento di tutte le funzioni sanitarie transitate al SSR dall'Amministrazione Penitenziaria, si dà mandato all'ASL AL della Provincia di Alessandria, di istituire il **Dipartimento Regionale per la Tutela della Salute in Carcere** (di seguito indicato con l'acronimo **DRTSC**); detto Dipartimento costituisce parte integrante del Sistema Sanitario Regionale. A tal fine dà mandato all'ASL AL della provincia di Alessandria di istituire la Struttura Operativa Complessa "Tutela della Salute in Carcere" e all'ASL TO2 di Torino di istituire la Struttura Operativa Complessa "Presidio Sanitario per la Tutela della Salute Lorusso e Cotugno".
- b. Il Dipartimento, di natura funzionale, con precipui compiti di coordinamento delle funzioni sanitarie in ambito penitenziario esplicate dalle Aziende Sanitarie sedi di carcere, ha sede presso l' ASL AL della provincia di Alessandria e la sua presenza è prevista nel relativo Atto Aziendale.
- c. Il Dipartimento, nel rispetto dei compiti e delle funzioni gestionali delle singole Aziende Sanitarie, garantisce un omogeneo percorso per la presa in carico della Salute in Carcere da parte del Sistema Sanitario Regionale.
- d. Il DRTSC, attraverso la stipula dei necessari Atti d'Intesa fra la ASL AL e le altre Aziende Sanitarie sedi di Istituti Penitenziari, da perfezionare entro dieci giorni dall'approvazione della presente DGR, garantisce oltre al necessario coordinamento organizzativo delle funzioni sanitarie rivolte alle persone in regime di esecuzione penale e ai minori destinatari di provvedimenti penali, la gestione unificata dei rapporti di lavoro oggetto di trasferimento dalla Amministrazione di Giustizia al Sistema Sanitario della Regione Piemonte;
- e. Il DRTSC assicura l'assolvimento delle seguenti funzioni:
 - i. Supporto nei confronti dell'Ufficio Regionale per la Tutela della Salute in Carcere. A tal fine sono previsti, a scadenza quindicinale, incontri tra il direttore del DRTSC, il referente regionale ed altro personale tecnico già individuato con precedente provvedimento dirigenziale, per lo svolgimento di funzioni di consulenza e collaborazione;
 - ii. Raccordo con gli uffici del PRAP per la Regione Piemonte e la Valle d'Aosta, con gli uffici del Centro di Giustizia Minorile di Piemonte, Liguria e Valle d'Aosta, con l'Autorità Giudiziaria;
 - iii. Coordinamento e integrazione interaziendale;
 - iv. Fino a nuova collocazione delle funzioni specifiche: coordinamento e responsabilità organizzativa, clinica e medico legale correlate alle funzioni di ufficiale medico del Corpo degli Agenti di Polizia Penitenziaria e di cui alla lettera circolare GDAP-0366497-2007 del 26.11.1007 per quanto ivi citato di

- competenza della figura del medico incaricato;
- v. Percorsi sociosanitari integrati per l'area della Giustizia Minorile tenuto conto di quanto indicato dalla D.G.R. n. 12 – 7984 del 07.01.2008 “Approvazione Linee Guida sulla collaborazione tra Servizi dell'Amministrazione della Giustizia, Servizi dell'Ente Locale ed Autorità Giudiziarie Minorili nell'applicazione del D.P.R. n. 448/88-Disposizioni sul processo penale a carico di imputati minorenni”.
 - vi. Tutte le altre funzioni sanitarie anche non previste esplicitamente dall'allegato A e C del DPCM 1 aprile 2008 e oggetto di transito dall'Amministrazione penitenziaria al SSN.
- f. Il modello organizzativo adottato prevede, come unità organizzativa aziendale, un **Servizio Aziendale per la Tutela della Salute in Carcere**, collocato nell'ambito dei Distretti delle ASR sedi di Istituti penitenziari. Le ASL competenti territorialmente prevedranno tale Servizio nel loro Atto Aziendale.
- g. Il personale sanitario il cui rapporto di lavoro, in virtù di quanto previsto dal DPCM 01.04.2008 è trasferito dall'Amministrazione Penitenziaria e dall'Amministrazione della Giustizia Minorile al SSR, è giuridicamente assegnato ai distretti delle ASR di pertinenza territoriale dell'Istituto di Pena di riferimento, nell'ambito dei Servizi Aziendali per la Tutela della Salute in Carcere, fatto salvo quanto previsto dall'art. 3 comma 5 dello stesso DPCM.
- h. All'interno degli Istituti Penitenziari della Regione sono istituiti i **Presidi Sanitari per la Tutela della Salute**; Ai predetti Presidi sono assegnati gli spazi ed i locali di cui all'art. 4 del D.P.C.M 01.04.2008. Tali Presidi garantiscono le prestazioni sanitarie di base:
1. Medicina di base;
 2. Continuità assistenziale;
 3. Prestazioni specialistiche;

