

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 6 maggio 2015, n. 917

**Legge 15 marzo 2010 n. 38 “Disposizioni per garantire l’accesso alle cure palliative ad alle terapie del dolore”. Approvazione Linee Guida regionali per lo sviluppo della rete per le cure palliative in Puglia, in attuazione dell’ Atto d’Intesa sottoscritto in Conferenza Stato - Regioni (Rep. N. 152/2012).**

L’Assessore al Welfare Donato Pentassuglia, sulla base dell’istruttoria espletata dall’Ufficio “Assistenza territoriale, psichiatria e dipendenze patologiche” e confermata dalla Dirigente di Ufficio e dalla Dirigente del Servizio Programmazione Assistenza Territoriale e Prevenzione, riferisce quanto segue:

La legge 15 marzo 2010 n. 38 “Disposizioni per garantire l’accesso alle cure palliative ad alle terapie del dolore” ha dettato i primi indirizzi per la realizzazione di strutture sanitarie che erogano cure palliative e terapia del dolore assicurando un programma di cura individuale per il malato e per la sua famiglia.

Con Atto d’Intesa Stato-Regioni 25/7/2012 è stato approvato il documento ad oggetto “Definizione dei requisiti minimi e delle modalità organizzative necessari per l’accreditamento delle strutture di assistenza ai malati in fase terminale e delle unità di cure palliative e della terapia del dolore”.

Con provvedimento n. 2210 del 26/11/2013 la Giunta Regionale, oltre a recepire i contenuti del suddetto Atto, ha dato mandato al Gruppo di Lavoro regionale “Cure Palliative e Terapia del Dolore”, istituito con A.D. n. 134 del 29/4/2013, di supportare l’Assessorato al Welfare nell’attività di programmazione e costruzione di una efficace rete tesa a garantire erogazione omogenea delle prestazioni a favore dei pazienti terminali e delle loro famiglie.

Con il predetto Gruppo di Lavoro è stato avviato un efficace e costante confronto in cui sono state affrontate e condivise tutte le scelte che hanno consentito di definire le proposte contenute nell’allegato documento “Linee Guida regionali per lo Sviluppo della Rete per le Cure Palliative in Puglia, in attuazione dell’ Atto d’Intesa sottoscritto in Conferenza Stato Regioni (Rep. N. 152/2012)”.

Le Linee Guida in parola, che si propongono all’approvazione della Giunta Regionale, oltre a delimitare l’articolazione territoriale della rete cure palliative, definiscono gli elementi costitutivi, l’organizzazione e le funzioni della medesima rete, nonché i percorsi diagnostici-terapeutici di presa in carico e assistenza dei malati in fase terminale.

Vengono, altresì, dettate disposizioni in merito alla formazione degli Operatori ed alle attività di comunicazione e informazione sulle cure palliative rivolte alle famiglie e, più in generale, all’opinione pubblica.

Per quanto in premessa richiamato si propone di approvare le “Linee Guida regionali per lo Sviluppo della Rete per le Cure Palliative in Puglia, in attuazione dell’ Atto d’Intesa sottoscritto in Conferenza Stato Regioni (Rep. N. 152/2012)”, di cui all’allegato A), parte integrante e sostanziale del presente provvedimento.

Sezione Contabile: “COPERTURA FINANZIARIA di cui alla L.R. n.28/01 e s.m.i.”

La presente deliberazione non comporta implicazioni di natura finanziaria sia di entrata che di spesa e dalla stessa non deriva alcun onere a carico del bilancio regionale.

L’Assessore relatore, sulla base delle risultanze istruttorie, come innanzi illustrate, propone alla Giunta ai sensi dell’art.4, comma 4, lettera d) della L. R. 7/97 l’adozione del conseguente atto finale, in quanto adempimento dovuto in attuazione dell’ Atto d’Intesa sottoscritto in Conferenza Stato Regioni (Rep. N. 152/2012).

#### LA GIUNTA

udita la relazione e la conseguente proposta dell’Assessore alle Politiche della Salute

Viste le sottoscrizioni poste in calce al presente provvedimento dal Funzionario Istruttore dell’Ufficio n.4 del Servizio Programmazione Assistenza Territoriale e Prevenzione, dalla Dirigente del medesimo Ufficio e dalla Dirigente del Servizio PATP

A voti unanimi, espressi nei modi di legge

*DELIBERA*

- di approvare le “ Linee Guida regionali per lo Sviluppo della Rete per le Cure Palliative in Puglia, in attuazione dell’ Atto d’Intesa sottoscritto in Conferenza Stato - Regioni (Rep. N. 152/2012)”, di cui all’allegato A), parte integrante e sostanziale del presente provvedimento.
  
- di disporre che la presente Deliberazione sia noti-

ficata, a cura del Servizio PATP, ai Direttori Generali delle ASL, delle Aziende Ospedaliere, agli Organismi no-profit che erogano le cure domiciliari sul territorio regionale, al fine di garantirne una puntuale applicazione.

- di prevedere la pubblicazione del presente Provvedimento sul BURP.

Il Segretario della Giunta  
Dott.ssa Antonella Bisceglia

Il Presidente della Giunta  
Dott. Nichi Vendola

---

Linee Guida regionali per lo sviluppo della rete per le cure palliative in Puglia, in attuazione dell' Atto d'Intesa sottoscritto in Conferenza Stato-Regioni (Rep. N. 152/2012)

Premessa

Riferimenti Normativi

Considerazioni Preliminari

Gli elementi costitutivi della Rete Regionale Cure Palliative

Organizzazione della Rete delle Cure Palliative in Puglia

La tipologia del paziente eleggibile alla Rete delle Cure Palliative

Modalità gestionali e percorsi diagnostico-terapeutici di presa in carico e di assistenza

Segnalazione del caso

Valutazione del bisogno

Presa in carico del malato e della sua famiglia

Formazione

Comunicazione ed informazione sulle Cure Palliative

## **1 - PREMESSA**

L'obiettivo delle cure palliative è la tutela della qualità della vita del malato e della sua famiglia.

