

Regione Lazio

Atti della Giunta Regionale e degli Assessori

Deliberazione 26 giugno 2025, n. 466

Approvazione del documento: "Organizzazione dei servizi sanitari in ambito penitenziario adulti".

OGGETTO: Approvazione del documento: “Organizzazione dei servizi sanitari in ambito penitenziario adulti”.

LA GIUNTA REGIONALE

SU PROPOSTA del Presidente

VISTI

- lo Statuto della Regione Lazio;
- la Legge Regionale 18 febbraio 2002, n. 6 “*Disciplina del sistema organizzativo della Giunta e del Consiglio e disposizioni relative alla dirigenza ed al personale regionale*” e s.m.i.;
- il Regolamento Regionale del 6 settembre 2002, n. 1, “*Regolamento di organizzazione degli uffici e dei servizi della Giunta regionale*” e successive modifiche ed integrazioni;
- la Deliberazione di Giunta regionale del 24 aprile 2018 n. 203 concernente: “*Modifica al Regolamento regionale 6 settembre 2002, n. 1 “Regolamento di organizzazione degli uffici e dei servizi della Giunta regionale e successive modificazioni”*” che ha istituito la Direzione regionale Salute e Integrazione sociosanitaria;
- la Deliberazione della Giunta regionale n. 234 del 25 maggio 2023 con la quale è stato conferito l’incarico di Direttore della Direzione regionale “Salute e Integrazione sociosanitaria” al dott. Andrea Urbani;
- l’Atto di Organizzazione n. G 13499 del 13 ottobre 2023 con il quale è stato conferito l’incarico di Dirigente dell’Area Rete Integrata del Territorio della Direzione regionale Salute e Integrazione sociosanitaria, al dott. Marco Nuti;
- l’Atto di Organizzazione n. G01930 del 23 febbraio 2024 concernente: “*Riorganizzazione delle strutture della Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria - Recepimento delle Direttive del Direttore Generale*” e s.m.;

VISTI per quanto riguarda la disciplina statale e regionale in materia sanitaria:

- la Legge 27 dicembre 1978, n. 833 recante “*Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale*”;
- la legge 7 agosto 1990, n. 241 e s.m.i.;
- il Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 recante “*Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell’art. 1 della Legge 23 ottobre 1992, n. 421 e successive modificazioni*”;

VISTI per quanto riguarda le norme in materia di contabilità e di bilancio:

- il D.Lgs. 23 giugno 2011, n. 118 “*Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli enti locali e dei loro organismi, a norma degli articoli 1 e 2 della Legge 5.5.2009, n. 42*” e relativi principi applicativi, come modificato dal decreto legislativo 10 agosto 2014, n. 126;
- la Deliberazione della Giunta regionale 30 marzo 2012, n.129, avente ad oggetto “*Attuazione del D. Lgs. 23 giugno 2011, n. 118. Attivazione della gestione sanitaria accentrata presso la Regione Lazio*”;
- il Decreto del Commissario ad Acta, del 24 dicembre 2012, n. U00427, riguardante “*Definizione della perimetrazione del bilancio regionale attinente all’attività sanitaria e del piano dei conti da utilizzare per la contabilità della Gestione sanitaria accentrata della Regione Lazio e delle Aziende che rientrano nel perimetro di consolidamento del S.S.R., ai sensi del titolo II del Decreto Legislativo 118/2011*”;
- la legge regionale 12 agosto 2020, n. 11 recante: “*Legge di contabilità regionale*”;
- il regolamento regionale 9 novembre 2017, n. 26 “*Regolamento regionale di contabilità*”, che, ai sensi dell’articolo 56, comma 2, della l.r. n. 11/2020 e fino alla data di entrata in vigore del regolamento di contabilità di cui all’articolo 55 della citata l.r. n. 11/2020, continua ad applicarsi per quanto compatibile con le disposizioni di cui alla medesima l.r. n. 11/2020;
- la legge regionale 30 dicembre 2024, n. 22, recante: “*Legge di stabilità regionale 2025*”;
- la legge regionale 30 dicembre 2024, n. 23, recante: “*Bilancio di previsione finanziario della Regione Lazio 2025-2027*”;
- la deliberazione della Giunta regionale 30 dicembre 2024, n. 1172, concernente “*Bilancio di previsione finanziario della Regione Lazio 2025-2027. Approvazione del “Documento tecnico di*

accompagnamento', ripartito in titoli, tipologie e categorie per le entrate e in missioni, programmi, titoli e macroaggregati per le spese";

- la deliberazione della Giunta regionale 30 dicembre 2024, n. 1173, concernente: *"Bilancio di previsione finanziario della Regione Lazio 2025-2027. Approvazione del 'Bilancio finanziario gestionale', ripartito in capitoli di entrata e di spesa e assegnazione delle risorse finanziarie ai dirigenti titolari dei centri di responsabilità amministrativa";*
- la deliberazione della Giunta regionale n. 1176 del 30 dicembre 2024 avente ad oggetto: *"Ricognizione nell'ambito del bilancio regionale delle entrate e delle uscite relative al finanziamento del servizio sanitario regionale, ai sensi dell'art. 20, comma 1, del D. Lgs n. 118 del 23 giugno 2011 e s.m.i. - Perimetro Sanitario - Esercizio Finanziario 2024";*
- la Deliberazione della Giunta Regionale 23 gennaio 2025, n. 28, concernente: *"Indirizzi per la gestione del bilancio regionale 2025-2027 e approvazione del bilancio reticolare, ai sensi degli articoli 30, 31 e 32, della legge regionale 12 agosto 2020, n. 11";*

VISTA la Deliberazione del Consiglio dei Ministri 5 marzo 2020, con cui è stato disposto, tra l'altro, di approvare il Piano di Rientro della Regione Lazio adottato dal Commissario ad acta con la Deliberazione della Giunta regionale n. 12 del 21 gennaio 2020, avente ad oggetto: *"Presenza d'atto e recepimento del "Piano di rientro Piano di riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario Regionale 2019-2021 ai sensi e per gli effetti dell'art. 2, comma 88 della L. 191/2009, secondo periodo", adottato in via definitiva con il Decreto del Commissario ad acta n. U00018 del 20.01.2020 ai fini dell'uscita dal commissariamento;*

VISTO il DCA del 25 giugno 2020 n. U00081, concernente: *"Piano di riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario Regionale 2019-2021", nonché la successiva DGR 406 del 26 giugno 2020, avente ad oggetto "Presenza d'atto e recepimento del Piano di rientro denominato "Piano di riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario Regionale 2019-2021" adottato con il Decreto del Commissario ad acta n. 81 del 25 giugno 2020 ai fini dell'uscita dal commissariamento";*

VISTA la DGR n. 661 del 29 settembre 2020 recante: *"Attuazione delle azioni previste nel Piano di rientro denominato Piano di riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario Regionale 2019-2021 adottato con il DCA n. 81 del 25 giugno 2020 e recepito con la DGR n. 406 del 26 giugno 2020";*

CONSIDERATO che ad oggi è ancora in vigore il Piano di rientro sopra citato ed è in corso di adozione il *"Piano di riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario Regionale 2024-2026";*

VISTO l'art. 2, comma 283 della legge del 24 dicembre 2007, n. 244 (finanziaria 2008) che definisce il trasferimento delle funzioni sanitarie in materia di sanità penitenziaria dal Ministero della Giustizia al Servizio Sanitario Nazionale e s.m.i.;

VISTA la seguente normativa nazionale in materia di medicina penitenziaria:

- il D.lgs. 230/99 che all'art. 1 sancisce che *"I detenuti e internati 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 uniformi di assistenza individuati nel Piano sanitario nazionale, nei piani sanitari regionali e locali";* all'articolo 2, definisce il quadro di riferimento per le azioni da attuare, stabilendo in particolare che: *a. 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; b. all'erogazione delle prestazioni sanitarie provvede l'Azienda sanitaria locale;* - all'articolo 3, prevede che le Regioni esercitino le competenze in ordine alle funzioni di organizzazione e programmazione dei servizi sanitari regionali negli istituti penitenziari e il controllo sul funzionamento dei medesimi e affida alle Aziende sanitarie locali la gestione e il controllo dei servizi sanitari negli istituti penitenziari;
- il D.P.R. 30 giugno 2000, n. 230 che all'art. 17, comma 1, prevede il *"Regolamento recante norme sull'ordinamento penitenziario e sulle misure privative e limitative della libertà"*, a norma del quale i detenuti e gli internati usufruiscono dell'assistenza sanitaria secondo le disposizioni della vigente normativa;

- il D.P.C.M. 1° aprile 2008 (pubblicato sulla G.U. del 3/5/2008) 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*” e in particolare l’All. C concernente “*Linee di indirizzo per gli interventi negli ospedali psichiatrici (O.P.G.) e nelle case di cura e custodia*” e la DGR del 4/7/2008, n. 470 per la “*Presca d’atto del D.P.C.M. 1 aprile 2008*”;
- la C.U. n. 3 del 22/1/2015 recante “*Linee guida in materia di modalità di erogazione dell’assistenza sanitaria negli Istituti Penitenziari per adulti; implementazione delle reti sanitarie regionali e nazionali*”, recepita con DGR del Lazio n.375 del 28/07/2015;

VISTA la Legge n.81 del 30/5/2014 che dispone la chiusura definitiva degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari al 31/3/2015;

VISTO il D.P.C.M. 29 novembre 2001 che definisce i Livelli Essenziali di Assistenza, e s.m.i.;

VISTO il D.P.C.M. 12 gennaio 2017 avente per oggetto: “*Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all’articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502*”;

CONSIDERATO che ai fini dell’erogazione delle prestazioni sanitarie in ambito penitenziario, le AA.SS.LL. regionali devono pertanto far riferimento ai Livelli Essenziali di Assistenza previsti per le persone non private della libertà personale, alla disciplina di riforma della medicina penitenziaria di cui al D.lgs. n. 230/1999 e al D.P.C.M. 1° aprile 2008, alle disposizioni in tema di salute recate dall’Ordinamento Penitenziario (L.n. 354/1975) e dal suo Regolamento di esecuzione (D.P.R. n. 230/2000), nonché alla restante normativa secondaria, con prioritario riferimento agli Accordi ed alle Intese della Conferenza Stato-Regioni e Unificata;

PREMESSO che

a) il Decreto Legislativo 2 ottobre 2018, n. 123, di riforma dell’ Ordinamento Penitenziario ha modificato le norme in tema di assistenza sanitaria, in particolare adeguando l’art. 11 (“*Servizio sanitario*”) alla disciplina di riforma della medicina penitenziaria e disponendo tra l’altro, che “*Il servizio sanitario nazionale opera negli istituti penitenziari e negli istituti penali per minorenni nel rispetto della disciplina sul riordino della medicina penitenziaria*” (comma 1); “*Garantisce a ogni istituto un Servizio sanitario rispondente alle esigenze profilattiche e di cura della salute dei detenuti e degli internati*” (comma 2); “*(...) Durante la permanenza nell’istituto, l’assistenza sanitaria è prestata con periodici riscontri, effettuati con cadenza allineata ai bisogni di salute del detenuto, e si uniforma ai principi di metodo proattivo, di globalità dell’intervento sulle cause di pregiudizio della salute, di unitarietà dei servizi e delle prestazioni, d’integrazione dell’assistenza sociale e sanitaria e di garanzia della continuità terapeutica*” (comma 7); “*Il medico del servizio sanitario garantisce quotidianamente la visita dei detenuti ammalati e di quelli che ne fanno richiesta quando risulta necessaria in base a criteri di appropriatezza clinica*” e “*L’Amministrazione penitenziaria assicura il completo espletamento delle attività sanitarie senza limiti orari che ne impediscono l’effettuazione*” (comma 8);

b) alcune disposizioni in tema di assistenza sanitaria del Regolamento di esecuzione della L. 354/1975, di cui al D.P.R. n. 230/2000, con riferimento agli art. 111 (“*Ospedali psichiatrici giudiziari, case di cura e custodia, istituti e sezioni speciali per infermi e minorati fisici e psichici*”) e 112, comma 2, (“*Accertamento delle infermità psichiche*”), non sono più vigenti - in ragione della decadenza degli art. 17, 18, 19 e 20 prevista dall’art. 20 dello stesso D.P.R. - a partire dal completamento dell’attuazione della riforma della medicina penitenziaria, in conseguenza della definitiva chiusura degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari disposta con Legge 30 maggio 2014, n. 81 ed in coerenza con i contenuti della Sentenza della Corte Costituzionale n. 99/2019;

RICHIAMATE le seguenti leggi regionali:

- 6 ottobre 2003, n.31 “*Istituzione del Garante delle persone sottoposte a misure restrittive della libertà personale*”;
- 8 giugno 2007, n. 7 “*Interventi a sostegno dei diritti della popolazione detenuta*” e in particolare l’art. 1 secondo il quale la Regione, in attuazione dell’articolo 27 della Costituzione e in riferimento alle Regole Penitenziarie Europee approvate nel gennaio 2006 e alle altre norme di diritto internazionale: a) detta norme per rendere effettivo il godimento dei diritti umani dei cittadini in stato di detenzione, nel rispetto della legge 26 luglio 1975 n. 354 (Norme sull’ordinamento penitenziario e sulla esecuzione

delle misure privative e limitative della libertà) e successive modifiche; b) adotta, in collaborazione con l'amministrazione penitenziaria, misure di carattere sanitario, sociale e istituzionale idonee a garantire i diritti delle persone in esecuzione penale prevedendo, in armonia con la legge 8 novembre 2000 n. 328 (Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali) e successive modifiche, conformemente ai provvedimenti adottati dallo Stato in attuazione dell'articolo 117, comma 2, lettera m) della Costituzione;

VISTA la DGR. n. 230 del 7 aprile 2009 *“Approvazione del “Manuale operativo per i professionisti dei Servizi per le Tossicodipendenze (SER.T.) addetti all’assistenza sanitaria ai detenuti tossicodipendenti”*;

VISTA la DGR n. 137 del 13 marzo 2009 con la quale è stato istituito l'Osservatorio Regionale permanente sulla Sanità penitenziaria della Regione Lazio;

VISTA la DGR n. 237 del 22 maggio 2018 *“Istituzione dell'Osservatorio permanente sulla Sanità Penitenziaria. DPCM 1/4/08 concernente "Modalità e criteri per il trasferimento al Servizio Sanitario Nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e dei beni strumentali in materia di sanità penitenziaria". Modifica della DGR. n.137 del 13 marzo 2009;*

VISTO il DCA U00563/2017 Approvazione del documento recante *“Assistenza per la Tutela della Salute Mentale adulti in ambito penitenziario. Conferenza Unificata n.3 del 22 gennaio 2015”*;

VISTA la D.G.R n.129 del 16 marzo 2021 di approvazione del documento recante: *“La Rete dei servizi e delle strutture dell'area sanitaria penitenziaria per adulti della Regione Lazio. Conferenza Unificata n. 3 del 22 gennaio 2015”*;

TENUTO CONTO che la popolazione detenuta è rappresentata da un'utenza complessa e con specifici bisogni di salute e che è normato il principio secondo il quale la rete dei servizi sanitari penitenziari deve essere adeguata al modello di assistenza sanitaria territoriale previsto per i cittadini liberi;

TENUTO CONTO altresì che ogni ASL, sul cui territorio insiste uno o più Istituti Penitenziari, deve garantire una organizzazione dedicata, per assicurare la completa presa in carico del paziente detenuto e che le strutture organizzative individuate per l'assistenza sanitaria penitenziaria devono gestire tutte le prestazioni e le funzioni relative all'assistenza sanitaria di base, alla continuità assistenziale, all'assistenza medica specialistica ed all'assistenza infermieristica; che nell'ambito del Distretto deve essere garantita la piena collaborazione tra le strutture che assicurano le cure primarie e quelle che erogano assistenza sanitaria alla popolazione detenuta e che collaborano con le strutture organizzative afferenti all'area delle dipendenze, della salute mentale e dei reparti ospedalieri detenuti (Viterbo e Pertini) che svolgono autonomamente le proprie funzioni assistenziali dipendendo dai rispettivi Dipartimenti/Servizi; che la diagnosi ed il trattamento dei pazienti con disagio e patologie psichiche in ambito detentivo rientra tra i compiti dei Dipartimenti di Salute Mentale che più in generale rappresentano il riferimento ed il garante clinico per la tutela della salute mentale;

VISTA la D.G.R. n. 976 del 28 dicembre 2023 *“Adozione del Piano di Programmazione dell'Assistenza Territoriale 2024-2026”* al capitolo 9.18 *“Sanità Penitenziaria”*, Obiettivo 1 *“Riorganizzazione e rimodulazione dei servizi sanitari erogati in carcere al fine di renderli adeguati ai complessi bisogni di salute che connotano la popolazione detenuta”* e che pertanto la rete regionale dei servizi di sanità penitenziaria del Lazio è inserita nel suddetto Piano;

ATTESO che nell'ambito dell'Osservatorio Regionale sulla Sanità penitenziaria, è stata condivisa la necessità di avviare una riorganizzazione del sistema dell'assistenza sanitaria negli istituti penitenziari come da obiettivo indicato nella D.G.R. n. 976/2023 sopra citata;

CONSIDERATO che lo scopo della riorganizzazione dei servizi sanitari in ambito penitenziario adulti è di esplicitare la conformità della rete regionale dei servizi di sanità penitenziaria del Lazio nell'ambito dell'assistenza territoriale, alle indicazioni dell'Accordo sancito in Conferenza Unificata n. 3 del 22/1/2015 (recepita con DGR del Lazio n.375 del 28/07/2015) sul documento *“Linee guida in materia di modalità di*

erogazione dell'assistenza sanitaria negli istituti penitenziari per adulti: implementazione delle reti sanitarie regionali e nazionali";

VISTO il documento "*Organizzazione dei servizi sanitari in ambito penitenziario adulti*", allegato, quale parte integrante e sostanziale del presente atto, elaborato dall'Osservatorio permanente regionale per la sanità penitenziaria, approvato all'unanimità nella seduta del 9 aprile 2025 e ampiamente condiviso da parte dei responsabili di medicina penitenziaria della Regione Lazio;

DATO ATTO che lo stesso Documento potrà essere integrato, attesa la rilevanza in ambito penitenziario, con ulteriori regolamentazioni e indicazioni circa gli interventi sanitari in tema di salute mentale e dipendenze patologiche in carcere, anche congiunti con l'Amministrazione Penitenziaria, attraverso specifiche linee guida da definirsi con il concorso, per quanto di competenza, del PUR (Punto Unico Regionale) (C.U. n.188/2022);

RITENUTO che il fabbisogno assunzionale di personale, determinato in attuazione del suindicato documento, dovrà in ogni caso essere in linea con i budget assunzionali autorizzati alle Aziende Sanitarie e nel rispetto dei vincoli di spesa per il personale previsti dalla normativa di cui all'articolo 2, comma 71, della legge 23 dicembre 2009, n. 191 e ss.mm.ii.;

RITENUTO pertanto necessario approvare il documento "*Organizzazione dei servizi sanitari in ambito penitenziario adulti*", allegato, quale parte integrante e sostanziale del presente atto comprensivo di appendici e modulistica;

DATO ATTO che il presente atto non comporta oneri a carico del bilancio regionale.

DELIBERA

Per le motivazioni in premessa riportate, che si intendono integralmente richiamate:

- di approvare il documento "*Organizzazione dei servizi sanitari in ambito penitenziario adulti*", allegato, quale parte integrante e sostanziale del presente atto comprensivo di appendici e modulistica.

La Direzione regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria provvederà a tutti gli adempimenti di competenza al fine di dare esecuzione al presente provvedimento, provvedendo altresì a darne la più ampia e capillare diffusione sul territorio.

Avverso il presente provvedimento è ammesso ricorso giurisdizionale innanzi al Tribunale Amministrativo Regionale del Lazio nel termine di giorni 60 (sessanta) dalla pubblicazione ovvero ricorso straordinario al Capo dello Stato entro il termine di giorni 120 (centoventi).

La presente deliberazione sarà pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione Lazio e sul sito istituzionale www.regione.lazio.it.

Organizzazione dei servizi sanitari in ambito penitenziario adulti

Area Rete Integrata del Territorio



REGIONE
LAZIO

Indice

I PARTE.....	1
1. Premessa: finalità del documento.....	1
2. Normativa.....	2
2.1 Riferimenti normativa nazionale.....	2
2.2 Riferimenti normativa regionale.....	4
3. Razionale.....	5
3.1 Epidemiologia.....	7
II PARTE.....	9
4. Il percorso assistenziale.....	9
4.1 Accoglienza.....	10
4.2 Valutazione, Diagnosi, Definizione Piano di Trattamento.....	15
4.3 Trattamenti e Monitoraggio (escluse sezioni specialistiche).....	16
4.4 Dimissioni.....	18
5. Attività di prevenzione.....	19
6. Documentazione clinica.....	20
III PARTE.....	21
7. Organizzazione dei livelli di assistenza sanitaria e di sezioni dedicate.....	21
7.1 Articolazioni per la Tutela della Salute Mentale e trattamenti intensificati per la salute mentale ..	24
7.3 Istituto Custodia Attenuata per il Trattamento dei Tossicodipendenti (I.C.A.T.T.).....	26
8. Organizzazione Servizio Assistenza Intensiva (S.A.I.).....	26
9. Organizzazione visite ambulatoriali esterne.....	27
10. Organizzazione di ricovero in strutture sanitarie esterne.....	28
10.1 Medicina protetta.....	28
10.2 Camere ospedaliere detentive.....	30
10.3 Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura (SPDC).....	30
11. Programmi ed interventi integrati tra Sanità - Amministrazione Penitenziaria.....	31
12. Gestione dei <i>sine titolo</i>	31
13. La Telemedicina.....	32
IV PARTE.....	33
14. Attuale offerta sanitaria.....	33
14.1. Servizi medicina di base e continuità assistenziale.....	33
14.2. Servizi assistenza specialistica.....	34
14.3 Servizi ambulatoriali per Dipendenze e Salute Mentale.....	34
14.4 Posti S.A.I.....	34
14.5 Posti A.T.S.M.....	35

14.6 Posti I.C.A.T.T.....	35
14.7 Posti Medicina Protetta.....	35
15. Attuale Dotazione Risorse Umane	35
V PARTE	37
16. Organizzazione regionale per livelli di complessità assistenziale	37
16.1 HUB.....	37
16.2 SPOKE.....	37
17. Fabbisogno di specialità, posti e personale	38

Appendici	
A	Visite sanitarie esterne
B	Quadro sinottico su Piani Locali di Prevenzione del Rischio Suicidario
C	Azione di screening per rischio: Disturbo Mentale (DM), Disturbo Uso da Sostanze (DUS) e Rischio Suicidario (RS) (tratto da DCA 563)
D	Medicina di genere
E	Procedura ammissione al Servizio Assistenza Intensiva (S.A.I.)
F	Procedura per accesso al Servizio Assistenza Intensiva (S.A.I.) di pazienti provenienti da altri II.PP. per prestazioni chirurgiche ambulatoriali - Accorpamento di Prestazioni Ambulatoriali - APA
G	Misure alternative alla detenzione
H	Malattie Infettive
I	Disabilità
L	Senescenza
M	Procedura richiesta ricovero presso UU.OO.CC. Medicina protetta

Modulistica	
N	Richiesta ammissione Servizio Assistenza Intensiva – S.A.I.
O	Consenso informato ammissione Servizio Assistenza Intensiva – S.A.I.
P	Scheda dimissione Servizio Assistenza Intensiva – S.A.I.
Q	Screening medico in ingresso per rischio Disturbo Mentale - DM, Disturbo Uso da Sostanze – DUS e Rischio Suicidario – RS (tratto da DCA 563)
R	Richiesta ricovero medicina protetta
S	Consenso ricovero medicina protetta
T	Richiesta ricovero Accorpamento di Prestazioni Ambulatoriali - APA

Allegati	
1	Estratto sul percorso assistenziale da DGR 230/2009: Manuale per assistenza a detenuti tossicodipendenti
2	Estratto sul percorso assistenziale da DCA 563/2017: PDTA Salute Mentale in carcere

GLOSSARIO

A.G.	Autorità Giudiziaria
A.P.A.	Accorpamento di Prestazioni Ambulatoriali
A.S.L. o AA.SS.LL.	Azienda Sanitaria Locale o Aziende Sanitarie Locali
A.S.U.R.	Anagrafe Sanitaria Unica Regionale
C.C.	Casa Circondariale
C.O.A.	Centrale Operativa Aziendale
C.O.D.	Co-Occuring Disorder
C.R.	Casa di Reclusione
C.S.M.	Centro Salute Mentale
D.A.P.	Dipartimento Amministrazione Penitenziaria
D.C.	Diario Clinico
D.E.C.	Disturbi Emotivi Comuni
D.E.P.	Dipartimento di Epidemiologia
D.G.A.	Disturbo Gioco d'Azzardo
D.H.	Day Hospital
D.M.	Disturbo Mentale
D.U.A.	Disturbo da Uso di Alcol
D.U.S.	Disturbo da Uso di Sostanze
E.N.I.	Europeo Non Iscritto
F.U.T.	Foglio Unico Terapia
I.C.A.T.T.	Istituto Custodia Attenuata per il Trattamento dei Tossicodipendenti
I.P. o I.I.P.P.	Istituto Penitenziario o Istituti Penitenziari
I.S.T.	Infezioni Sessualmente Trasmissibili
L.A.I.	Long Acting Injectable
L.E.A.	Livelli Essenziali di Assistenza
M.A.D.	Misura Alternativa alla Detenzione
M.C.N.T.	Malattie Croniche non Trasmissibili
M.S.T.	Malattie Sessualmente Trasmissibili
N.T.P.	Nucleo Traduzioni Polizia Penitenziaria
O.M.S.	Organizzazione Mondiale Sanità
O.P.	Ordinamento Penitenziario
O.P.G.	Ospedale Psichiatrico Giudiziario
P.A.	Pressione Arteriosa
F.C.	Frequenza Cardiaca
P.A.N.S.M.	Piano di Azione Nazionale Salute Mentale
P.R.A.P.	Provveditorato Regionale Amministrazione Penitenziaria
P.T.I.	Progetto Terapeutico Individuale
PR.I.S.	Progetto Individuale di Salute
P.R.P.	Piano Regionale Prevenzione
P.U.R.	Punto Unico Regionale
R.E.M.S.	Residenza per la Misura di Sicurezza
R.S.	Rischio Suicidario
S.A.I.	Sezione Assistenza Intensiva
S.D.O.	Scheda Dimissione Ospedaliera
S.F.D.	Senza Fissa Dimora
S.I.N.D.	Sistema Informativo Nazionale per le Dipendenze
S.I.R.D.	Sistema Informativo Regionale Dipendenze
S.I.S.P.	Servizio Igiene Sanità Pubblica

S.N.P.A.	Sistema Nazionale Protezione Ambiente
S.P.D.C.	Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura
S.S.N.	Sistema Sanitario Nazionale
S.S.R.	Sistema Sanitario Regionale
S.T.P.	Stranieri Temporaneamente Presenti
SER.D	Servizio Dipendenze
TE.R.P.	Terapista Riabilitazione Psichiatrica
U.O.	Unità Operativa

I PARTE

1. Premessa: finalità del documento

Il presente documento è il risultato del lavoro congiunto delle istituzioni sanitarie, penitenziarie e giudiziarie che compongono l'Osservatorio di Sanità Penitenziaria del Lazio e definisce la programmazione regionale dei Servizi di "sanità penitenziaria" (d'ora in poi "salute in carcere") partendo dalla definizione dei percorsi diagnostici terapeutici specificatamente dedicati alla popolazione detenuta (Livelli Essenziali di Assistenza).

Si intende precisare che la DGR n. 129/2019 "*La Rete dei servizi e delle strutture dell'area sanitaria penitenziaria per adulti della Regione Lazio. Conferenza Unificata n. 3 del 22 gennaio 2015*" rappresenta il riferimento vincolante per tutte le ASL del Lazio con Istituto Penitenziario così come sono confermate tutte le competenze proprie del Coordinamento della rete regionale di sanità penitenziaria previste dall'Accordo sancito dalla Conferenza Unificata n. 3/2015 e attuate con la Determinazione Dirigenziale regionale n. G15139/2017.

La Rete dei servizi che si interfaccia direttamente ed indirettamente sui temi di salute in carcere per adulti è rappresentata dalle seguenti Amministrazioni:

- Amministrazione centrale: Ministero della Salute;
- Amministrazione regionale centrale: Direzione regionale Salute ed Integrazione Sociosanitaria, Garante regionale per le persone private della libertà personale;
- Amministrazione sanitaria: Aziende Sanitarie Locali, Aziende Ospedaliere, Dipartimento regionale di Epidemiologia, Enti Privati Accreditati;
- Amministrazione Penitenziaria: DAP, PRAP Lazio Abruzzo Molise, Istituti Penitenziari;
- Autorità Giudiziaria: Corte d'Appello, Tribunale Ordinario, Tribunale di Sorveglianza, Procura Generale, e le Procure della Repubblica

Il presente documento:

- risponde a quanto indicato nei punti 9.18 (Sanità penitenziaria) e 9.19 (Salute Mentale negli istituti Penitenziari) del Piano di programmazione dell'assistenza territoriale 2024-2026 della Regione Lazio recepito con DGR.n.976/2023 (B.U.R. n.2 del 4/1/2024), con riferimento alla definizione degli standard minimi di offerta sanitaria e del fabbisogno di posti in Articolazione per la Tutela della Salute Mentale;
- costituisce strumento di supporto alle singole ASL nel cui territorio sia presente uno o più Istituti Penitenziari, per definire la programmazione, l'organizzazione e il monitoraggio degli standard minimi di offerta sanitaria in merito a: 1) assistenza di medicina di base e continuità assistenziale; 2) assistenza specialistica; 3) servizio di accoglienza; 4) interventi di prevenzione con particolare attenzione alle popolazioni vulnerabili; 5) assistenza per la tutela della salute mentale e per i disturbi correlati a sostanze ed addiction; 6) screening; 7) accertamento delle infermità fisiche.

In Italia, il Lazio è la quarta regione per numero di detenuti (preceduta da Lombardia, Campania e Sicilia) con un tasso nettamente superiore al 100% della capienza degli Istituti Penitenziari. Nello specifico, i posti di capienza regolamentare sono 5.281, determinando un tasso di sovraffollamento pari a 130%, (121% a livello nazionale) con un massimo a C.C. Regina Coeli del 184%.

Nella regione Lazio sono presenti 14 Istituti Penitenziari, costituiti da 3 Case di Reclusione, 11 Case Circondariali, di cui una femminile, che ospitano un totale di 6.879 detenuti (dati al 31 agosto 2024), di cui il 37% stranieri (32%

a livello nazionale) e con punte superiori al 50% negli Istituti di Regina Coeli e di Rieti. La tabella riportata di seguito, indica la distribuzione del numero dei detenuti per Istituto Penitenziario, in considerazione della capienza regolamentare.

Tab. 1

ASL	Istituto	Tipo istituto	Capienza Regolamentare	Detenuti		di cui stranieri
				totale	donne	
FR	CASSINO -	CC	200	220		73
FR	FROSINONE "G. PAGLIEI"	CC	513	634		246
FR	PALIANO -	CR	156	62	4	5
LT	LATINA -	CC	77	128	36	32
RI	RIETI "N.C."	CC	295	504		278
RM	CIVITAVECCHIA "G. PASSERINI"	CR	144	72		14
RM	CIVITAVECCHIA "N.C."	CC	357	539	43	264
RM	ROMA "G. STEFANINI" REBIBBIA FEMMINILE	CCF	272	360	360	124
RM	ROMA "R. CINOTTI" REBIBBIA N.C.1	CC	1.170	1.583		496
RM	ROMA "REBIBBIA TERZA CASA"	CC	172	87		17
RM	ROMA "REBIBBIA"	CR	445	293		33
RM	ROMA "REGINA COELI"	CC	628	1.157		595
RM	VELLETRI -	CC	412	556		165
VT	VITERBO "N. IZZO"	CC	440	684		267
TOTALE REGIONALE			5.281	6.879	443	2.609
TOTALE NAZIONALE			50.911	61.758	2.686	19.507

2. Normativa

La Rete delle strutture e dei servizi per la tutela della salute in area penitenziaria è particolarmente complessa in relazione alle diverse Amministrazioni che interagiscono, alla cospicua normativa emanata in materia e in continua evoluzione, alle caratteristiche quali-quantitative degli Istituti Penitenziari presenti sul territorio della regione Lazio e ai quadri epidemiologici della popolazione detenuta.

L'attribuzione delle funzioni di assistenza sanitaria al SSR è direttamente inscritta nel dettato costituzionale (art. 32) e ripresa dal DL 230/99 con le successive indicazioni operative del transito delle risorse e delle funzioni di assistenza sanitaria dal Ministero di Giustizia al Sistema Sanitario regionale (DPCM 1/4/2008).

Ai sensi della richiamata normativa, competono:

- al Ministero della Salute, la programmazione, l'indirizzo e il coordinamento del Servizio sanitario nazionale negli istituti penitenziari;
- alla Regione, l'organizzazione e la programmazione dei servizi sanitari regionali negli istituti penitenziari e il controllo sul funzionamento dei servizi medesimi;
- alle Aziende Sanitarie Locali, la gestione e il controllo dei servizi sanitari negli istituti penitenziari;
- all'Amministrazione penitenziaria, l'obbligo di segnalare alle Aziende unità sanitarie locali e, ai fini dell'esercizio dei poteri sostitutivi, alle Regioni e al Ministero della Salute, la mancata osservanza delle disposizioni del decreto legislativo 22 giugno 1999, n. 230 e dell'art. 11 della legge n. 354 del 1975 e successive modificazioni.

2.1 Riferimenti normativa nazionale

- Legge n. 354/5 e s.m. - *Ordinamento penitenziario* (Gazzetta Ufficiale, Serie Generale del 26/4/2018 Suppl. Ordinario n. 50);
- Decreto Legislativo 22 giugno 1999 n° 230 – *Riordino della medicina penitenziaria, a norma dell'art. 5 della L. 30.11.2998, n. 419;*

- D.P.R. 30/6/2000, n. 230, “*Regolamento recante norme sull’ordinamento penitenziario e sulle misure privative e limitative della libertà*”;
- Decreto Legislativo 22 dicembre 2000 n. 433 – Disposizioni correttive del D.Lvo 22 giugno 1999 recante il Riordino della medicina penitenziaria, a norma dell’art. 5 della L. 30.11.1998, n. 419;
- D.P.C.M. 1° aprile 2008 - Modalità e i 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;
- Conferenza Unificata n.81 del 31 luglio 2008 – *Costituzione di tavoli tecnici di lavoro in attuazione del DPCM 1° aprile 2008*;
- Conferenza Unificata del 20 novembre 2008 - *Accordo concernente la definizione delle forme di collaborazione relative alle funzioni della sicurezza ed i principi ed i criteri di collaborazione tra l’ordinamento sanitario e l’ordinamento penitenziario e della giustizia minorile in attuazione dell’art. 7 del DPCM 1° aprile 2008*;
- Conferenza Unificata del 29 aprile 2009 – Approvazione ai sensi dell’art. 4, c. 2 del DPCM 1° aprile 2008 dello schema di convenzione tipo per l’utilizzo da parte delle Aziende Sanitarie Locali nel cui territorio sono ubicati gli istituti e i servizi penitenziari di riferimento dei locali adibiti alle funzioni sanitarie;
- Conferenza Unificata n. 81 del 26/11/2009 “*Accordo, ai sensi dell’art.9 del Decreto Legislativo 1997, n.281, sul documento proposto dal Tavolo di consultazione permanente sulla sanità penitenziaria recante: Strutture Sanitarie nell’ambito del sistema penitenziario italiano*”;
- Conferenza Unificata del 8 luglio 2010 - *Accordo sul documento proposto dal Tavolo di consultazione permanente sulla sanità penitenziaria recante "Monitorare l’attuazione del DPCM 1° aprile 2008 concernente le modalità ed i 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"*;
- la Conferenza Unificata n.95 del 13/10/2011 che ha sancito l’Accordo sul documento recante “*Integrazioni agli indirizzi di carattere prioritario sugli interventi negli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG) e le Case di Cura e Custodia (CCC) di cui Allegato C al DPCM 1° Aprile 2008*”;
- C.U. n. 5 del 12/1/2012, recante “*Linee di indirizzo per la riduzione del rischio autolesivo e suicidario dei detenuti, degli internati e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale*”;
- Conferenza Unificata n.3 del 22 gennaio 2015 - *Accordo, ai sensi dell’articolo 9, comma 2, lett. c) del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, sul documento "Linee guida in materia di modalità di erogazione dell’assistenza sanitaria negli Istituti penitenziari per adulti; implementazione delle reti sanitarie regionali e nazionali"*;
- Conferenza Unificata n. 81 del 27/7/2017 “*Accordo ai sensi dell’art. 9 del D.lgs 28/8/1997, n. 281 sul documento recante "Piano Nazionale per la prevenzione delle condotte suicidarie nel sistema penitenziario per adulti"*;
- D.L. 31 marzo 2014, n. 52, “*Disposizioni urgenti in materia di superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari*” convertito, con modificazioni, dalla Legge 30 maggio 2014 n. 81, che ha disposto significative innovazioni in materia di misure di sicurezza, esplicitamente finalizzate a evitare il ricorso all’applicazione delle misure dell’Ospedale Psichiatrico Giudiziario (di seguito O.P.G.) e delle Case di Cura e Custodia (C.C.C.), affinché le misure di sicurezza siano eseguite esclusivamente all’interno delle strutture sanitarie denominate Residenze per l’Esecuzione delle Misure di Sicurezza, fermo restando che le persone socialmente pericolose debbano essere prese in carico sul territorio dai Dipartimenti di Salute Mentale (D.S.M.) e che il ricorso alla R.E.M.S. rappresenti l’*extrema ratio*;

- D.L. 2 ottobre 2018, n. 123, “*Riforma dell'ordinamento penitenziario (...)*”.

