

**REGIONE DEL VENETO**giunta regionale
9^a legislaturaStruttura amministrativa competente:
Direzione Attuazione Programmazione
Sanitaria

			P	A
Presidente	Luca	Zaia	X	
Vicepresidente	Marino	Zorzato	X	
Assessori	Renato	Chisso	X	
	Roberto	Ciambetti	X	
	Luca	Coletto	X	
	Maurizio	Conte	X	
	Marialuisa	Coppola	X	
	Elena	Donazzan	X	
	Marino	Finozzi	X	
	Massimo	Giorgetti	X	
	Franco	Manzato	X	
	Remo	Sernagiotto	X	
	Daniele	Stival	X	

Segretario Mario Caramel

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE n. 2337 del 29 DIC. 2011

OGGETTO: Approvazione delle Linee di Indirizzo sull'organizzazione della Sanità Penitenziaria. DPCM 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")

NOTE PER LA TRASPARENZA:

Approvazione delle Linee di Indirizzo sull'organizzazione della Sanità Penitenziaria con le quali si precisano i requisiti organizzativi delle UU.OO sanitarie operanti negli istituti penitenziari della Regione, le prestazioni dovute ai detenuti e al personale della Polizia Penitenziaria, la dotazione del personale e la classificazione degli Istituti.

L'Assessore Luca Coletto riferisce quanto segue.

Con il DPCM emanato in data 01/04/08 avente per oggetto "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 G.U. n. 126 del 30 maggio 2008, vengono disciplinate le modalità, i criteri e le procedure per il trasferimento al Servizio Sanitario Nazionale delle funzioni sanitarie, delle risorse finanziarie, dei rapporti di lavoro, delle attrezzature, arredi e beni strumentali relativi alla Sanità Penitenziaria, demandando alle Regioni l'espletamento delle funzioni trasferite.

Con provvedimento n. 2144 del 29 luglio 2008 la Giunta Regionale del Veneto ha provveduto al recepimento del DPCM in oggetto, demandando a successivi atti, gli adempimenti operativi derivati.

Con i sottoelencati provvedimenti e con una serie di note esplicative emanate dalla Segreteria alla Sanità e al Sociale è stata data piena esecuzione a tutti gli adempimenti necessari ai fini del completo trasferimento delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria di cui al DPCM 01/04/08:

- definire il riparto tra le Aziende ULSS delle risorse assegnate per il 2008 alla Regione Veneto – DGR 116 del 27 gennaio 2009;
- determinare la codifica regionale condizioni esenzione - Decreto n. 16 del 27 gennaio 2009;
- acquisire l'elenco del personale e delle attrezzature - DGR n. 296 del 10 febbraio 2009;
- pagamento comunità terapeutiche per Minori - DGR n. 940 del 09 aprile 2009;
- definire con Nota n. 216805 del 21 aprile 2009 le forme di collaborazione fra Aziende ULSS e Istituti Penitenziari per il trattamento dei dati personali;
- trasmettere lo schema tipo uso locali con nota n. 279635 del 21 maggio 2009;

- fornite indicazioni in materia di personale - nota del Segretario Regionale Sanità e Sociale n. 306396 del 05/06/09.
- acquisire e validare gli elenchi, le planimetrie, e le schede dei locali adibiti all'esercizio delle funzioni sanitarie relative agli Istituti di Pena – DGR n. 296 del 9 febbraio 2010;
- approvare il Protocollo di intesa fra la Regione del Veneto e il Ministero di Giustizia in materia di prevenzione dei suicidi fra il personale della polizia penitenziaria – DGR. n. 2210 del 21 settembre 2010;
- recepire il Documento sul monitoraggio approvato in Conferenza Unificata “recante monitorare l’attuazione del DPCM 01/04/08” e dare nuove indicazioni in merito all’Osservatorio permanente interistituzionale per la salute in carcere - DGR 3448 del 30 dicembre 2010;
- definire e trasferire alle Aziende ULSS le procedure relative all’inserimento in comunità di minori e giovani adulti su provvedimento dell’Autorità giudiziaria sperimentate in attuazione del Protocollo d’intesa siglato fra Regione Veneto e Centro Giustizia Minorile - DGR n. 3472 del 30 dicembre 2010;
- definire il riparto tra le Aziende ULSS delle risorse anticipate per il 2010 alla Regione Veneto – DGR 3584 del 30 dicembre 2010;
- autorizzare l’azienda ULSS n. 20 per l’apertura di un reparto di osservazione psichiatrica ai sensi dell’art. 112 del DPR 230/00 presso la casa circondariale di Verona – DGR n. 3585 del 30 dicembre 2010.