Il malato ha diritto a richiedere forme di tutela e di sostegno che valorizzino le risorse di cura della famiglia e consentano anche ai cittadini più fragili di rimanere al domicilio e nel proprio contesto di vita, evitando istituzionalizzazioni precoci e inappropriate, con la conseguenza di una migliore qualità di vita e la riduzione dei costi complessivi.

Sul territorio regionale sono attivi Soggetti erogatori di cure palliative, pubblici e privati, attivi sia in ambito residenziale sia in ambito domiciliare.

Le equipe che erogano assistenza al domicilio garantiscono sia interventi di base, sia interventi specialistici in funzione della complessità clinica del malato. A queste attività si integrano quelle erogate in ambito di day hospice, di specialistica ambulatoriale e di consulenza specialistica.

Il Sistema delle Cure Palliative deve garantire la continuità nel percorso del malato e della sua famiglia soprattutto nel passaggio dalla fase di cronicità a quello della terminalità.

## **2 - RIFERIMENTI NORMATIVI**

### **Riferimenti normativi nazionali**

- Legge n. 38 del 15/03/2010 “Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore”;
- Accordo Stato-Regioni del 16/12/2010 in materia di “Linee guida per la promozione, lo sviluppo e il coordinamento degli interventi regionali nell'ambito della rete di cure palliative e della rete di terapia del dolore”;
- Intesa Stato-Regioni del 25/07/2012 “Definizione dei requisiti minimi e delle modalità organizzative necessarie per l’accreditamento delle strutture assistenziali ai malati in fase terminale e delle unità di cure palliative e della terapia del dolore”;

### **Riferimenti normativi regionali**

- PRS 2008 -2010 approvato con L.R n. 23 del 19/9/2008;
- Del. G.R. n. 691/2011 avente ad oggetto “Approvazione delle linee guida regionali per l’accesso ai servizi sanitari territoriali e alla rete integrata dei servizi socio sanitari”
- DGR n. 2210 del 26 novembre 2013, di recepimento del documento “Definizione dei requisiti minimi e delle modalità organizzative necessarie per l’accreditamento delle strutture assistenziali ai malati in fase terminale e delle unità di cure palliative e della terapia del dolore”.

## **3 – CONSIDERAZIONI PRELIMINARI**

Il P.S.R. 2008/2010 della Regione Puglia al capitolo “Cure Palliative”, nel definirne gli obiettivi e il modello organizzativo, ha previsto l’istituzione di specifiche Unità Operative di Cure Palliative per il coordinamento delle procedure di ricovero dei pazienti nei centri residenziali di cure palliative (hospice), in regime di day hospice, in assistenza ambulatoriale e assistenza domiciliare specialistica.

Nello specifico, il medesimo Piano ha previsto l’istituzione di una U.O.C.P. ogni 400.000 ab. circa, con dimensione sovradistrettuale.

Per effetto del quadro normativo richiamato al precedente punto 2) e al fine di giungere ad una omogenea erogazione dell'assistenza, sull'intero territorio regionale, la rete delle cure palliative della Regione Puglia dovrà essere così articolata:

ASL	Popolazione Residente	UOCP PREVISTE
B A R I	1.246.297	3
B A T	392.446	1
BRINDISI	399.835	1
FOGGIA	628.221	2
LECCE	801.190	2
TARANTO	582.814	1

#### 4 – GLI ELEMENTI COSTITUTIVI DELLA RETE REGIONALE CURE PALLIATIVE

Elementi costitutivi della Rete Regionale di Cure palliative sono:

A. Il **Centro di Riferimento regionale per le Cure Palliative**: in una prima fase di realizzazione della rete regionale delle cure palliative è individuato presso la UOCP della ASL di Bari – sede di Monopoli a cui sono attribuite funzioni organizzative e di coordinamento della intera rete regionale C.P.-.

B. Le **Unità Operative di Cure Palliative (UOCP)**: sono tenute ad assicurare la necessaria continuità terapeutica garantendo l'integrazione dei diversi livelli di assistenza e, in particolare, della:

- assistenza residenziale (Hospice)
- assistenza specialistica ambulatoriale
- assistenza di day hospice
- cure domiciliari

C. Gli **Hospice** (Centro residenziale cure palliative): garantiscono il livello di assistenza residenziale, ossia l'insieme degli interventi di tipo medico, farmacologico, psicologico, socio-sanitari e assistenziali nelle cure palliative erogate ininterrottamente da equipe multidisciplinari.

D. **Assistenza Specialistica Ambulatoriale**: eroga prestazioni per pazienti autosufficienti che necessitano di valutazione specialistica per il controllo ottimale dei sintomi e per il supporto alla famiglia.

E. **Day hospice**: articolazione organizzativa che eroga prestazioni diagnostico-terapeutiche e assistenza a ciclo diurno non eseguibili a domicilio.

F. **Assistenza domiciliare di base e specialistica** assicurata dalle unità Cure Palliative che garantiscono:

- 1) gli interventi di base, coordinati dal MMG;

2) gli interventi di équipes specialistiche tra loro interagenti in funzione della complessità assistenziale, sempre coordinati dalla UOCP-.

## **5 – ORGANIZZAZIONE DELLA RETE DELLE CURE PALLIATIVE IN PUGLIA**

Il coordinamento della Rete delle Cure palliative si struttura su due livelli funzionali: uno Regionale e uno Locale.

### **a. Centro di Riferimento Regionale per le Cure Palliative**

Il Centro di Riferimento regionale per le Cure Palliative, in seguito CRR Cure Palliative, promuove lo sviluppo della rete regionale di Cure Palliative, ne monitora l'attività in aderenza a quanto indicato dall'Accordo stipulato in sede di Conferenza Stato Regioni 16 Dicembre 2010 e dall'Intesa CSR 25 luglio 2012, propone programmi obbligatori di formazione per gli operatori dedicati alla rete di C.P. e redige la relazione informativa annuale sullo stato di applicazione della legge 38/2010 da inviare alla Giunta ed al Consiglio regionale.-

Nell'esercizio delle sue funzioni si avvale di uno specifico Gruppo di lavoro costituito dai Direttori delle UOCP e da due Rappresentanti degli Organismi no-profit che erogano le cure domiciliari sul territorio regionale.