2.2 Riferimenti normativa regionale

- Legge Regionale 6/10/2003, n. 31, “*Istituzione del Garante delle persone sottoposte a misure restrittive della libertà personale*”;
- la Legge Regionale 8/6/2007, n. 7, “*Interventi a sostegno dei diritti della popolazione detenuta*”;
- la DGR 137/2009 con la quale fu istituito l'Osservatorio Regionale permanente sulla Sanità penitenziaria della regione Lazio modificata con DGR 237 del 22/5/2018;
- DGR n. 230/2009 “*Approvazione del “Manuale operativo per i professionisti dei Servizi per le Tossicodipendenze (SER.T.) addetti all'assistenza sanitaria ai detenuti tossicodipendenti*”;
- DGR n.277/2012 “*DPCM 1/4/2008. Attuazione dell'Accordo in C.U. recante “Integrazioni agli indirizzi di carattere prioritario sugli interventi negli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG) e le Case di Cura e Custodia (CCC) del 13 ottobre 2011, recepito con DGR n.4 del 13/01/2012. Approvazione schema di Accordo di Programma tra la Regione Lazio - Assessorato alla Salute e il Ministero di Giustizia - DAP Provveditorato Regionale del Lazio per l'applicazione dell'Allegato A del suddetto accordo. (All.1)*”;
- Determinazione n. B01258/2013 *Attuazione dell'art. 4 comma 2 del DPCM 1/4/2008 “Linee guida essenziali per la gestione dei locali ad uso sanitario nelle strutture penitenziarie della regione Lazio*”;
- DCA n. U0096/2013 contenente l'approvazione sia del documento sul fabbisogno di strutture sanitarie residenziali terapeutiche alternative all'OPG che del documento sul fabbisogno di personale di strutture sanitarie residenziali terapeutiche alternative all'OPG”;
- DCA n. U00233/2014 e s.m.i. contenente il programma assistenziale regionale per il superamento degli OPG, comprensivo delle richieste di assunzione in deroga di personale per le REMS;
- DCA U00026 del 23 gennaio 2015. “*Recepimento dell'Accordo n. 5/CU del 19 gennaio e approvazione del documento regionale: "Programma operativo di prevenzione del rischio autolesivo e suicidario dei detenuti, degli internati e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale nella Regione Lazio"*”;
- DCA n. U00188/2015 relativamente ai processi organizzativi e gestionali delle Strutture Residenziali e Semiresidenziali Psichiatriche;
- Determinazione n. G11442/2015 “*Definizione di un percorso assistenziale integrato per la presa in carico e la cura dei detenuti tossicodipendenti degli istituti penitenziari della Regione Lazio*”;
- DGR n. 642/2017 e s.m.i., contenente il protocollo di intesa per l'esecuzione delle misure di sicurezza applicate in via definitiva o provvisoria nei confronti di soggetti affetti da vizio parziale o totale di mente, tra la Regione Lazio e il Ministero di Giustizia;
- Determinazione n. G15139/2017 “*C.U. n. 3 del 22/1/2015. Nomina del medico coordinatore della rete regionale penitenziaria per l'appropriatezza dei trasferimenti dei detenuti per motivi di salute*”;
- DCA U00563/2017 Approvazione del documento recante “*Assistenza per la Tutela della Salute Mentale adulti in ambito penitenziario. Conferenza Unificata n.3 del 22/1/2015*”;
- DGR n.129/2021 “*Approvazione del documento recante: La Rete dei servizi e delle strutture dell'area sanitaria penitenziaria per adulti della Regione Lazio. Conferenza Unificata n. 3 del 22 gennaio 2015*”;
- DGR n.865/2022 avente per oggetto: “*Recepimento dell'Intesa n. 58/CSR del 28 aprile 2022, ai sensi dell'allegato sub A, lettera o) dell'Intesa 4 agosto 2021 - Rep. Atti n. 153/CSR -, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento “Linee di indirizzo per la realizzazione dei progetti regionali volti al rafforzamento dei Dipartimenti di Salute Mentale Pagina 7/9 Atto n. G00818 del 25/01/2024 regionali”. Assegnazione alle*

Aziende del Servizio Sanitario Regionale delle risorse stanziato, pari a 6.516.874,00 euro, per il rafforzamento dei Dipartimenti di Salute Mentale;

- DGR n.976 del 23/2023 - “Adozione del Piano di programmazione dell’Assistenza Territoriale 2024-2026”.

3. Razionale

L’Organizzazione Mondiale della Sanità ha indicato i due requisiti necessari per garantire efficienza ed efficacia dell’assistenza sanitaria all’interno degli Istituti penitenziari¹: 1) la totale indipendenza dei servizi sanitari dall’Amministrazione penitenziaria nella piena uguaglianza dei diritti tra detenuti e i cittadini liberi; 2) un sistema di monitoraggio e valutazione dei bisogni di salute dei detenuti e della performance dei servizi sanitari erogati.

Per il primo requisito, sebbene in Italia la legislazione sulla tutela della salute dei detenuti sia stata una delle materie più controverse fin dall’istituzione dell’Ordinamento Penitenziario e spesso oggetto di acceso dibattito, con l’entrata in vigore del DPCM 1° aprile 2008 e il passaggio della tutela della salute dei detenuti dal Ministero della Giustizia al Ministero della Salute, l’assistenza alla popolazione detenuta è diventata parte integrante della rete assistenziale delle Regioni ed è erogata dalle AA.SS.LL. al pari di quella erogata per i liberi cittadini.

Per quanto riguarda poi il monitoraggio e la valutazione dello stato di salute della popolazione detenuta, sempre l’O.M.S. (2019)² ha sviluppato una banca dati che raccoglie informazioni sulla salute della popolazione detenuta in Europa utilizzando alcuni indicatori per definire delle aree in cui sono necessari sforzi di prevenzione e trattamento, partendo da: le caratteristiche della popolazione carceraria; la mortalità dei detenuti; il sistema sanitario carcerario; l’ambiente carcerario e i fattori di rischio; lo screening delle malattie; la prevenzione delle malattie trasmissibili e non; il trattamento delle malattie trasmissibili e non. Tuttavia, i dati relativi alla popolazione detenuta in Italia riguardano solo alcune realtà mentre non vi è una compiuta partecipazione su scala nazionale, rendendo complessa la valutazione dello stato di salute e dei bisogni sanitari della popolazione detenuta. Relativamente alla valutazione della performance dei servizi sanitari offerti alla popolazione detenuta, sempre l’O.M.S. (2021) ha indicato i servizi che dovrebbero essere disponibili per la popolazione detenuta e ha suggerito una serie di indicatori per valutarne la performance, identificando nella disponibilità, accessibilità, accettabilità e qualità, i quattro principali aspetti da valutare nei servizi sanitari dedicati alla popolazione detenuta.

In Italia il primo requisito, sopra indicato, è stato assicurato con il completo transito delle funzioni e delle risorse dal Ministero di Giustizia al Ministero della Sanità dal 2008. L’assistenza sanitaria viene erogata all’interno dell’Istituto Penitenziario dalla ASL nel cui territorio insiste il singolo Istituto sia secondo le disposizioni della vigente disciplina normativa di riordino della medicina penitenziaria di cui al decreto legislativo 22 giugno 1999, n. 230 e dell’art. 11 della legge n. 354 del 1975 (s.m.i.) che sulla base delle prestazioni di diagnosi, cura e riabilitazione contenute nel Piano Sanitario Nazionale, nei Piani Sanitari Regionali e locali, tenendo conto dei 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.

I servizi sanitari presentano caratteristiche e potenzialità differenti anche a seconda delle dimensioni degli Istituti, del numero e della tipologia di detenuti, del turnover dei ristretti, della configurazione generale dell’ASL su cui insiste l’Istituto Penitenziario e sono soggetti alle modificazioni del contesto. In relazione alle caratteristiche della popolazione

¹ World Health Organization. Regional Office for Europe. (2003). Declaration on prison health as part of public health: adopted in Moscow on 24 October 2003. World Health Organization. Regional Office for Europe.

² World Health Organization (WHO), Regional Office: Europe. “Status report on prison health in the WHO European Region. WHO 2019”

detenuta e alle esigenze sanitarie di tale popolazione, la Regione definisce formalmente ed assicura operativamente all'interno del proprio territorio una rete di servizi sanitari penitenziari rispondenti ai bisogni socioassistenziali e alla complessità clinica della popolazione detenuta presente.

Le persone detenute o internate che invece necessitano di assistenza di tipo ospedaliero devono essere ricoverate presso idonee strutture ospedaliere, almeno fino alla stabilizzazione delle condizioni cliniche. A tale proposito ogni Regione deve garantire presso il proprio territorio stanze di degenza o reparti ospedalieri dedicati, con numero di posti letto adeguati alla popolazione detenuta presente, in attuazione del d.l. n. 187 del 14/06/1993³. Il ricovero in strutture ospedaliere di altre regioni è possibile solo nei casi di indisponibilità di posti di degenza nelle stanze o reparti, della propria regione o del territorio su cui insiste l'I.P. così come certificato dal Direttore Generale della competente Azienda sanitaria locale od ospedaliera, ovvero nei casi di necessità di prestazioni di particolare specializzazione o complessità, certificate dal Servizio sanitario dell'istituto (C.U. n.3/2025). Quando invece deve provvedersi con estrema urgenza al trasferimento di un detenuto o di un internato in luogo esterno di cura (previa certificazione del Servizio sanitario dell'Istituto Penitenziario) e non sia possibile ottenere con immediatezza la decisione della competente Autorità Giudiziaria, il direttore dell'Istituto Penitenziario provvede direttamente al trasferimento, dandone comunicazione, oltre che all'A.G., al DAP e al PRAP.

In ogni Istituto Penitenziario, inoltre, devono essere svolte con continuità le attività di protezione della salute, di informazione e di educazione sanitaria per l'attuazione di misure di prevenzione che rilevino, segnalino ed intervengano in merito alle situazioni che possono favorire lo sviluppo di forme patologiche, comprese quelle collegabili alle prolungate situazioni di inerzia e di riduzione del movimento e dell'attività fisica.

Sebbene nel corso della detenzione in carcere non sussistono incertezze circa la competenza dell'ASL nel cui territorio insiste un Istituto penitenziario per l'erogazione alle persone ristrette di tutte le prestazioni comprese nei LEA, permane la necessità di garantire alle stesse persone un preciso riferimento territoriale esterno all'Istituto ai fini del pieno esercizio di tutti i diritti personali, con particolare riferimento a quelli sociali e sanitari.

Tutte le persone ristrette sono iscritte al SSR e sono escluse dalla compartecipazione alla spesa sanitaria.

Si specificano i seguenti punti:

1. durante la detenzione in carcere, gli oneri sono a carico della ASL con competenza territoriale sull'Istituto Penitenziario, indipendentemente dalla residenza del paziente, sia a livello di gestione sanitaria del detenuto che sia per la copertura dei relativi costi di assistenza diretta;
2. se il detenuto residente in Regione Lazio accede a misura alternativa alla detenzione, presso una struttura sanitaria, gli oneri sono a carico:
 - della ASL di residenza del paziente, per strutture psichiatriche
 - della ASL in cui insiste in carcere, per strutture per tossico/alcoldipendenze (Ser.D. inviante)
 - in quota del 50% a ciascuna delle ASL di residenza e di competenza per Istituto, per strutture doppia diagnosi;

³ D.l. n.187/1993 Art. 7. Servizio sanitario.

1. In ciascun capoluogo di provincia negli ospedali generali sono riservati reparti destinati, in via prioritaria, al ricovero in luogo esterno di cura, ai sensi dell'art. 11 della legge 26 luglio 1975, n. 354, e dell'art. 17 del regolamento approvato con decreto del Presidente della Repubblica 29 aprile 1976, n. 431 e successive modificazioni, dei detenuti e degli internati per i quali la competente autorità abbia disposto il piantonamento. Nei capoluoghi in cui esistono più ospedali generali, detti reparti sono istituiti in quello dove vi è una divisione di malattie infettive [12].

2. Alle cure ed agli accertamenti diagnostici provvede la struttura ospedaliera, mentre alla sicurezza dei reparti ospedalieri destinati ai detenuti ed agli internati provvede l'Amministrazione penitenziaria, mediante il personale del Corpo di polizia penitenziaria.

3. se il detenuto non è residente in Regione Lazio e accede a misura alternativa alla detenzione presso una struttura sanitaria, gli oneri sono a carico della ASL di residenza del paziente, per tutte le tipologie di strutture (psichiatriche, dipendenze, riabilitative, RSA, ecc);
4. per i soggetti Senza Fissa Dimora (SFD) o stranieri con STP la competenza è attribuita in riferimento al luogo del reato. In tali casi, le ASL di competenza avranno responsabilità per la definizione di PTI esterno al carcere. Per inserimento in strutture per tossico/alcoldipendenze la competenza rimane in capo alla ASL in cui insiste il carcere (SerD inviante).

Si evidenzia, che l'intero percorso assistenziale deve seguire modelli clinici organizzativi di collaborazione/consulenza e deve necessariamente essere condiviso tra i servizi coinvolti (CSM interni al carcere e di competenza territoriale e Ser.D. invianti interni al carcere e Ser.D. di residenza).

La Regione, le Aziende Sanitarie Locali e gli Istituti Penitenziari uniformano le proprie azioni e concorrono responsabilmente alla realizzazione delle finalità descritte.

3.1 Epidemiologia

Le strutture penitenziarie racchiudono una popolazione di persone detenute od internate che fin dall'ingresso in carcere portano con sé il loro vissuto personale di disagio che realizza la concentrazione in un unico ambiente di malattie fisiche, psichiche e di devianza comportamentale, malattie e disturbi acuiti dalla "perdita di libertà" e dall'ambiente di vita che fa sì che la popolazione target si identifichi come *"una popolazione che si trova in una situazione contingente particolarmente limitativa e che presenta una elevata richiesta di bisogni di salute complessi"*.

È chiaro infatti che, già in partenza, la situazione di disagio vissuta in carcere non consente uno stato di completo benessere fisico, mentale, sociale (O.M.S.), ed il disagio è un elemento presente in tutte le persone detenute fin dall' inizio della detenzione, che accresce ancor più quando sono già presenti malattie od infermità. Nell'approccio corretto alla valutazione della persona detenuta, specie dal punto di vista assistenziale-sanitario e medico legale, non si può non tener conto di tali dinamiche.

Il trauma da carcerazione e le conseguenze di perdita affettiva, di promiscuità forzata, di mancanza di intimità, spesso di malattia, la convivenza in luoghi ad alta densità di patologie diffuse, rendono la persona ad alto rischio sia per quanto riguarda la salute fisica che quella mentale. Il fatto sostanziale, che distingue la posizione della persona reclusa rispetto a quella della persona libera, riguarda l'assenza di autodeterminazione: in carcere vi è l'impossibilità di scegliere il luogo di cura e spesso la necessità di attuare interventi di sorveglianza sanitaria, viene spesso percepita come azione "coattiva".

In particolare, si osserva un elevato tasso di patologie correlate alle pregresse esperienze di vita (extracomunitari, tossicodipendenti, sieropositivi per HIV, affetti da epatite cronica, TBC, portatori di disagio psichico) ma anche di patologie neoplastiche, cardiovascolari e metaboliche con prevalenze nettamente superiori alla popolazione libera^{4,5}.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità stima che il 32,8% della popolazione detenuta in 15 Paesi dell'Unione Europea soffra di disturbi mentali, di cui circa un terzo con patologia severa e cronica (schizofrenia, disturbo bipolare, autismo)⁶.

⁴ Addressing the non communicable disease (NCD) burden in prisons in the WHO European Region. W.H.O. Europe May 2022

⁵ ECDC European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction Public health guidance on prevention and control of blood-borne viruses in prison settings WW.ecdc.europa.eu 2018

⁶ Status Report in Prison Health in the WHO European Region 2022, World Health Organization, 2023

Diverse metanalisi, seppur con differenze attribuibili ai Paesi di riferimento degli studi⁷, convergono su una stima di 3-4% di patologia psicotica, 10-15% depressione maggiore, 9% disturbo da stress post traumatico, 20-30% disturbo da uso di alcool, 10-40% disturbo da uso di sostanze. Circa il 50% della popolazione con disturbo mentale presenta anche disturbo da uso sostanze.^{8, 9, 10}

Gli studi convergono che i Paesi che prevedono l'assistenza sanitaria pubblica nelle carceri, garantiscano la possibilità di intercettare una popolazione altrimenti sconosciuta e non trattata durante la libertà. Questo anche perché spesso, i soggetti che giungono nelle prigioni, vengono intercettati per la prima volta dai servizi sociosanitari, e ciò rappresenta una grande opportunità per il singolo ma anche per la collettività, di tentare un aggancio e proporre percorsi virtuosi a persone che altrimenti forse mai ne sarebbero venute a conoscenza. È proprio in questo range di popolazione più fragile, che ritroviamo soggetti con rischi più elevati di tentati e purtroppo anche riusciti, suicidi. Lo Stato e la società tutta, chiede un grosso impegno nella prevenzione di tale fenomeno, che deve essere chiaramente e fortemente condiviso da tutte le parti in causa, sanità e giustizia in primis e in co-gestione.

Il sistema informativo nazionale per la salute mentale non registrano ancora i dati relativi alla popolazione detenuta; tuttavia, alcune regioni, dotate di sistemi informativi dedicati confermano con le loro rilevazioni i dati epidemiologici internazionali. Il Sistema Informativo Nazionale per le Dipendenze (SIND) registra una presenza in carcere di circa il 30% di soggetti con disturbo da uso sostanze o alcool.

Nel Lazio, dal 1991 è stato istituito un sistema di sorveglianza per le persone in trattamento presso i SerD, inclusi quelli negli istituti penitenziari. Dal 2007, è stato poi implementato il Sistema Regionale per le Dipendenze (SIRD), con DGR 136/2007, che permette il monitoraggio dell'attività dei Servizi (analisi dei volumi, valutazioni epidemiologiche sulle caratteristiche dell'utenza e sui piani di trattamento), nonché l'adempimento al debito informativo regionale al SIND; nel flusso SIND confluiscono anche i soggetti in trattamento presso gli II.PP. regionali rispondenti al SIRD.

Va sottolineato inoltre, che i criteri della presa in carico variano fortemente tra le Regioni (tra coloro che accolgono soltanto persone con disturbo certificabile, a coloro che accolgono anche consumatori problematici per azioni di counseling e prevenzione dei rischi).

⁷ Gómez-Figueroa H., Armando Camino-Proaño A. (2022) Mental and behavioral disorders in the prison context, *Rev Esp Sanid Penit*, 2022 May-Aug;24(2):66-74. doi: 10.18176/resp.00052.

⁸ Fazel, S, Hayes A.J., Bartella K., Clerici M., Tratman R. (2016) *The mental health of prisoners: a review of prevalence, adverse outcome and intervention*, *Lancet Psychiatry*

⁹ Gergő Baranyi G., Schol C., Fazel S.e al. (2019) Severe mental illness and substance use disorders in prisoners in low-income and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis of prevalence studies, in *Lancet Glob Health*, 2019 Apr;7(4):e461-e471. doi: 10.1016/S2214-109X(18)30539-4

¹⁰ Favril, Fazel Mental and physical health morbidity among people in prisons: an umbrella review, March 2024, *The Lancet Public Health* 9(4):e250-e260, March 2024, 9(4):e250-e260, DOI:10.1016/S2468-2667(24)00023-9

II PARTE

4. Il percorso assistenziale

Il percorso assistenziale viene articolato e descritto per singole fasi, evidenziando per ognuna di esse le finalità, i destinatari e le azioni da garantire.

Per la definizione dell'intero processo si tiene conto di quanto stabilito dal D.Lgs. 123/2018, di riforma dell'Ordinamento penitenziario che, all'Art. 11, dispone quanto segue:

- comma 2: *“il Servizio Sanitario Nazionale garantisce ad ogni istituto un servizio sanitario rispondente alle esigenze profilattiche e di cura della salute dei detenuti e degli internati”*;
- comma 7: *“all'atto dell'ingresso nell'istituto il detenuto e l'internato sono sottoposti a visita medica generale e ricevono dal medico informazioni complete sul proprio stato di salute. Nella cartella clinica il medico annota immediatamente ogni informazione relativa a segni o indici che facciano apparire che la persona possa aver subito violenze o maltrattamenti e, fermo l'obbligo di referto, ne dà comunicazione al Direttore dell'Istituto e al Magistrato di sorveglianza. I detenuti e gli internati hanno diritto altresì di ricevere informazioni complete sul proprio stato di salute durante il periodo di detenzione e all'atto della rimessione in libertà. Durante la permanenza nell'istituto, l'assistenza sanitaria è prestata con periodici riscontri, effettuati con cadenza allineata ai bisogni di salute del detenuto, e si uniforma ai principi di metodo proattivo, di globalità dell'intervento sulle cause di pregiudizio della salute, di unitarietà dei servizi e delle prestazioni, d'integrazione dell'assistenza sociale e sanitaria e di garanzia della continuità terapeutica”*;
- comma 8: *“Il medico del servizio sanitario garantisce quotidianamente la visita dei detenuti ammalati e di quelli che ne fanno richiesta quando risulta necessaria in base a criteri di appropriatezza clinica. L'Amministrazione penitenziaria assicura il completo espletamento delle attività sanitarie senza limiti orari che ne impediscono l'effettuazione (...).*

Infine, secondo l'art.6 della C.U. n.3/2015“(...) A tal fine (le Aziende Sanitarie) dispongono che la propria organizzazione sia oggetto di attività di valutazione e di miglioramento della qualità (...). I servizi sanitari penitenziari adottano regolamenti coerenti con le linee guida di Società scientifiche, con indirizzi istituzionali o di gruppi di esperti per una buona pratica clinica nelle varie branche specialistiche. Gli aspetti più generali dell'assistenza (nuovo ingresso-presa in carico, protocolli operativi tra servizi medici e Sert e DSM, attività specialistica, ricoveri ospedalieri, gestione emergenza-urgenza) sono affrontati secondo metodologie operative standard, note e condivise ai vari livelli del SSN. I criteri di efficienza, efficacia, appropriatezza e i Piani diagnostici terapeutici applicati sono definiti in accordo con le ASL territorialmente competenti”.

Le valutazioni dello stato di salute e dei bisogni sanitari delle persone ristrette, nonché i consequenziali interventi di prevenzione, assistenza e riabilitazione sono garantiti, pertanto, fin dall'ingresso nell'Istituto Penitenziario. In questa prospettiva le attività sanitarie e quelle integrate con gli interventi penitenziari configurano le seguenti fasi:

- Accoglienza (ingresso in carcere)
- Valutazione e Diagnosi
- Trattamenti terapeutici e monitoraggio
- Dimissioni

Le azioni e gli interventi di seguito indicati potranno essere assolti in funzione delle risorse disponibili e della collaborazione dell'Amministrazione Penitenziaria.

4.1 Accoglienza

L'Amministrazione Penitenziaria ha previsto sin dal 1975 la necessità di accertare lo stato di salute dei soggetti in ingresso in carcere (art. 11 della Legge n. 354/75). Gradualmente sono stati introdotti i concetti di valutazione dei livelli di rischio suicidario (circolare D.A.P. n. 3233/5683 del 30.12.1987) e di necessità di periodi di osservazione prolungati per la conoscenza approfondita del soggetto; al contempo, il DAP raccomandava di evitare di *“livellare sistematicamente e senza motivazione verso l'alto l'indicazione del grado di rischio”* (circolare D.A.P. n. 3245/5695 del 16.05.1988).

Negli stessi anni, le Regioni hanno governato la fase di transizione del governo dell'attività sanitaria, dall'Amministrazione Penitenziaria al SSR. In regione Lazio, questa è avvenuta in due fasi: nella prima (fine anni Novanta) sono transitate le funzioni per l'assistenza ai detenuti con patologia da dipendenza e per la prevenzione; nella seconda (2008) sono transitate tutte le altre funzioni sanitarie, in materia di medicina di base, medicina specialistica, assistenza infermieristica, nonché di assistenza per la tutela della salute mentale.

A partire dall'anno 2000 viene poi introdotto il concetto di “presa in carico” dei soggetti che manifestano disagio psichico o grave forme di disagio ambientale, sia da parte del personale di custodia, dell'Area Trattamento e dell'Area Sanitaria (nota D.A.P. del 10.02.1998 e Circolare del 12.05.2000). Proprio quest'ultimo aspetto, relativo all'assistenza per la tutela della salute mentale, ha determinato una delle maggiori difficoltà collegata alla resistenza ad apportare cambiamenti nel sistema. I Dipartimenti di Salute Mentale sono intervenuti nell'assistenza in ambito penitenziario con modalità, tempi, sensibilità ed organizzazioni diversi tra loro, anche in presenza di specifiche direttive regionali soprattutto di tipo organizzativo a partire dall'anno 2008.

La valutazione dei rischi all'atto dell'ingresso inizia quindi a coinvolgere anche personale del SSR, prevedendo sia forme di collaborazione sia l'introduzione di concetti e modalità di lavoro differenti. Nel 2007 una Circolare del DAP raccomandava di *“istituire o potenziare, laddove già esistente, il servizio di accoglienza per le persone detenute provenienti dalla libertà, attuando un raccordo tra quanto già disposto in passato con il servizio nuovi giunti”* (D.A.P. 6 giugno 2007, n. 0181045).

A distanza di 16 anni dal DPCM 1° aprile 2008, l'acquisita esperienza professionale dei servizi sanitari in carcere e dei singoli operatori ha permesso di definire una “strategia” regionale e di individuare specifici percorsi diagnostico terapeutici.

Pertanto, particolare attenzione viene dedicata alla fase di Accoglienza da parte di entrambe le Amministrazioni affinché siano adottate procedure di accoglienza che consentano di attenuare gli eventi potenzialmente traumatici con la privazione della libertà. Si è così compiuto l'ampliamento della funzione del servizio “Nuovi Giunti” nella più complessa e articolata funzione dell'Accoglienza, cui concorrono le diverse componenti (penitenziarie e sanitarie) che intervengono in carcere.

In sintesi, le finalità del “servizio di accoglienza” congiunto tra le due Amministrazioni possono così riassumersi:

- a) scelta dell'allocazione più confacente ai bisogni del detenuto “Nuovo Giunto” (cui il servizio sanitario concorre solo per eventuali esigenze collegate ai bisogni sanitari);
- b) riduzione dell'impatto con la realtà carceraria e delle tensioni che possono verificarsi alla prima esperienza detentiva;
- c) osservazione, diretta e congiunta della persona detenuta da parte di operatori delle diverse aree del carcere;
- d) approfondimento diagnostico, promozione di richiesta di cura, attivazione di interventi di sostegno, progettazione concordata di uno schema di massima a medio-lungo termine degli interventi sanitari, sociali, psicologici, educativi, formativi di cui il detenuto può usufruire.

Con il transito di tutte le funzioni sanitarie al SSR, vengono effettuate raccomandazioni affinché siano adottate procedure di accoglienza che consentano di attenuare gli eventi potenzialmente traumatici con la privazione della libertà. Pertanto, nella definizione di Accoglienza, piuttosto che di servizio “Nuovi Giunti”, sono confluite pienamente le finalità proprie dell’Amministrazione Penitenziaria e del Servizio Sanitario, trovando punti, linguaggi e pratiche comuni.

Nel servizio “Nuovi Giunti” è data enfasi al transito dalla libertà al carcere con obiettivo di valutare il rischio individuale e stabilire la destinazione (“allocazione” del detenuto). La più ampia funzione di “Accoglienza” enfatizza quanto deriva dall’ingresso in un nuovo contesto di vita (con le specifiche caratteristiche di ogni Istituto), sottolinea la necessità di presentare il nuovo ambiente di vita, di avviare il processo di conoscenza della persona in ingresso dalla libertà o da altro carcere e di prima individuazione del percorso di trattamento.

Il primo approccio per il detenuto con l’assistenza primaria in carcere è un momento molto delicato, in quanto occorre entrare in relazione con una persona in circostanze restrittive della libertà personale e che vive inizialmente il personale sanitario come parte dell’Istituzione carceraria. È importante che sin da subito il SSR venga identificato come un “riferimento autonomo e neutro” rispetto all’Istituzione penitenziaria, che si occupa con efficienza, autorevolezza ed empatia della salute psichica e fisica della persona. Tuttavia, la fase di Accoglienza, per le circostanze in cui si svolge (luoghi non sempre adeguati, interferenze, orari notturni) e lo stato d’animo dei pazienti, non è sufficiente ad instaurare quel rapporto di fiducia tra clinico e paziente necessario per una corretta individuazione dei problemi di salute. Appare, quindi, necessario che la visita ed il counseling sanitario effettuati all’ingresso, debbano essere seguiti da un successivo più approfondito intervento dei clinici che prenderanno a tutti gli effetti in carico il paziente, con successive visite e counseling mirati a fornire tutte le informazioni sanitarie utili ad evitare comportamenti a rischio per la salute e ad orientare per la corretta fruizione dell’offerta terapeutica e preventiva. I professionisti della salute in carcere debbono essere altresì consapevoli che in alcuni casi (ad esempio immigrati irregolari, soggetti senza fissa dimora ecc.) rappresentano anche una rara, se non unica, possibilità di incontro con le strutture sanitarie pubbliche e un’opportunità unica per il riconoscimento e il trattamento di patologie già presenti all’ingresso.

Finalità:

Presentazione del servizio, prima rilevazione dei bisogni di salute. Individuazione di soggetti con particolari rischi per caratteristiche socio anagrafiche (giovani, anziani, extracomunitari) e/o cliniche (patologie croniche, rischio di disturbo da addiction, psichico, suicidario). Prima attivazione degli interventi di prevenzione del rischio suicidario, come previste dai Piani Locali.

Destinatari:

- persone provenienti dalla libertà alla prima esperienza detentiva;
- persone provenienti dalla libertà recidivi;
- persone trasferite da altro Istituto Penitenziario o da Istituti minorili;
- persone rientrate in carcere a seguito di sospensione di Misure Alternative alla Detenzione.

Luoghi:

L’accoglienza della persona deve essere svolta in locali dedicati ed esclusivi, dotati delle strumentazioni e dei presidi necessari.

Azioni:

Azione	Descrizione	Attore
Accettazione	Presentazione del servizio, del personale e finalità dell'Accoglienza	Infermiere
Apertura Diario Clinico (D.C.) e raccolta dati	Si procede con la raccolta dei dati anagrafici dopo aver verificato che la persona non abbia già una cartella aperta perché recidivo, in tal caso si prende la cartella esistente aggiornandola con il nuovo ingresso e rivedificando la correttezza delle informazioni. Se la persona è assistita nella Regione Lazio, i dati anagrafici verranno recuperati in ASUR altrimenti si procede con inserimento manuale. Si prosegue raccogliendo (o rivedificando, se utente noto) i dati socio anagrafici e le informazioni sui comportamenti a rischio e le abitudini di vita. Si raccoglie il consenso al trattamento dei dati e le indicazioni degli aventi diritto alle notizie sanitarie, con compilazione della documentazione. Rilevazione e registrazione parametri vitali e parametri antropometrici.	Infermiere
	Si procede con la raccolta anamnestica registrando le informazioni raccolte nel D.C., se trattasi di una cartella aperta, si aggiornano i moduli dell'anamnesi prossima alla data di nuova presa in carico. Presa visione della eventuale documentazione clinica in caso di trasferimento da altro istituto o in caso di paziente trattato dai centri della cronicità aziendali	Medico
Sorveglianza sanitaria e screening patologie organiche	Si procede con il colloquio clinico per la rilevazione dei dati di screening e di sorveglianza (anche con ausilio di schede) prodromica; se risultano score positivi al rischio delle diverse malattie infettive/metaboliche/cardiovascolari/oncologiche, si procede con la richiesta di approfondimenti	Medico Infermiere
Verifica e rilascio Tessera Sanitaria	Verifica dell'iscrizione dello stesso al SSN: - In caso di tessera scaduta o altri dubbi potrà chiedere una verifica agli uffici amministrativi ASL. - In caso non sia presente iscrizione al SSR, il responsabile sanitario segnala alla Direzione di Istituto la necessità di una richiesta di codice fiscale all'Agenzia delle entrate, prodromica alla iscrizione al SSR. Nel caso in cui il CF non pervenga nelle successive 24/72 ore all'ingresso, il responsabile sanitario segnala tale anomalia alla Direzione strategica Aziendale e alla Direzione dell'I.P. sollecitandone il rilascio. - N.B. ex d.lgs. 230/1999, art. 1, co. 5, gli stranieri detenuti, anche se irregolari nel soggiorno, sono iscritti a pieno titolo, seppure temporaneamente, al SSR.	Infermiere Medico
Esame obiettivo	Si procede con la visita medica, anche per valutare la presenza di eventuali lesioni, di patologia acuta o riacutizzata, patologia contagiosa	Medico Infermiere
Valutazione per appropriatezza luogo di cura	In caso di lesioni e in assenza di referto che ne attesti l'origine, il medico deve refertare le suddette lesioni. Qualora le stesse fossero ritenute rilevanti, il medico deve richiedere l'immediato invio al Pronto Soccorso più vicino. In caso di patologia acuta o riacutizzata non controllabile con i presidi sanitari esterni, deve richiedere immediato ricovero presso il nosocomio più vicino. In caso di sospetto di patologia contagiosa, in attesa di visita specialistica, deve disporre isolamento sanitario.	Medico
Eventuale referto per lesioni	Deve refertare riportando le notizie riferite da paziente in merito alla causa, il giudizio tecnico sulla compatibilità di quanto riferito, i provvedimenti terapeutici adottati, la prognosi salvo complicazioni (s.c.). L'originale del referto è inserito nel diario clinico e copia viene consegnata alla A.G. (tramite polizia penitenziaria)	Medico

Azione	Descrizione	Attore
Screening dei rischi di: disturbo da uso sostanze, disturbo mentale, suicidario	Durante la prima visita medica in ingresso, effettua lo screening (esame obiettivo, documentazione clinica, anamnesi) per valutazione dei rischi per disturbo mentale, uso sostanza, come indicato da DCA 563/2017, segnalando in caso di presenza di rischio rispettivamente al servizio di salute mentale e/o al Ser.D. il nominativo. In caso di presenza di rischio suicidio (screening da DCA 563/2017), si segnala secondo quanto stabilito nei rispettivi Piani Locali di Prevenzione e nello stesso DCA 563/2017	Medico
Prima valutazione psicologica	Viene eseguita entro le 48 ore (entro le 72 ore negli Istituti con meno di 200 detenuti), anche per rivalutare il rischio autolesivo/suicidario e l'eventuale invio per la valutazione di disturbo correlato a sostanze e da addiction e/o di disturbo mentale. Per i dettagli clinici si rimanda ai rispettivi documenti regionali allegati: DGR 230/2009 e DCA 563/2017. Se presente, viene fornita documentazione informativa di settore.	Psicologo SerD o Salute Mentale
Invio al SerD o Servizio salute mentale	L'invio per valutazione diagnostica e/o approfondimento dei livelli di rischio può essere attivata dal medico di prima visita o dallo Psicologo che effettua il colloquio di Accoglienza	Medico Psicologo
Apertura cartella SIRD	In presenza di soggetti con rischio disturbo correlato a sostanze o addiction viene aperta cartella SIRD, con raccolta anamnestica	Personale SerD
Informazione alla persona detenuta	Viene illustrata la carta dei servizi in particolar modo per gli aspetti sanitari e viene condivisa la proposta di trattamento chiedendo il consenso a procedere	Medico Infermiere
Visita medico dipendenze	Qualora presente un rischio di disturbo correlato a sostanze, in Accoglienza è prevista anche la prima visita medica	Medico SerD
Analisi tossicologiche	In presenza di rischio disturbo correlato a sostanze, o in presenza di soggetti giovani (età inferiore a 25 anni) viene proposto ed effettuato drug test	Medico Infermiere
Richiesta documentazione ed informazioni sanitarie	Sono richieste informazioni sanitarie ai servizi di precedenti trattamenti/prese in carico dichiarate dall'interessato.	Tutto il personale sanitario
Accoglienza Prolungata	In caso di presenza di rischi correlati alla fase di adattamento al contesto detentivo, è possibile attivare una "Accoglienza Prolungata" (colloqui psicologici settimanali durante il primo mese di detenzione) per counseling psicologico specifico.	Psicologo salute mentale
Termine o Interruzione attività	Viene chiusa l'Accoglienza dopo aver registrato su D.C. tutte le informazioni utili, compresa una sintesi riepilogativa delle attività; sulla base delle risultanze di questa prima fase, la persona detenuta verrà inviata presso i servizi ritenuti opportuni. In caso di interruzione forzata (cliniche: emergenze-urgenze ovvero contestuali: per motivi giudiziari o di organizzazione penitenziaria) delle attività e ripresa in un secondo momento verrà segnalato in cartella, orario di interruzione e di ripresa, nonché di termine delle attività.	Tutto il Personale
Programmazione delle attività	Le richieste per consulenze ed esami verranno gestite se possibile, all'interno dell'Istituto (anche in Telemedicina) o in caso di impossibilità, all'esterno. La terapia verrà trascritta su F.U.T. (Foglio Unico Terapia) e allegata al diario clinico della sezione di riferimento	Medico Infermiere

4.1.1. Ulteriori screening medici e vaccinazioni

Azione	Descrizione	Attore
Entro 24/72 ore ingresso	Si procede con la rilevazione dei rischi: <ul style="list-style-type: none"> • di evento cardiovascolare, • di malattia infettiva, • di malattia metabolica, • di rischio oncologico. Si sottopongono schede consenso informato per accettazione o rifiuto.	Medico Infermiere
Screening infettivologico	Anamnesi e visita per parassitosi cutanee; anamnesi patologie virali croniche, LUE, TBC. In caso di esami assenti o eseguiti da oltre sei mesi, si procede alla prima visita con obbligatorietà dell'offerta dei seguenti test sierologici: HIV (no se già documentata positività); Anti HBc (no se già documentata positività); HBsAg, Anti HBs, anti HCV (in caso di positività documentata eseguire HCV RNA); TPHA; Mantoux (se disponibile preferire test Igra per TBC). In caso di non accettazione, riproposta dei test dopo una settimana dall'ingresso. Tracciabilità cartacea o informatica della procedura di offerta e dei risultati dei test. Per approfondimento vedi specifico Focus in appendice (allegato H)	Medico Infermiere
Screening cardiovascolare	Esecuzione di visita cardiologica ed ECG per maggiori 40 anni -Età < 40 aa e in assenza di sintomatologia e/o anamnesi positiva per patologie cardiovascolari eseguire: rilievo del peso e altezza, Pressione Arteriosa (P.A.) e Frequenza Cardiaca (F.C.) -Età>40 aa aggiungere ECG, LDL. - In presenza di anamnesi positiva per patologie cardiovascolari aggiungere a quanto sopra, la richiesta di visita cardiologica di controllo. -In presenza di sintomatologia cardiovascolare, eseguire ECG con invio urgente centro cardiologia+ troponina. Se sintomatologia franca invio in P.S.	Medico Infermiere
Screening oncologico	M età > 40 aa e in assenza di anamnesi positiva per patologia oncologica proporre: ricerca sangue occulto nelle feci; M e F >45 aa ricerca del sangue occulto nelle feci su 3 campioni M età > 50 aa e in assenza di anamnesi positiva per patologia oncologica aggiungere PSA F età > 21 aa e in assenza di anamnesi positiva per patologia oncologica proporre: Pap test; ecografia mammaria bilaterale F età > 40 aa e in assenza di anamnesi positiva per patologia oncologica aggiungere ricerca sangue occulto nelle feci su tre campioni e mammografia bilaterale Per approfondimento vedi specifico Focus in appendice In caso di anamnesi positiva per pregressa patologia oncologica o patologia in follow-up richiedere visita oncologica + visita specialista d'organo.	Medico Infermiere
Vaccinazioni consigliate	Le presenti raccomandazioni seguono quanto indicato dalla Conferenza Stato Regioni «Piano nazionale di prevenzione vaccinale (PNPV) 2023-2025» e sul documento recante «Calendario nazionale vaccinale». (Rep. atti n. 193/CSR del 2 agosto 2023). In particolare, tra gli obiettivi del PNPV 2023-2025 è previsto “ridurre le disegualianze e prevedere azioni per i gruppi di popolazione difficilmente raggiungibili e/o con bassa copertura vaccinale”. Sulla base di quanto premesso, il rationale delle vaccinazioni all'interno dei penitenziari deve tenere presente: bassa copertura vaccinale presenza di immigrati provenienti da paesi con differenti o assenti programmi vaccinali; presenza di detenuti con patologie predisponenti; presenza di detenuti ultrasessantacinquenni.	SISP e ASL (Servizi Igiene e Sanità pubblica) Medico Infermiere

Azione	Descrizione	Attore
	<p>Le diverse campagne vaccinali all'interno degli Istituti Penitenziari e la scelta dei vaccini da somministrare dovranno essere valutate e concordate tra Servizio di Medicina Penitenziaria, Servizi Igiene e Sanità Pubblica nel più ampio ambito di incontri tra i due servizi (almeno tre annuali) volti a pianificare, identificare il piano locale di prevenzione, monitorare e verificare i risultati raggiunti. Fondamentale in questo contesto, l'offerta di calendari predefiniti e possibilmente individualizzati (schede vaccinali informatiche e cartacee da inserire nel diario clinico del detenuto).</p> <p>Elenco vaccinazioni raccomandate: Anti-poliomielite (dTAP – IPV), anti Covid 19, anti-morbillo-parotite-rosolia, anti-influenzale, anti-epatite A, anti-epatite B, anti-meningococco, anti-pneumococcico, anti- Herpes zoster, anti difterite, tetano e pertosse., anti-HPV</p>	

4.2 Valutazione, Diagnosi, Definizione Piano di Trattamento

Finalità:

Definire, con apporto multidisciplinare, il quadro clinico comprensivo delle diverse e co-occorrenti diagnosi. Attraverso la valutazione, con utilizzo di strumenti e metodologie appropriate, indicare i profili funzionali e definire la necessità di eventuali trattamenti in emergenza/urgenza finalizzati a contenere i rischi clinici contingenti. Definire le diagnosi nosografiche con relativo codice ICD – 9- CM ¹¹.

