

SCHEMA DI ACCORDO CON I MEDICI DI MEDICINA GENERALE
SPERIMENTAZIONE RESIDENZIALITA' PENITENZIARIA INTEGRATA E EQUIPE MEDICA
DI RESIDENZIALITA' PENITENZIARIA

PREMESSA

Il nuovo Accordo Collettivo Nazionale per la Medicina Generale in corso di formalizzazione, al capo IV, art. 70, richiama il D.Lgs. 22 giugno 1999, n. 230, come modificato ed integrato dal D.Lgs. 22 dicembre 2000, n. 433, che prevede il riordino della medicina penitenziaria e assegna al Servizio Sanitario Nazionale l'assistenza ai detenuti e agli internati che hanno diritto, al pari dei cittadini in stato di libertà, alla erogazione delle prestazioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, efficaci, tempestive 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.

La responsabilità dell'assistenza e della cura della popolazione carceraria ricade dal 2008 interamente sul servizio sanitario, a seguito del trasferimento delle funzioni sanitarie ai sensi dell'articolo 2, comma 283, lettera a) della L. 24 dicembre 2007, n. 244 e dal D.P.C.M. 1 aprile 2008.

Dalle rilevazioni statistiche, risulta che la popolazione carceraria presenta alta prevalenza di patologie psichiatriche o dipendenze patologiche e frequenti gesti autolesionistici che richiedono una attenzione continuativa di natura preventiva al fine di limitare le prestazioni sanitarie unicamente a quelle a bassa complessità, favorendo la gestione in loco senza trasferimento presso le strutture ospedaliere.

Dalla relazione annuale al Parlamento sullo stato di salute nelle carceri del 2021, emerge che:

- il 53% dei detenuti ha ricevuto prestazioni farmacologiche, con una media di 185 prestazioni a testa, soprattutto di psicofarmaci;
- il 70% dei detenuti ha almeno una malattia:
 - 45% obeso o sovrappeso;
 - 40% patologia psichiatrica;
 - 14,5% malattie dell'apparato gastrointestinale;
 - 11,5% malattie infettive e parassitarie;
- il 53% dei detenuti è stato valutato a rischio di suicidio.

A questi elementi si aggiungono i temi del sovraffollamento (a inizio 2020 presenti 62.000 detenuti a fronte di una capienza regolare di 42.000) e della forte presenza di stranieri (nel 2020 a livello nazionale è pari al 32,7%, nelle Marche è pari al 34,7%), con le conseguenti difficoltà derivanti dalla lingua e dai diversi contesti sociosanitari di provenienza.

Negli ultimi anni, a causa della generalizzata carenza di medici e dell'avvio di nuovi servizi collegati alla pandemia Covid19, si riscontrano difficoltà nel reclutamento nel settore della medicina penitenziaria e abbandoni fra i medici di continuità assistenziale ivi operanti, con significative ricadute sui livelli di servizio.

In questo contesto, occorre ripensare il servizio in una logica innovativa, riconoscendo la natura residenziale della struttura penitenziaria ed introducendo nuovi strumenti per l'integrazione con le strutture ospedaliere e territoriali. La popolazione delle case circondariali e delle case di reclusione costituisce di fatto una "comunità residenziale", in quanto in tali luoghi risiedono stabilmente soggetti i cui bisogni di cura e assistenza vengono presi in carico da uno staff medico ivi presente e dedicato, laddove non sia necessaria la traduzione presso strutture ospedaliere.

L'Accordo Integrativo regionale con i MMG (DGR 751/2007), nella definizione del sistema di residenzialità, offre lo spunto per l'applicazione dell'approccio della medicina generale nella struttura residenziale carceraria. La necessità della presenza continuativa del medico in tali strutture è confermata dai dati di prevalenza sopra esposti per determinate patologie. Tali caratteristiche, unite alle analisi di contesto sopra rappresentate, motivano l'applicazione di un modello assistenziale, da parte della medicina generale, analogo a quello delineato con le DGR 746 del 18/07/2016 e 1587 del 28/12/2017 per gli Ospedali di Comunità, ancorché con un'intensità di cure inferiore.

In questo contesto si delinea la possibilità e l'opportunità di sperimentare una metodologia integrata di assistenza alla residenzialità penitenziaria che possa creare i necessari collegamenti tra gli ambulatori delle residenze carcerarie e le strutture ospedaliere e territoriali esterne, anche mediante telemedicina e telerefertazione e che applichi stabilmente la medicina di iniziativa, la prevenzione e la promozione della salute, mediante l'integrazione multidisciplinare e multiprofessionale, rivolta soprattutto alle patologie prevalenti, anche mediante ambulatori dedicati.

Inoltre, data la complessità dell'approccio con la popolazione carceraria, è importante che i medici operanti all'interno di tali strutture possano coordinarsi tra loro mediante un confronto tra pari che permetta, oltre che la condivisione delle buone pratiche, anche la crescita professionale ed il supporto alle scelte. Tale confronto può essere sviluppato anche mediante l'individuazione di coordinatori e, dove necessario, di responsabili/referenti, così come definiti nel nuovo Accordo Collettivo Nazionale all'art. 71, quali attivatori di percorsi e nodi di rete tra i medici del carcere, le strutture amministrative carcerarie ed i referenti esterni.