Il Centro di Riferimento regionale C.P., in coerenza ai contenuti dell'Intesa CSR del 25 luglio 2012, assolve alle funzioni di cui all'Accordo 16 dicembre 2010 in Conferenza Stato-Regioni:

- 1) Coordinamento e promozione del processo di sviluppo delle Cure Palliative a domicilio, in Hospice, nelle strutture residenziali e nelle strutture ospedaliere, al fine di garantire approcci omogenei ed equità di sistema
- 2) Monitoraggio dello stato di attuazione delle reti locali
- 3) Sviluppo del sistema regionale sulle Cure Palliative
- 4) Definizione di indirizzi per lo sviluppo omogeneo dei percorsi di presa in carico e assistenza in Cure Palliative
- 5) Promozione di programmi obbligatori di formazione continua in Cure Palliative coerentemente a quanto previsto dall'art. 8 c.2 della L. 38/2010
- 6) Promozione e monitoraggio delle attività di ricerca in Cure Palliative.

### **b. Rete Locale di cure palliative**

La Rete Locale di Cure palliative è l' aggregazione funzionale ed integrata dei Soggetti pubblici e privati erogatori di tutte le attività assistenziali di cure palliative (Hospice, Ospedale, Day-hospice e Domicilio), in ciascun ambito territoriale definito a livello regionale.

Alla Direzione Generale della Azienda Sanitaria Locale spetta il compito di individuare, entro 180 giorni, le UOCP con valenza sovradistrettuale, corrispondenti ad una popolazione complessiva di circa 400.000 ab. nonché la nomina del Dirigente Responsabile di ciascuna UOCP.

Ciascuna rete locale di C.P., in accordo con il CRR, in base alle caratteristiche del proprio territorio e della presenza delle Organismi no-profit che erogano cure palliative, si dota di un proprio modello che definisca l'organizzazione e le modalità di funzionamento delle UU.OO.CC.PP. garantendo la partecipazione di tutti i soggetti (pubblici e privati) erogatori di cure palliative sul territorio aziendale.

La Rete Locale, per la promozione della qualità e appropriatezza delle prestazioni erogate, assolve alle funzioni di cui all'Accordo CSR del 16 dicembre 2010:

- 1) Tutela del diritto del cittadino ad accedere alle cure palliative;
- 2) Attivazione di un sistema di erogazione di cure palliative in ospedale, in hospice e a domicilio;
- 3) Definizione e attuazione nell'ambito della rete, dei percorsi di presa in carico e di assistenza in cure palliative per i malati di cui all'art. 2, comma 1, della legge n. 38/2010;
- 4) Promozione di sistemi di valutazione e miglioramento della qualità delle cure palliative erogate. Monitoraggio dei costi delle prestazioni ospedaliere, residenziali (hospice) e domiciliari;
- 5) Utilizzo regolare degli strumenti di valutazione della qualità percepita da parte del malato, quando possibile, e dei famigliari per le cure prestate durante il periodo di assistenza palliativa;
- 6) Definizione e monitoraggio di indicatori quali-quantitativi della rete di CP, validati in letteratura, con particolare riferimento:
  - ✓ all'appropriatezza del percorso;
  - ✓ all'appropriatezza allocativa delle risorse;
  - ✓ al grado di instabilità clinica;
  - ✓ alla presenza di sintomi di difficile controllo;
  - ✓ alla definizione di criteri per il reclutamento e valutazione periodica del personale;
  - ✓ alla necessità di un particolare supporto alla famiglia e/o *Caregiver*, ivi inclusi gli standard della rete di CP di cui al Decreto 22 febbraio 2007, n. 43 in coerenza a quanto definito a livello regionale.
- 7) attivazione di programmi formativi aziendali obbligatori specifici in cure palliative.

La UOCP, in quanto struttura operativa della AUSL è centro di attività e di costo e dispone, per il conseguimento degli obiettivi previsti dall'Accordo Rep. 152 del 25/07/2012 - sancito in Conferenza Stato Regioni - di un budget definito dal Direttore Generale.

Il budget è assegnato per il funzionamento della Unità Operativa, nonché per gli oneri derivanti dalla corresponsione delle rette in favore degli hospice privati che costituiscono la rete e dei contributi alle organizzazioni no profit che assicurano le cure domiciliari.

## **6 – LA TIPOLOGIA DEL PAZIENTE ELEGGIBILE ALLA RETE DELLE CURE PALLIATIVE**

### 6.1. Analisi dei bisogni

La potenziale popolazione di riferimento per le cure palliative è costituita oltre che dai malati oncologici anche da pazienti affetti da patologie croniche dell'apparato respiratorio, cardio-circolatorio, epato-renale, nonché da



malati affetti da patologie degenerative neurologiche e infettive.

Dai dati disponibili si ritiene che il bisogno annuo per le cure palliative sia stimabile in circa 20.000 pazienti, di cui 13.000 circa affetti da patologie neoplastiche.

### 6.2 Criteri di ammissione alla presa in carico da parte della rete Cure Palliative

Per l'ammissione devono essere presenti contemporaneamente i seguenti criteri:

- a) presenza di malattie progressive e in fase avanzata a rapida evoluzione e a prognosi infausta per le quali ogni terapia finalizzata alla guarigione o alla stabilizzazione della patologia non è possibile o appropriata;
- b) aspettativa di vita presunta limitata, non superiore ai 6 mesi;
- c) performance status secondo la scala di Karnofsky uguale o inferiore a 50.

### 6.3 Casi particolari

Qualora il paziente sia ricoverato presso strutture socio-sanitarie a breve o lungo-degenza, occorre garantire il diritto a cure palliative favorendo l'accesso, in regime consulenziale, da parte dell'equipe di cure palliative operante in una struttura accreditata, di riferimento territoriale.

## **7 - MODALITA' GESTIONALI E PERCORSI DIAGNOSTICO-TERAPEUTICI DI PRESA IN CARICO E DI ASSISTENZA**

Ciascuna rete locale di C.P. deve assicurare continuità dei percorsi assistenziali per le Cure Palliative nei diversi setting assistenziali ai malati in fase avanzata potenziando i rapporti operativi fra il livello di base e quello specialistico delle Cure Palliative.