Proporre un appropriato PTI o PRIS da esporre e concordare con il paziente e trascriverlo nel Diario Clinico e in SIRD per DUS.

Screening di settore (vedi paragrafo dedicato).

Destinatari:

- tutti i soggetti che presentino in ingresso o durante la detenzione condizioni cliniche patologiche o a rischio di patologia.

Luoghi:

La valutazione/diagnosi della persona deve essere svolta in locali sanitari, dotati delle strumentazioni e dei presidi necessari.

¹¹ . ICD-9-CM 9^a revisione, versione 2007, decreto del Ministero della Lavoro della Salute e delle Politiche sociali salute del 18 dicembre 2008. Quest'ultima versione della classificazione ICD-9-CM è stata integrata nel 2020 con codici specifici per classificare univocamente la nuova entità nosologica rappresentata dalla malattia da SARS-CoV-2 (COVID-19) e le sue manifestazioni cliniche, decreto del 28 ottobre 2020 "Integrazione dei sistemi di classificazione adottati per la codifica delle informazioni cliniche contenute nella scheda di dimissione ospedaliera e per la remunerazione delle prestazioni ospedaliere in conseguenza della nuova malattia da SARS-CoV-2 (COVID-19). Modifiche al decreto del Ministro della salute del 18 dicembre 2008".

Azioni:

Azione	Descrizione	Attore
Valutazione DUS/DUA/DGA	Approfondimento anamnesi tossicologica Visita medica con esame obiettivo (segni e sintomi di uso e/o astinenza) Colloquio ed osservazione psicologica (storia di consumo, eventi di vita, traumi, stili di vita, status) Colloquio sociale (rete familiare - sociale, iter scolastico, storia lavorativa) Valutazione craving Ricerca ed esame documentazione sanitaria Somministrazione test psicodiagnostici Esami tossicologici	Equipe multi-disciplinare SerD
Valutazione Disturbo Salute Mentale	Colloquio ed osservazione psicologico (eventi di vita, traumi, relazioni, status) Visita psichiatrica con esame obiettivo Colloquio sociale (rete familiare-sociale, iter scolastico, storia lavorativa) Ricerca ed esame documentazione sanitaria Somministrazione test psicodiagnostici	Equipe multi-disciplinare Salute mentale
Diagnosi DUS/DUA/DGA	Riunione di equipe multidisciplinare Inserimento diagnosi in SIRD Eventuale certificazione ai sensi del DPR 309/90 (riferimento a DGR 230/2009)	Equipe multi-disciplinare SerD
Definizione PTI per DUS/DUA/DGA	Definizione Trattamento interno per DUS e/o in MAD	Equipe multi-disciplinare SerD
Diagnosi DM	Riunione di equipe multidisciplinare Raccordo con CSM di competenza territoriale	Equipe multi-disciplinare Salute Mentale
Definizione PTI per DM	Trattamento interno per DM (psichiatrico, psicologico) ed in collaborazione con CSM di competenza territoriale eventuale programma di cura esterno	Equipe multi-disciplinare Salute Mentale
Conclusione	Tramite scheda D.C. si procede alla prescrizione del piano terapeutico, degli esami diagnostici e delle consulenze ritenute opportune (ricetta dematerializzata) definendo anche un primo piano di follow up. In caso la persona necessiti di un intervento multidisciplinare si attiva apposito reminder su D.C.	Tutti i servizi penitenziari

4.3 Trattamenti e Monitoraggio (escluse sezioni specialistiche)**Finalità**

Garantire i trattamenti programmati con PTI e/o le consulenze richieste per singoli episodi di patologia o di rischio. I trattamenti devono prevedere programmazione del monitoraggio periodico.

Destinatari:

- per consulenza: tutti i soggetti che richiedano singole prestazioni per singoli episodi clinici
- per assunzione in cura o per presa in carico: tutti i soggetti per i quali sia stato definito uno specifico PTI.

Luoghi:

I trattamenti sanitari devono essere svolti in locali sanitari, dotati delle strumentazioni e dei presidi necessari.

Azioni:

Azione	Descrizione	Attore
Assistenza medica primaria	<ul style="list-style-type: none"> - Visite programmate - Interventi per emergenze e urgenze (eventuale attivazione 118) - Proposta terapeutica - Proposta isolamento sanitario - Richiesta visita specialistica interna - Ricerca visita specialistica esterna - Richiesta diagnostica di laboratorio e/o per immagini - Rilascio nulla osta sanitario per traduzioni - Visita quotidianamente le persone detenute poste in isolamento sanitario/giudiziario/disciplinare - Visita quotidianamente le persone detenute che proclamano astensione dal cibo - Redige dettagliata certificazione delle lesioni autoinflitte - In caso di lesioni provocate da terzo, redige il referto secondo quanto previsto dall'art. 361 c.p e 331 del c.p.p. - Rilascia le eventuali certificazioni di stato di malattia, con invio alla Direzione dell'Istituto - Compila gli appositi moduli INAIL per i detenuti lavoratori che sono stati vittima di incidenti durante il lavoro - Rilascio certificazione accertamento invalidità sulla base delle norme e dei contratti vigenti 	Medico
Trattamento medico psichiatrico	<ul style="list-style-type: none"> - Visita psichiatrica per consulenza su richiesta del medico di assistenza di base - Visita psichiatrica programmata e monitoraggio terapia farmacologica per soggetti con presa in carico o assunzione in cura psichiatrica - Visita psichiatrica per monitoraggio casi secondo indicazioni dei Piani Locali per la Prevenzione Rischio Suicidio - Prescrizione accertamenti clinici 	Psichiatra Salute Mentale
Trattamento medico per DUS/DUA/DGA	<ul style="list-style-type: none"> - Visita medica per consulenza su richiesta del medico di assistenza di base - Visita medica programmata e monitoraggio terapia farmacologica per soggetti con presa in carico o assunzione in cura psichiatrica - Visita medica per monitoraggio casi secondo indicazioni dei Piani Locali per la prevenzione Rischio Suicidio - Prescrizione accertamenti clinici e tossicologici 	Medico Ser.D
Trattamento farmacologico disturbo da uso sostanze	<ul style="list-style-type: none"> - Trattamento con terapia agonista per oppiacei, anche L.A.I. (Long Acting Injectable), con programmi di norma a mantenimento secondo quanto indicato dalle Linee Guida Internazionali - Trattamento sintomatico per stati astinenziali - Trattamento farmacologico anticraving 	Medico Ser.D
Trattamento psicofarmacologico per Disturbo Mentale	<ul style="list-style-type: none"> - Trattamenti psicofarmacologico per patologie psichiatriche maggiori, anche L.A.I. 	Psichiatra
Trattamento farmacologico per D.E.C.	<ul style="list-style-type: none"> - Trattamenti farmacologici D.E.C, come da indicazioni del PANSM 	Medico
Trattamento psicologico	<ul style="list-style-type: none"> - Colloquio psicologico per consulenza su richiesta del medico di base - Counseling individuale per soggetti in assunzione in cura o presa in carico - Trattamento supportivo individuale / di gruppo per soggetti in assunzione in cura o presa in carico - Trattamento psicoterapeutico focale individuale/ di gruppo per soggetti in assunzione in cura o presa in carico - Trattamento motivazionale individuale/ di gruppo per soggetti in assunzione in cura o presa in carico 	Psicologo Salute Mentale/Ser.D

Azione	Descrizione	Attore
Trattamento di Riabilitazione Psichiatrica	- Trattamento Psicoeducativo individuale / di gruppo - Trattamento di riabilitazione e di potenziamento cognitivo individuale / di gruppo	Ter.P.
Trattamento sociale	- Counseling sociale - Di attivazione rete territoriale	Assistente Sociale
Trattamento infermieristico	- Educativo sanitario - Supporto alla adesione al trattamento e monitoraggio	Infermiere
Trattamento per Misure Alternative alla Detenzione per DUS	- Certificazione - Individuazione Struttura ospitante (residenziale/semiresidenziale) o di trattamento ambulatoriale, con richiesta disponibilità - Idoneità al programma (ai sensi DPR. 309/1990) - Trattamento motivazionale propedeutico - Monitoraggio andamento MAD (visite e colloqui con paziente e con personale struttura ospitante, relazioni A.G.)	Personale Ser.D
Relazioni per A.G. in salute mentale e dipendenze	- Relazioni periodiche per aggiornamento stato di salute detenuti con patologia mentale (su richiesta A.G. o per iniziativa del servizio) - Relazioni per richiesta art.111 O.P. - Relazioni per richiesta Misure alternative per motivi di salute	Equipe Salute Mentale, Ser.D
Trattamento specialistico ambulatoriale	- Le varie branche specialistiche interne all'Istituto esercitano la loro attività in idonei ambienti con cadenze e orari definiti attraverso procedure interne concordate con il Dirigente Medico e il Direttore di Distretto	Specialista di settore
Relazioni medico legali per medicina penitenziaria	- Redige relazione per A.G., amministrativa, legale e altri aventi diritto	Medico

4.4 Dimissioni

Finalità

Garantire la continuità assistenziale al momento del:

- trasferimento presso altro Istituto;
- uscita in Misura Alternativa alla Detenzione (MAD);
- uscita in libertà.

Destinatari:

- tutti i soggetti che, a qualsiasi titolo, terminano la permanenza nell'Istituto (non per ricoveri ospedalieri)

Luoghi:

Ufficio matricola sanitaria

Azioni:

Azione	Descrizione	Attore
Foglio dimissioni	Redazione del foglio dimissioni con trascrizione di tutte le terapie in atto e gli accertamenti clinici in corso	Medico
Se scarcerazione: Appuntamento presso SERD o CSM	Qualora sia conosciuta la data presunta di scarcerazione, il SerD/CSM prende preventivo appuntamento per il paziente con il servizio di competenza territoriale, consegnando all'interessato foglio con le indicazioni necessarie. Qualora sia conosciuta la data presunta di dimissione consegna di kit per riduzione danno ai soggetti con DUS, ove disponibile	Personale SerD/Salute mentale
Se Misura Alternativa per DUS	Oltre al foglio di dimissione redatto dal medico: Raccordo con struttura ospitante Per MAD: definizione del piano di monitoraggio e di verifica andamento programma	Personale SerD
Se Misura alternativa per D.M. o L.V.	Oltre al foglio di dimissione redatto dal medico: Relazione clinica per struttura ospitante e CSM di competenza territoriale Raccordo con CSM di competenza territoriale	Personale Salute Mentale
Appuntamento- servizi esterni per patologia organica	In caso di prestazioni specialistiche e/o diagnostiche non eseguibili all'interno dell'istituto si procede, tramite prescrizione informatica alla richiesta di servizi forniti dalla propria Azienda Sanitaria. In caso di non offerta della prestazione da parte della Azienda si potrà ricorrere ad altre Aziende sanitarie della Regione. È indicata la definizione di procedure aziendali.	Medico. Centro Prenotazioni Aziendale. Centri specialistici, nucleo traduzione polizia penitenziaria

5. Attività di prevenzione

Il Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) 2020-2025, *“fa dell’equità un valore fondamentale. A livello regionale e locale, la valutazione epidemiologica e la misurazione delle disuguaglianze costituiscono il primo passo per la definizione di strategie intersettoriali, mirate e proporzionate ai differenti bisogni dei gruppi e degli individui, e capaci di contrastare le disuguaglianze o rimuovere alla radice le sue cause”*.

Il suddetto Piano Nazionale recepisce e coniuga nelle diverse realtà aziendali tali indicazioni. Pur non essendo presente uno specifico paragrafo sugli istituti Penitenziari nell’ambito dei Programmi Predefiniti, si raccomanda nell’obiettivo M060S05 di *“Aumentare la copertura vaccinale e l’adesione consapevole nella popolazione generale e in specifici gruppi a rischio (operatori sanitari, adolescenti, donne in età fertile, popolazioni difficili da raggiungere, omis-sis... ”*, al punto M060S20 di *“Incrementare e favorire strategie parallele, secondo il modello fondato sui CBVCT (Counselling e test volontari in sedi associative), che promuovano l’esecuzione del Test HIV e del counseling nelle popolazioni chiave ad opera di operatori adeguatamente formati, in contesti non sanitari”*. Ugualmente si raccomanda alle Aziende Sanitarie Locali, nel rispetto delle specifiche autonomie e competenze, di includere gli Istituti Penitenziari nel programma pluriennale dei Dipartimenti di Prevenzione. Ulteriori obiettivi contenuti nel Piano Regionale di Prevenzione del Lazio e al quale si rimanda per completezza, sono i seguenti (cfr. estratto DGR 270/2021):

MO1OS09	Promuovere la salute orale attraverso il contrasto ai fattori di rischio comuni alle MCNT
MO1OS13	Favorire la formazione/informazione degli operatori del settore alimentare che integri riferimenti all’uso del sale iodato, alle intolleranze alimentari, agli allergeni, alla gestione dei pericoli negli alimenti e alle indicazioni nutrizionali e sulla salute
MO1OS17	Identificare precocemente e prendere in carico i soggetti in condizioni di rischio aumentato per MCNT e/o affetti da patologia in raccordo con le azioni del Piano Nazionale Cronicità
MO1OS20	Aumentare l’estensione dei programmi di screening oncologico alla popolazione target per ciascuno dei 3 tumori oggetto di screening

MO2OS04	Migliorare la qualità dei programmi di prevenzione dell'uso di sostanze psicotrope
MO2OS06	Offrire programmi finalizzati alla limitazione dei rischi e alla riduzione del danno
MO2OS07	Sensibilizzare sui rischi, le problematiche e le patologie correlate a uso/abuso di sostanze
MO5OS02	Promuovere e rafforzare strumenti per facilitare l'integrazione e la sinergia tra i servizi di prevenzione del SSN e le agenzie del SNPA (Sistema Nazionale Protezione Ambiente) nelle attività di promozione della salute, prevenzione, valutazione e gestione dei rischi per la salute da fattori ambientali, anche per la comunicazione del rischio in modo strutturato, sistematico e integrato
M06QS02	Informatizzare i sistemi di sorveglianza per le malattie infettive in modo interoperabile
M06OS06	Pianificare la comunicazione finalizzata alla corretta gestione e informazione sui vaccini e sulle malattie infettive prevenibili mediante vaccinazione ai fini della adesione consapevole
MO6OS07	Predisporre piani di preparazione e risposta alle emergenze infettive
MO6OS08	Ridurre i rischi di trasmissione da malattie infettive croniche o di lunga durata (TBC, HIV, Epatite B e C)
MO6OS10	Sviluppare adeguati programmi di formazione del personale addetto al controllo ufficiale nei centri cotture e nelle mense per mettere in atto le azioni correttive più appropriate riguardo alle non conformità riscontrate al fine di prevenire l'insorgere di MTA (malattie trasmissibili con gli alimenti) tra i soggetti fruitori del servizio e al fine di prevenire le tossinfezioni alimentari
MO6OS20	Incrementare e favorire strategie parallele, che promuovano l'esecuzione del Test HIV e del counseling nelle popolazioni chiave ad opera di operatori adeguatamente formati, in contesti non sanitari
MO6OS22	Adesione alle Linee Guida e alla normativa vigente per l'attuazione dello screening per HIV, per le altre malattie a trasmissione sessuale (HBV, LUE, HCV)

Nell'ambito delle azioni di prevenzione in capo alle Aziende Sanitarie Locali si rammenta infine quanto previsto dalla Legge 26 luglio 1975, n. 354 "Norme sull'ordinamento penitenziario e sulla esecuzione delle misure privative e limitative della libertà", come modificata da D.Lgs. 2 ottobre 2018, n. 123, art. 11 comma 13 "Il Direttore Generale della ASL dispone la visita almeno due volte l'anno degli istituti di prevenzione e di pena, allo scopo di accertare, anche in base alle segnalazioni ricevute, l'adeguatezza delle misure di profilassi contro le malattie infettive e le condizioni igieniche e sanitarie degli istituti" e comma 14 "Il Direttore Generale dell'azienda unità sanitaria riferisce al Ministero della salute e al Ministero della giustizia sulle visite compiute e sui provvedimenti da adottare, informando altresì i competenti uffici regionali, comunali e il magistrato di sorveglianza". Si raccomanda di estendere tale informativa anche ai Garanti competenti.

6. Documentazione clinica

Tutto il personale sanitario deve compilare il Diario Clinico nelle parti di propria competenza. Il Diario Clinico deve contenere altresì tutta la documentazione sanitaria inerente gli accertamenti e in caso di ricoveri ospedalieri, copia del relativo foglio di dimissione.

I referti/prestazioni/terapie registrate su SIRD devono essere stampate ed inserite in Diario Clinico. Il Diario clinico deve essere conservato nel rispetto della normativa sulla Privacy e non deve essere accessibile a personale non del Servizio Sanitario, ad eccezione di quanto disposto dalla A.G. Copia della documentazione sanitaria può essere rilasciata agli aventi diritto, tramite procedure aziendali.

Le relazioni cliniche sono redatte per l'A.G. o su richiesta della stessa o per autonoma iniziativa, in relazione alle esigenze di cura che si manifestano.

Si intende pertanto standardizzazione delle procedure di raccolta dati per consentire la tracciabilità delle informazioni cliniche dei detenuti con una metodologia comune ed uniforme tra tutti gli IIPP. L'accesso facilitato ad esse da parte dei professionisti sanitari che hanno in cura l'individuo permetterebbe di ottimizzare l'appropriata presa in carico dal punto di vista clinico, a partire dalla prima fase di accoglienza e registrazione dello stato di salute al baseline e alle eventuali successive fasi di interventi sanitari di diagnosi e trattamento. Inoltre, favorirebbe l'ottimizzazione dell'uso

delle risorse in termini di tempi e costi dell'assistenza. I dati raccolti in tale flusso informativo dovrebbero potersi interfacciare con i diversi Sistemi Informativi Sanitari (SIS) regionali (come il SIRD) secondo procedure che garantiscano il rispetto della legge sulla privacy.

III PARTE

Il D.P.C.M. 1° aprile 2008, in attuazione dell'art.2, comma 283, legge 24 dicembre 2007, n. 244, ha stabilito le modalità, i criteri e le procedure per consentire il trasferimento di tutte le funzioni sanitarie svolte all'interno del circuito dell'Amministrazione Penitenziaria alle competenze del Servizio Sanitario Nazionale. Al secondo comma dell'art. 4, è stato stabilito che i locali adibiti all'esercizio delle funzioni sanitarie, così come elencati in apposito inventario alla data del 31/12/2007 (redatto dal Ministero della giustizia e trasmesso alle singole regioni e da esse convalidato con apposito atto formale), fossero concessi in uso a titolo gratuito, per l'utilizzo da parte delle AASSLL del Servizio sanitario nazionale nel cui territorio sono ubicati gli Istituti e i servizi penitenziari di riferimento, sulla base di apposite convenzioni stipulate secondo schemi tipo approvati in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano. I locali adibiti ad uso sanitario ed elencati nei suddetti inventari, sono stati pertanto concessi in uso, a titolo gratuito, alle ASL competenti per territorio per lo svolgimento delle funzioni sanitarie. Il personale delle AASSLL è tenuto ad utilizzarli nel rispetto degli accordi e protocolli d'intesa sottoscritti dalla Regione e dal PRAP e, a livello territoriale, tra ASL e singolo Istituto penitenziario. Sono a carico del Ministero della Giustizia oneri relativi agli interventi di manutenzione ordinaria e straordinaria dei locali concessi in uso, alle utenze e al servizio di pulizia. Sono, invece, a carico delle AASSLL le spese per il servizio di sanificazione degli ambienti, per l'utenza telefonica e per il servizio di smaltimento dei rifiuti speciali, nocivi e tossici, prodotti nello svolgimento delle attività sanitarie.

L'accreditamento dei servizi sanitari operanti all'interno degli Istituti Penitenziari dei locali in cui sono erogate le prestazioni sanitarie negli Istituti Penitenziari è un processo regolamentato specificamente dall'art. 3 dell'Accordo sancito dalla Conferenza Unificata il 22.01.2015. I predetti servizi rimangono attivi e funzionanti fino alla emanazione dell'atto di autorizzazione ed accreditamento istituzionale.

I locali concessi in uso alle AASSLL ai fini dell'erogazione delle prestazioni sanitarie ai sensi del DPCM 1° aprile 2008 devono pertanto essere propedeuticamente interessati da attività di verifica del soddisfacimento dei requisiti previsti dalle normative sanitarie in funzione delle specifiche attività da realizzarsi (ambulatoriali, specialistiche, diagnostiche ecc.). A tal fine le AASSLL rilevano gli adeguamenti necessari e ne danno formale comunicazione alla Direzione dell'Istituto Penitenziario, cui compete la manutenzione ordinaria e straordinaria degli stessi.

Pertanto, le singole AA.SS.LL. provvedono a: verifiche periodiche sullo stato dei luoghi destinati allo svolgimento delle funzioni sanitarie all'interno degli Istituti Penitenziari al fine di garantire i LEA e formulano indicazioni, per gli eventuali adeguamenti necessari, all'Amministrazione Penitenziaria competente per la loro realizzazione, dandone altresì informazione ai livelli regionali (PRAP e Regione). Sempre in conformità all'Accordo della Conferenza Unificata n.3/2015, la formalizzazione delle procedure di autorizzazione ed accreditamento sarà possibile solo successivamente alla realizzazione, da parte dell'Amministrazione Penitenziaria degli adeguamenti segnalati dalle AA.SS.LL.

Sarebbe opportuno che fosse effettuato con cadenza almeno decennale l'aggiornamento delle convenzioni in essere sull'utilizzo dei locali transitati alle AA.SS.LL. in comodato d'uso a titolo gratuito.

7. Organizzazione dei livelli di assistenza sanitaria e di sezioni dedicate

La C.U. n. 3 del 15 gennaio 2015 (recepita dalla Regione Lazio con DGR n.375 del 28.07.2015) prevede differenti livelli di assistenza, anche in funzione della capienza regolamentare dell'Istituto:

- Tipo A. Istituti penitenziari con una capienza inferiore a 200 detenuti media/anno a basso numero di Nuovi Giunti/anno. Dovrebbe ospitare popolazione detenuta riconosciuta in buone condizioni di salute. L'attività è prevalentemente indirizzata verso l'attuazione di forme di medicina d'iniziativa e promozione della salute attraverso la correzione degli stili di vita e dei possibili fattori di rischio. Gli interventi/urgenze al di fuori dell'orario di presenza del medico sono garantite dal distretto territoriale di appartenenza sulla base delle modalità operative di ogni singola azienda.
- Tipo B. Istituti penitenziari con una capienza tra i 200 ed i 500 detenuti/anno a medio numero di nuovi giunti/anno. L'attività deve garantire l'assistenza medica di base, con continuità assistenziale e l'assistenza specialistica per le patologie prevalenti (Odontoiatria, Infettivologia, Cardiologia, Radiologia, Ortopedia, Ginecologia e Pediatria per Istituti Femminili, ed altre specialità secondo gli specifici fabbisogni).
- Tipo C. Istituti penitenziari con una capienza superiore a 500 detenuti/anno ed elevato numero di nuovi giunti/anno. L'attività deve garantire l'assistenza medica di base, con continuità assistenziale e l'assistenza specialistica per le patologie prevalenti (Odontoiatria, Infettivologia, Cardiologia, Radiologia, Ortopedia, Ginecologia e Pediatria per Istituti Femminili, Dermatologo ed altre specialità secondo gli specifici fabbisogni). È potenziata l'attività per la fase di Accoglienza e per la presa in carico dei soggetti con patologie croniche e/o gravi e nel caso di post-acuzie quando non particolarmente intense.

I servizi sanitari presentano quindi caratteristiche e potenzialità differenti a seconda delle dimensioni, delle presenze, della tipologia dei detenuti, del turnover di arrestati o detenuti e riflettono le modificazioni dei circuiti penitenziari regionali. (C.U. n.3/2015).

Ogni struttura penitenziaria per adulti è dotata di uno specifico servizio relativo alla salute in carcere che fa riferimento al Dipartimento della Funzione Territoriale e da un altro specifico servizio relativo alla salute mentale e dipendenze in ambito detentivo che afferisce al Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze, come definito negli Atti Aziendali di ogni singola ASL.

Infatti, in aggiunta all'assistenza ambulatoriale resa nelle sezioni ordinarie degli II.PP., è previsto che siano realizzate alcune tipologie di sezioni specialistiche dedicate e nello specifico:

- Sezione specialistica per disturbo mentale per interventi diagnostici e terapeutico riabilitativi per soggetti che presentano disturbo mentale grave. Ricomprende grave patologia mentale e unifica gli interventi precedentemente previsti ai sensi dell'art. 111 (comma 5 e 7) DPR 230/00, art. 112 DPR 230/00 e art. 148 c.p.¹² In riferimento all'art. 148, si richiama la sentenza della Corte Costituzionale n. 99 del 2019¹³. Gli interventi sanitari in tali sezioni sono assicurati dai Dipartimenti di Salute Mentale, nonché dalle altre articolazioni di assistenza sanitaria penitenziaria;
- Sezione specialistica per detenuti tossicodipendenti (art.96 DPR 309/90) per attività di prevenzione, diagnosi, trattamento terapeutico riabilitativo, riduzione del danno e reinserimento sociale per le persone che aderiscono volontariamente al programma. Gli interventi sanitari in tali sezioni sono assicurati dal SerD, con collaborazione dei servizi di salute mentale; sono assicurati inoltre tutti gli interventi di assistenza sanitaria penitenziaria;

¹² Gli art. 111 ("Ospedali psichiatrici giudiziari, case di cura e custodia, istituti e sezioni speciali per infermi e minorati fisici e psichici") e 112 ("Accertamento delle infermità psichiche") del D.P.R. 30 giugno 2000, n. 230, afferiscono al "Titolo II Disposizioni relative all'organizzazione penitenziaria", "Capo I - Istituti penitenziari". La loro applicazione non è regolamentata dopo la normativa primaria che ha disposto la definitiva chiusura degli Ospedali psichiatrici giudiziari (LEGGE 30 maggio 2014, n. 81).

¹³ N. 99 SENTENZA 20 febbraio - 19 aprile 2019. Giudizio di legittimità costituzionale in via incidentale. Esecuzione penale - Grave infermità psichica sopravvenuta del detenuto - Applicabilità della detenzione domiciliare "umanitaria". - Legge 26 luglio 1975, n. 354 (Norme sull'ordinamento penitenziario e sulla esecuzione delle misure privative e limitative della libertà), art. 47-ter, comma 1-ter. - (T-190099) (GU 1a Serie Speciale - Corte Costituzionale n.17 del 24-4-2019).

- Sezione specialistica per malattie infettive: in tali sezioni o stanze si assicura l'assistenza e la cura delle persone affette da malattie infettive, che necessitano di cure specifiche. Gli interventi sanitari in tali sezioni sono assicurati da personale medico e infermieristico in collaborazione con le Unità Operative Ospedaliere di Malattie Infettive.

Tenendo conto delle diverse partiture aziendali che concorrono al benessere del detenuto, si evidenzia la necessità di individuare in ciascun Istituto Penitenziario un coordinatore che nel rispetto dell'autonomia dei differenti Dipartimenti di riferimento della ASL di appartenenza, possa essere identificato come interlocutore privilegiato del Coordinatore della rete regionale di sanità penitenziaria per le attività relative ai trasferimenti dei detenuti per motivi di salute e di giustizia.

Per quanto concerne i disturbi mentali, ivi compresi i DUS, è opportuno specificare che con la Legge 81/2014 ed il conseguente superamento degli OPG si sono definitivamente distinti i percorsi per i soggetti imputabili da quelli per soggetti non imputabili, in presenza di incapacità di intendere e volere.

Nel primo caso, i soggetti **IMPUTABILI** rientrano nei circuiti penitenziari ovvero possono usufruire di misure sostitutive/alternative alla detenzione. L'accesso a tali misure di *probation*¹⁴ differisce (per diversa normativa di riferimento) in funzione della diagnosi clinica e del percorso giuridico individuato:

- **nei casi di disturbo da uso di sostanze** il riferimento all'accesso alle Misure sostitutive/alternative alla detenzione è il DRP 309/90 e s.m.i., che prevede che a fronte di certificazione rilasciata dal servizio pubblico, l'individuazione di appropriato programma e il rilascio di idoneità allo stesso (anch'essa rilasciata dal servizio pubblico), sia possibile per il soggetto interessato richiedere alla A.G. la concessione di tali misure;
- **nei casi di disturbo mentale**, alla luce della sentenza della Corte Costituzionale n.99 del 2019, la richiesta di misure sostitutive/alternative alla detenzione fa riferimento a quanto già stabilito per i soggetti affetti da patologia fisica ai sensi dell'art 147¹⁵ del c.p. ovvero la sentenza 99/2019 della Corte Costituzionale, relativa all'infermità psichica grave sopravvenuta nel corso della detenzione, ha dichiarato l'illegittimità costituzionale dell'articolo 47-ter, comma 1-ter dell'Ordinamento Penitenziario, stabilendo che se durante la carcerazione si manifesta una grave infermità psichiatrica, il giudice potrà disporre che il detenuto venga curato fuori dal carcere e quindi potrà concedergli, anche quando la pena residua è superiore a quattro anni o sia di carattere ostativo, la misura alternativa della detenzione domiciliare "umanitaria", o "in deroga", così come già accade per le infermità fisiche.

La difformità di tali percorsi richiede una elevata integrazione tra i servizi di salute mentale e i servizi per le dipendenze, alla luce della sempre maggiore presenza di comorbidità psichiatrica/co-occurring disorder (COD stimati nel 50% della popolazione detenuta con disturbo mentale).

I soggetti **IMPUTABILI** che non accedono (per motivi clinici e/o giudiziari) a misure sostitutive/alternative alla detenzione sono assistiti quindi in carcere in regime ambulatoriale nelle sezioni ordinarie, ovvero nelle sezioni specialistiche (per disturbo mentale o in custodia attenuata per tossicodipendenti).

¹⁴ Probation: descrive l'esecuzione in area penale esterna di sanzioni e misure, definite dalla legge ed imposte ad un autore di reato. Comprende una serie di attività ed interventi, tra cui il controllo, il consiglio e l'assistenza, mirati al reinserimento sociale dell'autore di reato, ed anche a contribuire alla sicurezza pubblica (Raccomandazione Consiglio d'Europa 2010. Fonte Ministero della Giustizia).

¹⁵ L'art. 47 quater legge 354/1975 riguarda le misure alternative alla detenzione nei confronti dei soggetti affetti da AIDS conclamata o da grave deficienza immunitaria. Il soggetto affetto da AIDS conclamata indipendentemente dalla durata della pena da espiare (diversamente da quanto stabilito per la detenzione domiciliare disciplinata dall'art. 47 ter che prevede un limite di quattro anni di pena detentiva da scontare anche come parte residua) può ottenere la detenzione domiciliare se ha in corso o intende intraprendere *un programma di cura e assistenza presso le unità operative di malattie infettive ospedaliere ed universitarie o altre unità operative prevalentemente impegnate secondo i piani regionali nell'assistenza ai casi di AIDS.*

Nel secondo caso, i soggetti **NON IMPUTABILI** sono talvolta in via eccezionale e temporanea, trattenuti su disposizione della A.G. nel circuito penitenziario, in attesa di posto nelle strutture di destinazione (REMS o Strutture Psichiatriche residenziali, semiresidenziali). A tali soggetti viene garantita, durante la permanenza in carcere, l'assistenza sanitaria specialistica ed il costante raccordo con i servizi di competenza territoriale, comprensivo di definizione del P.T.I. I programmi di intervento sanitario e di trattamento sono condivisi tra servizio sanitario e Amministrazione Penitenziaria (vedi paragrafo 12).

Per le patologie organiche è necessario ricordare art. 23 comma 2 del D.P.R. 30 giugno 2000 n. 230 (Regolamento recante norme sull'ordinamento penitenziario e sulle misure privative e limitative della libertà personale) "*Fermo restando quanto previsto dal comma 4 dell'articolo 24, qualora dagli accertamenti sanitari o altrimenti, risulti che una persona condannata si trovi in una delle condizioni previste dagli artt. 146¹⁶ e 147¹⁷, primo comma, numeri 2) e 3), del codice penale, la direzione dell'Istituto trasmette gli atti al magistrato di sorveglianza e al tribunale di sorveglianza per i provvedimenti di rispettiva competenza. La direzione provvede analogamente, quando la persona interessata si trovi in custodia cautelare, trasmettendo gli atti alla autorità giudiziaria procedente*".