Alla luce dell’esperienza acquisita in questi anni di gestione della Sanità Penitenziaria si ritiene opportuno fornire alle Aziende ULSS ulteriori indicazioni in materia di organizzazione della sanità penitenziaria con il documento di cui all’ “**Allegato A**”, che è parte e sostanziale del provvedimento.

Tale documento è stato elaborato dal gruppo di lavoro costituito dai Referenti degli Uffici per la Sanità Penitenziaria.

Tale documento, condiviso con il Provveditorato dell’Amministrazione Penitenziaria per il Triveneto e il Centro Giustizia Minorile del Triveneto, definisce le prestazioni attualmente dovute dalle UU.OO sanitarie operanti negli Istituti Penitenziari della Regione ai detenuti e al personale della Polizia Penitenziaria, ne precisa i requisiti organizzativi, la classificazione degli Istituti e la dotazione del personale sanitario che viene determinato in base al carico assistenziale dell’Istituto.

Il documento nasce dalla duplice necessità di:

- omogeneizzare gli interventi e le prestazioni sanitarie garantite ai detenuti e al personale di Polizia Penitenziaria negli Istituti Penitenziari della Regione;
- evitare eventuali contrasti a livello locale fra Azienda ULSS e Amministrazione Penitenziaria in merito agli standard assistenziali, perseguendo come indicato dall’Allegato A del DPCM 01/04/08 la “piena e leale collaborazione interistituzionale tra Servizio Sanitario Nazionale, Amministrazione Penitenziaria e della Giustizia Minorile, al fine di garantire in maniera sinergica la tutela della salute e il recupero sociale dei detenuti e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale, nonché la esigenza di sicurezza all’interno degli Istituti Penitenziari, degli Istituti di Pena per minori..”

Il fabbisogno di personale per l’assistenza sanitaria in carcere è stato determinato sulla base del “carico assistenziale” del singolo Istituto: tale carico assistenziale è un indicatore che combina il numero medio dei detenuti nell’arco di riferimento (nella misura di 2/3) con il numero dei nuovi ingressi (nella misura di 1/3).

Successivamente è stata effettuata con il Gruppo di lavoro un’analisi dell’impatto economico che avrebbe comportato l’applicazioni dei nuovi standard assistenziali.

Confrontando i dati sui costi sostenuti per il personale in servizio nell’anno 2010 e i costi che si dovrebbero sostenere con i nuovi standard, si è stimato un aumento che verrebbe totalmente compensato dalle integrazioni previste nel Riparto per la Sanità Penitenziaria 2011 di cui alla DGR n. 1575 del 4 ottobre 2011.

2337

29 DIC. 2011

Si tratta ora di:

- convalidare, con apposito atto formale, il documento relativo alle Linee di Indirizzo sull'organizzazione della Sanità Penitenziaria;
- dare mandato alle Aziende ULSS sede di Istituto Penitenziario di recepire il documento e di predisporre un piano annuale per l'applicazione nel proprio territorio delle Linee di Indirizzo in oggetto

Il relatore conclude la propria relazione e propone all'approvazione della Giunta Regionale il seguente provvedimento.

LA GIUNTA REGIONALE

- UDITO il relatore, incaricato dell'istruzione dell'argomento in questione ai sensi dell'articolo 33, secondo comma, dello Statuto, il quale dà atto che la Struttura competente ha attestato l'avvenuta regolare istruttoria della pratica, anche in ordine alla compatibilità con la vigente legislazione statale e regionale;
- Vista la L.R. n. 1/2004;
- Vista la L.R. 29/11/2001 n. 39 art. 42 1° comma;
- Visto il decreto legislativo 30 /12/1992, n. 502 e successive modificazioni;
- Visto il decreto legislativo 22 /6/1999, n. 230, recante norme per il riordino della medicina penitenziaria, a norma dell'articolo 5 della legge 30 novembre 1998, n. 419;
- Vista la L. 24/12/2007 n. 244, (Legge finanziaria 2008)" art. 2, comma 283;
- Vista la D.G.R. n. 2144 del 29 luglio 2008 di recepimento del DPCM 1° aprile 2008
- Vista la nota del Segretario regionale Sanità e Sociale 306396 del 5 maggio 2009.