L'operatività di tutte le strutture della UOCP (Hospice, Day hospice, Assistenza Specialistica Ambulatoriale, Assistenza domiciliare di base e specialistica) preposte all'erogazione delle cure palliative deve essere sempre orientata ad assicurare al paziente percorsi semplificati, tempestivi e flessibili ma globali di accesso ai vari servizi. Non bisogna mai dimenticare che il malato terminale ha bisogno, in questa fase, di interventi rapidi oltre che di una frequente rimodulazione dell'intensità di cura e del setting assistenziale (Hospice, Ospedale, Day-hospice e Domicilio).

Premesso che le cure palliative sono un livello essenziale di assistenza, la Rete di cure palliative articolata nelle UOCP deve garantire, le seguenti funzioni specifiche:

- ✓ cure palliative domiciliari collocabili a livello di alta complessità assistenziale assicurata 7 giorni su 7, per 12 h. al giorno e con pronta disponibilità medica h. 24;
- ✓ degenza presso centri residenziali di cure palliative – hospice;
- ✓ ricovero diurno presso centri residenziali di cure palliative ( day-hospice );
- ✓ attività ambulatoriale multispecialistica e multiprofessionale per malati con sufficiente grado di autonomia;
- ✓ attività di consulenza di medicina palliativa per pazienti alla fine della vita ricoverati in ospedale o presso strutture residenziali;
- ✓ attività di consulenza di medicina palliativa per pazienti alla fine della vita seguiti a domicilio dal Medico di famiglia;
- ✓ mantenimento della continuità assistenziale attraverso l'integrazione delle diverse opzioni in un unico piano assistenziale gestito dall'equipe dell'UOCP;

- ✓ collaborazione organica con le risorse presenti nel Territorio, in particolare con le organizzazioni no-profit operanti nel settore delle cure palliative;
- ✓ informazione alla popolazione sulle tematiche di fine vita e sulle modalità di accesso alla rete di cure palliative;
- ✓ verifica e valutazione della qualità dei servizi offerti e dei risultati ottenuti, in particolare del gradimento del servizio da parte dei malati e dei loro familiari.

Il processo di presa in carico finalizzato ad assicurare una continuità di cura e ridurre al minimo i casi di ricoveri inappropriati si compone delle seguenti fasi:

- 1) segnalazione del caso;
- 2) valutazione del bisogno globale della persona malata e della sua famiglia;
- 3) presa in carico da parte dell'equipe multispecialistica e multiprofessionale (medico, infermiere, psicologo) del malato e della sua famiglia;
- 4) attivazioni di riunioni di equipe per discutere i casi clinici e definire i piani assistenziali individuali dei pazienti presi in carico;
- 5) monitoraggio del clima lavorativo e sostegno psicologico dell'equipe curante;
- 6) misurazione, con strumenti specifici e validati, della qualità di vita, del livello di consapevolezza della diagnosi e della prognosi, delle strategie di fronteggiamento dei malati e della presenza di problematiche emotive, comportamentali e/o relazionali.

## **8 - SEGNALAZIONE DEL CASO**

L'accesso alla Rete di Cure Palliative avviene direttamente alla UOCP prescelta, su proposta di chiunque abbia interesse: persona malata, familiari, MMG, reparto ospedaliero, servizi sociali.

## **9 - VALUTAZIONE DEL BISOGNO**

La proposta, attraverso un colloquio con il caregiver/familiare, viene valutata, entro 24h, dal Direttore dell'UOCP o suo delegato sull'appropriatezza della presa in carico da parte della Rete e sul setting assistenziale.

## **10 - PRESA IN CARICO DEL MALATO E DELLA SUA FAMIGLIA**

La UOCP locale, verificata la necessità di Cure Palliative, prende in carico il paziente, predispone il Piano Assistenziale Individualizzato (PAI) .

Il paziente, di norma, viene assistito a domicilio e riceve oltre all'assistenza prevista (medica, infermieristica, reperibilità e sostegno psicologico) la fornitura di tutti i farmaci, presidi, ausili e quant'altro serva per alleviare la sofferenza e migliorare la sua qualità di vita;

Criteri di esclusione dall'assistenza a domicilio sono:

- chiara volontà ostativa da parte del malato o del nucleo familiare;
- mancanza di un care giver ovvero un familiare dotato di autonomia decisionale e ritenuto adeguato quale interlocutore dell'equipe durante il percorso di assistenza domiciliare;

- presenza di evidenti impedimenti logistico-strutturali e igienici alla erogazione delle cure a domicilio;
- presenza di gravi motivazioni psico-socio –economiche;

Se il paziente necessita, per un bisogno clinico o per disagi familiari, di un ricovero in hospice il medico di riferimento ne fa richiesta alla UOCP.

LA UOCP, valutata la richiesta, provvede al ricovero del paziente in hospice fino alla soluzione del motivo che ne ha indotto il ricovero, per riaffidarlo all'assistenza domiciliare.

Questo modello organizzativo prevede la necessaria integrazione di tutte le risorse disponibili sul territorio ivi comprese le Organizzazioni no profit e il settore sociale degli EE.LL.-.

Tutti i farmaci necessari ad assicurare le cure palliative sono forniti alla UOCP, dalla farmacia distrettuale di riferimento, su richiesta del Direttore dell' U.O.

## **11 – FORMAZIONE**

La formazione del personale operante nella rete delle cure palliative rappresenta un punto fondamentale per l'applicazione della legge 38/2010 e per la sua qualificazione.

La Regione Puglia, per il tramite delle ASL, si fa carico della formazione degli Operatori della Rete regionale di cure palliative, dei Volontari e dei Care Giver, che con la stessa interagiscono.

I principi generali di riferimento per la costruzione dei percorsi formativi in Cure Palliative sono:

- La centralità del malato nel processo di cura;
- L'interdisciplinarietà come caratteristica essenziale nell'assistenza ai malati terminali.

Appositi programmi di formazione sono sviluppati per i Medici di Medicina Generale e per il personale dei Distretti.