È dovere quindi del medico segnalare all'autorità giudiziaria la sussistenza di gravi condizioni di salute.

7.1 Articolazioni per la Tutela della Salute Mentale e trattamenti intensificati per la salute mentale

L'ATSM è prevista dall'art. 65 della Legge n. 354/75 (O.P.), richiamata negli allegati "A" e "C" del DPCM 1/4/2008, secondo le previsioni dell'Accordo in CU n.95 del 13/10/11, ed è parte della rete della sanità penitenziaria regionale. Le ATSM del Lazio sono state istituite con la DGR 277 del 15/6/2012 che ha approvato l'Accordo di Programma tra la Regione Lazio e il Ministero di Giustizia (PRAP) con il quale entrambe le Amministrazioni hanno assunto specifici impegni, primo tra tutti l'individuazione delle sedi degli Istituti Penitenziari ove realizzare le Articolazioni Sanitarie del Lazio.

¹⁶ Art. 146 del c.p.: Il "*rinvio obbligatorio dell'esecuzione della pena*" avviene quando il condannato è affetto da: A.I.D.S. conclamata, grave deficienza immunitaria (le definizioni di AIDS conclamata e di grave deficienza immunitaria vengono stabilite per Decreto Ministeriale) o altra malattia particolarmente grave per effetto della quale le sue condizioni di salute risultano incompatibili con lo stato di detenzione.

Per gli imputati l'art 275 comma 4 bis e 4 ter c.p.p. (commi inseriti dall'art. 1, legge 12 luglio 1999, n 231) dice che *non può essere disposta né mantenuta la custodia cautelare in carcere se trattasi di persona affetta da AIDS conclamata o da grave deficienza immunitaria accertate ai sensi dell'art 286 bis ovvero da altra malattia particolarmente grave, per effetto della quale le sue condizioni di salute risultano incompatibili con lo stato di detenzione (...).*

Nell'ipotesi in cui sussistono esigenze cautelari di eccezionale rilevanza e la custodia cautelare eseguita in Istituto penitenziario potrebbe porre in pericolo la salute del soggetto o degli altri detenuti, l'Autorità Giudiziaria può disporre che la misura degli arresti domiciliari venga eseguita presso un luogo di cura o di assistenza o di accoglienza.

Il giudice può inoltre disporre, in caso di delitti previsti dall'art. 380, commessi dopo l'applicazione delle misure di cui ai commi 4 – bis e 4 ter, che il soggetto venga condotto in una struttura sanitaria penitenziaria attrezzata (comma 4 quater art. 275 c.p.p. e comma 6 dell'art. 47 quater legge 354/75).

La custodia cautelare in carcere non può comunque essere disposta o mantenuta quando la malattia del paziente si trova in una fase così avanzata da non rispondere più, secondo le certificazioni del servizio sanitario penitenziario o esterno, ai trattamenti disponibili e alle terapie curative (comma 4 quinquies).

Le condizioni per accedere alle misure alternative sono:

- 1) certificazione del servizio sanitario pubblico o del servizio sanitario penitenziario attestanti le condizioni previste dal comma 2 dell'art. 286 –bis c.p.p. (AIDS conclamato o grave immunodeficit);
- 2) concreta attuabilità di un programma di cura e assistenza (in corso o da attuare) presso le Unità Operative di malattie Infettive Ospedaliere o Universitarie.

Tali programmi non possono essere attuati all'interno dell'Istituto penitenziario.

¹⁷ L'art. 147 codice penale comma 2: L'esecuzione di una pena può essere differita... omissis.. se una pena restrittiva della libertà personale deve essere eseguita contro chi si trova in condizioni di grave infermità fisica; La valutazione inerente la gravità dell'infermità fisica deve tenere conto della considerazione oggettiva della malattia, in relazione alle condizioni di efficienza sanitaria del singolo istituto carcerario, intese come possibilità di fruire, in stato di libertà, di cure e trattamenti sostanzialmente diversi e più efficaci rispetto a quelli che possono essere prestati in regime di detenzione.

Si evidenzia che nell'Allegato alla C.U. n.3/2015 "*Linee guida in materia di modalità di erogazione dell'assistenza sanitaria negli istituti penitenziari per adulti; implementazione delle reti sanitarie regionali e nazionali*", nella parte relativa ai "*Servizi sanitari in ambito penitenziario*" al punto 3.2, "*Sezioni sanitarie specializzate per soggetti affetti da disturbi mentali*" si esplicita quanto segue: "*in tali sezioni gli interventi diagnostici e terapeutico riabilitativi sono assicurati dai Dipartimenti di Salute Mentale delle Aziende sanitarie territorialmente competenti oltre che dagli altri specialisti del Servizio. L'inserimento in dette sezioni che comprendono e unificano le preesistenti sezioni penitenziarie per osservandi e minorati psichici, è riservato ai soggetti detenuti che presentano disturbi psichici gravi, con specifico riferimento ai soggetti di cui all'art.111 (commi 5 e 7) del DPR 230/2000 sull'ordinamento penitenziario, ai soggetti di cui all'art. 112 del DPR medesimo ed ai soggetti di cui all'art. 148 C.P.*" In riferimento al art. 148 c.p., si richiama la sentenza della Corte Costituzionale n. 99 del 2019, come sopra riportato.

Riguardo all'attività di accertamento delle condizioni di infermità psichica (ex art. 112) anche se inizialmente previsto dal decreto istitutivo e dall'atto istitutivo regionale, tali cosiddette funzioni di "*osservazioni psichiatriche*" devono essere effettuate dal servizio di salute mentale nell'ambito dell'ordinaria attività diagnostica esclusivamente nell'Istituto di assegnazione della persona detenuta e non all'interno dell'ATSM.

La prevalenza di detenuti con grave patologia mentale o con gravi forme anche transitorie di disturbo è di molto superiore al numero di posti previsti dalla programmazione regionale per le ATSM; inoltre, l'ingresso a tale circuito è stabilito su autorizzazione dell'A.G. con tempistiche che tengono conto anche delle liste di attesa.

Si ravvisa quindi la necessità di individuare anche dei luoghi/spazi/aree detentive per garantire una assistenza sanitaria intensificata per soggetti con disturbo mentale, per periodi transitori correlati a stati di vulnerabilità psichica. Tali spazi devono permettere una migliore vivibilità rispetto alle sollecitazioni ambientali; deve essere altresì garantita l'intensificazione della presa in carico da parte dei servizi sanitari per la salute mentale e il potenziamento dei trattamenti erogabili dall'Amministrazione Penitenziaria.

Sia l'ATSM che i suddetti luoghi/spazi detentivi garantiscono quindi l'assistenza sanitaria dedicata alle persone detenute affette da problematiche di salute mentale presenti negli IIPP e che per motivi clinici e/o giudiziari non possono accedere a Misure Alternative/Sostitutive alla detenzione. Sono erogati trattamenti terapeutici ad elevata intensità riabilitativa, anche nelle fasi delle post-acuzie.

L'ingresso in ATSM è conseguente ad una richiesta sanitaria autorizzata dalla A.G., con gestione delle liste di attesa da parte del P.R.A.P; l'ingresso e la dimissione dai luoghi/spazi dedicati per assistenza per la salute mentale è prescritta dal servizio di salute mentale che opera nell'I.P. e attuata all'interno del medesimo Istituto.

Le attività sociosanitarie, di diagnosi e cura sono integrate con le attività proprie dell'area trattamentale penitenziaria, al fine di assicurare il raggiungimento degli obiettivi di salute e di riabilitazione; a tal fine devono essere adottati programmi terapeutico-riabilitativi e di inclusione sociale fondati su prove di efficacia e collegati ai rilevati bisogni individuali, anche idonei a concorrere alle risposte assistenziali a medio-lungo termine che prevedano con appropriatezza l'eventuale successivo invio a strutture esterne.

La presa in carico del paziente/detenuto avviene in maniera sinergica, da parte del personale sanitario e di quello penitenziario, che insieme collaborano, con pari responsabilità e dignità professionale, per il raggiungimento degli obiettivi, fermo restando il rispetto delle diverse e specifiche competenze. L'adozione di PTRI per le persone allocate presso ATSM o presso luoghi/spazi di assistenza intensificata è competenza congiunta del personale del DSM che opera nell'I.P. e del DSM di competenza territoriale nel caso di trattamento in luogo di cura esterno.

Le sezioni in oggetto non ospitano detenuti per altri motivi, quali, per esempio, quelli di carattere disciplinare ovvero connessi comportamenti anomali, gesti dimostrativi o espressioni di disagio non legato a psicopatologia, ecc.

La permanenza delle persone nell'articolazione e nei luoghi/spazi è limitata nel tempo, subordinata e parametrata esclusivamente sui bisogni terapeutico-assistenziali della persona e non deve mai configurarsi come circuito penitenziario specifico o comunque tipologia e/o luogo di allocazione detentiva per l'esecuzione di una pena o di una misura cautelare. Le persone ospitate nell'ATSM e nei luoghi/spazi di assistenza intensificata esercitano i propri diritti così come stabiliti dall'Ordinamento Penitenziario.

Conformemente al Piano nazionale per la prevenzione del rischio suicidario in ambito penitenziario di cui all'Accordo sancito dalla Conferenza Unificata il 27.07.2017 (Rep. Atti n. 81/CU), le ATSM e il Servizio di salute Mentale in carcere non costituiscono l'ambito di gestione appropriata delle condizioni di rischio suicidario, ma possono solo concorrere alle complessive azioni nei limiti previsti dallo stesso Piano, che prevede *“l'esclusione di ogni forma di iniziale, non mediato o prevalente coinvolgimento dei servizi sanitari specialistici della salute mentale nelle attività (...), al fine di prevenire il frequente rischio di erronea riconduzione dei comportamenti e delle scelte autolesive e suicidarie nell'ambito di condizioni patologiche psichiatriche”*.

Per l'organizzazione dell'ATSM e dei luoghi/spazi di assistenza intensificata, delle modalità e criteri di accesso si rimanda al documento dedicato in corso di elaborazione.

7.3 Istituto Custodia Attenuata per il Trattamento dei Tossicodipendenti (I.C.A.T.T.)

L'I.C.A.T.T. è finalizzato alla riabilitazione fisica e psichica dei tossicodipendenti, mediante l'attuazione di programmi di attività ai quali collaborano i servizi pubblici per le tossicodipendenze, il Servizio sanitario regionale, gli enti territoriali, il terzo settore, il volontariato e le comunità terapeutiche.

I criteri di accesso all'ICATT prevedono l'ingresso di detenuti con patologia da dipendenza e con elevata motivazione ad un trattamento riabilitativo in vista del successivo reinserimento nel lavoro e nella società. Garantisce attività a cura dell'Amministrazione Penitenziaria e trattamenti sanitari, sia di medicina di base e specialistica, sia relativi alla cura delle dipendenze. All'ICATT devono accedere anche le persone in terapia agonista a mantenimento, con consapevolezza di malattia, motivazione ed aderenza al trattamento.

8. Organizzazione Servizio Assistenza Intensiva (S.A.I.)

Il S.A.I. è l'entità di maggiore complessità in ambito penitenziario e sostituisce i centri clinici. Il S.A.I. garantisce assistenza medica, infermieristica diurna e notturna e assistenza specialistica di particolare rilievo.

Risponde ad esigenze regionali ed eventualmente nazionali, anche in ragione della tipologia di detenuti ospitati presso l'Istituto che li annette, con evidenti interconnessioni sul piano del trattamento e della sicurezza.

Finalità

Le funzioni del S.A.I. consistono principalmente in:

- post-acuzie:
 - gestione del post-ricovero del paziente che necessita di assistenza sanitaria di maggiore intensità;
 - supporto alle Medicine Protette e agli Ospedali nel monitoraggio dei pazienti dimessi, per un periodo limitato, sia per agevolare il turnover delle stesse sia per evitare l'intasamento del S.A.I.;
- riabilitazione fisica:
 - gestione di pazienti che necessitano di prestazioni di FKT, limitatamente alle dotazioni strumentali (irradiazione infrarossa, magnetoterapia, elettroterapia di muscoli normo o denervati, esercizi posturali- propriocettivi, training deambulatorio e del passo, risoluzione manuale di aderenze articolari, massoterapia per drenaggio linfatico, mobilizzazione di piccole articolazioni esclusa articolazione temporo-mandibolare);

- cure intensive ed estensive extra ospedaliere
 - risposta ai bisogni di salute che necessitano di interventi chirurgici ambulatoriali (APA) o di assistenza sanitaria specialistica continuativa di particolare intensità, che non può essere garantita nei servizi di minore complessità, quali i servizi medici multiprofessionali integrati con assistenza medica e infermieristica sulle 24 ore, che comunque, come previsto dalla C.U. n. 3 del 22/01/2015, devono garantire il monitoraggio di patologie di maggiore complessità assistenziale o di comorbidità, l'osservazione e il trattamento del post-acuzie, quando non particolarmente intenso.

Accettazione e dimissione

L'eleggibilità di un detenuto/paziente per un S.A.I. è di esclusiva pertinenza sanitaria, scelta che è certificata dal responsabile/direttore della struttura sanitaria inviante e viene valutata sia su detenuti già presenti nell'Istituto ove si trova il S.A.I., sia su detenuti per cui viene chiesto il trasferimento da parte del Provveditorato Regionale o da parte del Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria. In caso, quindi, di detenuti non già presenti in Istituto è necessario che il responsabile della sanità penitenziaria dell'Istituto richiedente invii al coordinatore regionale di sanità penitenziaria, la richiesta di ammissione al S.A.I., corredata da idonea documentazione e consenso del detenuto. Il coordinatore che dovrà tener conto delle capacità operative e ricettive del S.A.I. invierà entro cinque giorni la richiesta con un suo parere motivato al responsabile sanitario del S.A.I. per la definitiva valutazione che sarà poi trasmessa all'istituto richiedente.

Per quanto attiene ai detenuti già presenti in istituto, questi sono oggetto di valutazione medica diretta.

Tutto ciò per evitare assegnazioni incongrue e occupazione di posto letto da parte di pazienti cronici, gestibili in sezione ordinaria, con le tutele del caso.

Le liste di attesa saranno gestite in base alla priorità dei casi clinici, alle reali possibilità operative del S.A.I. e alla disponibilità del posto letto e anche in base ad eventuali indicazioni non di natura sanitaria (Autorità Giudiziaria, Amministrazione Penitenziaria). L'eleggibilità del detenuto poi presso il S.A.I. e la sua dimissione restano prerogativa del responsabile/direttore del servizio sanitario penitenziario di cui trattasi.

Attività

Nell'ambito di una realtà penitenziaria regionale, la presenza del S.A.I. qualifica l'Istituto Penitenziario come HUB, poiché dotato di una serie di servizi sanitari-assistenziali, di cui beneficia la rete degli istituti regionali. Quindi, il S.A.I. è chiamato a promuovere un lavoro di rete finalizzato a migliorare l'appropriatezza degli invii di detenuti al S.A.I. stesso e a coordinare le dimissioni per il ritorno del paziente nell'Istituto di provenienza.

Anche il S.A.I. si avvale, per altro, della Telemedicina (teleradiologia e telecardiologia). L'attuale S.A.I. si caratterizza per la presenza di sala operatoria di chirurgia ambulatoriale, sala di endoscopia digestiva anche per nuove attrezzature per l'odontoiatria, dermatologia, neurologia e la fisioterapia.

9. Organizzazione visite ambulatoriali esterne

Il raccordo con la Centrale Operativa Aziendale (COT A) territoriale e ospedaliera nel rispetto delle attuali modalità organizzative adottate dai vari Presidi sanitari intramurari, rappresenta un momento di integrazione importante per coordinare gli interventi della specialistica ambulatoriale o dei ricoveri programmati, facilitare prassi amministrative (rilascio STP o esenzioni) e monitorare le attività esterne all'ambito penitenziario. Si raccomanda di limitare le erogazioni esterne a quelle di particolare complessità (indagini per immagini di secondo e terzo livello) e/o a prestazioni specialistiche oggettivamente non assicurabili (entro i termini clinicamente necessari in base alla valutazione del medico curante) dai servizi all'interno del carcere.

È necessario individuare canali di supporto innovativi per la programmazione delle attività diagnostiche e clinico assistenziali da eseguirsi in ambiente extra carcerario. La presente indicazione dovrà declinarsi nella sua applicazione temporale tenendo presente le differenti realtà organizzative e di personale disponibile nella presa in carico delle richieste, tramite le articolazioni amministrative delle ASL individuate.

In allegato A sono riportate le modalità operative ed organizzative per le visite esterne.

10. Organizzazione di ricovero in strutture sanitarie esterne

In taluni casi si rende necessario il ricorso al ricovero in strutture ospedaliere, sia in regime di urgenza/emergenza sia regime di elezione (ricoveri programmati).

Ogni Ospedale, nei casi di condizioni cliniche non trattabili nei reparti di seguito indicati, deve garantire l'assistenza medica chirurgica necessaria.

In regime di urgenza l'individuazione del Pronto Soccorso di accettazione deve avvenire seguendo i medesimi criteri di appropriatezza previsti per la popolazione generale.

10.1 Medicina protetta

I reparti di Medicina Protetta trovano fondamento normativo nell' art. 7 della L. 12 agosto 1993 n. 296 (GU n. 188 del 12 agosto 1993). Solo con la riforma del 1998 ed in particolare con il D.Lv. 230/99 del 22 giugno 1999 viene però definitivamente sancito che: *“Il SSN assicura ai detenuti e agli internati livelli di prestazione analoghi a quelli garantiti ai cittadini liberi e a tale scopo la Regione (...) (art. 7 comma 2 del Decreto 21 aprile 2000 del Ministero della Sanità) organizza il piano di riordino della rete ospedaliera per il ricovero dei detenuti”*.

Si tratta di Unità Operative ospedaliere che hanno come principio fondante la presa in carico sanitaria in contesto ospedaliero di pazienti in regime di detenzione che presentino patologie acute o croniche riacutizzate e che necessitino di iter diagnostici e terapeutici di livello ospedaliero, non erogabili all'interno degli Istituti Penitenziari (c.d. ricovero in luogo esterno di cura). Il soggetto che afferisce a questi Reparti è innanzitutto, quindi, un paziente ricoverato, a cui è intestata una cartella clinica ospedaliera relativa ad uno specifico episodio di ricovero, che avrà esito in una Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO). Una volta terminata o stabilizzata l'acuzie è prevista la dimissione ed il rientro in contesto territoriale (intramurario o extramurario, se così disposto dall'AG competente).

Tali UU.OO., inserite nel contesto di uno specifico ospedale, sono dotate di personale sanitario (medico, infermieristico, ausiliario) dedicato che unisce necessariamente, alla specifica competenza professionale, una particolare esperienza nella gestione dell'alta complessità clinico assistenziale della popolazione detenuta congiuntamente alla specificità giuridica e alle dinamiche relazionali e amministrativo-organizzative che la caratterizzano. Al personale sanitario si affianca personale di Polizia Penitenziaria, dedicato al Reparto, che garantisce h24 l'ordine e la sicurezza. Tale organizzazione permette di erogare indagini diagnostiche e approcci terapeutici articolati di alta specializzazione in condizioni di elevata sicurezza e nel rispetto delle condizioni di legalità ed esecuzione della pena. Solo i pazienti che hanno necessità di un'assistenza intensiva o subintensiva (es.: rianimazione, UTIC, stroke unit, ecc.) o i pazienti con patologie psichiatriche acute e sottoposti a TSO non possono essere ricoverati nel reparto di Medicina Protetta. Inoltre, essendo inserite in uno specifico contesto ospedaliero, le singole Medicine Protette possono farsi carico di pazienti per i quali nell'Ospedale, sono presenti le specialistiche indicate per le esigenze sanitarie del caso. Sono da evitare i ricoveri prolungati a causa delle condizioni di isolamento connaturate alla natura stessa del ricovero ospedaliero in ambiente dedicato ai detenuti.

La pertinenza ospedaliera conferisce a queste UU.OO. il ruolo di integrare il sistema sanitario intramurario e quello extramurario ed il livello territoriale e quello ospedaliero, al fine anche di garantire la continuità di presa in carico di una popolazione che, di per sé, appartiene nella maggioranza dei casi a contesti sociali di marginalità che a prescindere

dalla condizione di detenzione risentono di una difficoltà nell'accesso ai servizi sanitari. Come per la Sanità Penitenziaria in generale, la possibilità di intercettare e prendere in carico con un approccio globale questo tipo di popolazione, che oltre al resto presenta un'incidenza precoce di patologie metaboliche e cardiovascolari, rappresenta un'importante occasione di cura e riveste un ruolo fondamentale nell'ottica della prevenzione, anche secondaria, delle patologie e dei loro esiti a lungo termine.

Come le altre UU.OO. della rete di Sanità Penitenziaria, anche le Medicine Protette assolvono al dovere di informare l'Autorità Giudiziaria competente mediante specifiche relazioni cliniche redatte su richiesta o per decisione autonoma dei Medici in caso di circostanze cliniche significative meritevoli di essere portate a conoscenza dell'A.G. competente. Pur non potendo infatti esprimere pareri in merito alla compatibilità della situazione clinica documentata con le cure erogabili in contesto carcerario, i Medici forniscono le informazioni sanitarie necessarie a chi ha competenza in merito.

Le UU.OO. di Medicina Protetta, consentono un notevole risparmio delle risorse di personale dell'Amministrazione Penitenziaria che sarebbero necessarie per i piantonamenti se il ricovero fosse nelle stanze detentive o in reparti non dedicati. All'interno delle Medicine Protette sono garantiti i colloqui con i famigliari, le telefonate e le videochiamate secondo quanto già autorizzato dall'Istituto Penitenziario di appartenenza. Inoltre, si ha la facoltà – in deroga alla normativa generale ospedaliera, ma in analogia a quanto già disciplinato per gli SPDC – di attrezzare spazi dedicati per il fumo.

La presenza di personale dedicato, specificatamente formato, differenzia questi reparti ospedalieri dalle cosiddette camere detentive, descritte nel prossimo paragrafo.

Percorso di accettazione

I ricoveri nel reparto di medicina protetta possono avvenire:

- in elezione, internistici e chirurgici (in appendice richiesta ricovero in elezione),
- in urgenza differibile, cioè in tempi brevi secondo una urgenza segnalata dai colleghi dell'istituto penitenziario senza passare per il pronto soccorso,
- in urgenza dopo invio in Pronto soccorso e valutazione dell'emergenza.

I ricoveri in elezione internistici seguono una programmazione secondo una lista di attesa che tiene conto della data di arrivo della richiesta e della motivazione clinica. I ricoveri in elezione chirurgici seguono la lista di attesa, dopo valutazione specialistica, dell'Unità di Programmazione dell'attività chirurgica dell'Ospedale di riferimento. Per i ricoveri programmati in elezione la richiesta di posto letto è redatta dai medici dell'istituto penitenziario, indicando i dati anagrafici (nome, cognome, data di nascita), una breve anamnesi, il sospetto diagnostico, le patologie secondarie e la terapia. L'invio della richiesta medica di posto letto in elezione, è completata dalla documentazione giuridica autorizzativa, necessaria per l'uscita del paziente dal carcere e l'invio nel reparto di medicina protetta.

Il reparto di medicina protetta malattie infettive dell'Ospedale Belcolle (Santa Rosa di Viterbo) è un reparto a vocazione infettivologica ma con capacità totipotenti in considerazione delle specialità presenti nell'Ospedale che permettono di gestire i ricoveri non infettivologici.

I ricoveri attinenti a specialità non presenti nelle Medicine Protette devono essere effettuati negli appropriati Ospedali.

Le dimissioni

Le dimissioni dalla Medicina Protetta sono analoghe a quelle previste per tutti i ricoveri ospedalieri, comprese le modalità:

- a domicilio (presso l'Istituto penitenziario di provenienza; altro Istituto o domicilio personale, in caso di misure alternative /scarcerazione)
- trasferimento in altro Ospedale
- dimissione protetta (quando è necessario terminare l'iter diagnostico pur potendo dimettere il paziente e/o quando il paziente insofferente al regime di ricovero, non avendo stretta necessità di permanere in reparto può essere dimesso, tornando nell'arco dei trenta giorni successivi alla dimissione, a completare gli esami diagnostici);
- contro parere medico in autodimissione quando il paziente revoca il consenso al ricovero per andare via dal reparto.

Le autodimissioni sono relativamente frequenti e legate a fattori propri del regime di ricovero: divieto di fumo secondo normativa vigente; chiusura nella stanza di degenza h 24 con uscita solo per eseguire esami strumentali, interventi chirurgici, colloqui psicologici, colloqui con i famigliari, telefonate e videochiamate, se autorizzati secondo la propria posizione giuridica in carcere. Il tasso di autodimissioni potrebbe essere ridotto attraverso terapia sostitutiva. Inoltre, lo stato di chiusura ostativo a sopportare il ricovero potrebbe essere attenuato da uno spazio ricavato all'interno della struttura di medicina protetta per permettere ai pazienti non allettati ed in condizioni cliniche discrete, di trascorrere un tempo definito della giornata, replicando quanto di diritto nell'istituto penitenziario.

10.2 Camere ospedaliere detentive

Le camere detentive sono stanze di degenza ospedaliera con dotazione di sicurezza (es. porta blindata, grate alle finestre, ecc.) presenti in alcuni ospedali. In tali camere i pazienti detenuti che necessitano di ricovero possono essere allocati, sotto la responsabilità clinica dell'Unità Operativa specialistica competente che fornirà adeguata assistenza. La sicurezza invece è garantita da un servizio di scorta da parte del personale di Polizia Penitenziaria.

Il numero delle camere ospedaliere detentive, presso alcune ASL con Istituto Penitenziario, sono le seguenti: ASL LT, due posti letto; ASL Frosinone, 2 posti letto; ASL Roma 4, 1 posto letto.

Riguardo al personale sanitario: l'assistenza medica è assicurata dal reparto di assegnazione; l'organizzazione dell'assistenza infermieristica e di altri servizi invece è di competenza delle locali direzioni sanitarie ospedaliere.

10.3 Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura (SPDC)

Il ricovero in SPDC è richiesto dal servizio salute mentale che opera all'interno dell'Istituto penitenziario (in accordo con l'SPDC di competenza) o dai medici del pronto soccorso, ove è stata condotta la persona detenuta per emergenza clinica. Il ricovero è riservato agli episodi di acuzie, non altrimenti trattabili in regime detentivo.

Per luogo di ricovero si fa riferimento a quanto stabilito con Determinazione Dirigenziale n. G08249/2022 *“Percorso assistenziale per persone con patologia psichiatrica e/o con disturbi comportamentali per l'accesso e la gestione in Pronto Soccorso e il ricovero”* in relazione alle competenze territoriali. Tale organizzazione vale anche per i ricoveri in T.S.O.

Il servizio inviante comunica all'SPDC individuato la tempistica dell'arrivo in P.S. del paziente, in accordo con l'Amministrazione Penitenziaria, in modo da consentire la presenza per la prima consulenza dello Psichiatra all'arrivo in ospedale del paziente stesso. Durante il ricovero, i curanti che operano in Istituto Penitenziario curano lo scambio di informazioni con l'equipe ospedaliera, anche in vista delle dimissioni. Curano altresì il raccordo con i servizi territoriali di competenza per residenza.

Il ricovero in regime di T.S.O. segue le medesime procedure previste per i soggetti non in regime detentivo.

11. Programmi ed interventi integrati tra Sanità - Amministrazione Penitenziaria

Il raccordo tra Amministrazione Penitenziaria e Sistema Sanitario è sempre fondamentale anche per la formazione congiunta. È comunque indispensabile per i casi che presentano complessità cliniche e/o di rischio per la salute e la vita dell'individuo.

I principali strumenti sono:

- Osservatorio Permanente Sanità Penitenziaria, cui partecipano Rappresentanti della Regione, delle ASL, dell'Amministrazione Penitenziaria (PRAP), della Giustizia Minorile e di comunità, del Tribunale di Sorveglianza e il Garante regionale per le persone private della libertà personale. Le funzioni dell'Osservatorio sono: programmazione regionale in materia di sanità penitenziaria, monitoraggio degli interventi, comunicazioni su avvenimento di interesse sanitario, proposte di programmi di formazione¹⁸;
- Tavolo Interistituzionale Sanità Penitenziaria, cui partecipano Direzione Strategica ASL, Direttori/Responsabili delle Unità Operative ASL presenti in Istituto, Direzione Istituto Penitenziario, Comandante Polizia Penitenziaria, Coordinatore Area Giuridico pedagogica, Garante Regionale per le persone private della libertà personale. Possono essere invitati ulteriori soggetti, in funzione dell'argomento. Sono raccomandati almeno quattro incontri l'anno. Le funzioni del Tavolo sono relative alla condivisione di modalità e piani operativi per la realizzazione delle raccomandazioni fornite dall'Osservatorio Regionale Sanitario e dalle indicazioni nazionali. Sarebbe opportuno prevedere la partecipazione dei Garanti locali (metropolitano, provinciale o comunale);
- Coordinamento della rete regionale penitenziaria per appropriatezza trasferimenti detenuti per motivi di salute¹⁹;
- Progetto Individuale di Salute (PRIS), modello mutato dai servizi mentale e Ser.D. Il paziente detenuto con disagio elevato può essere segnalato per la definizione del PRIS e per l'individuazione di equipe multidisciplinare composta dai sanitari e dall'Area Giuridico Pedagogica. Tale equipe si riunisce periodicamente, per discutere il caso ed individuare il servizio case manager che potrà avvalersi nel redigere il Progetto Individuale di Salute di tutti gli altri servizi. In caso di individuazioni di problematiche non sanitarie l'equipe redige informativa alla Direzione amministrativa dell'Istituto e alla Magistratura di Sorveglianza;
- Staff multidisciplinare, previsto dall'Amministrazione Penitenziaria nell'ambito delle misure di prevenzione del rischio suicidario. Si rimanda per questo strumento ai Piani Locali di prevenzione (in Allegato Appendice B).

12. Gestione dei *sine titolo*²⁰

In riferimento alla criticità rilevata a livello nazionale, riguardo alle problematiche connesse alla presenza di un numero per quanto limitato, di pazienti presenti negli istituti Penitenziari anche del Lazio, in attesa di esecuzione della misura di sicurezza in luogo di cura (strutture psichiatriche o REMS), si rimanda alle indicazioni circa le forme, le modalità e le finalità per la collaborazione interistituzionale idonea a garantire la massima efficienza degli interventi di tutela della salute, all'Accordo approvato dalla Conferenza Unificata n. 188/2022 e recepito dalla regione Lazio con DGR n.921/2023.

Riguardo alle persone destinatarie di misura di sicurezza detentiva, la normativa vigente, fa riferimento alla Legge n.81/2014 e alla correlata regolamentazione secondaria sopra citata. In questo contesto è prioritario da parte della

¹⁸ DGR 237/2018 "Istituzione Osservatorio Regionale"

¹⁹ Determina dirigenziale G15139/2017

²⁰ pazienti con misura di sicurezza detentiva internati temporaneamente presso Istituto Penitenziario, in attesa di posto REMS o di Struttura Psichiatrica Residenziale.

ASL territorialmente competente per residenza o domicilio della persona, definire il PTI alternativo alla REMS, in collaborazione con il servizio di salute mentale operante in carcere, al fine di fornire un'appropriata risposta ai bisogni socio-sanitari del paziente, fermo restando l'inserimento nella lista di attesa regionale REMS, gestita dal P.U.R.²¹. È raccomandato aggiornare, da parte del P.U.R., l'Amministrazione Penitenziaria circa la programmazione e i tempi di inserimento in struttura sanitaria dei pazienti *sine titolo*. È altresì raccomandata la condivisione degli interventi sanitari e trattamentali da parte di entrambe le Amministrazioni, riguardanti i suddetti pazienti.

13. La Telemedicina

Le nuove Linee di Indirizzo dell'Agenas del 2022 per i servizi di telemedicina descrivono alcuni servizi di telemedicina che potrebbero essere usati anche negli II.PP del Lazio, primo tra tutti il teleconsulto, che è un collegamento tra sanitari richiedenti e medici refertanti con modello HUB – Spoke. Il Teleconsulto può essere di tipo sincrono (con collegamento web tra sanitari, anche con presenza del paziente) o asincrono.

Nella Regione Lazio l'applicativo TeleAdvice garantisce da anni un servizio di teleconsulto nella rete emergenza mettendo in comunicazione la richiesta dai DEA periferici ad Hub di riferimento. Attraverso i finanziamenti del PNRR, la Regione Lazio realizzerà entro la metà del 2025 una Infrastruttura Regionale di Telemedicina, che amplierà la possibilità di richiedere teleconsulti rendendola possibile anche a strutture sanitarie all'interno degli II.PP.

Verrà realizzato anche il servizio di Telerefertazione (ECG, Immagini radiologiche ed altro) che potrà essere di supporto ai sanitari locali.

Avere una regia centrale ed un unico applicativo usato nei diversi Istituti potrà favorire la diffusione dei servizi di telemedicina nella Regione Lazio.

Nell'ottica di diffondere i servizi di telemedicina, nella Direzione Salute e Integrazione sociosanitaria è stato aggiunto l'Ufficio di Telemedicina e nell'ottobre 2024 è stato creato un Gruppo di lavoro Regionale per lo sviluppo della Infrastruttura Regionale di Telemedicina che avrà, tra i suoi compiti, anche quello di sviluppare i servizi di telemedicina nelle case circondariali.

Dai sopralluoghi effettuati nei diversi II.PP., si rileva una situazione estremamente variegata:

- a) la rete Internet RUPAR della Regione Lazio è presente in tutti i servizi sanitari operanti all'interno degli II.PP. Tale dato, che potrebbe sembrare di poca importanza, è fondamentale per l'ideazione di nuovi servizi di telemedicina. Fino a pochi anni fa la rete Internet RUPAR era presente solo in alcune carceri;
- b) tutte le strutture dispongono di un Elettrocardiografo che trasmette i tracciati via LAN ma non tutte le strutture hanno un servizio di telemedicina cardiologica. Dal 2021 in quasi tutti gli II.PP è attivo il servizio di telemedicina;
- c) 13 strutture su 14 hanno un ecografo;
- d) 10 strutture su 14 hanno un servizio di radiologia. Al momento solo 3 strutture dispongono di servizi di telera-diologia.

Il servizio di telemedicina realizzabile attualmente, è il teleconsulto sincrono e asincrono. Inoltre in ogni Istituto saranno presi accordi locali tra Amministrazione penitenziaria e Servizio sanitario per la realizzazione di tele-visita e di telemonitoraggio che prevedono la presenza del detenuto/paziente.