DELIBERA

1. di considerare le premesse parte integrale e sostanziale del presente provvedimento;
2. di approvare il documento, di cui all' "**Allegato A**" che costituisce parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, riguardante le Linee di Indirizzo sull'Organizzazione della Sanità Penitenziaria;
3. di demandare l'adozione delle Linee di indirizzo di cui al punto 2) alle Aziende ULSS che, entro mesi 3 dall'approvazione del presente provvedimento, presenteranno un piano annuale per l'applicazione nel proprio territorio delle Linee di indirizzo in oggetto;
4. di demandare al Segretario regionale per la Sanità con proprio provvedimento l'eventuale adeguamento delle Linee di Indirizzo che si rendesse necessario a seguito del monitoraggio e verifica dell'applicazione delle stesse a livello locale;
5. di dare atto che la presente deliberazione non comporta spesa a carico del bilancio regionale;
6. di pubblicare la presente deliberazione nel Bollettino ufficiale della Regione.

Sottoposto a votazione, il provvedimento è approvato con voti unanimi e palesi.

IL SEGRETARIO
F.to Avv. Mario Caramel

IL PRESIDENTE
F.to Dott. Luca Zaia



Lorenzo Rampazzo fb
PPSS - DPCM 1° APRILE 2008 - approvazione Linee di indirizzo regionali sull'organizzazione della SP

ALLEGATO A Dgr n. 2337 del 29 DIC. 2011 pag. 1/7**LINEE DI INDIRIZZO REGIONALI SULL'ORGANIZZAZIONE
DELLA SANITA'PENITENZIARIA****Premessa**

Il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 01/04/08 trae origine dall'Art. 2 co. 283 della L. 24 dicembre 2007, n. 244 "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato" (Legge finanziaria 2008, pubblicata sulla G.U. n. 300 del 28-12-2007) che dispone il completamento del riordino della medicina penitenziaria avviato dal D.lgs. N. 230/1999 mediante *"il trasferimento al Servizio Sanitario Nazionale di tutte le funzioni sanitarie svolte dal Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria e dal Dipartimento della Giustizia Minorile del Ministero della Giustizia"* (co 283 lett. a)".

Il trasferimento avviato dalla Regione Veneto con la DGR n. 2144 del 29 luglio 2008 ha determinato la attribuzione e la ricollocazione di tali funzioni alla struttura organizzativa delle Aziende ULSS. Nella piena consapevolezza dell'autonomia organizzativa delle Aziende ULSS a cui spetta la gestione della Sanità penitenziaria, avvalendosi degli strumenti e delle consuete modalità previste dalla normativa vigente, - in primo luogo l'Atto aziendale - scopo di questo documento è fornire una linea di indirizzo circa i requisiti organizzativi e funzionali della sanità penitenziaria, in sintonia con le indicazioni contenute nell'Allegato A del predetto DPCM. In particolare, si sottolinea il richiamo, contenuto nel documento, alla *"necessità di una piena e leale collaborazione interistituzionale tra Servizio Sanitario Nazionale, Amministrazione Penitenziaria e della Giustizia Minorile, al fine di garantire in maniera sinergica la tutela della salute e il recupero sociale dei detenuti e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale, nonché la esigenza di sicurezza all'interno degli Istituti Penitenziari, degli Istituti di Pena per minori, dei Centri di Prima Accoglienza, delle Comunità e dei Centri clinici."*

Le **prestazioni attualmente dovute** dalle UU.OO. sanitarie operanti nelle Carceri del Veneto sono in regime ambulatoriale e consistono principalmente nell'Assistenza Sanitaria Primaria e Specialistica, prestazioni che possono essere definite come un insieme, senza soluzione di continuità, di:

- Funzioni riconducibili alla erogazione dei LEA ai detenuti ed internati che, a norma dell'Art. 1 co. 1 del Dlgs 230/99, "hanno diritto, al pari dei cittadini in stato di libertà, alla erogazione delle prestazioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, efficaci ed appropriate, sulla base degli obiettivi generali e speciali di salute e dei livelli essenziali e uniformi di assistenza individuati nel Piano Sanitario Nazionale, nei piani sanitari regionali e in quelli locali" in regime di iscrizione al SSN e di totale esenzione dalla compartecipazione alla spesa (commi 4, 5, 6), subordinate a criteri di appropriatezza basati su evidenze scientifiche (D Lgs 229/99) e all'osservanza del Codice Deontologico.
- Funzioni derivanti dall'Ordinamento Penitenziario, di tipo integrativo (in prevalenza per esigenze di sicurezza e di organizzazione interna) e di tipo aggiuntivo (per esigenze istituzionali proprie, non necessariamente subordinate ai criteri che vincolano l'erogazione dei LEA).



- Prestazioni medico-legali in favore del Corpo di Polizia Penitenziaria, di cui all'Accordo ai sensi dell'art. 9 del D.Lgs 28.8.1997 n. 281, approvato in Conferenza Unificata in data 29.10.2009, erogate da parte del medico individuato di concerto tra Azienda ULSS e Direzione dell'istituto Penitenziario.

Principali riferimenti normativi

- Legge 9 ottobre 1970, n. 740 – Ordinamento delle categorie di personale sanitario addetto agli istituti di prevenzione e pena non appartenenti ai ruoli organici dell'Amministrazione penitenziaria. (GU n. 270 del 24/10/1970);
- Legge 26 luglio 1975, n. 354 - Norme sull'ordinamento penitenziario e sull'esecuzione delle misure privative e limitative della libertà (GU n. 212 del 9/8/1975);
- D.L.gs n. 271 del 28 luglio 1989, art 240 - norme di attuazione, di coordinamento e transitorie del c.p.p.;
- DPR n. 82 del 15 febbraio 1990 - Regolamento di servizio del Corpo di Polizia Penitenziaria - prestazioni medico legali in favore del Corpo di Polizia Penitenziaria 1^ cfr. Pag. 2;
- Legge 15 dicembre 1990, n. 395 - La riforma della Amministrazione Penitenziaria;
- D.lgs. N. 230, 22 giugno 1999 - Riordino della medicina penitenziaria a norma dell'articolo 5, della Legge 30 novembre 1998, n. 419 (GU n. 165 del 16.07.99);
- Decreto del Presidente della Repubblica del 30 giugno 2000, n. 230 - Regolamento recante norme sull'ordinamento penitenziario e sulle misure privative e limitative della libertà (G.U. n. 195 del 22/08/2000);
- Legge 24 dicembre 2007, n. 244 - Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (Legge finanziaria 2008, pubblicata sulla GU n. 300 del 28 dicembre 2007) - (Art. 2 co 283);
- 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. (G. U. n. 126 del 30/05/08);

REQUISITI ORGANIZZATIVI

Il principio organizzativo guida è sancito dall'art. 2 del D Lgs 230/1999: *L'assistenza sanitaria ai detenuti e agli internati è organizzata secondo principi di globalità dell'intervento sulle cause di pregiudizio della salute, di unitarietà dei servizi e delle prestazioni, di integrazione della assistenza sociale e sanitaria e di garanzia della continuità terapeutica.*

Rispetto al precedente sistema assistenziale prevalentemente improntato alla "consulenza", la rimodulazione dell'offerta assistenziale finalizzata all'efficacia degli interventi di cura deve essere basata sul modello regionale di riferimento per le cure primarie indicato dalla DGR n. 1575 del 26.05.2009, che prevede la presa in carico e gestione integrata del paziente e la continuità delle cure, dal momento dell'ingresso in struttura penitenziaria e/o penale minorile e/o in centro di prima



accoglienza, durante la permanenza, nel caso di trasferimento ad altro Istituto o al territorio e al rilascio.