## **12 - COMUNICAZIONE E INFORMAZIONE SULLE CURE PALLIATIVE**

Vanno predisposte campagne di sensibilizzazione e informazione rivolta alle famiglie e più in generale all'opinione pubblica ai fini di informare i cittadini sull'organizzazione della Rete delle Cure palliative e delle sue possibilità assistenziali, l'educazione al senso del morire, il valore del coinvolgimento familiare nelle cure, l'informazione sullo stato di salute ai malati, ecc...

Vanno, altresì, predisposti eventi di comunicazione della Rete di Cure palliative tra gli Operatori sanitari, con particolare attenzione ai Medici di famiglia.

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 6 maggio 2015, n. 918

**Atto recepimento Accordo, ai sensi del DM 1/10/2012, All. A, concernente disposizioni per definitivo superamento degli Osp. Psichiatrici Giudiz. in attuazione DM 1/10/12, emanato in applicazione dell'art. 3ter, c. 2, D.L. 22/12/11, n. 211 convertito, con modificazioni, dalla legge 17/02/12, n. 9 e modificato dal D.L. 31/03/2014, n. 52, convertito in legge 30/05/2014, n. 81. Rep. Atti n. 17 CU del 26/2/2015).**

L'Assessore al Welfare Donato Pentassuglia, sulla base dell'istruttoria espletata dall'Ufficio "Assistenza territoriale, psichiatria e dipendenze patologiche" e confermata dalla Dirigente di Ufficio e dalla Dirigente del Servizio Programmazione Assistenza Territoriale e Prevenzione, riferisce quanto segue:

Nella seduta del 26 febbraio 2015, la Conferenza unificata ha sancito un Accordo avente il seguente oggetto: *Accordo ai sensi del DM 1° ottobre 2012, Allegato A, concernente disposizioni per il definitivo superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari in attuazione al DM 1° ottobre 2012, emanato in applicazione dell'art. 3ter, comma 2, del decreto legge 22 dicembre 2011, n. 211 convertito, con modificazioni, dalla legge 17 febbraio 2012, n. 9 e modificato dal decreto legge 31 marzo 2014, n. 52, convertito in legge 30 maggio 2014, n. 81. (Rep. Atti n. 17 CU del 26/2/2015).*

Il Documento in parola in sintesi, nelle sue premesse, riafferma principalmente che:

- le REMS sono strutture residenziali sanitarie che ospitano persone in misura di sicurezza detentiva che rispondono ai requisiti di accreditamento previsti dal DPR 14/1/1997 e dal DM 1/10/2012;
- i diritti delle persone internate negli OPG sono disciplinati dalla normativa penitenziaria di cui alla L. 26/7/1975, n. 354 e dal DPR 30/6/2000, n. 230;
- con il passaggio ad una organizzazione esclusivamente sanitaria, alle persone internate nelle REMS devono essere garantiti tutti i diritti, in base ai principi del Servizio Sanitario Nazionale e che gli stessi, al pari dei cittadini in stato di libertà, hanno diritto alla erogazione di tutte le prestazioni sanitarie;

- per ogni paziente internato è definito uno specifico percorso terapeutico-riabilitativo individualizzato;
- le Regioni devono garantire l'accoglienza nelle proprie REMS di persone sottoposte a misura di sicurezza detentiva residenti nel proprio ambito territoriale.

L'articolato, oggetto dell'Accordo tra Governo e Regioni regola numerosi aspetti che attengono a:

- le modalità di assegnazione degli internati alle REMS;
- le procedure afferenti ai trasferimenti, traduzioni e piantonamenti degli stessi internati;
- il tema della "Formazione" del personale delle REMS per la gestione giuridico-amministrativa degli internati;
- i servizi di sicurezza e la vigilanza perimetrale
- i rapporti con gli Uffici Esecuzione Penale Esterna e la Magistratura.

Per quanto in premessa richiamato, si propone di recepire l'Accordo sancito in Conferenza Unificata (Rep. Atti n. 17 CU del 26/2/201522), di cui all'allegato A), parte integrante e sostanziale del presente provvedimento.

#### **Sezione Contabile: " COPERTURA FINANZIARIA di cui alla L.R. n.28/01 e s.m.i."**

La presente deliberazione non comporta implicazioni di natura finanziaria sia di entrata che di spesa e dalla stessa non deriva alcun onere a carico del bilancio regionale.

L'Assessore relatore, sulla base delle risultanze istruttorie, come innanzi illustrate, propone alla Giunta ai sensi dell'art.4, comma 4, lettera k) della L. R. 7/97 l'adozione del conseguente atto finale in quanto adempimento di ordinaria amministrazione.

#### **LA GIUNTA**

udita la relazione e la conseguente proposta dell'Assessore al Welfare

Viste le sottoscrizioni poste in calce al presente provvedimento dal Funzionario Istruttore dell'Uf-

ficio n.4 del Servizio Programmazione Assistenza Territoriale e Prevenzione, dalla Dirigente del medesimo Ufficio e dalla Dirigente del Servizio PATP

A voti unanimi, espressi nei modi di legge

*DELIBERA*

- di recepire l'Accordo sancito in Conferenza Unificata avente ad oggetto: *Accordo ai sensi del DM 1° ottobre 2012, Allegato A, concernente disposizioni per il definitivo superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari in attuazione al DM 1° ottobre 2012, emanato in applicazione dell'art. 3ter, comma 2, del decreto legge 22 dicembre 2011, n. 211 convertito, con modificazioni, dalla*

*legge 17 febbraio 2012, n. 9 e modificato dal decreto legge 31 marzo 2014, n. 52, convertito in legge 30 maggio 2014, n. 81. (Rep. Atti n. 17 CU del 26/2/2015) di cui all'all. A, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento.*

- di disporre che la presente Deliberazione sia notificata, a cura del Servizio PATP, ai Direttori Generali delle ASL, delle Aziende Ospedaliere, nonché ai componenti dell'Osservatorio regionale permanente per la tutela della Salute in Carcere e al Garante dei detenuti.
- Di prevedere la pubblicazione del presente Provvedimento sul BURP.