2. Organizzazione e integrazione delle funzioni a livello aziendale e interaziendale:

- a. I Direttori Generali delle ASL sede di Istituti Penitenziari individuano, entro dieci giorni dall'approvazione della presente D.G.R. e tramite delibera, il **Referente Aziendale per il Servizio Aziendale per la Tutela della Salute in Carcere** (di seguito indicato come Referente Aziendale).
- b. Il Referente Aziendale funge da collegamento e promuove pro-attivamente l'integrazione tra il DRTSC e l'Azienda di propria appartenenza. Per le problematiche connesse alla fase di transizione, e fino ad eventuali successive previsioni, il referente aziendale viene individuato nell'ambito della dirigenza medica dell'ASL con sperimentata conoscenza o esperienza nell'ambito delle attività sanitarie proprie della realtà penitenziaria, e preferibilmente in possesso dei titoli necessari a ricoprire **almeno** l'incarico di responsabile di struttura semplice.
- c. Il Referente Aziendale coordina a livello aziendale le funzioni sanitarie, di base e specialistiche erogate dalle articolazioni organizzative aziendali (Dipartimenti, Servizi, etc), nei confronti dei cittadini detenuti o comunque in esecuzione penale o destinatari di provvedimenti penali. Svolge, all'interno degli Istituti di Pena, le funzioni ispettive di cui alla legge 30 aprile 1962 n. 283. Favorisce il percorso integrato delle azioni dei singoli servizi aziendali, prevedendo eventuali risorse aggiuntive; può infine

promuovere iniziative locali.

- d. In ogni singolo Istituto Penitenziario, è individuata la funzione di **Medico Referente di Presidio** tra i medici di cui all'art. 1 della legge n. 740 del 1970 operanti nell'Istituto di Pena di riferimento. Questi svolge, direttamente o in coordinamento con i medici di cui all'art. 1 e all'art. 51 della stessa legge, e uniformandosi alle indicazioni dettate dal regolamento del DRTSC, le funzioni di cui al DPCM. 01.04.2008, allegato A, paragrafo *La Medicina generale e la valutazione dello stato di salute dei nuovi ingressi*. Il Medico Referente di Presidio, di concerto con il Referente Aziendale, ha inoltre il compito di coordinare le proiezioni delle articolazioni sanitarie e sociali dell'ASL all'interno dell'Istituto Penitenziario, di favorire l'integrazione delle stesse verso una *presa in carico multiprofessionale* della salute del singolo detenuto o internato, di sorvegliare sul livello complessivo di salubrità dell'Istituto. Il Referente di Presidio ha anche il compito di tenere i contatti immediati con la Direzione dell'Istituto Penitenziario per tutto quanto riguarda la necessaria collaborazione, a livello locale, con le aree della Sicurezza e del Trattamento. Il Referente di Presidio fa quindi riferimento tramite il Referente Aziendale alla Direzione del DRTSC e partecipa al Gruppo di Lavoro Dipartimentale per l'area tematica Medicina Generale.
- e. I Direttori Generali delle ASR sedi di Istituti Penitenziari individuano, tenuto conto delle specificità organizzative dell'Istituto di Pena, e sentito il Dipartimento aziendale di riferimento per ciascuna area tematica, nonché per l'area tematica "Minori" e le altre aree tematiche gestionali indicate al punto "e" del § 4. *Note finali* del presente allegato, un **Referente Aziendale di area tematica**.
- f. Qualora nell'organico delle ASL sedi di Istituti Penitenziari non fossero disponibili dirigenti medici con specializzazione in Malattie Infettive, su segnalazione della condizione di vacanza di personale del direttore del DRTSC, il Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria sede della divisione o del reparto di Malattie Infettive più vicino all'Istituto Penitenziario individua, nell'ambito dell'organico assegnato al reparto, il Referente Aziendale per l'Area Tematica Malattie Infettive.
- g. In ciascuna ASL sede di Istituto Penitenziario, viene istituito il **Gruppo di Lavoro Aziendale per la Tutela della Salute in Carcere**. Esso è composto dal Medico Referente di Presidio, dagli altri medici ex art. 1, legge 740/1970 eventualmente operanti nell'Istituto di Pena, dai Referenti Aziendali di area tematica, dai medici ex art. 51, legge 740/1970 operanti nel Presidio per la Tutela della Salute, dai medici specialisti di riferimento, dal personale infermieristico, tecnico e dagli psicologi di cui al paragrafo 3, punto "i" del presente allegato. Il Gruppo di Lavoro Aziendale per la Tutela della Salute in Carcere è coordinato dal Referente Aziendale per il Servizio Aziendale di Sanità Penitenziaria.
- h. Nell'ambito dell'organizzazione del DRTSC è previsto un **Gruppo di Lavoro Dipartimentale dei Referenti Aziendali per la Tutela della Salute in Carcere** coordinato dal Direttore del DRTSC e per ciascuna area tematica, un **Gruppo di Lavoro Dipartimentale** anch'esso coordinato dal Direttore del DRTSC.
- i. Il Gruppo di Lavoro Dipartimentale– Area Tematica "Prevenzione, cura e riabilitazione nel campo della salute mentale" è individuato come Gruppo di Lavoro di riferimento, per le attività correlate alle azioni previste dall'allegato C al D.P.C.M. 01.04.2008 "Linee di indirizzo per gli interventi negli ospedali psichiatrici giudiziari (OPG) e nelle case di cura e custodia".
- l. Ogni Gruppo di Lavoro Aziendale elaborerà una mappatura dei bisogni espressi dalla realtà penitenziaria di riferimento, nonché delle risorse presenti nelle ASR e nel