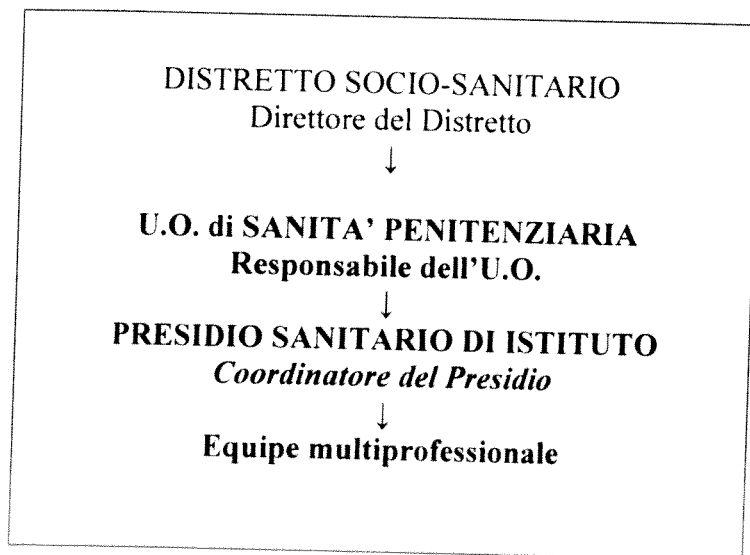
L'assistenza viene erogata dalle Aziende ULSS attraverso le UU.OO. di Sanità Penitenziaria, articolazioni organizzative del Distretto Socio-Sanitario.

Per l'eterogeneità della popolazione detenuta, per l'alta prevalenza di stati morbosi, per il diffuso autolesionismo e per la peculiarità del contesto che non consente l'accesso spontaneo alle strutture di soccorso, è necessario che gli interventi, e per quanto possibile anche quelli urgenti, siano assicurati, all'interno degli Istituti Penitenziari. Va garantita la continuità assistenziale H24, anche attraverso l'integrazione con le strutture sanitarie esterne.

Si individua, pertanto, all'interno di ciascuna struttura penitenziaria, un Presidio sanitario di Istituto corrispondente ai locali concessi in uso dall'Amministrazione Penitenziaria all'Azienda Ulss competente per territorio e che comprende i medici, gli specialisti, il personale infermieristico e dell'assistenza dell'U.O. di Sanità Penitenziaria, di altri servizi distrettuali o di altri dipartimenti aziendali, incaricati di svolgere servizio presso gli Istituti Penitenziari, l'Istituto Penale per i minorenni e il centro di prima accoglienza, in relazione al fabbisogno assistenziale di ciascuno di essi. Il personale del presidio opera secondo i criteri e le modalità dell'équipe multiprofessionale.

DOTAZIONE DI PERSONALE

Si individuano le figure professionali e i ruoli funzionali del personale di Sanità Penitenziaria.



Il Responsabile dell'U.O. Sanità Penitenziaria (UOSP)

Dirigente medico dell'Azienda Ulss, garantisce che l'assistenza sanitaria nei confronti dei detenuti sia assicurata in termini di:

- prestazioni di medicina generale individuate dai LEA, assistenza specialistica, gestione delle emergenze-urgenze, assistenza infermieristica
- fornitura di farmaci e presidi
- attività amministrativa di pertinenza



Raccorda le attività dell'UOSP con quelle assicurate dal Dipartimento per le Dipendenze a favore dei detenuti tossicodipendenti.

Raccorda le attività dell'UOSP con quelle assicurate dal Dipartimento di Salute Mentale a favore dei detenuti.

Garantisce i rapporti fra l'Azienda Ulss e la Direzione del carcere.

Il supporto amministrativo alle funzioni di Sanità Penitenziaria viene assicurato dal Direttore del Distretto Socio-Sanitario competente.

Il Coordinatore del Presidio Sanitario

In ogni Presidio Sanitario di Istituto, fra i Medici di Sanità Penitenziaria, viene individuato il Coordinatore Sanitario, che:

- coordina le cure primarie, la medicina specialistica e strumentale in favore dei detenuti sia all'interno del carcere che presso le strutture sanitarie esterne, anche in osservanza alle leggi, alle disposizioni e al Regolamento interno degli istituti;
- è responsabile della farmacia, delle richieste di approvvigionamento dei farmaci, del materiale sanitario e della tenuta dell'armadio farmaceutico, comprese le sostanze psicotrope e stupefacenti;
- è responsabile della tenuta dei diari clinici;
- partecipa alla commissione per la redazione del regolamento interno dell'istituto;
- promuove incontri periodici con il personale sanitario per ottimizzare le attività e collabora con il responsabile del SerD per gli interventi integrati;
- concorda con il coordinatore infermieristico la programmazione dell'attività degli infermieri.