²¹ DGR n.921/2023

IV PARTE

(dati dicembre 2023)

14. Attuale offerta sanitaria

I Livelli Essenziali di Assistenza sono garantiti in tutti gli Istituti, con alcune caratteristiche peculiari, in riferimento a:

- tipologia di popolazione detenuta (caratteristiche giudiziarie o cliniche);
- modelli organizzativi delle ASL

ASL	Istituto Penitenziario	Assistenza sanitaria generale	Salute mentale e Dipendenze
Roma 1	Regina Coeli	S.A.I.	Sezione "Seconda Accoglienza" per fragilità, che ospita detenuti con patologia mentale (18 posti) Presenza 2 posti ex Osservazione Psichiatrica
Roma 2	Nuovo Complesso	reparto per malati con patologie infettive a media intensità di cure	A.T.S.M.
	Casa Reclusione		A.T.S.M.
	Terza Casa		I.C.A.T.T.
	Femminile		
Roma 4	Casa Circondariale		A.T.S.M.
	Casa Reclusione		
Roma 6	Velletri		A.T.S.M.
Latina	Latina		
Frosinone	Frosinone		
	Cassino		
	Paliano	reparto per pazienti con malattie infettive respiratorie	
Rieti	Rieti		
Viterbo	Viterbo		

14.1. Servizi medicina di base e continuità assistenziale

ASL	Istituto Penitenziario		H assistenza
Roma 1	Regina Coeli	Unità Operativa interna	assistenza h 24
Roma 2	Nuovo Complesso		assistenza h 24
	Reclusione		assistenza h 24
	Terza Casa		
	Femminile	Unità Operative interne	assistenza h 24
Roma 4	Circondariale	Unità Operativa interna	assistenza h 24
	Reclusione		
Roma 6		Unità Operativa interna	assistenza h 24
Latina		Unità Operativa interna	assistenza h 24
Frosinone	Frosinone	Unità Operativa interna	assistenza h 24
	Cassino		
	Paliano		
Rieti	Rieti	Unità Operativa interna	assistenza h 24
Viterbo	Viterbo	Unità Operativa interna	assistenza h 24

14.2. Servizi assistenza specialistica

		Specialità																								
ASL	Istituto Penitenziario	angiologia	cardiologia	chirurgia	dermatologia	diabetologia	ecografia	ematologia	endocrinologia	farmacista	gastroenterologia	ginecologia	infettivologia	medicina interna	nefrologia	neurologia	neuropsichiatria infantile	oculistica	odontoiatria	oncologia	ortopedia	otorinolaringoiatria	pneumologia	radiologia	tisiologia	urologia
Roma 1	Regina Coeli	x	x	x	x		x		x		x		x			x		x	x	x	x	x	x	x		x
Roma 2 (Rebibbia)	Casa Reclusione		x		x	x							x					x	x		x					
	Femminile		x		x	x							x	x		x		x	x		x	x	x			
	Terza Casa																		x							
	Nuovo Complesso		x	x	x	x	x		x				x			x		x	x		x	x				x
Roma 4 (Civitavecchia)	Casa Reclusione		x	x			x						x						x		x					
	Casa Circondariale		x	x			x					x	x			x		x	x		x					
Roma 6	Velletri		x		x													x	x		x	x		x		
Frosinone	Paliano		x			x													x	x			x	x		
	Cassimo																		x							
	Frosinone		x																x	x			x			
Latina	Latina											x	x						x							
Viterbo	Viterbo			x	x	x							x					x	x			x		x		x
Rieti	Rieti		x	x															x		x					

14.3 Servizi ambulatoriali per Dipendenze e Salute Mentale

ASL	SER.D	Salute Mentale
Roma 1	Unità Operativa interna, unitaria per salute mentale e dipendenze	
Roma 2	Unità Operativa interna	Unità Operativa interna
Roma 4	Equipe dedicata di Ser.D. esterno	Equipe dedicata di CSM esterno
Roma 6	Equipe dedicata di Ser.D. esterno	Equipe dedicata di CSM esterno
Latina	Equipe dedicata di Ser.D. esterno	Equipe dedicata di CSM esterno
Frosinone	Unità Operativa interna, unitaria per salute mentale e dipendenze	
Rieti	Equipe dedicata di Ser.D. esterno	Equipe dedicata di CSM esterno
Viterbo	Equipe dedicata da Ser.D Esterno	Equipe dedicata di CSM esterno

14.4 Posti S.A.I.

ASL	n. posti	U/D	Note
Roma 1	78, di cui: 1° Medicina, 18 posti 2° Medicina, 29 posti Chirurgia, 23 posti Reparto pre/post-operatorio, 8 posti	U	2 sale operatorie: una per attività chirurgica ambulatoriale e l'altra per endoscopia digestiva Ambulatori specialistici Fisioterapia e Radiologia

14.5 Posti A.T.S.M.

ASL	n. posti	U/D	note
Roma 1	2	U	Allocati in sezione ordinaria
Roma 2	6 in Nuovo Complesso 18 In C. Reclusione	U	
Roma 4	3	D	
Roma 6	8	U	

14.6 Posti I.C.A.T.T.

ASL	n. posti	U/D	note
Roma 2	80 in Terza Casa	U	

14.7 Posti Medicina Protetta

ASL	n. posti	U/D	Note
Roma 2	8	U	Presso Ospedale Pertini (provvisorio)
Viterbo	10		Presso Malattie Infettive - ospedale Belcolle

15. Attuale Dotazione Risorse Umane

Di seguito le tabelle 2, 3 e 4, elaborate dal Dipartimento di Epidemiologia SSR Lazio - ASL Roma 1 (DEP) su dati forniti dalla regione Lazio sulla base della rilevazione annuale dei dati riguardanti il numero delle ore settimanali erogate all'interno dei 14 II.PP di servizi di specialistica e di salute mentale e dipendenze alla data del 31 dicembre 2023. Le caselle bianche indicano la mancata risposta alla rilevazione o l'assenza di quella tipologia di specialistica in quel determinato Istituto Penitenziario.

Tabella 2 - Numero ore settimanali per specialità

		cardiologia	chirurgia	dermatologia	ecografia	endocrinologia	gastroenterologia	ginecologia	infettivologia	neurologia	oculistica	odontoiatria	oncologia	ortopedia	otorinolaringoiatria	pneumologia	radiologia	urologia
Roma1	Regina Coeli	12	4	8	9	3	5		8	8	5	9	2	8	5	6	18	4
Roma2	Nuovo Complesso	12	10	5	3	7			25	5	8	30		8	6			4
	Reclusione	6		1					2		2	3		1,5				
	Terza Casa											3						
	Femminile	4		1					4	2	7	10		2	5,5			
Roma4	Circondariale	4	3		3			1	3	1	2	3		2				
	Reclusione	1	1		1				1			3		1				
Roma6	Velletri	20		4								8			2,5		6	
Latina	Latina							1	4			8						
Frosinone	Frosinone																	
	Cassino																	
	Paliano																	
Rieti	Rieti										10		2					
Viterbo	Viterbo		2	2					12		2	4		2			16	2

Fonte: elaborazione DEP su dati regione Lazio al 31 dicembre 2023

Tabella 3 - Numero ore settimanali per salute mentale/dipendenze

		psichiatri	medici per le dipendenze	psicologi	coordinatori infermieristici	infermieri	assistenti sociali	terp	Altro
Roma1	Regina Coeli	170,4	66	293	36	108,0	66,0	12,0	
Roma2	Nuovo Complesso	143,5	76,8	223			19,5	36,0	10,0
	Reclusione	78,5	22,3	86,6			19,5	36,0	10,0
	Terza Casa	9,5	10,3	47,1			19,5		9,8
	Femminile	47,5	42,0	72,1			55,5		9,8
Roma4	Circondariale	78,0	18,0	140,0		18,0	24,0		
	Reclusione	10,0	18,0	26,0		18,0	24,0		
Roma6	Velletri	50,0	27,5	30,0		187,0	46,0		
Latina	Latina	16,0	18,0	22,0		6,0			
Frosinone	Frosinone	58,0	26,0	129,0	4,5	48,0	38,0		
	Cassino	19,0	24,0	90,0	4,5	30,0	18,0		
	Paliano	3,0	3,0	8,0					
Rieti	Rieti	38,0	20,0	12,0			30,0		
Viterbo	Viterbo	27,0	28,0					36,0	

Fonte: elaborazione DEP su dati regione Lazio al 31 dicembre 2023

Tabella 4 - Numero unità equivalenti tempo pieno ETP

		psichiatri	medici per le dipendenze	psicologi	coordinatori infermieristici	infermieri	assistenti sociali	Terp	Altro
Roma1	Regina Coeli	4,5	1,7	7,7	1,0	3,0	1,8	0,3	0,0
Roma2	Nuovo Complesso	3,8	2,0	5,9	0,0	0,0	0,5	0,9	0,3
	Reclusione	2,1	0,6	2,3	0,0	0,0	0,5	0,9	0,3
	Terza Casa	0,3	0,3	1,2	0,0	0,0	0,5	0,0	0,3
	Femminile	1,3	1,1	1,9	0,0	0,0	1,5	0,0	0,3
Roma4	Circondariale	2,1	0,5	3,7	0,0	0,5	0,6	0,0	0,0
	Reclusione	0,3	0,5	0,7	0,0	0,5	0,6	0,0	0,0
Roma6	Velletri	1,3	0,7	0,8	0,0	4,9	1,2	0,0	0,0
Latina	Latina	0,4	0,5	0,6	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0
Frosinone	Frosinone	1,5	0,7	3,4	0,1	1,3	1,0	0,0	0,0
	Cassino	0,5	0,6	2,4	0,1	0,8	0,5	0,0	0,0
	Paliano	0,1	0,1	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Rieti	Rieti	1,0	0,5	0,3	0,0	0,0	0,8	0,0	0,0
Viterbo	Viterbo	0,7	0,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,9	0,0

Fonte: elaborazione DEP su dati regione Lazio al 31 dicembre 2023

Il calcolo eseguito è il rapporto tra il numero di ore totali per categoria (settimanali) e le ore previste da contratto settimanale (152/4 per i medici e 144/4 per gli infermieri).

V PARTE

16. Organizzazione regionale per livelli di complessità assistenziale

Come previsto dalle indicazioni nazionali in sanità e riprese dalla C.U. n.3/2015 si prevede una implementazione dei servizi secondo il modello organizzativo di Hub-Spoke.

Negli Istituti penitenziari individuati come centro HUB sono previsti livelli di assistenza più complessa in specifiche discipline, rispetto ai centri Spoke.

Possono costituire un centro HUB anche Istituti con numero limitato di detenuti, ma che garantiscono assistenza specialistica per determinate patologie.

I centri HUB sono collegati attraverso connessioni funzionali con i centri Spoke. Il trasferimento, anche temporaneo, tra Istituti Hub-Spoke per specifiche patologie è proposto dalle ASL e approvato ed effettuato da Amministrazione Penitenziaria.

Per quanto riguarda i ricoveri ospedalieri, centri HUB sono le U.U.O.O.C.C. di Medicina Protetta dell'Ospedale Pertini di Roma e Santa Rosa di Viterbo (quest'ultimo anche per le patologie infettive). Per le fasi post acuzie, centro HUB, il Servizio di Assistenza Intensificato di Regina Coeli. Per la tubercolosi polmonare a media intensità di cure, centro HUB, la C.C. di Paliano. Per le patologie infettive a media intensità di cure, centro HUB, la Sezione G14 della C.C. Nuovo complesso di Roma Rebibbia. Per detenuti che abbiano compiuto un adeguato percorso motivazionale con problemi di dipendenza, centro HUB, la III Casa di Reclusione di Rebibbia. Per A.T.S.M., centri HUB, Regina Coeli, Rebibbia N.C. e C.R., Civitavecchia, Velletri:

16.1 HUB

HUB	SPECIFICA
SAI Regina Coeli - ASL Roma 1	Post acuzie
Sezione G14 Rebibbia N.C. (ASL Roma 2)	Patologie infettive a media intensità di cure
III Casa – Rebibbia (ASL Roma 2)	Post percorso motivazionale con problemi di dipendenza
CC Paliano (ASL Frosinone)	Tubercolosi polmonare a media intensità di cure
UU.OO.CC Medicina Protetta (ASL Roma 2 e ASL Viterbo)	Ricoveri ospedalieri
Regina Coeli (ASL Roma 1) Rebibbia N.C. (ASL Roma 2) Civitavecchia (ASL Roma 4) Velletri (ASL Roma 6)	ATSM/Salute Mentale

16.2 SPOKE

SPOKE	SPECIFICA
Regina Coeli (ASL Roma 1)	Assistenza medica e infermieristica; Assistenza salute mentale e dipendenze
Rebibbia 4 II.PP (ASL Roma 2)	Assistenza medica e infermieristica; Assistenza salute mentale e dipendenze
Civitavecchia: 2 II.PP (ASL Roma 4)	Assistenza medica e infermieristica; Assistenza salute mentale e dipendenze
Velletri (ASL Roma 6)	Assistenza medica e infermieristica; Assistenza salute mentale e dipendenze
Latina (ASL Latina)	Assistenza medica e infermieristica; Assistenza salute mentale e dipendenze

Frosinone: 3 II.PP. (ASL Frosinone)	Assistenza medica e infermieristica; Assistenza salute mentale e dipendenze
Rieti (ASL Rieti)	Assistenza medica e infermieristica; Assistenza salute mentale e dipendenze
Viterbo (ASL Viterbo)	Assistenza medica e infermieristica; Assistenza salute mentale e dipendenze

17. Fabbisogno di specialità, posti e personale

In riferimento alla C.U. 2015 devono essere garantiti i servizi di medicina di base, di continuità assistenziale, di specialistica; per determinare il fabbisogno minimo di servizi previsti dalla C.U. 2015, si fa riferimento alle seguenti variabili:

- Numero detenuti presenti (riferimento al 31.12.2023)
- Numero nuovi ingressi annui dalla libertà (riferimento all'anno 2023)
- Numero dei detenuti stranieri (riferimento al 31.12.2023)

Da letteratura scientifica si richiama quanto già descritto, in riferimento alle evidenze di patologie organiche generali presenti in una percentuale superiore del 10% rispetto a quella presente nella popolazione generale.

Per la determinazione dei posti in A.T.S.M. si fa riferimento anche ai dati epidemiologici nazionali, da cui emerge che il 9-10% della popolazione detenuta presenta disturbi psichici maggiori. In riferimento al totale della popolazione detenuta nel Lazio, i soggetti con grave patologia mentale sono circa 660. Tale dato è inferiore a quanto rilevato dalla indagine conoscitiva effettuata dalla Regione, con rilevazioni puntuali da parte dei servizi per la salute mentale. Si specifica che in A.T.S.M. dovrebbero essere trattati i soggetti con patologia mentale esclusivamente in determinati periodi di permanenza in Istituto Penitenziario, per assicurare un ambiente idoneo ed una intensificazione del trattamento sanitario specialistico in alcune fasi della cura. Le medesime persone dovrebbero quindi aver garanzia di cura anche nei circuiti ordinari e dovrebbero accedere con maggiori possibilità di ricezione in trattamenti specialistici esterni, come previsto dalla sentenza della Corte costituzionale 99 del 2019.

Per i posti in I.C.A.T.T. si fa riferimento alla popolazione con disturbo da uso di sostanza, pari al 30% circa della popolazione detenuta. I posti da valorizzare si riferiscono solo alla percentuale di persone che non possono accedere a misure alternative e che necessitano altresì di un trattamento finalizzato al reinserimento sociale in previsione dei tempi previsti di fine pena. Si rileva la necessità di aggiornamento dei criteri di ingresso in I.C.A.T.T.

Per il calcolo del fabbisogno delle risorse umane si fa riferimento al documento Agenas²² e alla tipologia specifica di ogni Istituto.

²² Intesa sancita dalla Conferenza Stato-Regioni Rep Atti n. 267/CSR21/12/2022

Tab. 5 - Fabbisogno Assistenza Specialistica – Personale e posti

		n. detenuti al 31.12.2023	n. detenuti stranieri al 31.12.2023	n. nuovi ingressi nel 2023	programmazione posti per la salute mentale (ivi compresa ATSM)	programmazione posti in ICATT	programmazione posti in SAI	Assistenza sanitaria di base e SAI (Unità Equivalenti TP)		Assistenza specialistica (ore settimanali)																				
								dirigente medico assistenza di base e specialistica	medico (dipendente o di continuità assistenziale)	infermieri	coordinatore infermieristico	OSS	altro	cardiologia	chirurgia	dermatologia	ecografia	endocrinologia	gastroenterologia	ginecologia	infettivologia	neurologia	oculistica	odontoiatria	oncologia	ortopedia	otorinolaringoiatria	pneumologia	radiologia	urologia
Roma 1	Regina Coeli	1067	545		18		78	2	20	28	2	16	6	18	12	8	12	6	5	18	8	5	18	2	6	5	6	18	6	6
Roma 2	Nuovo Complesso	1533	480		10			1	10	16	1	9	3	18	6	6	12	6	5	18	6	5	18		6	6	6	18	6	6
	Reclusione	297	40		18			1	5	8	1	4		6	6	6	12	6		6	6	5	12		6	6	6	12	6	6
	Terza Casa	82	14			80		1	4	8	1	2		3	3	3								6						6
	Femminile	364	142		12			1	5	8	1	4		6	6	6	12	6		12	6	6	5	12		6	6	6	12	6
Roma 4	Circondariale	529	252		12			1	6	10	1	4	1	12	6	6	12	6		12	6	5	12		6	6	6	12	6	6
	Reclusione	68	17					1	1	1			2	2		2			2			4							6	
Roma 6	Velletri	610	202		10			1	6	10	1	4	1	12	6	6	12	6		12	6	5	12		6	6	6	12	6	6
Latina	Latina	130	46		6			1	4	8	1	4	3	3	6			3	3			6							4	
	Frosinone	531	199		10			1	6	10	1	4	1	12	6	6	12	6		12	6	5	12		6	6	6	12	6	6
	Cassino	199	64					1	4	8	1	4	6	6	6	3			3	3	6			3	3		6	3	6	
Frosinone	Paliano	56	3					1	4	8	1	4	6	6	6	3			3	3	6			3	3	12	12	3	6	
	Cassino	199	64					1	4	8	1	4	6	6	6	3			3	3	6			3	3		6	3	6	
Rieti	Rieti	420	241		8			1	5	8	1	4		12	6	6	12	6		12	6	5	12		6	6	6	12	6	6
Viterbo	Viterbo	651	241		12			1	6	10	1	4	1	12	6	6	12	6		12	6	5	12		6	6	6	12	6	6

Tab. 6 - Fabbisogno Salute Mentale e Dipendenze – personale e posti

		n. detenuti al 31.12.2023	n. detenuti stranieri al 31.12.2023	programmazione posti per la salute mentale (ivi compresa ATSM)	programmazione posti in ICATT	programmazione posti in SAI	Salute Mentale e Dipendenze (Unità Equivalenti TP)							
							psichiatri	medici per dipendenze	psicologi	coordinatori infermieristici	infermieri	assistenti sociali	TerP	altro
Roma 1	Regina Coeli	1067	545	18	0	78	7	4	10	1	6	3	3	2
Roma 2	Nuovo Complesso	1533	480	10	0	0	7	4	10	1	6	3	3	1
	Reclusione	297	40	18	0	0	4	1	4	0	6	1	2	1
	Terza Casa	82	14	0	80	0	1	2	3	0	2	1	0	1
	Femminile	364	142	12	0	0	3	1	3	0	4	2	1	1
Roma 4	Circondariale	529	252	12	0	0	6	1	4	0	4	2	1	1
	Reclusione	68	17	0	0	0	0,2	0	0,2	0	0	0	0	0
Roma 6	Velletri	610	202	10	0	0	3	1	4	0	4	2	1	1
Latina	Latina	130	46	6	0	0	1	1	3	0	2	1	0	1
	Frosinone	531	199	10	0	0	4	2	4	0	6	1	2	1
	Cassino	199	64	0	0	0	1	1	3	0	2	1	0	1
Frosinone	Paliano	56	3	0	0	0	0,2	0	0,2	0	0	0	0	0
	Cassino	199	64	0	0	0	1	1	3	0	2	1	0	1
Rieti	Rieti	420	241	8	0	0	3	1	3	0	4	2	1	1
Viterbo	Viterbo	651	241	12	0	0	6	1	4	0	4	2	1	1

Appendici



REGIONE
LAZIO

Appendice A – VISITE SANITARIE ESTERNE

1. Premessa

La normativa a tutela del diritto alla salute del detenuto prevede nel caso non sia possibile assicurare tale diritto all'interno delle strutture penitenziarie, la possibilità di usufruire di risorse sanitarie esterne tramite l'invio del detenuto presso luogo esterno di cura.

Pertanto, l'effettuazione delle visite specialistiche dovrà avvenire prioritariamente nell'Istituto Penitenziario, ove possibile, ricorrendo alle visite in luogo esterno di cura nei soli casi in cui non siano praticabili all'interno della sede penitenziaria (es. per specialità non disponibile, per prestazioni ad elevata complessità e/o che richiedano l'impiego di diagnostiche complesse) e ai casi di assoluta necessità dovuti all'urgenza indifferibile.

Si verifica anche che le prestazioni programmate non siano effettuate per indisponibilità del Nucleo di traduzione o talvolta per indisponibilità del soggetto.

Al fine di aggiornare ed efficientare tale procedura ed evitare dispersione di risorse finanziarie e umane, di seguito si definiscono l'organizzazione e le procedure necessarie.

Le AASSL devono programmare e garantire:

1. Slot contigui per specialità in presidi possibilmente limitrofi all'Istituto per la realizzazione di prestazioni esterne omogenee a più soggetti/detenuti con un'unica traduzione:
2. La realizzazione di una rete informatica riservata che includa i servizi specialistici esterni di riferimento, servizi sanitari penitenziari, centro prenotazione aziendale, Nucleo traduzioni dell'amministrazione penitenziaria.

L'Amministrazione penitenziaria alla luce del suddetto punto 1 pianificherà le risorse da assegnare alle traduzioni almeno su base settimanale. Qualora sopraggiungessero impedimenti inderogabili l'A.P. informerà, con congruo anticipo (minimo 24h), i soggetti di cui al punto B della necessità di riprogrammare le prestazioni non effettuate.

2. Prescrizione

Nel caso in cui durante una visita medica risulti necessario effettuare un approfondimento diagnostico o una consulenza, va valutata, dal medico richiedente, l'appropriatezza della stessa, il carattere di urgenza e le modalità di erogazione secondo i seguenti parametri:

<i>Items</i>	<i>SI</i>	<i>NO</i>
Rientra nelle prestazioni eseguibili all'interno del penitenziario		
Può essere condotta in telemedicina/risolta (verrà definito un catalogo delle prestazioni compatibili)		
È appropriata e differibile		
È urgente (con attesa massima a 72 ore)		
È necessario parere del Responsabile medico dell'Istituto		
Va eseguita con un codice di priorità uguale		
<input type="checkbox"/> U – con attesa massima di 72 ore <input type="checkbox"/> B – con attesa massima 10 gg <input type="checkbox"/> D – con attesa massima 30 gg per le visite e 60 gg per gli esami <input type="checkbox"/> P – con attesa massima 120 gg		

Riscontrato il rispetto dei criteri sopra descritti, si procede alla redazione dell'impegnativa laddove possibile dematerializzata avendo cura di segnalare il carattere di urgenza definito (B, D, P) e si attiva il percorso interno per la richiesta di autorizzazione. In caso di dubbi su quale modalità sia preferibile dovrà essere coinvolto il responsabile della struttura, nella scelta della soluzione diagnostico assistenziale appropriata.

In ogni caso i servizi ASL attivano il percorso interno parallelo per la richiesta di autorizzazione all'Amministrazione Penitenziaria, concordando con il nucleo traduzione della polizia penitenziaria (NTP) gli invii in luogo esterno di cura.

3. Prenotazione

- richieste con codice di priorità U (attesa massima di 72 ore), vengono gestite direttamente dal Responsabile ASL o suo delegato che contatterà direttamente il servizio a cui è in carico l'erogazione della prestazione;
- richieste con codice di priorità B, vengono gestite tramite contatto diretto tra il Responsabile ASL o suo delegato, il centro prenotazione aziendale individuata ed eventualmente il responsabile del servizio a cui è in carico l'erogazione della prestazione;
- richieste con codice di priorità D e P, vengono inviati gli elenchi delle richieste (con eventuali annotazioni del medico se necessarie) e la scansione delle impegnative, alla mail dedicata dell'area amministrativa della ASL individuata.

Gli operatori centro prenotazione aziendale che prendono in carico la richiesta procederanno con una prima verifica degli slot disponibili. Si ricorda in merito che in questo caso è d'obbligo il rispetto dei codici di priorità e che, fermo restando gli orari degli ambulatori e gli slot disponibili sulle agende, si deve cercare la soluzione più semplice in considerazione della difficoltà logistica legata al trasporto dell'utente (fasce orario di minor afflusso e non concomitanza di più appuntamenti nella stessa fascia oraria e/o nella stessa giornata). Parallelamente concordano con NTP il calendario delle uscite. Il tutto viene tracciato a livello informatico.

4. Erogazione della prestazione

- Caso A: verrà erogata la prestazione già inserita in Recup e il responsabile dell'esecuzione della stessa provvederà a dare l'eseguito; sarà cura dell'infermiere ASL, verificare lo stato di eseguito della prestazione comunicando eventuali non presentati alle mail sopracitate;
- Caso B: verrà erogata la prestazione che essendo su slot dedicati va inserita in Recup al momento dell'esecuzione, potrà procedere direttamente il servizio in tal senso oppure contattare la COA che procederà, su conferma dell'eseguito, alla registrazione.

Il responsabile infermieristico della medicina penitenziaria, o un suo delegato procede comunque alla registrazione delle varie fasi del processo sull'apposito modulo cartaceo o excel avendo cura di compilare tutti i campi richiesti come indicati nella stringa, compreso la mancata esecuzione ed eventuali motivazioni.

Settimanalmente l'ufficio ASL individuato invia il calendario riassuntivo della settimana; inoltre, l'operatore presente in centrale contatta il nucleo per avere conferma degli appuntamenti del giorno al fine di poter avvisare per tempo i servizi interessati delle disdette.

5. Criteri per prenotazione ed erogazione

Qualora lo slot libero fosse in un orario non consono (fascia oraria di maggior afflusso) o non ricada nell'intervallo di tempo indicato si potrà procedere con la prenotazione per poi contattare il servizio erogatore per concordare una eventuale modifica dell'orario.

Preferibilmente, un solo appuntamento alla volta per evitare disagi. Se invece lo stesso detenuto deve eseguire più esami e consulenze, sarebbe opportuno cercare di prenotarle nella stessa mattinata.

La prestazione richiesta dovrà essere svolta presso ambulatori della ASL di riferimento; si potrà derogare e rivolgersi presso altre ASL in caso di tempi di attesa che si prolungano oltre i limiti consentiti dalla legge, fermo restando il principio di concordare preventivamente con NTP.

Azione	Descrizione	
Presa in carico richiesta	valuta i codici di priorità e quali sono a prenotazione CUP (Caso A), sia su agende generiche che riservate, e quali a gestione diretta su slot dedicati (caso B) in overbooking, Caso A - passa le richieste all'operatore del centro prenotazione aziendale presente in centrale Caso B - procede alla prenotazione, comunicando il calendario al servizio che erogherà la prestazione (via mail)	Infermiere presso ASL
Prenotazione prestazione	Caso A – prenota la prestazione sul primo slot utile in rispetto del principio di prossimità e nei tempi come indicato in tabella Sottopone all'infermiere le disponibilità (comunque in prima istanza bloccando lo slot) per valutare appropriatezza e congruenza tra esigenze espresse dall'Istituto penitenziario, codice di priorità e prima disponibilità utile	Operatore centro prenotazione aziendale
Azione di supporto alla prestazione esterna	Si avvale del supporto della segreteria CUP o contatta direttamente il servizio interessato e la direzione sanitaria di riferimento laddove non sia disponibile una prenotazione in tempi e modi conformi alla richiesta. Potrebbe essere semplicemente necessario uno spostamento di orario. Contatta il responsabile sanitario del carcere o un suo delegato in caso di situazioni da approfondire o segnalazioni/dubbi di non appropriatezza della richiesta & come indicazione diagnostica o perché non correttamente compilata. Il confronto sarà necessario anche per prenotazioni di consulenze/indagini diagnostiche non eseguibili nella ASL di riferimento	Infermiere presso ASL
Tracciabilità	Riporta tutte le informazioni in un file excel. Procede con la trasmissione dei calendari alla mail della ASL penitenziaria ed in copia alla mail del nucleo traduzioni allegando anche la copia della prenotazione Recup	Infermiere presso ASL
Comunicazioni	Comunicano settimanalmente il piano di traduzione all'esterno delle visite programmate. Nel caso di eccezionali e imprevisti impedimenti ne danno notizia agli altri attori del processo in modo tale che si possa procedere con nuovo appuntamento e rendere nuovamente disponibile lo slot.	Nucleo traduzioni e infermiere responsabile IP

Appendice B - QUADRO SINOTTICO SU PIANI LOCALI DI PREVENZIONE DEL RISCHIO SUICIDARIO

La Regione con successivo atto emanerà le linee guida coerenti con il Piano nazionale di prevenzione del rischio suicidario. Nel frattempo, si fornisce il quadro sinottico degli attuali piani locali di prevenzione elaborati da ciascun ASL.

ASL	Azioni supporto preventivo al rischio suicidario	Azioni trasversali Peer supporter	Staff Multidisciplinari	Tipologia di Sorveglianze
Roma 1 (Regina Coeli)	Durante l'Accoglienza, il medico compie una prima valutazione del rischio (Assente, Basso, Medio, Alto); lo psicologo effettua colloquio di accoglienza e inserisce, se necessario, in trattamento focale breve (Accoglienza prolungata) per il primo mese di detenzione.	Formazione e monitoraggio azioni di peer supporter	Gli staff stabiliscono le azioni di supporto individuali in base al livello di rischio e concordano sui livelli di Sorveglianza. Lo staff si riunisce in via ordinaria ogni 2 settimane, e in via straordinaria ogni 7 giorni (o quando necessario)	Automatismo tra livello di rischio e sorveglianza solo al momento di prima segnalazione. Successivamente, in base alle decisioni in staff, al medesimo livello di rischio possono corrispondere diversi livelli di sorveglianza, in funzione delle azioni di supporto che

	L'educatore di Area Giuridico Pedagogica (Amm. Penitenziaria) completa scheda di accoglienza per parte di competenza			possono essere realizzate. Le variazioni di tipologia di sorveglianza sono stabiliti in staff.
Roma 2 (Rebibbia C.C., N.C. Femminile, Terza casa)	Durante l'Accoglienza, si compila la Check list per la valutazione R.S./autolesivo. Se presente, il medico e/o psicologo propongono: Sorveglianza 1) in compagnia di altri detenuti 2) da solo 3) ricovero in SPDC	Costruzione di reti di Peer Supporter o caregivers con corsi di formazione di 8 incontri Formazione del Personale sanitario e penitenziario.	Una volta a settimana in casi di R.S./autolesivo presente. Da rivalutare settimanalmente o quando la situazione sembra modificarsi	Se presente R.S./o Autolesivo, il medico e/o lo psicologo propone <i>Grande Sorveglianza o Sorveglianza a vista</i> .
Roma 4 Civitavecchia (C.C. e N.C.)	In fase di Accoglienza, la valutazione del R.S. viene fatta dal medico all'interno di una valutazione globale sulle condizioni psicofisiche generali. Se R.S. è presente, si farà segnalazione all'area della salute mentale e/o all'area delle dipendenze. L'approfondimento clinico da parte degli specialisti da realizzarsi appena possibile (il primo specialista della salute mentale presente in servizio). Qualora le condizioni cliniche del soggetto fossero tali da richiedere un ricovero, si applicheranno le norme che regolamentano il ricovero, volontario od obbligatorio, nel Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura (SPDC).	Durante tutte le fasi dell'iter detentivo, dalla fase di ingresso fino all'uscita del detenuto si prevede, in fase sperimentale, la compilazione di una scheda interistituzionale (sia di Area Penitenziaria che di Area Sanitaria) con la segnalazione di eventuali notizie necessarie per la gestione comune del detenuto. Lo scopo è quello di rilevare le situazioni significative da attenzionare al medico di guardia in qualunque momento della detenzione per il successivo screening, che potrà se ritenuto opportuno attivare la valutazione medico-specialistica. Formazione integrata per personale sanitario e dell'Amministrazione Penitenziaria. Corso dei Peer supporter. Incontri di Debriefing post evento in caso di verifica di eventi gravi e suicidi.	Se è stato rilevato un soggetto a rischio o problematico, sarà convocato d'urgenza, lo Staff multidisciplinare entro 72 ore dalla segnalazione del responsabile. Staff multidisciplinare ogni settimana; per l'Articolazione Psichiatrica femminile, ogni 15 gg	Se il R.S. è presente, si procede immediatamente alla richiesta di esecuzione della misura di sorveglianza, che dovrà essere curata nell'immediatezza dalla Sorveglianza Generale, su richiesta del Medico. <i>Grande sorveglianza medico-custodiale:</i> il medico effettua visita settimanale-, lo psichiatra effettua visita se necessaria, e lo psicologo integra i colloqui. <i>Grandissima sorveglianza medico-custodiale:</i> visita medica bisettimanale, visita psichiatrica almeno bisettimanale, visite psicologiche integrate; <i>Sorveglianza a vista:</i> visita medica almeno bisettimanale; visita psichiatrica giornaliera, colloqui psicologici di sostegno e degli educatori quotidiani.
Roma 6 (Velletri)	Il medico valuta il R.S./autolesivo e propone: o una valutazione psichiatrica	Formazione del Personale sanitario e penitenziario.	Ogni qualvolta ci sia un R.S./autolesivo elevato	Segnalazione motivata di rischio alla Direzione che insieme alla Sorveglianza

	e psicologica approfondita, o ricovero in SPDC. Segnala alla Direzione dell'Istituto il R.S. elevato.	In casi di R.S. presente, si valuteranno: -Affiancamento di un peer supporters. -Allocazione in stanza singola per i casi di R.S. elevato; in stanza condivisa se il R.S. è medio. -Valutazione di presenza/assenza di oggetti personali in stanza. -Integrazione dei colloqui di ascolto e supporto da tutti gli operatori penitenziari. -Potenziamento delle relazioni familiari. -Comunicazione alle figure di riferimento affettive all'esterno, compresi AG e/o Magistrato di Sorveglianza del R.S. elevato.		Generale deciderà la misura di Sorveglianza più adatta al soggetto.
Rieti	Il medico valuta il R.S./autolesivo e individua 2 percorsi: ricovero in SPDC, oppure Valutazione specialistica psichiatrica e/o psicologica.	Formazione del Personale sanitario e penitenziario.	Solo per i soggetti con RS/autolesivo alto o massimo	Il medico individua la Sorveglianza in base al livello di R.S.: <i>R.S. Medio:</i> visite mediche quotidiane possibilmente in co-presenza con psicologo. Visita Psichiatrica entro 48ore. Colloqui psicologici frequenti. <i>R.S. Alto: Grandissima Sorveglianza:</i> visite mediche quotidiane in co-presenza con psicologo; visita Psichiatrica ogni 48 ore, frequenti colloqui psicologici di sostegno, colloqui con Assistente sociale. Si valuta anche la possibilità di TSO o ricovero in SPDC. <i>R.S. Alto: Sorveglianza a Vista:</i> visite mediche quotidiane in co-presenza con psicologo; vis. Psichiatrica ogni 24 ore, frequenti colloqui psicologici di sostegno, colloqui con

				Assistente sociale. Si valuta anche la possibilità di TSO o ricovero in SPDC.
Viterbo	Sensibilizzare tutti gli operatori Aumentare la circolarità dei flussi comunicativi. Collaborare con predisposizioni di Equipe multidisciplinari (PrIS - prevenzione suicidio: riunioni settimanali).	Formazione del Personale sanitario e penitenziario. Valutazione dell'allocazione del detenuto. Inserimento della figura di peer supporters.	2 volte al mese e in casi straordinari	In base al livello di R.S. medio, elevato o altissimo, la Sorveglianza sarà rispettivamente Grande, Grandissima e a Vista. Rivalutazione periodica in sede di Staff multidisciplinare.
Frosinone (Frosinone, Paliano, Cassino)	Il medico compie la valutazione R.S./autolesivo in Accoglienza. Lo psicologo esegue una valutazione generale. Monitoraggi periodici (anche in virtù di segnalazioni) dei detenuti a R.S./autolesivo valutati in Accoglienza o durante la permanenza in Istituto.	Gruppi per i Peer Supporter o Caregivers Formazione del Personale sanitario e penitenziario. ➤ Azioni di supporto in presenza di R.S./autolesivo: -Rimodulazione trattamento intramurario riabilitativo -Allocazione/ riallocazione evitando isolamento ove possibile -Supporto alle istanze di trasferimento per motivi familiari o altro -Trattamento clinico/sanitario in presenza di psicopatologia -Inserimento, qualora possibile, in un programma di peer supporter	CC FR: ogni 15 gg o al bisogno; CR Paliano/Cassino: solo al bisogno	Il personale sanitario richiede alla Polizia Penitenziaria la <i>Sorveglianza Intensificata</i> ed eccezionalmente la <i>Sorveglianza a Vista</i> (per brevissimi periodi) in casi di R.S./autolesivo in soggetti con psicopatologia. La Polizia Penitenziaria può decidere la Sorveglianza negli altri casi sospetti. Controllo periodico da parte dello psichiatra/psicologo almeno ogni 15 gg o al bisogno e discusso al Primo staff multidisciplinare. Nella <i>Sorveglianza a Vista</i> , valutazione sanitaria almeno 2 volte al giorno per il mantenimento o meno della misura.
Latina	Il medico compie la valutazione R.S./autolesivo in Accoglienza. Lo psicologo esegue valutazione specialistica. Colloquio con Mediatori culturali in caso di barriera linguistica.	Costruzione di Unità di Crisi di Adattamento (1 psicologo ASL, 1 fgp, 1 Polizia Penitenziaria) che seguono il detenuto per un percorso di Accoglienza di almeno 1 mese. Formazione del Personale sanitario e penitenziario.	1 volta a settimana sui casi da attenzionare.	Il medico (dopo l'Accoglienza) richiede alla Sorveglianza Generale di attuare una tipologia di Sorveglianza: <i>Grande Sorveglianza</i> : visite mediche generali settimanali, valutazione psichiatrica periodica in base alle esigenze. Lo psicologo integra i colloqui. <i>Grandissima Sorveglianza</i> : visita

				medica e psichiatrica bisettimanale; lo psicologo intensifica i colloqui. <i>Sorveglianza a Vista:</i> visite mediche genali quotidiane anche nei festivi e visita psichiatrica almeno bisettimanale. Il sostegno psicologico e del Fgp saranno quotidiani.
--	--	--	--	--

Appendice C - Azione di screening per rischio: Disturbo Mentale (DM), Disturbo Uso da Sostanze (DUS) e Rischio Suicidario (RS) (tratto da DCA 563)

Finalità

Strutturare uno screening e/o una valutazione del rischio psicopatologico e/o del rischio autolesivo, eterolesivo, suicidario nei soggetti:

- in ingresso dalla libertà,
- trasferiti da altro Istituto,
- già ristretti (per richiesta di prima visita per disturbi psichici, per sopravvenuta problematica psicopatologica),

al fine di individuare i casi da segnalare al Dipartimento di Salute Mentale per una valutazione multidisciplinare ed eventuale successivo trattamento.

Processo

Per i soggetti in ingresso dalla libertà o trasferiti da altro Istituto, la valutazione iniziale viene effettuata da parte del Medico di Medicina Generale/Medico Incaricato e/o di Continuità Assistenziale, adeguatamente addestrati, tramite utilizzo della sezione di Primo ingresso del diario clinica, ovvero tramite utilizzo delle schede cartacee allegate al presente atto.