territorio di riferimento; elaborerà inoltre, in integrazione con i Distretti, ipotesi di intervento basate sulle priorità e individuate.

3. Note in riferimento ad alcune funzioni

- a. In considerazione del passaggio in essere delle funzioni sanitarie dall'Amministrazione Penitenziaria al SSR, e fino ad ulteriore previsione, le funzioni rimangono, per l'ex medico incaricato e per il medico dell'ex SIAS, invariate riguardo le funzioni di Ufficiale Medico del Corpo degli Agenti di Polizia Penitenziaria, al fine di garantire il sistema penitenziario da eventuali blocchi nell'esercizio delle funzioni dovuti all'avvio della fase di transizione. Il Direttore del DRTSC prenderà contatto con le Amministrazioni competenti per l'armonizzazione e la ridefinizione di tali funzioni nel territorio regionale.
- b. Parimenti vengono mantenute collocate ove attualmente risiedono, e fino ad altra previsione normativa, le funzioni di medico di Corpo nella Commissione Medica Ospedaliera di II livello.
- c. Le funzioni sanitarie, i beni strumentali e l'uso dei locali correlati alle attività cliniche specifiche attualmente espletate presso la Casa Circondariale "Lo Russo e Cotugno" di Torino, in particolare relative alla attuale sezione attenuata di II Livello Arcobaleno e alla sezione Sestante, sono trasferiti all'ASL TO2 di Torino, rispettivamente ai Dipartimenti delle Dipendenze Patologiche ed al Dipartimento di Salute Mentale.
- d. Le funzioni sanitarie, i beni strumentali e l'uso dei locali correlati alle attività cliniche specialistiche per le tossicodipendenze compresi quelli afferenti alle sezioni per tossicodipendenti di I Livello del circuito penitenziario della Regione Piemonte sono trasferiti ai Dipartimenti delle Dipendenze Patologiche delle relative ASL di competenza territoriale, salvo diversa previsione negli atti aziendali delle stesse ASL. La responsabilità clinica, tecnica e gestionale delle Strutture Arcobaleno e Sestante, nonché delle sezioni per tossicodipendenti di I livello è collocata nei Dipartimenti delle Dipendenze e di Salute Mentale competenti per territorio e cui afferiscono strutturalmente.
- e. Le funzioni sanitarie di cui ai precedenti capoversi "c" ed "d" si coordinano con il DRTSC, attraverso la partecipazione ai Gruppi di Lavoro Dipartimentali per le aree tematiche pertinenti.
- f. Il DRTSC fornisce il necessario supporto informativo al PRAP della Regione Piemonte e al Centro di Giustizia Minorile del Piemonte e all'Autorità Giudiziaria per il coordinamento delle rispettive funzioni attraverso modalità definite in un apposito atto d'intesa da formulare tenuto conto di quanto previsto dall'art. 7, comma 1 del DPCM 01.04.2008 ed entro novanta giorni dall'entrata in vigore della presente D.G.R.
- g. Il DRTSC provvede, fin dalla fase di avvio del processo di riordino, al censimento delle risorse logistiche ospedaliere destinate alla degenza delle persone detenute e attivate nella Regione Piemonte ai sensi dell'art. 7 del D.L. 14 giugno 1993 n. 187, così come modificato dalla legge di conversione 12 agosto 1993 n. 296, verificandone la consistenza e l'idoneità alla destinazione nonché monitorandone la disponibilità dei posti letto al fine di garantirne la fruizione secondo le necessità della popolazione detenuta e in raccordo con l'Amministrazione Penitenziaria e l'Autorità Giudiziaria.
- h. Il DRTSC stipula, con le Direzioni delle ASO e degli Ospedali presenti nel territorio, dopo avere eseguito approfondita valutazione dei bisogni di salute della popolazione detenuta e delle esigenze di sicurezza dell'Amministrazione Penitenziaria e

dell'Autorità Giudiziaria, apposite convenzioni per l'erogazione delle prestazioni ambulatoriali e per le modalità di utilizzo e gestione dei ricoveri ospedalieri in regime di day hospital e degenza.