Il Medico di Sanità Penitenziaria (MSP)

Eroga le Cure Primarie, l'attività prescrittiva e certificativa presso il presidio sanitario degli Istituti di Pena, in analogia con la figura del Medico di Medicina Generale del territorio; relaziona all'A.G. e/o al Direttore del carcere per la protezione della salute del detenuto, anche in relazione alla compatibilità con la detenzione, partecipa con possibilità di delega ad altro medico al consiglio di disciplina, controlla periodicamente l'idoneità dei soggetti ai lavori cui sono addetti ex art 11 comma 6 L. n. 354 del 26/07/1975. Negli Istituti in cui, per le dimensioni e la tipologia, non è prevista la guardia medica H24, al MSP sono attribuite anche le funzioni del medico di guardia.

La funzione del MSP comprende varie tipologie contrattuali: medici dipendenti o convenzionati Aziende Ulss, medici incaricati definitivi e provvisori ex L.740/70, Medici di Medicina Generale così come previsto dal comunicato SISAC del 10.3.2010 relativo all'ACN-disciplina MMG-biennio economico 2008/2009, ferma restando l'autonomia di ciascuna Ulss di affidare la funzione a sanitari di comprovata esperienza, secondo la formulazione di contratti libero-professionali.



Medico di Guardia

Effettua gli interventi di emergenza-urgenza nelle fasce orarie garantire per ciascun Istituto. Integra e sostituisce secondo le indicazioni del Responsabile di Unità Operativa l'attività del MSP nell'erogare le Cure Primarie, nell'attività certificativa e prescrittiva. Effettua le visite di primo ingresso in Istituto dei detenuti e segnala alla Direzione i casi che possano dar luogo al rinvio della pena ai sensi degli artt. 146-147 cp, nonché i detenuti dichiaratisi tossicodipendenti ai fini della comunicazione al SerD. Dispone l'isolamento sanitario in caso di malattie contagiose e la particolare sorveglianza nei casi di sospetta propensione all'autolesionismo. Certifica sull'idoneità dei detenuti alla traduzione e partecipa al Consiglio di Disciplina ove delegato dal Medico di Sanità Penitenziaria. Esegue le visite periodiche ai detenuti in isolamento per motivi giudiziari, disciplinari o sanitari e in particolari condizioni di rischio quali, a titolo esemplificativo, gli scioperi della fame e delle terapie e altri atti auto aggressivi, ecc.. Riferisce al MSP l'indicazione ad ulteriori interventi diagnostici e/o terapeutici di cui avesse bisogno il detenuto. La funzione del Medico di Guardia comprende le seguenti tipologie contrattuali: medici SIAS ex L. 740/70, medici convenzionati di Continuità Assistenziale.

Medici Specialisti

Erogano le prestazioni specialistiche in regime ambulatoriale all'interno degli Istituti di Pena. L'individuazione delle branche specialistiche deve essere adeguata all'erogazione dei servizi previsti dal modello organizzativo. In particolare devono essere assicurate le branche specialistiche di psichiatria e di infettivologia e ginecologia negli Istituti femminili. La funzione è attribuita a medici in possesso del titolo di specializzazione, con contratti di dipendenza o di Specialistica Ambulatoriale Interna o a liberi professionisti accreditati.

Coordinatore Infermieristico

L'assistenza sanitaria di tutti gli Istituti di pena deve potersi avvalere delle funzioni del Coordinatore Infermieristico.

Infermieri, Tecnici Sanitari, e altri Profili Professionali legati all'Assistenza

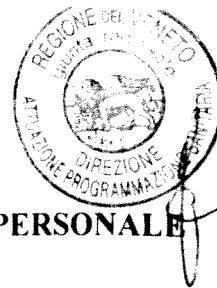
Provvedono alla distribuzione delle terapie direttamente nelle aree detentive, e laddove funzionale alla salute del detenuto in ambulatorio, in condizioni di sicurezza e di garanzia dell'identificazione del paziente. Possono essere dipendenti dell'Aziende Ulss o di Enti accreditati.