Il Segretario della Giunta  
Dott.ssa Antonella Bisceglia

Il Presidente della Giunta  
Dott. Nichi Vendola





*Presidente del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA UNIFICATA

Accordo, ai sensi del DM 1° ottobre 2012, Allegato A, concernente disposizioni per il definitivo superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari in attuazione al D.M. 1 ottobre 2012, emanato in applicazione dell'art. 3ter, comma 2, del decreto legge 22 dicembre 2011, n. 211 convertito, con modificazioni, dalla legge 17 febbraio 2012, n. 9 e modificato dal decreto legge 31 marzo 2014 n. 52, convertito in legge 30 maggio 2014, n. 81.

Rep. n. 17/CU del 26 febbraio 2015

LA CONFERENZA UNIFICATA

Nell'odierna seduta del 26 febbraio 2015:

VISTO il decreto legislativo 22 giugno 1999, n. 230, recante "Riordino della medicina penitenziaria, a norma dell'art. 5 della legge 30 novembre 1998, n. 419";

VISTO il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 1° aprile 2008, recante "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", emanato in attuazione dell'articolo 2, comma 283, della legge 24 dicembre 2007, n. 244;

VISTO, in particolare l'articolo 5, comma 2, del citato decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 1° aprile 2008 che prevede la costituzione del Comitato paritetico interistituzionale, nonché la delibera della Conferenza Unificata Rep. Atti n. 81 del 31 luglio 2008;

VISTO l'Accordo Rep. Atti n. 95/CU del 13 ottobre 2011 recante "Integrazione agli indirizzi di carattere prioritario sugli interventi negli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (d'ora in avanti: OPG) e nelle Case di Cura e Custodia (d'ora in avanti: CCC) di cui all'Allegato C al DPCM 1° aprile 2008";

VISTO il decreto-legge 22 dicembre 2011, n. 211 convertito, con modificazioni, dalla legge 17 febbraio 2012, n. 9, e successive modificazioni, recante "Interventi urgenti per il contrasto della tensione detentiva determinata dal sovraffollamento delle carceri";

VISTO il decreto legge 31 marzo 2014 n. 52, convertito in legge 30 maggio 2014, n. 81 recante "Disposizioni urgenti in materia di superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari" che dispone modifiche all'articolo 3-ter del sopra citato decreto legge, prevedendo, tra l'altro, che il termine del 1° aprile 2014 di cui al comma 4 del menzionato articolo 3-ter sia prorogato al 31 marzo 2015;

CONSIDERATO che detto articolo 3-ter del citato decreto-legge 22 dicembre 2011, n. 211, come modificato, fissa il termine per il completamento del processo di superamento degli Ospedali psichiatrici giudiziari, prevedendo che a far data dalla definitiva chiusura degli ospedali psichiatrici giudiziari le misure di sicurezza del ricovero in OPG e l'assegnazione a CCC sono eseguite esclusivamente all'interno delle strutture sanitarie di cui al comma 2 del medesimo articolo 3-ter denominate "Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza" (d'ora in avanti: REMS), fermo restando che le persone che hanno cessato di essere



socialmente pericolose devono essere senza indugio dimesse e prese in carico sul territorio dai Dipartimenti di salute mentale;

VISTO il decreto del Ministro della salute, di concerto col Ministro della giustizia, 1° ottobre 2012 recante "Requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi delle strutture residenziali destinate ad accogliere le persone cui sono applicate le misure di sicurezza del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario e dell'assegnazione a casa di cura e custodia, adottato a norma della sopra citata disposizione";

VISTO, in particolare, l'Allegato A del citato decreto ministeriale che prevede che la gestione interna delle strutture residenziali è di esclusiva competenza sanitaria; che la responsabilità della gestione all'interno di dette strutture è assunta da un medico dirigente psichiatra e che nelle REMS trovano applicazione tutte le norme del codice penale e del codice di procedura penale riferite agli internati;

RILEVATO che permane in capo alla Magistratura di Sorveglianza il compito di vigilare sulle strutture, con conseguente applicazione delle disposizioni di cui agli articoli 677, comma 2 e 679 del Codice di Procedura Penale, e degli articoli 69 della legge 26 luglio 1975, n. 354 e 5 del decreto della Presidente della Repubblica del 30 giugno 2000, n. 230 e che le persone sottoposte alla misura di sicurezza detentiva mantengono lo status di internato, con conseguente applicazione delle disposizioni della legge e del regolamento da ultimi citati;

CONSIDERATO che è necessario procedere, ai sensi del decreto ministeriale 1° ottobre 2012 alla stipula di Accordi tra il Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria, il Ministero della Salute, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano al fine di regolamentare lo svolgimento delle funzioni di cui alla legge 26 luglio 1975, n. 354 e successive modifiche e al decreto della Presidenza della Repubblica del 30 giugno 2000, n. 230 anche con riferimento agli aspetti della esecuzione della misura di sicurezza e alle forme dei rapporti con la Magistratura;

VISTA la nota del 16 dicembre 2014, con la quale il Ministero della Giustizia, Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria – Direzione generale dei detenuti e del trattamento ha trasmesso il documento indicato in oggetto, al fine del perfezionamento di un apposito accordo in sede di Conferenza Unificata;

VISTA la nota di questo Ufficio di Segreteria del 18 dicembre 2014 di diramazione del documento in parola;

CONSIDERATO che, nel corso della riunione del Comitato paritetico interistituzionale, tenutasi in data 2 febbraio 2015, si è svolto un ampio confronto sulla proposta in oggetto e i rappresentanti delle Amministrazioni centrali interessate e delle Regioni hanno concordato modifiche al testo, recepite nella versione diramata con nota di questa Segreteria in data 9 febbraio 2015;

VISTA la nota di questo Ufficio di Segreteria del 24 febbraio 2015 di diramazione del testo definitivo dell'Accordo indicato in oggetto contenente modifiche concordate tra le Regioni e le Amministrazioni centrali interessate;



ACQUISITO, nel corso dell'odierna seduta, l'assenso del Governo, delle Regioni e delle Province autonome di Trento e Bolzano e delle Autonomie locali;

### SANCISCE ACCORDO

tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano e le Autonomie locali nei seguenti termini:

### PREMESSO CHE

- le REMS sono strutture residenziali socio-sanitarie che ospitano persone in misura di sicurezza detentiva, che rispondono ai requisiti di accreditamento previsti dal Decreto del Presidente della Repubblica del 14 gennaio 1997 e dal decreto del Ministro della salute del 1° ottobre 2012;
- i diritti delle persone internate negli OPG – ivi inclusi i diritti aventi ad oggetto specificamente la salute di cui al decreto legislativo 22 giugno 1999, n. 230 e al decreto Presidente del Consiglio dei Ministri 1° aprile 2008 - sono disciplinati dalla normativa penitenziaria di cui alla legge 26 luglio 1975, n. 354 e del decreto della Presidente della Repubblica del 30 giugno 2000, n. 230 e, segnatamente, dai Capo I, Titolo I “Principi direttivi” e Capo II, Titolo I “Condizioni generali” delle citata legge;
- con il passaggio ad una organizzazione esclusivamente sanitaria alle persone internate nelle REMS sono garantiti tutti i diritti di cui al precedente alinea, in base ai principi del Servizio Sanitario Nazionale, secondo proprie procedure ed organizzazione; e che, in tal senso, detti diritti sono pienamente garantiti, in prospettiva ampliativa, anche in considerazione della esclusiva gestione sanitaria. I medesimi principi sono applicati con riguardo ai rapporti dell'internato con la famiglia e con la comunità esterna, fermo restando che l'ammissione ai momenti di mantenimento dei rapporti con la famiglia e/o con la comunità esterna è subordinato, ove previsto, al nulla osta da parte della Autorità Giudiziaria competente e deve comunque essere coerente al percorso terapeutico-riabilitativo del singolo paziente;
- le persone detenute e internate hanno diritto alla erogazione di prestazioni sanitarie al pari dei cittadini in stato di libertà; laddove per la concreta soddisfazione di tale diritto sia necessario il ricovero esterno in luogo di cura, trovano applicazione l'art.11 della legge 26 luglio 1975, n. 354 e l'art. 17 del decreto della Presidenza della Repubblica del 30 giugno 2000, n. 230 con specifico riferimento all'adozione del provvedimento da parte dell'Autorità Giudiziaria competente. In casi di urgenza l'Autorità deputata ad emettere il provvedimento è il Dirigente responsabile della REMS;
- per ogni paziente internato è definito uno specifico percorso terapeutico-riabilitativo individualizzato, periodicamente verificato secondo le procedure sanitarie ed inserito nella cartella personale; tale percorso deve prevedere il massimo coinvolgimento attivo del soggetto secondo i principi della recovery:
  - ✓ valutazione multiprofessionale, secondo precise procedure e strumenti definiti per ciascun ambito;



- ✓ definizione del percorso terapeutico-riabilitativo che comprenda gli obiettivi generali e specifici, la prevenzione dei comportamenti a rischio - che sia comunque finalizzato alla reintegrazione sociale - nonché aspetti specifici di trattamento (impostazione della quotidianità, responsabilizzazione delle persone nella vita della struttura, attività, teatro, gruppi di problem solving, abilità automutuo-aiuto, formazione, studio, attività sportive, partecipazione del volontariato e ministri di culto) anche attraverso il mantenimento (o la ricostruzione) dei rapporti con la famiglia, con la comunità esterna, con il mondo del lavoro;
- le Regioni e le Province autonome devono garantire l'accoglienza nelle proprie REMS di persone sottoposte a misura di sicurezza detentiva residenti nel proprio ambito territoriale regionale o provinciale;
- le Regioni e Province autonome forniscono un elenco delle proprie REMS, completo di indicazioni riguardo alla capienza e alla eventuale specificazione, in ordine all'accoglienza degli internati, circa i profili di sicurezza. In mancanza di tale specificazione, tutte le REMS presenti nella Regione e Provincia autonoma sono considerate idonee ad accogliere internati di ogni profilo di sicurezza;
- il Responsabile dichiara la capienza della REMS, ferma restando la inderogabile capienza massima di venti ospiti prevista dal decreto ministeriale 1° ottobre 2012, conseguente alla natura di strutture sanitarie delle REMS, e che le Regioni e le Province autonome provvedono ad una idonea programmazione che tenga conto delle esigenze in corso e a venire, con specifico riguardo alla evoluzione del numero dei propri pazienti;

### **SI CONVIENE**

tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano e le Autonomie locali, nei seguenti termini:

#### **Art. 1**

#### **Assegnazione alle REMS**

Al fine di assegnare gli internati, attualmente ricoverati presso gli OPG, alle REMS, il Ministero della salute comunica all'Autorità Giudiziaria e al Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria, entro e non oltre il 15 marzo 2015, l'avvenuta individuazione e l'effettiva attivazione al 31 marzo 2015, delle REMS da parte delle Regioni e delle Province Autonome nell'ambito territoriale di competenza, con l'indicazione espressa di quanto contenuto nelle premesse del presente Accordo.

Il Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria, sulla base delle predette indicazioni, si impegna ad assegnare e a trasferire presso le REMS gli internati presenti negli OPG.

Le assegnazioni e i trasferimenti di cui al comma precedente, così come tutte le successive assegnazioni presso le REMS, sono eseguite dal Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria attenendosi al principio della territorialità come espressamente previsto dall'articolo 3-ter, comma 3, lettera c) del decreto-legge 22 dicembre 2011, n. 211.



La territorialità si fonda sulla residenza accertata.

Nel caso di persone senza fissa dimora e di persone di nazionalità straniera resta fermo quanto disciplinato negli Accordi della Conferenza Unificata Rep. Atti 81/CU del 26 novembre 2009 e Rep. Atti n. 95/CU del 13 ottobre 2011.

Le assegnazioni e i trasferimenti sono disposti in base alla disponibilità di posti letto nelle strutture.

Ai fini delle assegnazioni presso le REMS di soggetti provenienti dalla libertà o dalla detenzione, nei casi previsti dalla legge, le Regioni e le Province Autonome segnalano al Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria le sedi delle REMS sul territorio, comunicando tempestivamente gli aggiornamenti circa la effettiva disponibilità di posti in ognuna di esse.

## **ART. 2**

### **Trasferimenti, traduzioni, piantonamenti**

Il Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria procede ai trasferimenti dagli Istituti Penitenziari alle REMS per l'applicazione e l'esecuzione delle misure di sicurezza, nonché alle traduzioni per motivi di giustizia, secondo quanto disposto dall'Autorità Giudiziaria.