- i. Le ASL sedi di Istituti Penitenziari, al fine di garantire la continuità dell'assistenza sanitaria di natura psicologica alle persone detenute o destinatarie di provvedimenti penali e al fine di avvalersi della collaborazione degli esperti di cui all' art. 80 della Legge n. 354 del 1978 e all' art. 8 del D.Lgs n. 272 del 1989, possono stipulare con il Ministero di Giustizia apposite convenzioni non onerose della durata di 12 mesi redatte secondo gli schemi tipo di cui all'art. 3 comma 6 del DPCM 01.04.2008.
- l. Le ASL sedi di Istituti Penitenziari assicurano l'erogazione delle prestazioni farmaceutiche necessarie, compresi i farmaci in fascia C, in presenza di specifica indicazione terapeutica, e secondo le modalità indicate nel regolamento di Dipartimento.
- m. Il DRTSC si dota di apposite procedure finalizzate al controllo di gestione, alla verifica dell'appropriatezza e al contenimento della spesa farmaceutica. Indica inoltre le procedure per la prescrizione, l'approvvigionamento e la disponibilità dei farmaci e delle terapie negli Istituti di Pena.
- n. Al fine di garantire la continuità terapeutica alle persone detenute affette da patologie di particolare rilevanza clinica, le farmacie ospedaliere delle ASO regionali sono tenute a fornire, in caso di temporanea indisponibilità da parte delle farmacie delle ASL competenti territorialmente, i farmaci di fascia H o comunque non disponibili nelle farmacie territoriali.

4. Note finali

- a. Entro novanta giorni dalla pubblicazione sul Bollettino Ufficiale Regionale della D.G.R. di cui codesto allegato costituisce parte integrante, il DRTSC si dota di un regolamento interno finalizzato alla regolamentazione delle attività e funzioni dipartimentali.
- b. Il direttore del DRTSC partecipa, ove necessario e a seguito di delega dell'Ufficio regionale per la Tutela della Salute in ambito penitenziario, al comitato paritetico interistituzionale di cui all'art. 5, comma 2, del D.P.C.M. 01.04.2008.
- c. Il direttore del DRTSC verifica il suo operato in ordine al mandato regionale con l'Ufficio regionale per la tutela della salute in Carcere, con cui concorda preventivamente le politiche, a tal fine sono previsti report mensili presentati allo stesso Ufficio.
- d. Il direttore del DRTSC partecipa al Gruppo Tecnico Regionale per la Tutela della Salute in ambito penitenziario, istituito con D.G.R. n. 4-7657 del 03.12.2007. Il Gruppo Tecnico Regionale, a cui è riconosciuta una funzione fondamentale di supporto al processo di riforma, può dare indicazioni al DRTSC sulle linee da seguire a livello regionale, includendo quelle relative alle tematiche da trattare.
- e. Le aree tematiche a cui si rivolge il Servizio Sanitario Penitenziario della Regione Piemonte sono:
 - i. Epidemiologia
 - ii. Prevenzione e promozione della salute, salubrità degli ambienti di vita e di lavoro, e igiene degli alimenti.
 - iii. Medicina generale e prestazioni specialistiche, valutazione dello stato di salute dei nuovi ingressi
 - iv. Sistema di Urgenza-Emergenza 118

- v. Malattie infettive
- vi. Prevenzione, cura e riabilitazione per gli stati di alcol- e tossico-dipendenza
- vii. Prevenzione, cura e riabilitazione nel campo della salute mentale
- viii. Tutela della salute delle detenute e delle minorenni sottoposte a provvedimenti penali e la loro prole
- ix. Minori
- x. Integrazione sociosanitaria - stranieri
- xi. Medicina legale
- xii. Medico competente
- xiii. Farmacia e magazzino
- xiv. Elaborazione dati
- xv. Controllo di gestione
- xvi. Personale

- e. Nelle more dell'approvazione degli atti di cui al punto 1.a del presente allegato , i Direttori Generali delle ASL AL di Alessandria e ASL TO2 di Torino, in accordo con la Direzione Regionale Sanità, nominano provvisoriamente, ciascuno per quanto di propria competenza ed entro sette giorni dall'approvazione della presente D.G.R., i responsabili delle aree funzionali corrispondenti alle relative strutture.