Personale di puericultura

L'individuazione di tale personale deve essere adeguata all'erogazione dei servizi previsti dal modello organizzativo, laddove siano presenti asili nido.

Personale amministrativo

L'individuazione di tale personale deve essere adeguata all'erogazione dei servizi previsti.



CLASSIFICAZIONE DEGLI ISTITUTI E DEL FABBISOGNO DI PERSONALE SANITARIO

Il fabbisogno di personale per l'assistenza sanitaria in carcere, è determinato sulla base del "carico assistenziale" del singolo Istituto: tale carico assistenziale è un indicatore che combina il numero medio dei detenuti nell'arco di riferimento (nella misura di 2/3) con il numero dei nuovi ingressi (nella misura di 1/3).

Istituto con basso carico assistenziale

In tali Istituti sono garantite:

- l'assistenza medica di base di 18 ore settimanali, guardia medica interna con un monte ore medio da 12 a 15 ore al giorno secondo le specificità dell'istituto;
- le prestazioni specialistiche nelle seguenti branche psichiatria, infettivologia, ginecologia negli Istituti femminili, quelle in essere al momento del trasferimento delle funzioni sanitarie, più quelle ritenute necessarie;
- l'assistenza infermieristica con un monte ore medio da 12 a 15 ore al giorno secondo le specificità dell'Istituto;
- il coordinamento infermieristico.

Nelle fasce orarie in cui non è disponibile l'assistenza medica interna, la gestione delle urgenze viene assicurata dalla Continuità Assistenziale del territorio.

Istituto con carico assistenziale medio

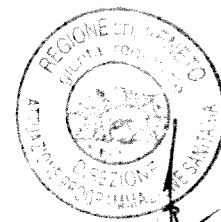
In tali Istituti sono garantite:

- l'assistenza medica di base, almeno 18 ore settimanali;
- la guardia medica interna H24,
- le prestazioni nelle seguenti branche psichiatria, infettivologia, ginecologia negli istituti femminili, quelle in essere al momento del trasferimento delle funzioni sanitarie, più quelle ritenute necessarie;
- l'assistenza infermieristica con un monte ore giornaliero medio da 30 a 42 ore, secondo le presenze e le specificità dell'istituto, più 6 ore al giorno se presente una sezione strutturalmente separata dalla principale;
- il coordinamento infermieristico dedicato.

Istituto con carico assistenziale alto

In tali Istituti sono garantite:

- l'assistenza medica di base, almeno 24 ore settimanali; più 3 ore giornaliere per ogni specificità dell'istituto (sezioni di osservazione psichiatrica, reparti intermedi HIV e per disabili, 41 bis, collaboratori, comuni protetti, semiliberi, comuni media sicurezza, AS3, sezione femminile);
- la guardia medica interna H24;
- le prestazioni nelle seguenti branche psichiatria, infettivologia, ginecologia negli Istituti femminili, quelle in essere al momento del trasferimento delle funzioni sanitarie, più quelle ritenute necessarie;
- l'assistenza infermieristica con un monte ore giornaliero medio da 54 a 87 ore al giorno, secondo le presenze e le specificità dell'Istituto;
- il coordinamento infermieristico dedicato.

**Carico assistenziale degli Istituti di Pena del Veneto – anno 2010**

Az. ULSS	Istituti di Pena	Presenza media 2010	Nuovi ingressi 2010	Carico Assistenziale**	
1 - Belluno	Casa Circondariale	138	267	181	basso
6 - Vicenza	Casa Circondariale	339	860	513	alto
9 - Treviso	Casa Circondariale	290	694	425	medio
	IPM - CPA	18	105	47	basso
12 - Venezia	Casa Circondariale – SM Maggiore	333	1.169	612	alto
	Casa di Reclusione S. Eufemia	101	217	140	basso
16 - Padova	Casa di reclusione	819	1.137	925	alto
	Casa Circondariale	242	601	362	medio
18 - Rovigo	Casa Circondariale	105	404	205	basso
20 - Verona	Casa Reclusione	902	1.416	1.073	alto

Fonte: PRAP

** 2/3 detenuti + 1/3 nuovi giunti

< 250

basso

< 500

medio

> 500

alto