Alla luce di quanto sopra esposto, il presente accordo è articolato nei seguenti moduli:

1. Sperimentazione del modello di residenzialità penitenziaria integrata;
2. Attivazione delle équipe mediche di residenzialità penitenziaria;

Si precisa che i contenuti del presente accordo, attivabili mediante accordi aziendali di area vasta, per un tempo definito e limitato, non potranno in alcun modo essere prorogati oltre la data di entrata in vigore del nuovo Accordo Integrativo regionale discendente dal nuovo Accordo Collettivo Nazionale della Medicina Generale. In particolare, all'art. 75 del nuovo ACN è previsto che "Gli Accordi regionali regolamentano le attività di cui al presente capo, in relazione ai compiti di cui all'articolo 71 del presente Accordo e alla complessità della struttura penitenziaria, nell'ambito delle risorse determinate a livello regionale". Le parti si impegnano a valutare periodicamente i risultati del presente accordo ai fini dell'integrazione dei contenuti dello stesso nel nuovo AIR.

1. Sperimentazione del modello di Residenzialità Penitenziaria Integrata

La sperimentazione in oggetto prevede:

- Messa a disposizione da parte di ASUR ai medici di assistenza penitenziaria di un kit di piccole tecnologie (ecografo, spirometro, ecc..) e della relativa formazione all'utilizzo;
- Implementazione di un idoneo collegamento tecnologico e professionale con gli specialisti delle strutture sanitarie pubbliche presenti nel territorio dell'Area Vasta su cui insiste la struttura penitenziaria che preveda una rete stabile di teleconsulto e telerefertazione, nel rispetto delle vigenti norme in materia di riservatezza dei dati personali, con l'individuazione nelle strutture sanitarie di referenti per le patologie prevalenti, a cui possano fare riferimento gli MMG in relazione alle attività svolte anche durante gli ambulatori dedicati;
- Individuazione in ogni struttura penitenziaria, fra i medici ivi operanti, di un Coordinatore con il compito aggiuntivo di gestire i rapporti professionali necessari al funzionamento della rete di teleconsulto e telerefertazione.

In questo assetto, il medico della struttura penitenziaria funge da collegamento con il sistema sanitario regionale, con benefici in termini di appropriatezza delle prestazioni, di minor afflusso presso le strutture sanitarie e riduzione dei trasferimenti dei carcerati verso le strutture ospedaliere.

Mediante la sperimentazione verranno inoltre sviluppati programmi di medicina pro-attiva per aree di patologia prevalenti in quella struttura. L'équipe medica valuterà a quali aree destinare specifici interventi, a titolo esemplificativo: l'area respiratoria (ASMA/BPCO), l'area Cardiologica (Ipertensione, cardiopatia ischemica), l'area metabolica (Diabete e dislipidemia), l'area della Salute mentale e Dipendenze, oltre a interventi di promozione della salute.

L'équipe medica valuterà, inoltre, la possibilità, in aggiunta ai diversi registri cartacei che rappresentano un obbligo per il Ministero della Giustizia, nel rispetto delle vigenti norme sulla privacy, di utilizzare la cartella informatizzata, quale strumento in grado di garantire la continuità delle informazioni tra i sanitari e l'implementazione del fascicolo sanitario del detenuto.

Dovrà essere documentata da parte dei medici l'adesione alle campagne di screening HCV e vaccinazione Antiepatite, anticovid, antinfluenzale, antipertosse o eventuali altre individuate dal Dipartimento di Prevenzione. Dovrà inoltre essere documentata l'applicazione di Protocolli locali di prevenzione dei suicidi già in essere.

L'ASUR garantirà ai medici la formazione BLS ed il relativo retraining compresa una adeguata formazione clinica e relazionale nell'ambito professionale di competenza, nel rispetto dei vigenti protocolli per l'emergenza.

A fronte delle sopraindicate attività aggiuntive previste dalla sperimentazione, vengono definite quote di compenso orario aggiuntivo, non cumulabili fra loro, destinate ai medici di continuità assistenziale operanti nelle strutture carcerarie, da applicarsi nei contesti locali mediante accordi aziendali di Area Vasta in ragione del numero di detenuti presenti in ogni struttura:

- € 6,00 + ENPAM per strutture con presenze da 1 a 40 detenuti
- € 8,00 + ENPAM per strutture con presenze da 41 a 60 detenuti
- € 12,00 + ENPAM per strutture con presenze da 61 a 80 detenuti
- € 14,00 + ENPAM per strutture con presenze superiori a 80 detenuti

La ratio della classificazione sopra delineata è coerente con la struttura delle quote aggiuntive per gli Ospedali di Comunità prevista dall'AIR di cui alla DGR 1587 del 28/12/2017. L'ammontare dei compensi e la classificazione delle strutture tengono conto del differente carico assistenziale nelle strutture penitenziarie. Il riconoscimento delle quote orarie aggiuntive è subordinato all'avvio del programma di attività oggetto della sperimentazione. L'ASUR provvederà al monitoraggio ed al coordinamento della rendicontazione delle attività svolte all'interno delle singole strutture penitenziarie coinvolte.