La scheda relativa a questa fase prevede una integrazione con le valutazioni effettuate per rischio autolesivo e suicidario e per rischio di disturbo da uso di sostanze. Infatti, le tre aree indagate tramite screening hanno molti aspetti di sovrapposizione in relazione alla tipologia dei fattori di rischio e/o predittivi che risultano essere identici per i tre diversi quadri clinici. Pertanto, la scheda di screening integra e modifica esclusivamente le corrispondenti parti di:

- Determinazione Dirigenziale n. G11442 del 24 settembre 2015 "*Definizione di un percorso assistenziale integrato per la presa in carico e la cura dei detenuti tossicodipendenti degli istituti penitenziari della Regione Lazio*".
- DCA n. U00026 del 23 gennaio 2015 "*Recepimento Accordo n. 5/CU del 19 gennaio 2012 e approvazione documento recante "Programma operativo di prevenzione del rischio autolesivo e suicidario dei detenuti, degli internati e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale nella Regione Lazio"*".

La bassa specificità dei fattori di rischio, anche laddove sensibili, è correlata alla evoluzione non lineare e non deterministica della patologia mentale, dei disturbi da uso di sostanze e degli episodi suicidari. In altri termini alcuni fattori predittivi e/o di rischio risultano essere correlati con tutti e tre i quadri indagati e quindi risulta importante cogliere

la configurazione di insieme dei fattori presenti piuttosto che la presenza/assenza di ognuno di essi. Tale configurazione di insieme può essere adeguatamente valutata dal giudizio complessivo del clinico.

Lo screening, in quanto tale, deve quindi costituire il primo atto sanitario in ingresso che discrimini i soggetti, i quali dovranno accedere ad una valutazione specialistica. Non rappresenta quindi l'atto con il quale si valuta lo specifico quadro clinico del soggetto, quanto l'atto che avvia il sistema di tutela per il soggetto a rischio di patologia o con particolari fragilità.

È inoltre da sottolineare che non vi siano “*dati di ricerca che consentano di affermare l'identificazione di variabili certe o clinicamente valide per identificare il rischio di suicidio, anche in persone che hanno già compiuto un tentativo di suicidio*”¹. Ciò non esime certamente il sistema a mettere in atto tutti i programmi e le azioni che possano, da un lato rimuovere (o perlomeno contenere) i determinanti ambientali che impattano sul rischio suicidio e dall'altro monitorare nel migliore dei modi possibili le condizioni di sofferenza delle persone ritenute a rischio, a cui offrire un sostegno che contribuisca a contrastare i vissuti che possono condurre all'atto suicidario o a disturbo mentale.

Pertanto, la valutazione del Medico di Medicina Generale (MMG), al momento dell'ingresso in carcere o in concomitanza di screening periodici ovvero in concomitanza di eventi critici, deve essere finalizzata a individuare i soggetti che (più di altri) presentano un insieme di fattori concorrenti ad esporre maggiormente l'individuo ad un determinato rischio. L'osservazione del MMG ed il suo giudizio clinico daranno avvio al percorso di valutazione specialistica. In questo sistema, quindi, non può essere applicato un criterio di determinismo lineare (come per altri quadri clinici per i quali lo screening determina già la presenza/assenza di patologia).

Con queste premesse la Scheda di screening si articola in più parti, come di seguito indicato:

- una prima parte è relativa ai dati socio anagrafici (questi dati in genere sono già rilevati in altra parte della cartella clinica individuale, ma vengono trascritti perché concorrono nel loro insieme a esprimere il giudizio clinico finale sul rischio);
- una seconda parte è il vero e proprio **SCREENING** che deve essere compilato in ogni sua parte dal medico di prima visita. Deve essere prevista in ogni caso la compilazione di ogni campo (il *missing* – o non compilazione cartacea - non deve essere confuso con risposta negativa; pertanto, deve eventualmente essere riportato “non rilevato” - NR);
- una terza parte contiene le **CONCLUSIONI** della valutazione (una per ognuno dei tre screening). Queste conclusioni sono precedute dalla lista degli item correlati al possibile rischio, che non va quindi nuovamente compilata, ma funge solo da promemoria dei fattori da considerare. Non sussiste quindi alcun automatismo tra presenza/assenza di uno o più fattori di rischio e giudizio finale del clinico. Il clinico, in questa sezione, deve compilare **ESCLUSIVAMENTE** le sue conclusioni di valutazione. Pertanto, questa parte si conclude con 4 riquadri:
 - VALUTAZIONE RISCHIO AUTOLESIVO E/O SUICIDARIO
 - VALUTAZIONE RISCHIO DISTURBO MENTALE
 - VALUTAZIONE RISCHIO DISTURBO DA USO SOSTANZE
 - ULTERIORE ADOZIONE MISURE IMMEDIATE per urgenza/emergenza

Nella cartella informatizzata potranno comparire a video gli item risultati positivi della specifica lista di rischio.

¹ M. Biondi, A. Iannitelli, S. Ferracuti *Sull'imprevedibilità del suicidio*, in *Rivista di Psichiatria* 2016; 51(5)

Pertanto, la *Scheda per screening*, che accompagna la visita medica generale, deve intendersi come traccia, per il sanitario, al fine di esplorare alcune aree della vita della persona che giunge all'osservazione nel contesto carcerario, per individuare coloro che necessitano di una ulteriore e più approfondita analisi delle proprie condizioni psicofisiche.

- I dati della sezione A (Anamnesi) rilevati, non vanno intesi, riduttivamente, come mera spunta di una check-list ma il frutto di un colloquio clinico che tenda a costruire una relazione con la persona, che si interessi della sua storia personale, che rilevi le informazioni in un confronto dialettico e non soltanto come risposta alle singole domande. Nel riquadro sui precedenti trattamenti sanitari (A1) si riporterà se il dato è stato riferito dal paziente ovvero desunto dalla documentazione clinica disponibile.
- I dati della sezione B (Esame obiettivo psicofisico) devono intendersi sia come esito di una accurata visita medica sia come la sintesi di un colloquio clinico che indaghi: abitudini di vita della persona, comportamenti, stati emotivi, condizione attuale, segni di un eventuale stato di malessere.

L'utilizzo della MIN² sull'ideazione suicidaria è da intendersi come ulteriore ausilio per la valutazione complessiva del rischio suicidario; pertanto, la valutazione e segnalazione per rischio suicidario non deve essere determinata esclusivamente dall'esito del punteggio rilevato dalla scala stessa.

L'individuazione della persona che necessita di una ulteriore e più approfondita analisi del proprio stato psicofisico non deve intendersi come somma algebrica di più elementi che compaiano alla fine del colloquio e della visita medica, bensì come la sintesi della valutazione clinica complessiva da parte del medico.

In ogni caso, al termine del colloquio clinico e della visita, va compilata da parte del medico ogni parte delle tre sezioni indicate nella scheda (dati anagrafici + scheda screening + conclusione valutazioni e ulteriori misure adottate).

Inoltre, il Medico laddove ravvisi una attualità di serio rischio etero-autolesivo e/o suicidario deve provvedere ad assumere immediate decisioni nelle more del successivo intervento di valutazione di secondo livello. In questi casi il Medico adotta provvedimenti per la tutela del paziente detenuto, anche attraverso la richiesta di Misure di Sorveglianza. Si rimanda a questo scopo quanto determinato dalla Regione alla luce della sperimentazione effettuata ai sensi del DCA n. U00026 del 23/01/2015.

Per i soggetti già presenti in Istituto per i quali il personale sanitario (Medici di medicina generale/medico incaricato, medici specialisti, personale del Servizio per le Dipendenze) ravvisi durante la detenzione una problematica psicopatologica, il medesimo personale procede analogamente alla compilazione della *Scheda per screening*.

Gli esiti di questa prima valutazione (screening di ingresso o visite per sopravvenuti problemi psicopatologici durante la detenzione) saranno segnalati al personale del DSM, su apposito *Registro* segnalazioni (vedi Allegato n.2), che ne prenderà visione ad inizio turno.

Le segnalazioni di altro personale non sanitario (Direzione Istituto, Polizia Penitenziaria, Area Trattamentale) saranno trasmesse alla Medicina di Base che adotterà le procedure già indicate.

Si raccomanda di prevedere modalità operative locali per accogliere eventuali segnalazioni di stati di disagio riferite all'area della sanità di base anche da altri detenuti, compagni di cella o di sezione.

I soggetti comunque segnalati usufruiranno di un piano di accoglienza (triage) ed eventuale percorso diagnostico, con particolare attenzione al rischio suicidario e alle gravi alterazioni psicopatologiche.

Cionondimeno i Medici di medicina generale (Medico incaricato o Medici di Continuità Assistenziale) possono avviare direttamente provvedimenti per Misure di Sorveglianza.

² The Mini International Neuropsychiatric Interview, Sheehan et al., 1998

Attività previste

- a cura di Medicina di Base o Guardia Medica
 - Visita medica
 - Compilazione Sezione cartella informatizzata/Scheda di Screening
 - Segnalazione su apposito Registro DSM
- A cura del Servizio per le Dipendenze
 - Segnalazione su apposito Registro DSM
- A cura del DSM
 - Controllo delle segnalazioni su Registro e firma per presa visione

Appendice D - MEDICINA DI GENERE**Razionale**

Mentre il numero di uomini detenuti nel mondo è diminuito costantemente, il numero di donne continua ad aumentare, pur rappresentando ancora una minoranza rispetto alla popolazione detenuta generale (in Italia da anni sono circa il 4%). Le donne hanno esigenze di salute specifiche per genere: i tassi di disturbo da uso di sostanze, traumi e abusi pregressi, malattie mentali e infezioni sessualmente trasmissibili (IST) sono elevati tra le donne detenute e più alti di quelli degli uomini, e questi fattori si intersecano con vari determinanti sociali avversi della salute che caratterizzano le loro vite prima della detenzione. Inoltre, la maggior parte delle donne ha meno di 45 anni e quindi ha esigenze specifiche di salute riproduttiva. Da qui nasce l'esigenza di individuare i bisogni di salute genere-specifica al fine di delineare percorsi clinico-assistenziali declinati al genere.

Nella Regione Lazio, sono presenti gli Istituti penitenziari con sezioni femminili: Latina, Paliano, Civitavecchia. Invece a Roma è presente uno dei quattro Istituti penitenziari nazionali con esclusiva presenza femminile: la Casa Circondariale Femminile di Roma Rebibbia.

Anamnesi

Al momento dell'ingresso della persona ristretta, il medico deve raccogliere un'anamnesi ginecologica completa; gli elementi standard dovrebbero includere anamnesi mestruale, attività sessuale, precedenti mestruazioni, precedenti diagnosi di dolore pelvico o fibromi, precedenti screening per il cancro al seno e alla cervice e anamnesi di contraccezione. L'operatore sanitario dovrebbe anche informarsi su eventuali sintomi in corso come perdite vaginali, sanguinamento, dolore pelvico e se la detenuta ha avuto rapporti sessuali non protetti con un uomo nei 5 giorni precedenti al fine di valutare la necessità di contraccezione di emergenza.

Gli esami pelvici devono essere eseguiti solo quando indicato, ad esempio quando una donna presenta sintomi di dolore, sanguinamento anomalo o perdite, o quando è previsto lo screening per il cancro alla cervice. Se fosse indicato un esame pelvico, gli operatori sanitari dovrebbero adottare un approccio basato sui traumi.

Il personale: Medico di guardia in servizio al momento dell'ingresso in carcere, Ginecologo di riferimento, Psicologo (se indicato).

Trauma, abuso di sostanze e malattie mentali

Lo screening per storie traumatiche può aiutare a identificare le donne che necessitano di cure e dovrebbe essere eseguito per tutte le donne che entrano in Istituti penitenziari. Il personale sanitario penitenziario dovrebbe essere formato per il trattamento dei traumi ed essere a conoscenza dei referenti appropriati per coloro che hanno uno screening positivo.

È importante notare che gli esami pelvici e del seno possono essere ritraumatizzanti per le persone con una storia di traumi sessuali e dovrebbero essere eseguiti solo quando clinicamente indicati.

Il personale: Medico di guardia, Psicologo, Psichiatra, Medico del SERD (servizio delle farmacodipendenze) incaricato, Assistente sociale, Educatrice.

Tumore al seno e alla cervice

Si raccomanda di sottoporre a screening tutte le donne di età compresa tra 21 e 29 anni ogni 3 anni e quelle di età compresa tra 30 e 65 anni ogni 3-5 anni. Le donne immunodepresse e quelle con una storia di displasia cervicale dovrebbero sottoporsi a screening più frequenti, secondo le linee guida nazionali. È importante sottolineare che i risultati anomali del Pap test devono essere sottoposti a follow-up appropriato, il che spesso significa colposcopia. Devono essere seguite le linee guida nazionali per lo screening mammografico per le donne a rischio medio. Nel caso di positività per patologia o necessità di esami diagnostici e/o terapeutici di secondo livello, viene attivato il percorso dedicato per patologia (invio presso la struttura ospedaliera di riferimento extramuraria).

Il personale: Medico di guardia, Ginecologo incaricato.

Infezioni sessualmente trasmissibili (IST)

Le donne con sintomi dovrebbero sottoporsi a test appropriati. Tutte le donne di età pari o inferiore a 35 anni dovrebbero essere sottoposte a screening per gonorrea e clamidia all'ingresso. Dovrebbero anche essere sottoposte a screening per HIV e altre MST in conformità con le linee guida nazionali.

Il personale: Medico di guardia, Infettivologo incaricato.

Ad oggi non vi è obbligatorietà dello screening infettivologico in particolare dello screening per la ricerca degli anticorpi anti HIV. Si raccomanda appropriato counselling ed eventuale rinnovo periodico della proposta degli accertamenti.

Il personale: Medico di guardia, Infettivologo incaricato, Psicologo, Educatrice, Assistente sociale, Peer educator.

Pianificazione familiare

La ricerca ha documentato la fattibilità in una varietà di contesti penitenziari di offrire l'intera gamma di metodi contraccettivi reversibili, tra cui pillole, contraccettivi iniettabili, dispositivi intrauterini e impianti. Tuttavia, si dovrebbe prestare attenzione quando si forniscono metodi contraccettivi reversibili a lunga durata d'azione, che richiedono un fornitore per inserire e rimuovere il dispositivo. La detenzione è anche un momento per aiutare le donne che desiderano rimanere incinte dopo il rilascio. Queste donne dovrebbero ricevere consulenza preconcezionale incentrata sui rischi dell'uso di sostanze, sul miglioramento dello stato nutrizionale come l'integrazione di folati e sull'ottimizzazione della salute fisica e mentale.

Il personale: Medico di guardia, Ginecologo, Psicologo (se indicato), Psichiatra (se indicato), Medico del SERD (se indicato), Assistente sociale, Educatrice.

Invecchiamento e malattie croniche nelle donne

Riconoscere e preparare le speciali esigenze fisiche, sanitarie preventive, sociali e psicologiche delle donne anziane. La detenzione è stata anche collegata a una maggiore prevalenza di ipertensione, epatite e cancro nelle donne rispetto agli uomini, il che indica la necessità di migliori risorse sanitarie per le donne anziane.

Il personale: Medico di guardia, Specialisti incaricati.

Se fossero necessari specialisti e/o esami di secondo livello non presenti presso l'Istituto, è necessario attivare il percorso dedicato per patologia (invio presso la struttura ospedaliera di riferimento extra muraria).

Nutrizione e dieta

Gli Istituti penitenziari dovrebbero garantire che le donne in tutte le fasi della vita ricevano una dieta sana, coerente con le linee guida nazionali in materia di dieta e nutrienti. Le diete per le donne in contesti penitenziari dovrebbero contenere calcio e vitamina D adeguati, seguendo le raccomandazioni nazionali.

Il personale: Medico di guardia e Servizio mensa.

Gravidanza, post-partum e genitorialità

Le strutture penitenziarie dovrebbero sottoporre a screening per la gravidanza tutte le donne con una storia clinica e offrire test delle urine a tutte le donne di età inferiore ai 50 anni entro 48 ore dall'arrivo. Le strutture dovrebbero sostenere gli sforzi delle donne affinché forniscano latte materno ai loro neonati e mantengano i contatti con i loro figli, e dovrebbero riconoscere le difficoltà psicologiche che la separazione può causare alle madri incarcerate e alle loro famiglie. Le strutture penitenziarie devono fornire assistenza per la gravidanza e il post-partum in conformità con gli standard di assistenza della comunità e le linee guida nazionali.

Il personale: Medico di guardia, Pediatra incaricato (nel caso di istituto penitenziario provvisto di asilo), Neuropsichiatra infantile (nel caso di istituto penitenziario provvisto di asilo), Psicologo, Educatrice, Assistente sociale, Ginecologo.

Donne transgender e donne LGBT+

Dati di letteratura confermano prevalenze superiori rispetto a quelle osservate nelle donne sia di malattie infettive trasmissibili per via endovenosa e per via sessuale che per storie di traumi psicologici e fisici, rendendo queste sottopopolazioni delle minoranze con maggiori fragilità. Nel caso in cui vi sia la richiesta di percorsi di transizione, si stabiliranno contatti con eventuale carcere di riferimento per la presa in carico e la gestione condivisa durante il periodo detentivo.

Il personale: Medico di guardia, Psichiatra, Psicologo, Endocrinologo, Specialista di riferimento (sulla base delle necessità cliniche riscontrate), Assistente sociale, Educatrice.

Appendice E - PROCEDURE PER L'AMMISSIONE AL S.A.I.

Motivazioni: le finalità del SAI sono rappresentate dalla necessità di offrire assistenza sanitaria in situazione di post-acuzie, di riabilitazione fisica e di cure intensive ed estensive extra ospedaliere.

Richieste di ammissione

E' necessario che vengano rispettate le modalità di richiesta e di accesso alla struttura per poter mantenere una corretta ed efficace programmazione delle ammissioni.

La richiesta di ammissione deve essere indirizzata, con parere motivato del Coordinatore Regionale, al responsabile/Direttore SAI, corredata da relazione sanitaria e da certificazione che esprima la diagnosi od il sospetto diagnostico che deve giustificare il ricorso all'ammissione al SAI.

La Direzione, valutata insieme agli specialisti di riferimento ed al medico di reparto la richiesta, inserirà il nominativo in programmazione o lista di attesa per l'ammissione.

Lista di attesa: nel caso di impossibilità alla programmazione dell'ammissione in tempi brevi, la richiesta sarà inserita in lista di attesa. Con cadenza mensile la Direzione assicurerà alla struttura richiedente la permanenza della pratica in lista di attesa o la data dell'ammissione programmata.

Programmazione delle ammissioni

Premessa:

1. Potrebbe rendersi necessario l'acquisizione di esami diagnostici per una migliore valutazione del caso e per verificare l'appropriatezza della richiesta onde evitare traduzioni inutili;
2. L'Amministrazione Penitenziaria dovrà comunicare, al momento della richiesta di ammissione, se il paziente detenuto dovrà essere allocato in stanza detentiva singola in relazione alla sua posizione giuridica o per motivi di sicurezza.

Solo con tale premessa si può attuare una seria programmazione delle ammissioni con la sicurezza di poter garantire un efficace turnover dei casi clinici da trattare. La Direzione SAI esprime, con motivato giudizio, parere sulla accettazione o riacquiescenza della proposta, entro il termine massimo di sette giorni dalla data della richiesta.

L'inserimento nella programmazione all'ammissione sarà curato valutando le priorità dei casi clinici e le possibilità operative e ricettive del SAI.

Accettazione

L'accettazione in SAI da altri Istituti e l'inserimento dei pazienti nel reparto, secondo criteri clinici, sarà curata dal personale Medico sia di reparto che di Guardia, addetto al SAI, che provvederà alla valutazione del quadro clinico e ai provvedimenti sanitari da adottare.

Per l'ammissione al SAI, una volta acquisita e valutata la richiesta, e data la disponibilità, sarà necessario inviare in anticipo il consenso informato e l'accettazione delle regole vigenti presso il SAI. L'ammissione sarà programmata valutando la priorità dei casi clinici e le possibilità operative del SAI. Pertanto, la formulazione della lista d'attesa all'ammissione dipende dalla disponibilità del posto letto, salvo diverse indicazioni non di natura sanitaria (A.G., Amministrazione Penitenziaria).

Assistenza

Il Medico di reparto si occuperà della cura e del coordinamento degli interventi specialistici nella formulazione dei programmi diagnostici e terapeutici. Tale attività sarà supportata anche dalla presenza di una unità di medico di guardia che svolgerà servizio esclusivamente per il SAI. La copertura infermieristica deve essere presente con almeno due unità per turno per poter assicurare una assistenza adeguata.

Tempi di permanenza

La permanenza presso il SAI deve essere limitata al tempo strettamente necessario al monitoraggio e all'efficacia della terapia, e non dovrà superare, mediamente, un periodo di 30 giorni. Qualora dovessero verificarsi complicanze non gestibili all'interno del SAI, si renderà necessario il ricovero presso strutture ospedaliere esterne o reparti Protetti di Medicina. Tale evenienza potrà rallentare il turn-over, con conseguente allungamento dei tempi di attesa.

Dimissione

Alla conclusione dell'iter terapeutico il paziente detenuto, dimesso, dovrà essere tradotto alla sede di provenienza in tempi pressoché immediati al fine di garantire una sicura disponibilità di posti atti a ricevere nuove ammissioni.

Beneficiari: Pazienti detenuti che necessitano di assistenza sanitaria e specialistica di maggiore rilievo

Azioni

Valutazione dei casi clinici

Valutazione dell'appropriatezza dell'ammissione

Programmazione e liste d'attesa

Obiettivi (e/o obiettivi di processo) perseguiti.

Migliorare l'offerta sanitaria intramuraria

Migliorare l'organizzazione sanitaria penitenziaria

Agevolare le strutture ospedaliere esterne e di Medicina Protetta

Appendice F - PROCEDURE PER L'ACCESSO AL S.A.I. DI PAZIENTI DETENUTI PROVENIENTI DA ALTRI ISTITUTI PER PRESTAZIONI CHIRURGICHE AMBULATORIALI (APA)

Il reparto post-operatorio è finalizzato all'accettazione di soggetti che necessitano di interventi di chirurgia ambulatoriale non eseguibili in altri Istituti.

Richieste di ammissione

E' necessario che vengano rispettate le modalità di richiesta e di accesso alla struttura per poter mantenere una corretta ed efficace programmazione delle ammissioni.

Motivazioni: interventi di chirurgia ambulatoriale (APA) non affrontabili in altri Istituti (si escludono motivazioni come opportunità logistica, patologie non suscettibili di trattamento ambulatoriale, affollamento delle sezioni comuni ecc.).

Proposta: La proposta di accesso per prestazione di chirurgia ambulatoriale deve essere indirizzata alla Direzione SAI, corredata da relazione sanitaria e da certificazione che esprima la diagnosi od il sospetto diagnostico che deve giustificare il ricorso al SAI per una prestazione ambulatoriale.

La Direzione, valutata, insieme agli specialisti di riferimento ed al medico di reparto, la richiesta, inserirà il nominativo in programmazione o lista di attesa per l'intervento.

Lista di attesa: Nel caso di impossibilità alla programmazione dell'intervento in tempi brevi, la richiesta sarà inserita in lista di attesa. Con cadenza mensile la Direzione assicurerà alla struttura richiedente la permanenza della pratica in lista di attesa o la data dell'intervento programmato.

Programmazione degli interventi

Premessa

1. Potrebbe rendersi necessario l'acquisizione di esami diagnostici per una migliore valutazione del caso e per verificare l'appropriatezza della richiesta e la fattibilità dell'intervento onde evitare traduzioni inutili;

2. L'Amministrazione Penitenziaria dovrà comunicare, al momento della richiesta di ammissione, se il paziente detenuto dovrà essere allocato in stanza detentiva singola in relazione alla sua posizione giuridica o per motivi di sicurezza.

Solo con tale premessa si può attuare una seria programmazione delle prestazioni chirurgiche con la sicurezza di poter garantire un efficace turnover dei casi da trattare. Il SAI tratta esclusivamente livelli di chirurgia ambulatoriale, pertanto a Direzione SAI esprime, con motivato giudizio, parere sulla accettazione o riacquiescenza della proposta, entro il termine massimo di sette giorni dalla data della richiesta.

L'inserimento nella programmazione all'intervento sarà curato valutando le priorità dei casi clinici e le possibilità operative e ricettive del SAI.

Accettazione

L'accettazione in SAI da altri Istituti e l'inserimento dei pazienti in lista d'attesa, secondo criteri clinici, sarà curata dal personale Medico e dagli specialisti di riferimento che provvederanno, attraverso i percorsi istituzionali e dopo la ricezione della richiesta su ricetta del SSN, alla valutazione del quadro clinico e a richiedere, quando necessario, ulteriori visite specialistiche ed esami diagnostici.

Inoltre, dovrà pervenire in anticipo il consenso informato. L'accesso sarà programmato valutando la priorità dei casi clinici, le possibilità operative del SAI.

Il Medico di reparto e lo specialista di riferimento effettueranno la valutazione il giorno stesso dell'intervento come previsto dalle procedure interne.

Tempi di permanenza

La permanenza presso il reparto pre/post operatorio sarà limitata alla preparazione all'intervento e alla breve osservazione post operatoria.

Dimissione

Alla conclusione dell'intervento il paziente detenuto, dimesso, dovrà essere tradotto alla sede di provenienza in tempi pressoché immediati.

Linea d'intervento:

Programmazione di ammissione, su richieste provenienti da altri Istituti. Il SAI deve essere considerato come una struttura operativamente separata dal resto dell'Istituto, autonoma, finalizzata alle ammissioni programmate per prestazioni chirurgiche ambulatoriali.

Beneficiari: Pazienti detenuti, provenienti da altri Istituti Penitenziari, che necessitano di interventi chirurgici ambulatoriali non effettuabili presso altri istituti.

Azioni

Valutazione dei casi clinici

Valutazione dell'appropriatezza dell'ammissione

Programmazione e liste d'attesa

Obiettivi (e/o obiettivi di processo) perseguiti

Migliorare l'offerta sanitaria specialistica intramuraria

Migliorare l'organizzazione sanitaria intramuraria

Riduzione dei tempi d'attesa per prestazioni chirurgiche.

Appendice G – MISURE ALTERNATIVE ALLA DETENZIONE**1. Competenze**

La garanzia del diritto alla salute richiede che sia sempre individuato il trattamento clinico più appropriato per ogni paziente, da realizzarsi nei luoghi di cura idonei. Pertanto, deve essere valutato, pianificato e promosso il trattamento clinico necessario anche all'esterno dell'Istituto Penitenziario (IP).

La definizione di PTI in misura sostitutiva/alternativa alla detenzione differisce in funzione della patologia primaria (effettiva o indicata anche per motivi giudiziari), a causa sia della diversa normativa di riferimento che della specifica regolamentazione regionale.

Differenze normative nazionali e di regolamentazione regionale:

- Per DUS/DUA- riferimento nazionale al DPR 309/90 e s.m.i, con definizione misure alternative proposte dai Ser.D. (certificazione, programma, idoneità). In Regione Lazio la competenza della presa in carico per la misura alternativa è del servizio in cui insiste il carcere, nel rispetto dei seguenti criteri:
 - a) garanzia della continuità assistenziale durante tutta la fase di esecuzione penale;
 - b) garanzia dei tempi di predisposizione e avvio dei trattamenti;
 - c) monitoraggio dell'efficacia dei trattamenti.
- Per DM – riferimento nazionale Sentenza Corte Costituzionale n.99 del 1999. In Regione Lazio la competenza per la proposta del PTI è del CSM di residenza in ossequio del criterio di continuità assistenziale con il termine di esecuzione penale). In assenza di residenza effettiva o fittizia, la competenza è attribuita al CSM nel cui territorio è avvenuto il reato (o in subordine l'arresto)

2. Definizione Programma per DUS/DUA

Il servizio per le Dipendenze in cui insiste l'Istituto Penitenziario (o l'Unità Operativa dedicata) effettua:

- a) valutazione diagnostica ai sensi del DSM5 e verifica eventuale certificabilità ai sensi del DM 186/1990. La diagnosi clinica precede la fase di verifica della certificabilità. In caso di certificabilità, il rilascio della stessa nel rispetto di quanto indicato con DGR 230/2009 e consegna del certificato al diretto interessato;
- b) verifica della presenza dei requisiti giuridici per teorica ammissibilità alle Misure Alternative, anche in collaborazione con Area Giuridico Pedagogica dell'Amministrazione Penitenziaria;
- c) valutazione della appropriatezza clinica per trattamento in Misura Alternativa, considerando i tre setting assistenziali previsti (ambulatoriale, semiresidenziale, residenziale) e le diverse tipologie di trattamento (pedagogico riabilitativa, terapeutico riabilitativa, specialistica);
- d) individuazione di servizi/strutture che rispondono alla tipologia/setting di trattamento ritenuto clinicamente appropriato e predisposizione di incontri/colloqui di conoscenza del paziente da parte degli operatori della eventuale struttura ospitante;
- e) ricevimento del programma proposto dalla struttura esterna e della disponibilità di posto;
- f) attestazione della idoneità al programma e consegna della documentazione al diretto interessato.

Per la valutazione di idoneità a programmi in Misura Alternativa alla detenzione ai sensi del DPR 309/90 e s.m.i. è opportuna e raccomandata una fase di trattamento motivazione interno propedeutico a consolidare consapevolezza di patologia e determinazione al cambiamento, al fine di contenere il rischio di drop out.

3. Definizione Programma per DM

Il servizio salute mentale in cui insiste l'Istituto Penitenziario (o l'Unità Operativa dedicata) comunica al CSM di competenza territoriale (vedi precedente punto 1) la necessità di un PTI congiunto, che possa eventualmente prevedere inserimento in struttura residenziale/semiresidenziale esterna.

La relazione per l'A.G. deve essere effettuata da entrambi i servizi

4. Definizione Programma per co-occurring disorders DUS/DUA e DM

Il servizio per le Dipendenze in cui insiste l'Istituto Penitenziario (o l'Unità Operativa dedicata) comunica al CSM di competenza territoriale la necessità di un PTI congiunto.

In relazione alla struttura esterna individuata e alla normativa di riferimento (DPR 309/90 ovvero sentenza corte costituzionale 99/2019) verrà comunemente prodotta la documentazione clinica necessaria.

Le spese del trattamento saranno ripartite al 50% tra i due servizi.

5. Monitoraggio del Programma

I servizi competenti (vedi punto 1) garantiscono la continuità di presa in carico, assicurando il monitoraggio continuativo dei programmi. Mantengono pertanto contatti con le strutture ospitanti e con i pazienti e riferiscono alla A.G. sull'andamento del programma stesso.

Appendice H: MALATTIE INFETTIVE

Razionale

Numerosissimi sono gli studi e le pubblicazioni sul ruolo rilevante assunto dalle strutture penitenziarie nel concentrare e nell'amplificare numerose malattie infettive a partire dalle patologie virali croniche (HIV, HBV, HCV), tubercolosi, LUE, parassitosi, Sars –Cov 2, influenza.

I determinanti di tale fenomeno sono la composizione stessa della popolazione detenuta cosiddetta "sociale" (tossicodipendenti, senza fissa dimora, immigrati clandestini) comprese le persone affette da disturbi psichiatrici di vario grado; altre determinanti sono il sovraffollamento e le condizioni igienico – strutturali non soddisfacenti. L'ingresso in carcere di queste popolazioni di pazienti difficili da raggiungere in libertà rappresenta per gli stessi, spesso il primo accesso ai servizi sanitari pubblici e, come evidenziato da molte osservazioni, oltre all'intervento diretto su paziente, diventa anche una occasione unica di salute pubblica per "svuotare questi serbatoi d'infezione" costituiti dagli Istituti Penitenziari, impedendo che le patologie diffuse possano diffondersi alla comunità. La pandemia di COVID-19 ha inoltre dimostrato che anche le epidemie di malattie infettive di grande impatto negli Istituti penitenziari possono essere efficacemente controllate attraverso una forte azione sinergica delle Istituzioni coinvolte (Ministero Salute - Regione e Ministero della Giustizia - PRAP).

Obiettivi

La Regione Lazio intende proseguire ed implementare i diversi interventi, già realizzati con successo da diversi anni, di contrasto alle patologie virali croniche e alle altre patologie diffuse in ambiente penitenziario.

Soggetti attuatori

- Regione Lazio: indirizzo, supporto e verifica delle attività
- AASSLL: Attuazione degli interventi sulla base delle risorse e delle diverse organizzazioni
- PRAP: sicurezza, osservazione e trattamento per i condannati, traduzioni e piantonamenti, assegnazione ad istituti o sezioni specifiche
- Altre Amministrazioni pubbliche regionali/ comunali
- Autorità Giudiziaria (misure alternative o benefici o misure cautelari o misure di sicurezza previsti dall'ordinamento.
- Università
- I.N.M.I Lazzaro Spallanzani
- INMP - Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti ed il contrasto delle malattie della Povertà
- Privato accreditato

Azioni

- ✓ Istituzione di un Tavolo Regionale di coordinamento e condivisione delle linee di attività regionali già in essere (Osservatorio Permanente sulla Sanità Penitenziaria, Commissione Regionale AIDS, Gruppo di lavoro "Programma di screening nazionale per l'eliminazione del virus dell'epatite C (HCV) nella Regione Lazio";
- ✓ Identificazione in ogni Istituto penitenziario di un nuovo esperto qualificato nella prevenzione delle infezioni penitenziarie per gestire i programmi regionali con la supervisione del Tavolo Regionale di coordinamento, alle dipendenze del SISP Aziendale. L'esperto deve possedere competenze tecniche (tra cui una conoscenza approfondita delle linee guida regionali) e capacità di tradurre queste informazioni in politiche attuabili e messaggi educativi comprensibili per la dirigenza penitenziaria, il personale sanitario e i detenuti;
- ✓ presenza almeno settimanale di un infettivologo in tutti gli Istituti penitenziari della Regione;
- ✓ programmi di educazione sanitaria e sensibilizzazione della popolazione detenuta all'esecuzione dei test per una diagnosi precoce di malattia infettiva;
- ✓ incontri di formazione che coinvolgano gli operatori sanitari e penitenziari e di informazione per la popolazione detenuta, su argomenti di Igiene e Malattie Infettive;
- ✓ raccolta dati epidemiologici aggiornati della popolazione detenuta con riferimento in particolare alle infezioni virali croniche, alla TBC e alla LUE;
- ✓ incrementare lo screening per infezioni virali croniche, TBC LUE mediante offerta dei test, previo consenso informato;
- ✓ identificare azioni mirate di prevenzione e screening per le malattie sessualmente trasmesse;
- ✓ sviluppare strumenti e check- list specifici per patogeni specifici;
- ✓ migliorare la sorveglianza delle malattie infettive all'interno degli Istituti;
- ✓ potenziare le sezioni per HIV (C.C. Rebibbia) e TBC (C.R. Paliano);
- ✓ prevedere stanze per isolamento sanitario in ogni Istituto penitenziario (rapporto 1 stanza:100 detenuti presenti).

Appendice I: DISABILITÀ

Razionale

Lo stato di detenzione non deve limitare assolutamente i diritti sanciti da norme e regolamenti per le persone diversamente abili. La gestione dei detenuti con disabilità fisica risulta particolarmente complessa perché deve tenere conto di oneri e competenze di diverse amministrazioni pubbliche; l'efficacia dell'intervento complessivo è quindi strettamente correlata alla qualità della presa in carico in un contesto di coordinamento e comunicazione tra soggetti istituzionali coinvolti.

Obiettivi

- ✓ Accesso dei detenuti disabili alle prestazioni previdenziali, assistenziali, socioassistenziali psico – pedagogiche a loro specificatamente rivolti, in ottemperanza delle leggi nazionali e regionali (ad es.: per i ciechi civili, per i sordi o per i sordociechi o per gli invalidi civili, accesso alle prestazioni protesiche, all'assegno mensile, alla pensione di inabilità, all'indennità di accompagnamento; alla pensione o assegno sociale, accesso a servizi, come il piano assistenziale personalizzato.
- ✓ Accesso dei detenuti disabili, nell'ambito del sistema di protezione sociale e di cura delle persone non autosufficienti, ai servizi tesi a dare attuazione ai principi fondamentali stabiliti dalla legge 8 novembre 2000, n. 328 (“*Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali*”) e nella successiva normativa statale e regionale in materia. (nel punto elenco precedente non è citata la normativa)
- ✓ Accesso facilitato dei detenuti disabili non solo alla camera detentiva, ma anche ai vari servizi e spazi dell'istituto: ambulatori o infermerie, attività culturali, ricreative, sportive, religiose, sale colloqui avvocati o familiari, aule scolastiche, spazi di socialità, accesso ai servizi igienici, ecc.
- ✓ Numero sufficiente di sezioni o reparti o camere detentive per disabili non autosufficienti, secondo le diverse esigenze generali ed individuali, in considerazione ad esempio dei diversi circuiti detentivi regionali, della separazione tra sezioni femminili e maschili, del numero degli ingressi dalla libertà.
- ✓ Utilizzo, in occasione di traduzioni e di piantonamenti per detenuti disabili, di automezzi con accorgimenti e strumenti per abbattere le barriere architettoniche e di personale specificatamente formato (in collaborazione con gli Uffici traduzioni e piantonamenti del PRAP).
- ✓ Tutela della privacy nel caso di comunicazioni amministrative che includono dati attinenti lo stato di salute, incluso lo stato di disabilità.
- ✓ Accesso agli strumenti informatici quali ausili per i detenuti disabili (ad esempio: disabili nel linguaggio o nell'udito o nella vista) se utili ad aumentare l'autonomia nello svolgimento delle attività lavorative o istruttive, ma anche nella vita quotidiana.