Competono all'Amministrazione Sanitaria i trasferimenti in luoghi di cura esterni alla REMS.

Il piantonamento in caso di ricovero presso strutture ospedaliere del Servizio Sanitario Nazionale esterne alle REMS è effettuato dal personale appartenente al Corpo di Polizia Penitenziaria, se disposto dall'Autorità Giudiziaria.

I trasferimenti presso comunità o abitazione, nei casi di fruizione di licenze, semilibertà e libertà vigilata, sono eseguiti a cura del Servizio Sanitario Nazionale.

Nei casi di estrema urgenza e di pericolo di vita il Dirigente responsabile della REMS dispone direttamente il trasferimento, provvedendo contestualmente a darne notizia all'Autorità giudiziaria competente per eventuali ulteriori disposizioni in merito.

## **Art. 3**

### **Altri procedimenti amministrativi**

I procedimenti di ammissione alla REMS, registrazione ai fini amministrativi-sanitari, conservazione degli atti relativi alla posizione giuridica e rapporti con l'Autorità Giudiziaria sono svolti a cura del personale amministrativo della REMS.

Sono altresì di competenza del personale sanitario e amministrativo della REMS i rapporti e

le comunicazioni alla Magistratura di sorveglianza o di cognizione e le comunicazioni delle Autorità Giudiziarie nei confronti dei ricoverati (a titolo di esempio: permessi, licenze, notifiche), nonché quelle all'Amministrazione Penitenziaria con riguardo alle attività di cui al primo comma del presente articolo.

Per un periodo transitorio di un anno i procedimenti di identificazione, immatricolazione, ricostruzione ed aggiornamento della posizione giuridica sono svolte dal personale dell'Amministrazione Penitenziaria.

Le definitive attribuzioni di tali procedimenti sono stabiliti alla scadenza del periodo transitorio.

#### **Art. 4**

##### **Formazione**

Il Servizio Sanitario Nazionale attua iniziative formative, ai sensi dell'Allegato A del decreto ministeriale 1° ottobre 2012, con particolare riguardo ai rapporti con la Magistratura di Sorveglianza.

Il Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria, direttamente o attraverso l'attivazione dei Provveditorati Regionali competenti sui territori su cui insistono le REMS, offre alle Regioni, alle Province Autonome e alle Aziende Sanitarie competenti, il supporto formativo necessario all'organizzazione di iniziative di approfondimento e addestramento del personale delle REMS per la gestione giuridico – amministrativa degli internati.

#### **Art. 5**

##### **Personale**

Ogni REMS è dotata di personale sanitario ed amministrativo come stabilito dalla Direzione generale dell'Azienda Sanitaria competente nel territorio in cui insiste la REMS, nel rispetto di quanto previsto dall'Allegato A del decreto ministeriale 1° ottobre 2012.

Il Direttore sanitario, coadiuvato da personale sanitario e amministrativo, è responsabile della struttura, sia dal punto di vista sanitario che amministrativo.

L'impiego di personale appartenente ai ruoli dell'Amministrazione Penitenziaria, e da questa dipendente, è limitato ai soli casi di cui all'articolo 3 del presente Accordo.



## **Art. 6**

### **Sicurezza**

Con riferimento ai "Requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi", di cui all'Allegato A del decreto ministeriale 1° ottobre 2012, i servizi di sicurezza e vigilanza perimetrale sono attivati sulla base di specifici Accordi con le Prefetture, anche sulla scorta delle informazioni contenute nel fascicolo dell'internato.

## **Art. 7**

### **Rapporti con UEPE (Uffici Esecuzione Penale Esterna) e Magistratura**

Alla data di chiusura degli OPG, le Regioni e le Province Autonome, il Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria e la Magistratura, attraverso le proprie articolazioni territorialmente competenti per ciascuna REMS, o comunque per ciascuna Regione o Provincia Autonoma, definiscono, mediante specifici Accordi, le modalità di collaborazione, ai fini dell'attuazione delle disposizioni normative di cui alla legge 30 maggio 2014, n. 81, inerenti l'applicazione delle misure di sicurezza detentive, la loro trasformazione e l'eventuale applicazione di misure di sicurezza, anche in via provvisoria, non detentive.

Tali Accordi, al fine di ridurre il rischio di nuove forme di istituzionalizzazione, prevedono altresì modalità operative che assicurino:

- il costante coinvolgimento degli Uffici Esecuzione Penale Esterna territorialmente competenti;
- la definizione delle modalità e procedure di collaborazione interistituzionale per la contemporanea gestione sia del percorso terapeutico-riabilitativo individuale interno alla struttura, che di quello di reinserimento esterno;
- la predisposizione e l'invio all'Autorità Giudiziaria competente - nonché, nel rispetto del decreto legislativo 30 giugno 2003 n. 196, anche al Ministero della Salute - dei progetti terapeutico-riabilitativi individuali finalizzati all'adozione di soluzioni diverse dalla REMS (per tutte le persone ed entro 45 giorni dal loro ingresso) da parte del Servizio delle predette strutture, con il concorso dell'Azienda Sanitaria competente per la presa in carico territoriale esterna e dell'Ufficio Esecuzione Penale Esterna, come già previsto per tutti i presenti in OPG alla data di entrata in vigore della legge 30 maggio 2014, n. 81.

## **Art. 8**

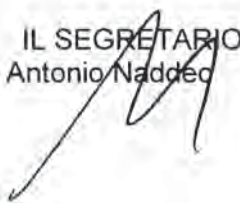
### **Monitoraggio**

Il presente Accordo è oggetto di monitoraggio semestrale da parte dell'Organismo di coordinamento di cui alla legge 30 maggio 2014, n. 81, nonché del Comitato paritetico

interistituzionale, ai sensi del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 1° aprile 2008 nonché della delibera della Conferenza Unificata Rep. Atti n. 81 del 31 luglio 2008.

Esso può essere modificato e integrato, anche alla luce degli esiti del monitoraggio di cui al presente articolo.

IL SEGRETARIO  
Antonio Naddeo



IL PRESIDENTE  
Angolino Alfano