A seguito della rendicontazione relativa alla prima applicazione, si provvederà in sede di comitato regionale della medicina generale, alla verifica della valorizzazione dei compensi e del carico di lavoro.

2. Attivazione delle équipe mediche di residenzialità penitenziaria

Lo staff medico del carcere è da intendersi come "équipe medica di residenzialità penitenziaria", in analogia alla équipe territoriale" prevista dall'art. 18 dell'AIR DGR 751/2007. Tale équipe, gestita dal Coordinatore, si riunisce periodicamente ed effettua l'esame delle condizioni della popolazione carceraria affidata e definisce l'organizzazione della presa in carico in relazione alle patologie presenti.

Per tale attività, ai medici di continuità assistenziale operanti nelle strutture carcerarie, verranno corrisposte in via sperimentale, per un periodo definito e limitato e nelle more della sottoscrizione del nuovo AIR discendente dal nuovo ACN, a seguito di specifici accordi aziendali di area vasta, le seguenti quote aggiuntive:

- Partecipazione dei medici di continuità assistenziale operanti nelle strutture penitenziarie a équipe medica di residenzialità penitenziaria:
€ 70/mese + ENPAM rapportate a 104 ore mensili nella misura prevista dall’AIR DGR 751/07 art. 30;
 - Coordinatore e/o responsabile/referente della équipe medica di residenzialità penitenziaria:
 - per i compiti previsti per il coordinatore dall’art. 29 dell’AIR DGR 751/07, si corrisponde quanto previsto dallo stesso art. 29 al c. 5, e cioè il riconoscimento di 2 ore settimanali aggiuntive al normale orario di incarico valorizzate sul compenso base (senza applicazione delle maggiorazioni di cui al par. 1);
 - qualora il coordinatore assuma anche il ruolo di responsabile/referente, con i seguenti compiti, previsti anche dall’art.71 c. 7 del nuovo ACN della Medicina Generale:
 - garantire la sua presenza tutti i giorni feriali, secondo quanto stabilito in funzione della tipologia del presidio e le esigenze di servizio definite dall’Azienda di competenza;
 - coordinare gli interventi di tutte le professionalità sanitarie coinvolte e garantisce il regolare svolgimento delle attività previste dal modello organizzativo;
 - definire i generali bisogni assistenziali dei detenuti;
 - sovrintendere alla corretta compilazione dei diari clinici da parte di tutti gli operatori preposti e alla tenuta di tutta la documentazione afferente;
 - essere responsabile della gestione dei locali sanitari, della gestione di strumentazione ed arredi;
 - relazionare all’Autorità Giudiziaria e/o al Direttore del carcere lo stato di salute del detenuto. In sua assenza la funzione può essere delegata ad altro medico del presidio;
 - mantenere costanti rapporti con la direzione penitenziaria e le sue articolazioni funzionali, anche in ragione dell’alta complessità della gestione clinico-assistenziale e della specificità giuridica delle persone detenute ed internate;
- si prevede il riconoscimento di un ulteriore compenso, pari a 4 ore settimanali aggiuntive al normale orario di incarico valorizzate sul compenso base (senza applicazione delle maggiorazioni di cui al par. 1).

Al fine di evitare il più possibile il ricorso a strutture esterne, al medico partecipante alla équipe medica di residenzialità penitenziaria potranno essere riconosciute tutte le prestazioni di particolare impegno professionale (PIIP – ALL. D ACN) necessarie e appropriate, con apposita notula come da accordo collettivo nazionale vigente.

Entro 3 mesi dall’entrata in vigore del presente accordo, il Comitato Regionale per la Medicina Generale, si impegna a valutare le relazioni che saranno presentate da ASUR/Area Vasta di competenza relative al complesso dell’accordo, al fine di un’eventuale riproposizione nel nuovo AIR.

I costi relativi all’attuazione delle misure previste dal presente accordo (Sperimentazione del modello di Residenzialità Penitenziaria Integrata, Attivazione delle équipe mediche di residenzialità penitenziaria, coordinatori e/o referenti e PIIP) sono finanziati mediante l’utilizzo del fondo vincolato per il funzionamento dell’assistenza penitenziaria assegnato dal Ministero della Salute.

La rendicontazione di tali costi è in capo ad ASUR.

IL DIRETTORE DEL
DIPARTIMENTO SALUTE
dott. Armando Marco Gozzini

IL SEGRETARIO REGIONALE
FIMMG
dott. Massimo Magi

IL DIRETTORE GENERALE
DELL'ASUR
dott.ssa Nadia Storti

IL SEGRETARIO REGIONALE
SNAMI
dott. Fabrizio Valeri

IL SEGRETARIO REGIONALE
SMI
dott.ssa Alessandra Moraca

L'ASSESSORE ALLA SANITÀ
DELLA REGIONE MARCHE
dott. Filippo Saltamartini