Soggetti attuatori

- Regione Lazio: indirizzo, supporto e verifica delle attività
- AASSLL: attuazione degli interventi sulla base delle risorse e delle diverse organizzazioni
- PRAP: sicurezza, osservazione e trattamento per i condannati, traduzioni e piantonamenti, assegnazione ad istituti o sezioni adeguate e senza barriere architettoniche, accesso del disabile ai servizi erogati da altre Amministrazioni pubbliche, piani di emergenza e di evacuazione, formazione ed addestramento del personale
- Altre Amministrazioni pubbliche regionali (essenzialmente: istruzione, previdenza, lavoro)

- Autorità giudiziaria (misure alternative o benefici o misure cautelari o misure di sicurezza previsti dall'ordinamento)
- Privato accreditato

Azioni

Tutti i menzionati soggetti devono contribuire al raggiungimento dell'obiettivo finale di ridurre le barriere (non solo fisiche) ai diversamente abili, costretti in Istituto penitenziario, attraverso la formazione di uno specifico gruppo di lavoro nell'ambito dell'Osservatorio permanente sulla Sanità Penitenziaria, che dovrà sviluppare:

- ✓ la conoscenza del fabbisogno numerico e qualitativo (tipologie di disabilità fisiche) attraverso una banca dati condivisa tra PRAP e Regione Lazio;
- ✓ il monitoraggio/rilevazione ed analisi della qualità dei servizi penitenziari, sanitari e socio-sanitari e della presa in carico del detenuto disabile e non autosufficiente;
- ✓ il confronto e scambio di informazioni/ formazione tra i soggetti coinvolti;
- ✓ la condivisione di buone prassi, progetti ed iniziative nelle singole AASSLL finalizzate all'inclusione dei detenuti con disabilità, alla promozione dell'accesso ai servizi, a diffondere anche in ambito detentivo una nuova cultura della disabilità fondata sul riconoscimento della pari dignità e delle pari opportunità;
- ✓ l'attuazione anche nel contesto penitenziario della normativa in materia di disabilità, con particolare riferimento alla legge quadro 5 febbraio 1992, n. 104, alla legge 8 novembre 2000, n. 328, alla disciplina sulla tutela giuridica anche in ambito penale e penitenziario.

Appendice L - SENESCENZA

Razionale

Negli ultimi decenni si è verificato un progressivo invecchiamento della popolazione italiana, in generale, evidenziato dall'aumento dell'indice di vecchiaia (passato da 131 nel 2002 a 193 nel 2023) che rappresenta il grado di invecchiamento di una popolazione: rapporto percentuale tra il numero di ultrasessantacinquenni ed il numero dei giovani fino a 14 anni.

L'invecchiamento nella popolazione italiana dipende sostanzialmente da due fattori: diminuzione del tasso di natalità e aumento della speranza di vita alla nascita. Per le patologie croniche, nel confronto con i dati europei, emergono in generale migliori condizioni degli italiani tra i meno anziani (65-74 anni), con prevalenze più basse per quasi tutte le patologie e, all'opposto, condizioni peggiori oltre i 75 anni. Circa un anziano su due soffre di almeno una malattia cronica grave o è multicronico, con quote tra gli ultraottantenni rispettivamente di 59,0% e 64,0%. Indipendentemente dalle comorbilità, dopo i 65 anni si osserva la compromissione progressiva delle funzioni cognitive, così come elencate (ISTAT 2017):

- memoria,
- ragionamento,
- linguaggio,
- capacità di orientarsi,
- capacità di svolgere compiti in sequenza,
- possibilità di una vita autonoma,
- alterazioni della personalità e del comportamento.

Nella popolazione detenuta, gli effetti dei cambiamenti demografici sono amplificati dalla privazione della libertà. Il numero e le caratteristiche dei soggetti detenuti anziani variano in funzione dei limiti imposti dalla legge. Nel 1986, con l'entrata in vigore della Legge n. 663/1986 – c.d. “legge Gozzini” – è stato introdotto l'art. 47-O.P., che al comma 1 stabilisce la concessione della detenzione domiciliare presso la propria abitazione, in altro luogo di privata dimora ovvero in luogo pubblico di cura, assistenza o accoglienza ai soggetti che abbiano compiuto i 70 anni di età, purché non siano stati condannati per reati cosiddetti a sfondo sessuale (*ex artt. 609-bis, 609-quater e 609-octies c.p.*). Inoltre, questi non devono essere stati dichiarati delinquenti abituali, professionali o recidivi ai sensi dell'art. 99 c.p. La Prima Sezione Penale della Corte di Cassazione, con la sentenza n. 8585/2020, ha però stabilito che oltre al requisito dell'età deve essere presente anche una grave patologia che non trovi cure adeguate nel Sistema penitenziario. Sulla base dell'ultimo rilevamento disponibile (Fonte Ministero della Giustizia), la percentuale di detenuti ultrasessantenni mostra un costante aumento. Nel 2016, il 98 % dei detenuti ultrasessantenni era italiano e di sesso maschile. Per quanto riguarda la pena inflitta il 73 % dei detenuti ultrasessantenni, doveva scontare una pena inferiore a 5 anni, il 29 % una pena superiore ai 5 anni e il 18 % condannati all'ergastolo.

Obiettivi

- ✓ Assicurare una qualità della vita in carcere che tenga presenti non solo le fasi della cura ma anche altri fondamentali aspetti di carattere psico-sociali, trattamentali, ambientali.
- ✓ Prediligere gli interventi preventivi delle principali comorbilità migliorare la capacità degli anziani di entrambi i sessi di mantenere una piena integrazione nella società e vivere con dignità, a prescindere dallo stato di salute o di dipendenza.
- ✓ Aumentare la consapevolezza sulle discriminazioni e gli stereotipi di ogni genere basati sull'età e contribuire al loro superamento.

Soggetti attuatori

- Regione Lazio: indirizzo, supporto e verifica delle attività
- AASSLL: Attuazione degli interventi sulla base delle risorse e delle diverse organizzazioni
- PRAP: sicurezza, osservazione e trattamento per i condannati, traduzioni e piantonamenti, assegnazione ad istituti o sezioni dedicate
- Altre Amministrazioni pubbliche regionali/ comunali
- Autorità Giudiziaria (misure alternative o benefici o misure cautelari o misure di sicurezza previsti dall'ordinamento)
- Privato accreditato

Azioni

La Regione Lazio al seguito della Legge Regionale n.11/2016, art.13, in cui definiva, tra gli altri, una serie di interventi a favore delle persone anziane, ha emanato la DGR n.576/2019 avente per oggetto specifico la “*Valorizzazione delle politiche per la promozione del benessere e dell'invecchiamento attivo delle persone anziane*”. Anche se non specificatamente indirizzata alle persone detenute le azioni indicate possono trovare attuazione anche all'interno degli Istituti penitenziari come di seguito:

- ✓ accompagnamento nella socializzazione con l'ambiente penitenziario anche al fine di favorire i rapporti intergenerazionali, evitando fenomeni di sopraffazione;
- ✓ semplificazione dell'accesso ai servizi penitenziari e ricreativi,

- ✓ promozione di attività fisica e idonea nutrizione per sostenere un invecchiamento attivo,
- ✓ introduzione di convenzioni con specialisti geriatri che fungano da coordinatori dell'intervento sanitario tra i vari specialisti,
- ✓ offerta screening patologie oncologiche e batterie di esami laboratoristici strumentali per la prevenzione secondaria delle malattie del metabolismo e delle vasculopatie.

Appendice M - PROCEDURA RICHIESTA RICOVERO PRESSO UU.OO.CC. MEDICINA PROTETTA

- 1) Le richieste di ricovero programmato per pazienti in stato di detenzione vengono trasmessi dai servizi ASL dei vari istituti alle Direzioni di Istituto Penitenziario per le necessarie autorizzazioni dell'Autorità giudiziaria.
- 2) Una volta acquisite tali autorizzazioni, i servizi sanitari interni trasmettono alle U.O.C. Medicina Protetta le richieste di ricovero e il modulo di accettazione al ricovero (Modulo P e Q).
- 3) Il dirigente medico di turno presso la UOC Medicina Protetta provvede a controllare la completezza della documentazione inviata (richiesta ricovero programmato, consenso al ricovero firmato dal paziente). In caso di documentazione incompleta, il Medico della suddetta UOC provvede direttamente ad inviare informativa al Servizio di Sanità Penitenziaria della ASL che ne aveva fatto richiesta invitandola a provvedere in merito.
- 4) Terminata la procedura di richiesta corretta, il paziente viene inserito in lista di attesa internistica o chirurgica su apposito registro datato e firmato dalla coordinatrice infermieristica, su indicazione dei dirigenti medici, in ordine temporale. Eventuali particolari esigenze di carattere clinico segnalate sia dai medici richiedenti il ricovero che autonomamente valutate dai dirigenti medici della U.O.C., possono comportare priorità nella disponibilità di posto letto presso il reparto.
- 5) Il dirigente medico di turno provvede inoltre a rispondere direttamente al Servizio di Sanità Penitenziaria della ASL circa la disponibilità immediata al ricovero e/o l'inserimento in lista di attesa del paziente.
- 6) La disponibilità al ricovero immediato o la data presunta del ricovero viene comunicata dal medico di turno del Servizio di Sanità Penitenziaria della ASL e consegnata firmata con l'indicazione della data, alla Direzione dell'Istituto penitenziario che provvederà al trasferimento.
- 7) All'atto della dimissione il medico di turno in Medicina protetta provvederà a darne notizia al servizio sanitario della ASL dell'Istituto di Provenienza e al nucleo di Polizia Penitenziaria presente in reparto, specificando se il paziente necessita di ambulanza o possa essere condotto con mezzi dell'Amministrazione penitenziaria. Lo stesso curerà le comunicazioni con il nucleo traduzioni dell'Istituto di provenienza del paziente. Trattandosi di paziente dimesso il trasporto in ambulanza rientra nelle competenze dell'Amministrazione penitenziaria.

I reparti, per l'assenza di competenze specifiche e strumentali nonché per i limiti strutturali, non sono in grado di accogliere pazienti affetti da patologia psichiatrica e/o gravi disturbi del comportamento e/o pz che necessitino di degenza in UTIC e/o UOC di rianimazione.

Modulistica



REGIONE
LAZIO

Modulistica O – **CONSENSO INFORMATO AMMISSIONE SAI**

CONSENSO INFORMATO AMMISSIONE SAI REGINA COELI

Il sottoscritto _____

Nato a _____ Provincia _____

Il ____/____/____ Di Nazionalità _____

informato dagli operatori sanitari che il SAI della UOSD Assistenza Sanitaria Regina Coeli è una struttura a carattere sanitario in cui viene adottato un regolamento gestionale, come previsto dalla normativa vigente, e che in particolare vige il divieto di fumo e l'impossibilità di accedere alle ordinarie richieste di acquisto individuale di generi alimentari in quanto la dieta è parte integrante del trattamento terapeutico.

ESPRIME

Il proprio consenso all'ammissione presso il SAI della C.C. Regina Coeli

Roma lì, ____/____/____

Firma _____

Modulo da firmare e allegare alla proposta di ammissione.

Modulistica P – **SCHEDA DIMISSIONE SAI**

SCHEDA DI DIMISSIONE

DATI PAZIENTE

COGNOME
NOME
DATA DI NASCITA
LUOGO DI NASCITA
DATA DI AMMISSIONE/....._/..... ____
DATA DI USCITA_/....._/..... ____

ANAMNESI ALL'INGRESSO

--

ALLERGIE RIFERITE

--

DIAGNOSI ALL'USCITA

--

TOSSICODIPENDENZA

--

PROBLEMATICHE PSICHIATRICHE RIFERITE DAL SERVIZIO DI COMPETENZA
(ALLEGARE EVENTUALE DOCUMENTAZIONE DEL SERVIZIO COMPETENTE)

--

INDICAZIONI E SUGGERIMENTI CLINICI

--

TERAPIA IN ATTO

FARMACO	ORE 8.00	ORE 12.00	ORE 20.00	POSOLOGIA	CONSEGNATO ALLA DIMISSIONE

ESAMI DIAGNOSTICI ESEGUITI E PROGRAMMATI

--

Roma li,

IL SANITARIO

Modulistica Q - **SCREENING MEDICO IN INGRESSO RISCHIO DM, DUS E RS (TRATTO DA DCA 563)**
 SCHEDA PER SCREENING

DATI SOCIO ANAGRAFICI

COGNOME
NOME
Data inizio carcerazione Data ingresso in questo Istituto
Specificare se si tratta della prima esperienza detentiva (Si/No)

Età

Sesso

Se straniero, riesce a comunicare SI NO

Se NO parla e comprende la lingua

.....

Stato Civile: celibe/nubile coniugato/a convivente separato/a vedovo/a

Figli/e SI NO

Se SI: numero..... ..e specificare per ognuno età.....

Residenza Domicilio (solo se diverso dalla residenza)

Dichiara di essere Senza fissa dimora SI NO

Percorso scolastico: analfabeta anni di studio n. Titolo di studio conseguito

(RISCHIO DISTURBO PSICHICO, RISCHIO DISTURBO USO DI SOSTANZE, RISCHIO AUTOLESIVO E SUICIDARIO)**NOMINATIVO**

(indicare presenza/assenza criteri)

A. Anamnesi

A1. Precedenti trattamenti (documentati o riferiti)		Si /No /NR	Doc /Rif	Se SI indicare quali, dove, quando
Precedenti trattamenti	per problematiche o disturbi psichici (ambulatoriali e/o residenziali)			
	farmacologici e/o psicosociali presso servizi ambulatoriali/residenziali per le dipendenze			
Precedenti diagnosi	di disturbo mentale			
	di abuso/dipendenza da sostanze			
Precedenti ricoveri in acuzie	in SPDC			
	in Pronto Soccorso e/o ricoveri per intossicazione acuta da sostanze (compreso overdose)			

A2. Anamnesi patologica prossima / remota	Si/No/NR	Se SI indicare quando e come
Dichiara (o risulta da documentazione/notizie) di aver tentato il suicidio in precedenza		
Dichiara di sentirsi (o essersi sentito) disperato o particolarmente angosciato/impaurito		
Dichiara di sentirsi (o essersi sentito) particolarmente depresso		
Dichiara di sentirsi (o essersi sentito) particolarmente attivato		
Dichiara di aver pensieri ritenuti da tutti gli altri come "strani"		
Dichiara di essere insonne o di avere gravi disturbi del sonno		
Dichiara di non avere alcuna rete familiare / sociale di sostegno		
Ammette di avere pensieri riguardanti il suicidio e ammette il suicidio come possibile soluzione ai problemi		
Dichiara Uso continuativo o problematico di sostanze illegali o di psicofarmaci non prescritti		
Dichiara Episodi di intossicazione da alcol ("ubriacature") o di bingedrinking ("abbuffata")		
Dichiara Comportamento addittivo problematico senza sostanza (ad es. gioco d'azzardo patologico)		
Dichiara Lesioni del setto nasale (necrosi / perforazione)		
Esprime livelli insoliti o pervasivi di vergogna, colpa, preoccupazione per l'incarcerazione		

B. Esame obiettivo psico-fisico

	Si / No /NR	Se SI, specificare entità
Tagli, bruciature ecc. per lesioni autoindotte		
Lesioni da agopuntura, fino a esiti cicatriziali di ascessi e/o flebiti		
Miosi o midriasi		
Rinorrea e piloerezione		
Iperemia congiuntivale		
Linfoadenomegalia e/o Epatosplenomegalia		
Prurito e/o Lesioni da grattamento		
Tremore e/o Sudorazione associata a Nausea, Vomito		
Microzoopsie		
Stato confusionale (disorientamento spazio-temporale)		
Agitazione psicomotoria o grave e incongruo discontrollo degli impulsi		
Bizzarrie / gravi alterazioni del comportamento e/o del pensiero		
Pianto / appiattimento affettivo / inibizione psicomotoria / assenza di comunicazione verbale		
Euforia, linguaggio spedito, velocità di pensiero, eloquio sciolto, riso contagioso		
Allucinazioni visive, uditive, cinestetiche		
Ideazione paranoide		
Attacchi di panico		
Sindrome amotivazionale (<i>cosiddetta</i>)		
Rallentamento psicomotorio		

C. MINI

Durante il mese scorso ha:	si	no
1. mai pensato che sarebbe stato meglio essere morto o desiderato di esserlo?		
2. voluto farsi del male?		
3. pensato al suicidio?		
4. pensato a come suicidarsi?		
5. messo in atto un tentativo di suicidio?		
Nel corso della sua vita:		
6. ha mai messo in atto un tentativo di suicidio?		

Livello di gravità dell'ideazione suicidaria

- 1 o 2 o 6 = SI: Basso
 3 o (2 + 6) = SI: Medio
 4 o 5 o (3 + 6) = SI: Elevato

D. ACCERTAMENTI DI LABORATORIO TOSSICOLOGICI

(solo per invio al Servizio per le Dipendenze)

Esame su matrice urinaria delle principali sostanze, analizzabili con metodiche qualitative		Specifiche
	<i>tempi di rilevabilità nelle urine delle sostanze</i>	
Amfetamine	2-3 giorni	
MDMA	2-4 giorni (in funzione della percentuale di sostanza attiva)	
Oppiacei (Eroina, Morfina)	1-5 giorni	
Metadone (in regime di mantenimento)	7-9 giorni	
Cocaina	da 2 a 3 giorni; dosi elevate 1 settimana	
Cannabinoidi	da 2 a 4 giorni (singolo uso); 3-4 settimane (uso ripetuto)	
Ketamina	2-4 giorni	
PCP	8 giorni	
GHB	12 ore	
Benzodiazepine	da 12 ore a 7 giorni (di più se abituale)	

Altro

Ulteriori elementi emersi dal colloquio clinico e dalla valutazione
Ulteriori elementi forniti dal Personale Penitenziario, forze dell'Ordine, ecc.

VALUTAZIONE RISCHIO AUTOLESIVO E/O SUICIDARIO

INDICAZIONI PER CARTELLA INFORMATIZZATA: In questa sezione NON vengono inserite nuove informazioni anamnestiche e/o di esame obiettivo. Tali dati devono soltanto comparire a video, riprendendo gli item sottoelencati, SOLO SE sono stati rilevati con esito “positivo” nello screening generale

INDICAZIONI PER CARTELLA CARTACEA: (In questa sezione NON vengono inserite nuove informazioni anamnestiche e/o di esame obiettivo. Va utilizzata dal clinico SOLO come promemoria degli item correlati con lo specifico rischio. La presenza/assenza di essi non determina automaticamente la presenza/assenza di rischio)

La valutazione del rischio autolesivo e/o suicidario è atto clinico complessivo. Vengono di seguito riportati Item correlati con tale rischio. Solo la valutazione congiunta dei vari item supporta il clinico nel segnalare l'eventuale rischio e/o a assumere altre decisioni

- Prima carcerazione
- Età (giovane età)
- Se straniero, non comprende la lingua
- Stato civile
- Figli, ed età degli stessi
- Senza fissa dimora
- Analfabeta, ovvero titolo di studio

- Precedenti trattamenti per problematiche o disturbi psichici (ambulatoriali e/o residenziali)
- Precedenti diagnosi di disturbo mentale
- Precedenti diagnosi di abuso/dipendenza da sostanze
- Precedenti ricoveri in acuzie in SPDC
- Dichiaro (o risulta da documentazione/notizie) di aver tentato il suicidio in precedenza
- Dichiaro di sentirmi (o essermi sentito) disperato o particolarmente angosciato/impaurito
- Dichiaro di sentirmi (o essermi sentito) particolarmente depresso
- Dichiaro di essere insonne o di avere gravi disturbi del sonno
- Dichiaro di non avere alcuna rete familiare / sociale di sostegno
- Ammetto di avere pensieri riguardanti il suicidio e ammetto il suicidio come possibile soluzione ai problemi
- Dichiaro Uso continuativo o problematico di sostanze illegali o di psicofarmaci non prescritti
- Dichiaro Episodi di intossicazione da alcol (“ubriacature”) o di bingedrinking (“abbuffata”)
- Dichiaro Comportamento additivo problematico senza sostanza (ad es. gioco d'azzardo patologico)
- Esprime livelli insoliti o pervasivi di vergogna, colpa, preoccupazione per l’incarcerazione
- Tagli, bruciature ecc. per lesioni autoindotte
- Stato confusionale (disorientamento spazio-temporale)
- Agitazione psicomotoria o grave e incongruo discontrollo degli impulsi
- Bizzarrie / gravi alterazioni del comportamento e/o del pensiero
- Pianto / appiattimento affettivo / inibizione psicomotoria / assenza di comunicazione verbale
- Euforia, linguaggio spedito, velocità di pensiero, eloquio sciolto, riso contagioso
- Livello di gravità della MINI (basso, medio, elevato)

CONCLUSIONI VALUTAZIONE RISCHIO AUTOLESIVO E/O SUICIDARIO (da compilare)

SEGNALAZIONE PER RISCHIO AUTOLESIVO E/O SUICIDARIO		
NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Se sì, indicare il livello di rischio
		<input type="checkbox"/> Basso <input type="checkbox"/> Medio <input type="checkbox"/> Alto
Richiesta attivazione di Misure di:		
<input type="checkbox"/> Grande Sorveglianza	<input type="checkbox"/> Grandissima Sorveglianza	<input type="checkbox"/> Sorveglianza a Vista

IL MEDICO	
Cognome Nome	Data
Firma (o altra modalità di sottoscrizione)	

VALUTAZIONE RISCHIO DISTURBO MENTALE

INDICAZIONI PER CARTELLA INFORMATIZZATA: In questa sezione NON vengono inserite nuove informazioni anamnestiche e/o di esame obiettivo. Tali dati devono soltanto comparire a video, riprendendo gli item sottoelencati, SOLO SE sono stati rilevati con esito “positivo” nello screening generale

INDICAZIONI PER CARTELLA CARTACEA: (In questa sezione NON vengono inserite nuove informazioni anamnestiche e/o di esame obiettivo. Va utilizzata dal clinico SOLO come promemoria degli item correlati con lo specifico rischio. La presenza/assenza di essi non determina automaticamente la presenza/assenza di rischio)

La valutazione del rischio di disturbo mentale è atto clinico complessivo. Vengono di seguito riportati Item correlati con tale rischio. Solo la valutazione congiunta dei vari item supporta il clinico nel segnalare l'eventuale rischio e/o a assumere altre decisioni

- Precedenti trattamenti per problematiche o disturbi psichici (ambulatoriali e/o residenziali)
- Precedenti diagnosi di disturbo mentale
- Precedenti ricoveri in acuzie in SPDC
- Dichiara di sentirsi (o essersi sentito) particolarmente depresso
- Dichiara di sentirsi (o essersi sentito) particolarmente attivato
- Dichiara di essere insonne o di avere gravi disturbi del sonno
- Esprime livelli insoliti o pervasivi di vergogna, colpa, preoccupazione per l'incarcerazione
- Tagli, bruciature ecc. per lesioni autoindotte
- Stato confusionale (disorientamento spazio-temporale)
- Agitazione psicomotoria o grave e incongruo discontrollo degli impulsi
- Bizzarrie / gravi alterazioni del comportamento e/o del pensiero
- Pianto / appiattimento affettivo / inibizione psicomotoria / assenza di comunicazione verbale
- Allucinazioni visive, uditive, cinestetiche
- Ideazione paranoide
- Attacchi di panico
- Sindrome amotivazionale (cosiddetta)
- Rallentamento psicomotorio

CONCLUSIONI VALUTAZIONE RISCHIO DISTURBO MENTALE (da compilare)**SEGNALAZIONE PER RISCHIO DISTURBO MENTALE**NO SI

Per approfondimento diagnostico:

 Urgente Ordinario**IL MEDICO**

Cognome Nome

Data

Firma (o altra modalità di sottoscrizione)

VALUTAZIONE RISCHIO DISTURBO DA USO SOSTANZE

INDICAZIONI PER CARTELLA INFORMATIZZATA: In questa sezione NON vengono inserite nuove informazioni anamnestiche e/o di esame obiettivo. Tali dati devono soltanto comparire a video, riprendendo gli item sottoelencati, SOLO SE sono stati rilevati con esito “positivo” nello screening generale

INDICAZIONI PER CARTELLA CARTACEA: (In questa sezione NON vengono inserite nuove informazioni anamnestiche e/o di esame obiettivo. Va utilizzata dal clinico SOLO come promemoria degli item correlati con lo specifico rischio. La presenza/assenza di essi non determina automaticamente la presenza/assenza di rischio)

La valutazione del rischio da disturbo da uso di sostanze è atto clinico complessivo. Vengono di seguito riportati Item correlati con tale rischio. Solo la valutazione congiunta dei vari item supporta il clinico nel segnalare l'eventuale rischio e/o a assumere altre decisioni

- Precedenti trattamenti farmacologici e/o psicosociali presso servizi ambulatoriali/residenziali per le dipendenze
- Precedenti diagnosi di abuso/dipendenza da sostanze
- Precedenti ricoveri in Pronto Soccorso e/o ricoveri per intossicazione acuta da sostanze (compreso overdose)
- Dichiara di essere insonne o di avere gravi disturbi del sonno
- Dichiara Uso continuativo o problematico di sostanze illegali o di psicofarmaci non prescritti
- Dichiara Episodi di intossicazione da alcol (“ubriacature”) o di bingedrinking (“abbuffata”)
- Dichiara Lesioni del setto nasale (necrosi / perforazione)
- Tagli, bruciature ecc. per lesioni autoindotte
- Lesioni da agopuntura, fino a esiti cicatriziali di accessi e/o flebiti
- Miosi o midriasi
- Rinorrea e piloerezione
- Iperemia congiuntivale
- Linfadenomegalia e/o Epatosplenomegalia
- Prurito e/o Lesioni da grattamento
- Tremore e/o Sudorazione associata a Nausea, Vomito
- Microzoopsie
- Stato confusionale (disorientamento spazio-temporale)
- Agitazione psicomotoria o grave e incongruo discontrollo degli impulsi
- Euforia, linguaggio spedito, velocità di pensiero, eloquio sciolto, riso contagioso
- Allucinazioni visive, uditive, cinestetiche
- Ideazione paranoide
- Attacchi di panico
- Sindrome amotivazionale (cosiddetta)
- Rallentamento psicomotorio
- Positività metaboliti urinari

CONCLUSIONI VALUTAZIONE RISCHIO DISTURBO DA USO SOSTANZE (da compilare)**SEGNALAZIONE PER RISCHIO DISTURBO DA USO DI SOSTANZE**NO SI

Per approfondimento diagnostico

Effettuato prelievo campione biologico per analisi metaboliti urinari Si No**IL MEDICO**

Cognome Nome

Data

Firma (o altra modalità di sottoscrizione)

ULTERIORE ADOZIONE MISURE IMMEDIATE per urgenza/emergenza

<input type="checkbox"/> Terapia farmacologica (specificare.....)
<input type="checkbox"/> Richiesta Misure di sorveglianza (per altre motivazioni diverse da rischio autolesivo/suicidario (specificare
<input type="checkbox"/> Richiesta intervento 118
<input type="checkbox"/> Richiesta di TSO
<input type="checkbox"/> Altro (specificare.....)

IL MEDICO	
Cognome Nome	Data
<i>Firma (o altra modalità di sottoscrizione)</i>	

Modulistica R – **RICHIESTA RICOVERO MEDICINA PROTETTA**

UO Richiedente: _____ Istituto Penitenziario: _____

**RICHIESTA DI RICOVERO PRESSO U.O.C. MEDICINA PROTETTA
OSPEDALE**

Patologie concomitanti:

Sospetto diagnostico principale

Breve Anamnesi:

Il paziente è affetto da patologie psichiatriche

SI

NO

Il paziente è affetto da disturbi del comportamento

SI

NO

Terapie in corso:

Il ricovero è stato autorizzato dalle autorità competenti (allegare autorizzazione)

data: _____ Il Medico richiedente _____

Per contatti: _____

Risposta:

- Disponibilità posto letto. Accettazione al ricovero dalle ore alle ore del.....
- Non disponibilità attuale di posti letto. Il paziente viene inserito in lista di attesa. Sarà nostra cura comunicare data ricovero programmato.
- Non idoneità della UOC per le patologie indicate

Data

Firma e timbro Dirigente Medico UOC Medicina Protetta.....

Modulistica S – **CONSENSO RICOVERO MEDICINA PROTETTA****CONSENSO AL RICOVERO PRESSO UOC MEDICINA PROTETTA**
DI

Il sottoscritto * _____, nato a _____,
provincia _____, di nazionalità* _____, il ____/____/____,
informato dagli operatori sanitari della CC di * _____ proponenti il ricovero
per _____

DICHIARA DI ESSERE STATO CORRETTAMENTE INFORMATO CHE

il ricovero comporta la possibilità di usufruire di tutte le cliniche e le elevate diagnostiche disponibili presso l'Ospedale, al pari degli altri pazienti.

Nelle stanze di degenza sono presenti TV color, bagno interno munito di doccia e aria condizionata); è consentito ricevere visite autorizzate dalle autorità competenti; le autorizzazioni vengono rilasciate dagli organi giudiziari/amministrativi competenti e si svolgono.

I medici ricevono i familiari tutte le mattine alle ore... (tranne in caso di visita in corso o urgenze) presso il reparto (se familiari autorizzati all'ingresso) o presso locali adiacenti (familiari non autorizzati all'ingresso).

Durante il ricovero presso la UOC Medicina Protetta:

non è consentito fumare (secondo la vigente normativa);

non è consentito uscire dalla propria stanza di degenza ad eccezione che per l'esecuzione di esami strumentali che vengono eseguiti in altre UOOO.

La dieta preparata dalla cucina dell'ospedale viene scelta dal paziente nei limiti imposti dalle necessità cliniche.

Non è consentito ricevere generi alimentari cucinati provenienti dall'esterno.

Lo svolgimento, i tempi e i luoghi di socialità così come l'utilizzo del telefono e delle videochiamate per i degenti, sono nelle competenze dell'Amministrazione penitenziaria; il reparto non dispone di zone esterne dove soggiornare.

Informato di quanto sopra

Accetto il ricovero proposto

Non accetto il ricovero proposto

Firma

(*CAMPI OBBLIGATORI: LA NON COMPILAZIONE INVALIDA LA RICHIESTA DI RICOVERO)

Modulistica T – RICHIESTA RICOVERO APA

Istituto Richiedente	MODULO DI RICHIESTA		Prestazione ambulatoriale	
			INTERVENTO CHIRURGICO	<input type="checkbox"/>
	DATA:		ESAME DIAGNOSTICO	<input type="checkbox"/>
			ALTRO (VEDI PRESCRIZIONE)	<input type="checkbox"/>

COGNOME		NOME	
NATO IL /A		C.F. / S.T.P./E.N.I.	

QUESITO DIAQNOSTICO

--

**PRESCRIZIONE
SANITARIA**

--

ESAMI CLINICI PROPEDEUTICI

ECG E V. CARDIOLOGICA - EMOCROMO COMPLETO – GLICEMIA – AZOTEMIA – CREATININA – PT -PTT – COLINESTERASI - BILIRUBINA T/F - ALT - AST - ELETTROLITI

CONSENSO FIRMATO

EVENTUALI ANNOTAZIONI

--

ALLERGIE

--

**FIRMA E TIMBRO DEL MEDICO
DELLA STRUTTURA RICHIEDENTE**

--

Spazio riservato alla UOSD Assistenza Sanitaria Regina Coeli

APPUNTAMENTO

--

**UOSD ASSISTENZA SANITARIA REGINA
COELI**



REGIONE LAZIO

ALLEGATO 1 A

REGIONE LAZIO

ASSESSORATO ALLA SANITÀ

Direzione Regionale Programmazione Sanitaria,

Area Programmazione della rete dei Servizi nell'area dei Soggetti Deboli

Manuale operativo per i professionisti dei Servizi per le Tossicodipendenze (Ser.T.) addetti all'assistenza sanitaria ai detenuti tossicodipendenti

Roma, 2 Marzo 2009

INDICE

Presentazione

Premessa

1. INDICAZIONI STRATEGICHE

1.1. Visione- il problema, il contesto, base normativa, epidemiologia

Aspetti socio-demografici - Adolescenti e giovani adulti (14-21 anni) sottoposti a procedimenti penali - Tipologia dell'offerta sanitaria nel Lazio per i tossicodipendenti detenuti o in misura alternativa

1.2. Missione operativa: obiettivi generali

1.2.1. Miglioramento della qualità della vita

1.2.2. Riduzione della domanda di sostanze psicotrope legali ed illegali in carcere

1.2.3. Sistema Qualità

1.3. Obiettivi specifici e strategia

1.3.1. Miglioramento qualità della vita

1.3.2. Riduzione della domanda di sostanze psicotrope legali ed illegali in carcere

1.3.3. Sistema Qualità

2. GESTIONE DELLE RISORSE

2.1. Risorse umane

2.2. Risorse economiche, logistiche e strumentali

2.2.1. I costi del sistema di assistenza

2.2.2. La gestione della logistica e delle strutture

2.3. Piano della formazione

3. REALIZZAZIONE DEL PRODOTTO: PROCESSI OPERATIVI

3.1. Il processo di lavoro rivolto al paziente detenuto

3.1.1. Intake

*Invii/segnalazioni indirette istituzionali - Richieste dirette -
Invii/segnalazioni indirette non istituzionali*

3.1.2. Accoglienza (triage)

3.1.3. Valutazione e diagnosi

*Valutazione medica - Valutazione infermieristica - Valutazione sociale -
Valutazione psicologica - Attività certificatoria*

3.1.4. Progetto terapeutico

*Raccomandazioni - Programma terapeutico interno al carcere -
Programma terapeutico esterno al carcere, in "misura alternativa"*

3.1.5. Monitoraggio

*Monitoraggio "in corso di detenzione" - Monitoraggio "in misura
alternativa"*

3.1.6. Dimissioni/trasferimenti

3.2. Il processo di lavoro della prevenzione

3.3. La documentazione del processo (cartella clinica, registri, modulistica)

4. RISULTATI: ANALISI, MONITORAGGIO, MIGLIORAMENTO

4.1. Risultati attesi

4.2. Misurazioni e monitoraggio

4.3. Azioni di miglioramento

Allegati

n. 1 – Elenco Prestazioni

n. 2 – Modelli di Certificazioni di Alcol-Tossicodipendenza in uso

n. 3 – Modello di Idoneità al Programma Terapeutico

n. 4 – Normativa in tema di Professioni e Segreto Professionale

n. 5 – D.P.C.M. 1/4/08: Linee di Indirizzo in tema di Dipendenze

n. 6 – Diagrammi di Flusso

3. REALIZZAZIONE DEL PRODOTTO: PROCESSI OPERATIVI

3.1. Il processo di lavoro rivolto al paziente detenuto

L'unicità della persona in trattamento e la multifattorialità della dipendenza patologica costituiscono i due principi su cui si è costruito il modello d'intervento proposto.

Tali principi si realizzano nella definizione del programma terapeutico-riabilitativo individuale, che si può attuare sia nel territorio, sia nel carcere, al fine di salvaguardare con continuità la salute della persona nei suoi differenti contesti di riferimento.

La peculiarità del contesto penitenziario rende indispensabile rimodulare le indicazioni che provengono dal sapere scientifico e dalla pratica clinica utilizzata nel territorio, sulla base dei vincoli e delle opportunità dello specifico contesto. Le attuali pratiche cliniche e la definizione dei percorsi diagnostico-terapeutici adottati prevalentemente in ambito territoriale (ambulatoriale o residenziale) non sono direttamente applicabili in ambito penitenziario, se non con i dovuti adattamenti e modifiche. D'altra parte ogni definizione di percorso diagnostico terapeutico è da intendersi quale "applicazione locale" delle indicazioni provenienti da Linee Guida.

In ambito sanitario vengono definite *Linea Guida* le "raccomandazioni di comportamento clinico, elaborate mediante un processo di revisione sistematica della letteratura e delle opinioni di esperti, con lo scopo di assistere sanitari e pazienti nel decidere le modalità assistenziali più appropriate in specifiche situazioni cliniche". Il Decreto Legislativo 229/99 richiama le linee guida ed i percorsi diagnostico-terapeutici "allo scopo di favorire, all'interno di ciascuna struttura sanitaria, lo sviluppo di modalità sistematiche di revisione e valutazione della pratica clinica ed assistenziale e di assicurare l'applicazione dei livelli essenziali di assistenza".

La formulazione di *protocolli diagnostico-terapeutici* equivale all'applicazione locale delle Linee Guida: si deve pertanto definire come rendere operativamente eseguibili le Linee Guida di settore, attraverso specifiche *procedure*, nel contesto particolare dell'assistenza a soggetti con problemi legati all'uso di sostanze, negli Istituti Penitenziari della Regione Lazio.

Il percorso di seguito descritto rappresenta lo schema delle azioni di assistenza sanitaria del servizio pubblico per l'accompagnamento della persona detenuta che fa uso problematico di sostanze. Il percorso viene suddiviso in fasi, consequenziali, ognuna delle quali è strettamente connessa alla successiva, in un continuum terapeutico assistenziale.

Per ogni fase è possibile identificare le singole azioni (prestazioni) da mettere in atto, attraverso l'intervento di singole figure professionali e/o di altri enti istituzionali, la tempistica, la produzione di documentazione e i luoghi di erogazione di prestazioni ("Chi fa Cosa, Come, Dove e Quando"). Pertanto nel presente atto, per ogni fase, viene data

indicazione dei principali elementi che contribuiscono a determinarne una adeguata realizzazione.

Le fasi che vengono di seguito descritte sono:

- Intake – Attività finalizzata a ricevere segnalazioni, richieste, invii da soggetti terzi, al fine di favorire, in modo rapido, la successiva fase di accoglienza;
- Accoglienza (triage) – Attività finalizzata all'accettazione, alla prima valutazione e all'orientamento del paziente rispetto all'offerta del servizio o all'invio verso altro servizio appropriato alla domanda;
- Valutazione (assessment) e diagnosi - Attività multidisciplinari finalizzate alla valutazione diagnostica (rilevamento e graduazione dei problemi, approfondimento diagnostico, inquadramento nosografico). In questo ambito è compresa la certificazione di abuso o dipendenza da sostanze;
- Progetto terapeutico – Attività finalizzata e programmata per la terapia delle patologie della dipendenza su persone con patologie in atto, per la terapia delle patologie correlate alla tossicodipendenza (es: epatite, MST, TBC, HIV, ecc.), per il reinserimento sociale e/o lavorativo, per successivi approfondimenti diagnostico clinici;
- Monitoraggio - Attività finalizzata e programmata per la valutazione clinica mediante l'esecuzione periodica di controlli di vario tipo e per la verifica di efficacia;
- Dimissione/trasferimento – Attività finalizzata e programmata per la valutazione in uscita, l'invio ad altre strutture, le raccomandazioni e le prescrizioni farmacologiche, il follow up.

Pertanto, quella che viene usualmente definita quale “presa in carico” del soggetto, inizia con l'accoglienza, prevede la valutazione diagnostica e la definizione di piano di trattamento adeguato e appropriato e termina con le dimissioni.

Sono da considerare “in carico” i pazienti che:

- Sono ristretti nell'Istituto Penitenziario, arrestati o con qualsiasi grado di giudizio, e accedono al Ser.T.
- Sono in trattamento residenziale presso Enti accreditati (Comunità terapeutiche residenziali, semiresidenziali od in trattamento ambulatoriale), in misura alternativa alla detenzione, con programma terapeutico concordato con il Ser.T. del carcere e con pagamento della retta a carico di quest'ultimo
- Sono agli arresti domiciliari in Comunità terapeutica (per modificazione della situazione giudiziaria e conversione alle condizioni di cui al punto precedente) che ottengano o meno un giudizio definitivo, con programma

- terapeutico concordato con il Ser.T. del carcere e con pagamento della retta a carico di quest'ultimo (D.P.C.M. 1/4/08).
- Ottengono un giudizio definitivo in costanza di arresti domiciliari in ente accreditato e chiedono un affidamento in prova al servizio sociale ai sensi dell'art. 94 D.P.R. 309/90, in subordine al fatto che abbia effettuato una valutazione diagnostica e terapeutica. In caso contrario la competenza sarà del Ser.T. di residenza o di 'abituale dimora' che potrà delegare quello del territorio ove insiste l'ente accreditato medesimo.
 - Afferiscono alla detenzione domiciliare (art. 47 ter - Ordinamento Penitenziario) presso Comunità Terapeutica, con programma terapeutico concordato con il Ser.T. del carcere e con pagamento della retta a carico di quest'ultimo.

Sono da considerare dimessi i pazienti che:

- Concludono un programma terapeutico in misura alternativa, determinato dal Ser.T. interno alla struttura penitenziaria inviante
- Interrompono un programma terapeutico in misura alternativa, determinato dal Ser.T. interno alla struttura penitenziaria inviante
- Sono trasferiti ad altro istituto penitenziario
- Sono scarcerati per fine pena
- Accedono agli arresti domiciliari presso il proprio domicilio o ente accreditato (solo nel caso in cui il domicilio non corrisponda al territorio di competenza del Ser.T., che opera internamente al carcere)
- Accedono alla detenzione domiciliare presso il proprio domicilio (solo nel caso in cui il domicilio non corrisponda al territorio di competenza del Ser.T., che opera internamente al carcere)
- Ottengono misura alternativa alla detenzione, con un programma terapeutico stabilito autonomamente tra l'utente e l'ente erogatore. In questo caso il pagamento non è a carico del SSR (L. 49/06)
- Rifiutano il programma proposto dal Ser.T. in carcere

Per ogni paziente viene individuato un operatore "referente di caso" responsabile di :

- Verificare la corretta apertura e tenuta della cartella clinica del paziente (completa di consenso informato, anamnesi tossicologica, valutazione medica, psicologica, sociale, infermieristica e diagnosi di equipe) ed eventuale sollecito ai colleghi per il completamento della cartella
- Verificare la definizione del piano di trattamento di equipe
- Verificare i periodici aggiornamenti e controlli del trattamento, ivi compreso il monitoraggio con la verifica della correttezza delle procedure attuate
- Convocare incontri di miniequipe per discussione caso
- Verificare la corretta esecuzione delle dimissioni/trasferimenti ad altri servizi e del follow up .

Come previsto negli “Adempimenti Correlati all’Applicazione del Decreto Legislativo n° 230 del 22 Giugno 1999 in tema di trasferimento al Sistema Sanitario Regionale dell’assistenza ai Tossicodipendenti Detenuti (Art.8 comma 1)”, il Ser.T. territorialmente competente per la struttura carceraria possiede la titolarità della presa in carico e di ogni intervento diagnostico, terapeutico e riabilitativo per le problematiche connesse all’uso e per le patologie di abuso e dipendenza da sostanze psicotrope.

È altresì necessario ed indispensabile considerare che nel corso della vita di un individuo, la carcerazione è un evento transitorio e pertanto la presa in carico del paziente deve essere sempre orientata alla riconnessione alla sua vita esterna al carcere. Ne consegue l’assoluta necessità di collegamento tra il Ser.T. interno al carcere ed il Ser.T. del territorio di residenza o di origine.

3.1.1. Intake

L' intake è l' attività finalizzata a ricevere segnalazioni, richieste, invii da soggetti terzi, al fine di favorire, in modo rapido, la successiva fase di accoglienza.

In carcere la richiesta di “trattamento del Ser.T.” per un detenuto viene avanzata da una molteplicità di soggetti: i detenuti stessi, il personale penitenziario (sanitario e non), i familiari, altri servizi territoriali pubblici, privati o del privato sociale, gli avvocati difensori e la magistratura. Ognuno di essi può utilizzare una eterogeneità di percorsi e forme di comunicazione. Tale eterogeneità ha determinato nel tempo una disparità nella modalità sia di raccolta del dato, sia di trattamento dello stesso. La mancanza di una predisposizione chiara di questa delicata fase di contatto con il servizio, ha determinato un fattore di rischio di mancata o ritardata risposta e/o accoglienza. Prestare attenzione a questa delicata fase, quindi, è finalizzato a assicurare a tutti i potenziali pazienti che la loro richiesta giunga al destinatario Ser.T., nei tempi più brevi possibili e non rischi di “perdersi” nel passaggio delle comunicazioni.

Le possibilità di presa di contatto con il servizio possono essere suddivise in tre tipologie:

- *istituzionali*: Istituto carcerario, Tribunali, altro Ser.T., Enti Accreditati
- *diretti*: richiesta dell'utente detenuto o del suo rappresentante legale
- *indiretti non istituzionali*: familiari, volontari, altri detenuti, ecc.

Fermo il principio che sono autorizzati a chiedere un intervento il detenuto stesso e/o le istituzioni penitenziarie e/o sanitarie che lo hanno in carico, ne deriva che tutte le richieste indirette non istituzionali possono dare adito ad una prima “convocazione” del detenuto da parte del Ser.T., durante la quale il detenuto può decidere se fornire esplicita e formale richiesta di accoglienza.

Invii/segnalazioni istituzionali

Secondo quanto già stabilito dagli accordi sottoscritti dalla Regione Lazio e dal Ministero della Giustizia “Adempimenti Correlati all'Applicazione del Decreto Legislativo n° 230 del 22 Giugno 1999 in tema di trasferimento al Sistema Sanitario Regionale dell'assistenza ai Tossicodipendenti Detenuti (Art. 8 comma 1)” ogni Istituto di pena deve, formalmente e tempestivamente, segnalare al Ser.T. l'ingresso di detenuti che presentino almeno uno dei seguenti elementi correlati all'uso, abuso o dipendenza da sostanze psicotrope o stupefacenti:

- Dichiarazione da parte del paziente di uso problematico di sostanze stupefacenti e/o psicotrope
- Segni e/o sintomi
- Presenza di sindrome astinenziale o intossicazione acuta
- Documentazione comprovante problematiche relative a sostanze stupefacenti e/o psicotrope
- Sospetto clinico

sia che trattasi di detenuti provenienti da libertà, che di transitanti per motivi giudiziari ovvero provenienti da altro istituto per trasferimento.

I Ser.T. adotteranno, previo accordi locali, apposita modulistica per tale segnalazione che indichi le generalità del detenuto, il segnalante, gli elementi che motivano la segnalazione, la data di ingresso in carcere del detenuto, la data di segnalazione ed eventualmente la sua posizione giuridica e le scadenze giudiziarie. Nel caso si renda necessaria una terapia farmacologica specifica (anche per continuità terapeutica), e quindi sia stato allertato il personale sanitario del Ser.T., quest'ultimo avvierà direttamente il piano di trattamento farmacologico anche presso i "reparti opportunamente attrezzati" per la cura delle tossicodipendenze previsti dal comma 4, art. 96 del DPR 309/90 e successive modificazioni e integrazioni.

Le segnalazioni che provengono dai Tribunali contengono, di norma, gli elementi necessari per la "convocazione" del tossicodipendente detenuto da parte del Ser.T.

Le segnalazioni che provengono dalle istituzioni sanitarie (altri Ser.T., altri servizi ASL, Enti accreditati) devono fornire tempestivamente le informazioni utili al fine di garantire la continuità terapeutica, ed in particolare l'eventuale terapia farmacologica in atto e il piano di trattamento psicosociale attivo al momento del trasferimento/ingresso in istituto carcerario.

Richieste dirette

Qualora il detenuto o suo rappresentante legale richieda direttamente al Ser.T. un primo appuntamento compilerà, come di norma, il modulo dell'Amministrazione Penitenziaria (393 AP), a cui allegare uno specifico foglio notizie del Ser.T., contenente informazioni circa: le generalità del detenuto, il motivo della richiesta, la data di ingresso in carcere, la data della richiesta ed eventualmente la sua posizione giuridica e le scadenze giudiziarie.

Invii/segnalazioni indirette non istituzionali

Tutti i soggetti che possono proporre invii e/o segnalazioni indirette non istituzionali devono essere messi in grado di conoscere le modalità con cui facilitare il rapido contatto del detenuto con il Ser.T.. In ogni caso non si può dare avvio ad un trattamento senza un preliminare consenso dell'interessato. Pertanto al segnalante/inviante devono essere richieste e registrate: le generalità del detenuto, le generalità del segnalante, il motivo della richiesta di intervento, la data di segnalazione ed eventualmente la posizione giuridica, le informazioni socio-anagrafiche di base. Alla prima "convocazione" del detenuto da parte del Ser.T., il detenuto stesso verrà messo al corrente della segnalazione giunta e deciderà se formulare una richiesta di accoglienza.

Ogni Ser.T. deve individuare la figura professionale (o le figure) incaricata a recepire la segnalazione/l'invio e a trasmetterla tempestivamente al Responsabile del Servizio, il quale provvederà ad assicurare l'avvio della fase di accoglienza.

Il Ser.T. deve assicurare una rapidità dei tempi di visione di tali segnalazioni, che comunque devono essere recepite entro 3 giorni, fermo restando l'avvio immediato del trattamento farmacologico urgente, ove necessario.

3.1.2. Accoglienza (triage)

L'accoglienza è l'attività finalizzata all'accettazione, alla prima valutazione e all'orientamento del paziente rispetto all'offerta del servizio o all'invio verso altro servizio appropriato alla domanda.

Tutte le richieste di intervento, effettuate direttamente dal paziente o indirettamente da altri soggetti, sono rapidamente analizzate per valutare la:

- urgenza (ad accezione della terapia sostitutiva, per la quale si passa direttamente al piano di trattamento).

Le richieste sono considerate urgenti, oltre all'urgenza di trattamento farmacologico per terapia sostitutiva, se il segnalante/richiedente ha fornito elementi che depongano per:

- rischio auto/eterolesionistico
- condizioni psico-fisiche compromesse
- scadenza giudiziaria imminente, se già presente tutta la documentazione prevista.

Questi casi hanno precedenza all'interno della lista di attesa per il trattamento Ser.T. dei detenuti. A tale proposito, ogni Ser.T. che operi in una struttura penitenziaria predisporrà una apposita lista di attesa, in cui confluiscono tutte le richieste/segnalazioni con l'indicazione delle generalità del detenuto, della motivazione della richiesta e l'indicazione dell'eventuale urgenza.

Dalla lista di attesa vengono chiamati i detenuti per il primo colloquio/visita effettuati dal medico, dallo psicologo e dall'assistente sociale. Durante questa fase deve essere aperta la cartella clinica che deve contenere almeno notizie relative a:

- Generalità e anagrafica
- Preliminare anamnesi tossicologica
- Anamnesi patologica prossima
- Precedenti trattamenti presso servizi sanitari (Ser.T., Dipartimento di Salute Mentale, Servizio Materno-Infantile, Enti privati)
- Posizione giuridica ed eventuali scadenze giudiziarie.

La raccolta di tali dati può essere realizzata tramite l'utilizzo di modulistica omogenea regionale (vedi supporti informatici e software dedicato) e con l'eventuale integrazione di dati specifici stabiliti da ogni servizio.

Durante il primo colloquio il paziente deve essere informato sull'offerta del servizio, sui possibili trattamenti e deve firmare il foglio del consenso al trattamento dei dati personali.

Durante la fase di accoglienza devono essere presi i primi contatti con gli eventuali servizi che hanno avuto in carico il paziente in precedenza, per garantire la continuità terapeutica.

Sempre durante la fase di accoglienza deve essere valutata l'eventuale non pertinenza, nel caso in cui si evinca l'assenza di elementi relativi

all'uso/abuso/dipendenza da sostanze legali od illegali. In tal caso l'operatore avrà cura di inviare il detenuto verso i servizi appropriati.

Al termine della fase di accoglienza dovrà essere predisposto il percorso di diagnosi e valutazione, individuato il "referente del caso" e programmati gli appuntamenti per l'esecuzione dei protocolli diagnostici.

3.1.3. Valutazione e diagnosi

La valutazione e la diagnosi riguardano le attività multidisciplinari finalizzate al rilevamento e graduazione dei problemi, all'approfondimento diagnostico, all'inquadramento nosografico. In questo ambito è compresa la certificazione di abuso e/o dipendenza da sostanze.

Rimandando, per la definizione del problema della dipendenza patologica, al cap.1.1 ("Visione"), verranno di seguito analizzate le modalità ed i percorsi valutativi e diagnostici per i diversi ambiti patologici. Si sottolinea che le dipendenze senza sostanza, non rientrando nella previsione del Testo Unico, non danno ovviamente seguito a specifici benefici di legge correlati alla tossicodipendenza da sostanze psicoattive, ma possono comunque essere trattate dal Ser.T..

La valutazione complessiva dello stato del soggetto deve descrivere l'evoluzione storica dell'uso, sfociato o meno in periodi di abuso o di dipendenza. Solo attraverso una approfondita analisi anamnestica e corrente possono essere trattati non solo tutti i casi che presentano problematiche connesse con l'uso accertabile di sostanze, ma anche coloro che presentano obiettivi elementi clinici di rischio di assunzione intra e extra carceraria. La fase di valutazione, pertanto, non prevede un tempo rigorosamente preordinato, ma che comunque deve essere coerente con il tempo di svolgimento di tutti gli accertamenti ed approfondimenti necessari allo scopo.

In carcere, infatti, coesistono diverse popolazioni di utenti potenziali, rappresentate da coloro che pur non rientrando nelle classiche categorie di dipendenti o abusatori di sostanze psicotrope, non di meno hanno avuto pregressi e/o attuali contatti con le sostanze e che quindi permangono in una situazione di rischio clinico, potenziata dal contesto particolarmente deviante.

L'importanza di una corretta valutazione è essenziale, quindi, per due ordini di fattori: la realizzazione di interventi specifici rivolti alla popolazione in situazione di rischio clinico e l'individuazione di appropriati percorsi di trattamento per le persone in condizioni di abuso o di dipendenza.

Nella valutazione, come nelle successive fasi di lavoro, il ruolo centrale viene svolto dall'equipe multidisciplinare, che permette differenti letture della patologia in esame in funzione della prospettiva professionale specifica. In altri termini è auspicabile che tutte le figure del Ser.T. siano coinvolte nella valutazione, ognuna con gli strumenti ed i modelli specifici della propria professione.

Si ribadisce la centralità della presa in carico e l'importanza di considerare la persona in quanto portatrice di una specifica e complessa patologia e non in quanto somma di patologie. Pertanto, ogni singolo quadro valutativo è finalizzato ad individuare

le successive decisioni terapeutiche. La definizione di percorsi diagnostici di equipe condivisi nell'ambito della Regione Lazio assicura una omogeneità di qualità dei servizi erogati, ferma restando la responsabilità professionale individuale nella formulazione diagnostica,

La segmentazione della valutazione per aree professionali (medica, psicologica, sociale, infermieristica) rispecchia una suddivisione di ordine operativo, ma non può corrispondere ad una "segmentazione" del paziente nel processo valutativo. Lo stato di salute individuale e familiare, l'uso pregresso ed attuale di sostanze, la storia giuridica e penale, i trattamenti effettuati sono tutti aspetti dell'individuo che devono essere valutati dai diversi punti di osservazione, ma che per il paziente costituiscono un'entità unica. In altri termini i diversi saperi professionali in parte osservano medesimi eventi e comportamenti, ma con differenti strumenti, metodologie e attribuzioni di significato. È pertanto importante nel processo valutativo, dopo aver approfondito dai differenti punti di osservazione gli elementi chiave per la valutazione, ricostruire congiuntamente in una visione olistica i diversi aspetti della attuale patologia.

Al fine di offrire un quadro di riferimento operativo di facile fruizione, ma rispettoso della complessità del processo valutativo si identificano i "bilanci" di salute, intesi quali valori comparati tra i diversi "determinanti di salute", non solo strettamente sanitari, ma che coinvolgono i diversi ambiti della vita della persona. Essi offrono inoltre una importante indicazione sugli esiti degli interventi che il sistema sanitario locale ha messo in campo, per rispondere ai bisogni di salute dell'individuo per "migliorare il suo stato di benessere" (Dichiarazione di Sundsvall 1991, Dichiarazione di Alma Ata 1978, Carta di Ottawa 1986, Raccomandazione di Adelaide 1988, Dichiarazione di Jakarta 1980, ecc.). Nello specifico si identificano i seguenti "Bilanci di Salute":

<i>I - Bilancio di salute generale</i>	
Prestazione	Figura Professionale
colloquio clinico anamnesi sanitaria	medico
esame obiettivo medico	medico
esame obiettivo infermieristico	infermiere
accertamenti diagnostico strumentali	medico - infermiere
esami ematochimici	medico - infermiere
valutazione parametri vitali	infermiere - medico
colloquio per valutazione risorse individuali, sociali e di rete	assistente sociale
colloquio clinico psichiatrico	psichiatra
colloquio clinico psicologico	psicologo
tests psicodiagnostici	psicologo

<i>II - Bilancio di salute familiare</i>	
Prestazione	Figura Professionale
anamnesi medica familiare	medico
anamnesi sociale familiare	assistente sociale
valutazioni dinamiche e psicodiagnosi familiare	psicologo

<i>III - Bilancio tossicologico</i>	
Prestazione	Figura Professionale
anamnesi tossicologica	medico
esame metaboliti	medico - infermiere
valutazione dei comportamenti dell'uso di sostanze	assistente sociale
valutazione vissuto e significato dell'uso di sostanze	psicologo

<i>IV - Bilancio precedenti trattamenti</i>	
Prestazione	Figura Professionale
anamnesi e valutazione precedenti trattamenti farmacologici	medico
anamnesi e valutazione precedenti trattamenti sociali	assistente sociale
anamnesi e valutazione precedenti trattamenti psicologici	psicologo

<i>V - Bilancio Area Giuridico-Penale</i>	
Prestazione	Figura Professionale
stato giuridico	assistente sociale
valutazione comportamenti devianti	assistente soc. - psicologo

Tab. VIII: I Bilanci di Salute

Per facilità di utilizzo delle presenti indicazioni, vengono illustrate le azioni/prestazioni di ogni singola figura professionale, fermo restando la finalità di formulare “bilanci” multidisciplinari.

Valutazione medica

Nel *colloquio clinico anamnestico* dovranno essere indagate tutte le aree potenzialmente coinvolte nelle patologie di organo relative alla specifica assunzione di sostanze, con particolare attenzione agli apparati cardiovascolare, sistema nervoso centrale, digerente, respiratorio. L'indagine continuerà con l'analisi dei fattori di rischio o patologie correlate, specie infettive considerando sia le modalità che il tempo di assunzione e gli eventuali episodi di overdose. Attenzione dovrà essere rivolta anche verso la sfera del comportamento sessuale.

L'*esame obiettivo* prenderà in considerazione soprattutto gli organi bersaglio dell'azione delle sostanze e delle sue modalità di assunzione. Per ciò che attiene l'apparato cutaneo verranno cercate, descritte e riportate le eventuali sedi di iniezione, con gli esiti delle patologie vascolari e cutanee relative. Cicatrici, tagli e lesioni traumatiche possono essere indicative per comportamenti autolesivi o condizioni di vita socialmente precaria. Del pari anche un sommario esame degli apparati dentale e muscolo-scheletrico può fornire utili informazioni sullo stato generale di salute. La valutazione dello stato psichico generale permetterà di rilevare alterazioni del linguaggio, della percezione e delle funzioni ideomotorie, che possono confortare l'ipotesi dell'uso di diverse sostanze.

Gli *accertamenti clinico-laboratoristici* costituiscono uno degli elementi irrinunciabili della fase diagnostica, per la garanzia della correttezza terapeutica. Non essendo definito un set minimo di accertamenti laboratoristici universalmente riconosciuti per l'inquadramento diagnostico da uso di sostanze, sarà comunque opportuno prevedere la richiesta degli esami di routine, associata alla richiesta dei cataboliti urinari delle sostanze stupefacenti e psicotrope. Sarà inoltre opportuno prevedere una batteria minima di markers e tests infettivologici che potranno essere ripetuti più volte, anche in considerazione del tempo complessivo di permanenza in carcere. I campioni di liquidi biologici destinati all'identificazione di stadi di malattia (es.: HIV-CD4) o di metaboliti utili alla certificazione di dipendenza-abuso di sostanze stupefacenti, devono seguire una via di trasmissione del campione stesso in 'catena custodiale' (di prevalente interesse infermieristico), rigidamente protocollata.

Gli *accertamenti diagnostici strumentali* devono comprendere la l'esecuzione di almeno un ECG per tutti pazienti; gli altri esami specifici per la diagnosi degli stati di malattia correlati, seguiranno una via di richiesta mirata per problemi.

L'*anamnesi tossicologica* e gli *esami dei metaboliti* devono far emergere informazioni relative alla tipologia di sostanza usata, alle modalità di assunzione, all'età del primo uso e all'età di uso continuativo; dovrà essere valutata con particolare dovizia l'eventuale sindrome astinenziale ed eventuali episodi di overdoses.

La valutazione dei precedenti trattamenti medico farmacologici, deve indagare le aree delle patologie primarie e secondarie alla dipendenza, anche relativamente agli esiti dei trattamenti effettuati; a tal fine è prevedibile la connessione con gli altri servizi coinvolti (Ser.T. territoriale, Dipartimento Salute Mentale, Ospedali e Unità AIDS, ecc)

Valutazione infermieristica

Una particolare attenzione verrà posta nell'individuazione dei bisogni fisiologici, quali l'alimentazione, il ritmo sonno-veglia, l'igiene della persona, ecc. A tali fini l'Infermiere Professionale esprime un giudizio sulle condizioni del paziente, sulle sue risposte ai trattamenti ricevuti, sulle sue necessità. Sarà effettuata la valutazione dei parametri vitali quali registrazione pressione arteriosa, temperatura corporea, frequenza cardiaca, implementazione e messa in atto della cartella infermieristica specie nelle strutture di Day Hospital.

Valutazione dell'assistente sociale

Il colloquio per valutazione delle risorse individuali, sociali e di rete, deve considerare le potenzialità residue e le strategie di attivazione delle risorse esistenti.

L'anamnesi sociale familiare prende in esame sia elementi sulle generali condizioni sociali della famiglia e dei gruppi naturali di riferimento del paziente, sia elementi sulle modalità e qualità delle relazioni.

La valutazione dei comportamenti dell'uso di sostanze, dovrà prendere in considerazione anche la famiglia d'origine e acquisita e l'ambito sociale di riferimento, in cui il consumo si è sviluppato. Particolare rilevanza assumono tutte le notizie dell'eventuale coinvolgimento nella sfera dell'uso/abuso/dipendenza di componenti del nucleo familiare e/o conviventi e del contesto microsociale.

Lo stato giuridico e la valutazione dei comportamenti devianti vanno valutati e analizzati anche in collaborazione con l'Amministrazione Penitenziaria, in funzione della successiva formulazione di fattibilità dei piani di trattamento riabilitativo.

La valutazione dei precedenti trattamenti sociali, deve indagare nell'area delle patologie primarie e secondarie alla dipendenza, anche relativamente agli esiti dei trattamenti effettuati; a tal fine è prevedibile la connessione con gli altri servizi coinvolti (Ser.T. territoriale, Dipartimento Salute Mentale, Comunità Terapeutiche, ecc.).

Valutazione dello psicologo,

La valutazione psicologica prevede innanzitutto una *descrizione obiettiva* dello stato del paziente (modo di presentarsi, comportamento motorio, eloquio, umore, partecipazione alla relazione, orientamento spazio temporale, processi di pensiero, eventuali disturbi di percezione, reazione emotiva allo stress). Questi elementi costituiscono la base per l'inquadramento delle condizioni psichiche generali, a cui seguirà un approfondimento per la valutazione delle aree affettiva, relazionale, emozionale.

Nella valutazione psicologica è importante che emerga una descrizione della personalità, dei comportamenti, degli schemi cognitivi e dei modelli relazionali ed affettivi, propri del paziente in esame.

Sarà dato inoltre risalto alla capacità di elaborazione e di "alleanza terapeutica" per la definizione dei possibili piani di trattamento.

I colloqui di valutazione saranno, quando ritenuto opportuno, integrati con l'uso di *test psicodiagnostici*, atti a valutare struttura di personalità e gravità della dipendenza (MMPI 2; CAGE, MAST, AUDIT per alcoldipendenza, Rorschach, ecc.) e di eventuali interviste semistrutturate per l'inquadramento diagnostico-nosografico (SCID I e SCID II).

La *valutazione dell'area familiare – relazionale* prende in considerazione le modalità e qualità delle relazioni ed è finalizzata a descrivere i modelli relazionali appresi e agiti dall'individuo, con particolare riferimento agli elementi sottostanti e correlati alla patologia della dipendenza (stabilità e integrità delle relazioni oggettuali, fiducia di base, capacità di relazione e di differenziazione, ecc). L'analisi delle dinamiche e degli stili comportamentali familiari è finalizzata anche alla necessità di valutare le possibili risorse per la definizione dei percorsi di reinserimento.

In questo ambito saranno, inoltre, rilevati gli elementi comportamentali e di attribuzione di significato dato all'*uso delle sostanze*, come ad esempio ritualità d'uso, associazione con stati di ansia o di umore, reattività ad eventi avversi o stressanti, compulsività, tentativi di interruzione dell'uso, episodi di overdose, ecc.

La valutazione del vissuto deviante deve indagare i significati personali attribuiti al comportamento deviante.

La *valutazione dei precedenti trattamenti psicologici*, deve indagare nell'area delle patologie primarie e secondarie alla dipendenza, anche relativamente agli esiti dei trattamenti effettuati; a tal fine è prevedibile la connessione con gli altri servizi coinvolti (Ser.T. territoriale, Dipartimento Salute Mentale, Comunità Terapeutiche, inserimenti socio lavorativi, ecc)

Per quanto concerne i trattamenti pregressi, andranno richieste, secondo quanto ritenuto opportuno, relazioni, copia di cartelle, copia di certificazioni di tossicodipendenza ecc. dai servizi/enti che hanno effettuato i trattamenti dichiarati. Generalmente la documentazione relativa alle diverse aree è contenuta in un'unica relazione/certificazione. È necessario focalizzare i trattamenti immediatamente precedenti

all'ingresso in carcere, e quindi "in corso", al fine di garantire la continuità terapeutica. Dovrà, infine, essere prestata attenzione agli eventuali trattamenti in comunità, per i quali sarà opportuno richiedere relazioni specifiche e, per quanto possibile, dato rilievo agli esiti dei singoli trattamenti.

Tutta la documentazione dovrà essere allegata alla cartella clinica del Ser.T. e potrà essere, successivamente, utilizzata ai fini certificatori e di definizione dei programmi terapeutici.

Ogni figura professionale dell'equipe attivamente coinvolta nell'intero processo clinico, sottoscriverà nella cartella la propria valutazione.

I protocolli valutativo-diagnostici sono utilizzabili per tutti i tipi di assunzione di sostanze.

La particolare situazione carceraria, che prevede una incertezza sul tempo di permanenza effettivo del detenuto, in funzione di provvedimenti successivi all'arresto (trasferimento, scarcerazione, differimento della pena, sospensione dell'esecuzione penale, ecc), rende conto dell'esigenza di dover programmare ed eseguire in tempi e modi adeguati le indagini diagnostiche e gli accertamenti necessari per l'inquadramento clinico.

Al termine della fase di valutazione, l'equipe multidisciplinare deve discutere il caso e definire la diagnosi che deve essere riportata in cartella clinica.

Alla luce dei diversi possibili inquadramenti diagnostico-nosografici, alcuni dei quali anche ben noti per la loro utilità clinico-descrittiva, si conferma l'opportunità di fruire di una classificazione per codici, internazionalmente riconosciuta. Si propone di adottare l'inquadramento nosografico secondo il "Manuale diagnostico statistico dei disturbi mentali (DSM-IV, edizione corrente), che permette, tra l'altro, la riconversione in ICD-9, utilizzato dal sistema informativo nazionale.

Come indicato dal suddetto Manuale, quindi, si fa riferimento per l'inquadramento diagnostico nosografico ai "disturbi correlati a sostanze", raggruppati in 11 classi di sostanze

alcol, amfetamine, caffeina, cannabis, cocaina, allucinogeni, inalanti, nicotina, oppiacei, fenciclidina, sedativi/ipnotici/ansiolitici o per sostanze diverse/sconosciute o associazioni di sostanze.

L'inquadramento nosografico specifico si articola in:

- disturbi da uso di sostanze, con riferimento alla dipendenza e all'abuso
- disturbi indotti da sostanze, con riferimento agli stati di intossicazione, astinenza ed altri disturbi.

Secondo il DSM-IV i criteri diagnostico-anamnestici per la **DIPENDENZA** da Sostanze sono:

Una modalità patologica d'uso della sostanza che conduce a menomazione o a disagio clinicamente significativi, come manifestato da tre (o più) delle condizioni seguenti, che ricorrono in un qualunque momento dello stesso

<p>periodo di 12 mesi:</p>
<p>1) Tolleranza, come definita da ciascuno dei seguenti:</p> <p>a) il bisogno di dosi notevolmente più elevate della sostanza per raggiungere l'intossicazione o l'effetto desiderato</p> <p>b) un effetto notevolmente diminuito con l'uso continuativo della stessa quantità della sostanza</p> <p>2) Astinenza, come manifestata da ciascuno dei seguenti:</p> <p>a) la caratteristica sindrome di astinenza per la sostanza (Criteri A e B dei set di criteri per Astinenza dalle sostanze specifiche)</p> <p>b) la stessa sostanza (o una strettamente correlata) è assunta per attenuare o evitare i sintomi di astinenza</p> <p>3) La sostanza è assunta in quantità maggiori o per periodi più prolungati rispetto a quanto previsto dal soggetto</p> <p>4) Desiderio persistente o tentativi infruttuosi di ridurre o controllare l'uso della sostanza</p> <p>5) Una grande quantità di tempo viene spesa in attività necessarie a procurarsi la sostanza (per es., recandosi da più medici o guidando per lunghe distanze), ad assumerla (per es., fumando "in catena"), o a riprendersi dai suoi effetti</p> <p>6) Interruzione o riduzione di importanti attività sociali, lavorative o ricreative per dell'uso della sostanza</p> <p>7) Uso continuativo della sostanza nonostante la consapevolezza di avere un problema persistente o ricorrente, di natura fisica o psicologica, verosimilmente causato o esacerbato dalla sostanza (per es., il soggetto continua ad usare cocaina malgrado il riconoscimento di una depressione indotta da cocaina, oppure continua a bere malgrado il riconoscimento del peggioramento di un'ulcera a causa dell'assunzione di alcool')</p>
<p>Specificare se:</p> <p>con Dipendenza Fisica: prove evidenti di tolleranza o di astinenza (cioè, risultano soddisfatti entrambi gli item 1) e 2).</p> <p>Senza Dipendenza Fisica: nessuna prova evidente di tolleranza o di astinenza (cioè, non risultano soddisfatti né l'item 1 né l'item 2).</p>
<p>Decorso della Dipendenza codificato alla quinta cifra:</p> <p>O: Remissione Iniziale Completa/Remissione Iniziale/Parziale</p> <p>O: Remissione Protratta Completa/Remissione Protratta Parziale</p> <p>2: In Terapia Agonista (metadone, buprenorfina)</p> <p>1: In Ambiente Controllato (carcere, ospedale, caserme, comunità terapeutiche)</p> <p>4: Lieve/Moderato/Grave (solo se il paziente non è in ambiente controllato: es. in carcere)</p> <p>Per quanto riguarda le suddette specificazioni sul decorso il DSM-IV sottolinea, che le "remissioni" "non si applicano se il soggetto è in terapia agonistica o in ambiente controllato" (pag. 204 ed. italiana); in relazione a</p>

quest'ultimo la specificazione è usata "se il soggetto si trova in un ambiente dove l'accesso all'alcol e alle sostanze controllate è limitato e se nessun criterio per dipendenza e abuso è risultato soddisfatto almeno per il mese passato. Esempi di questi ambienti sono le prigioni" (pag. 205 ed. italiana)
Secondo il DSM-IV i criteri diagnostico-anamnestici per l' ABUSO di Sostanze stupefacenti sono: Una modalità patologica d'uso di una sostanza che porta a menomazione o a disagio clinicamente significativi, come manifestato da una (o più) delle condizioni seguenti, ricorrenti entro un periodo di 12 mesi:
<ol style="list-style-type: none"> 1. Usò ricorrente della sostanza risultante in una incapacità di adempiere ai principali compiti connessi con il ruolo sul lavoro, a scuola o a casa 2. Ricorrente uso della sostanza in situazioni fisicamente rischiose 3. Ricorrenti problemi legali correlati alle sostanze 4. Usò continuativo della sostanza nonostante persistenti o ricorrenti problemi sociali o interpersonali causati o esacerbati dagli effetti della sostanza

Nella constatazione che attualmente la maggioranza dei consumatori utilizza più sostanze contemporaneamente, appare opportuno valutare la persona che utilizza sostanze nel suo complesso organico, psichico, sociale e solo successivamente giungere ad una categorizzazione nosografica (DSM-IV) suddivisa per singola sostanza assunta.

Si ribadisce quanto a tutti noto ed ormai condiviso, che l'accertamento dell'assunzione di sostanze (ad esempio attraverso analisi dei metaboliti) non è requisito sufficiente per una diagnosi di abuso o dipendenza da sostanze, secondo la classificazione del DSM-IV.

Per la popolazione che non soddisfa i criteri diagnostici previsti dal DSM-IV per "disturbi correlati a sostanze", ma che presenta anamnesticamente e/o clinicamente episodi di assunzione di sostanze stupefacenti, benché sia possibile descriverne lo stato clinico, non è altresì possibile formulare una diagnosi classificabile con i sistemi internazionali in uso. Pertanto per questi pazienti la diagnosi multidisciplinare finale è negativa per quanto concerne i "disturbi correlati a sostanze", fermo restando la considerazione clinica della valutazione complessiva in altre categorie diagnostiche (come ad esempio "disturbi dell'umore", "disturbi d'ansia", ecc). Per questi pazienti verranno comunque registrati gli elementi correlati all'uso di sostanze nell'anamnesi tossicologica. Nel sistema informativo regionale questi pazienti devono essere classificati nella categoria "assuntore/dipendente" e non nella categoria "a rischio", con successiva specificazione nella sottocategoria di "uso" di sostanze nei campi relativi alla anamnesi tossicologica.

Oltre alla diagnosi relativa ai disturbi correlati all'uso di sostanze, deve essere definita la diagnosi relativa alle altre eventuali patologie concomitanti e/o correlate, siano esse relative a disturbi mentali sia internistiche, alla luce delle valutazioni effettuate. Tali diagnosi, dovendo seguire la classificazione internazionale, saranno codificate secondo:

- Il DSM-IV per i Disturbi Mentali, riconvertibile in ICD-9
- L'ICD-9 per tutte le altre Malattie.

Particolare attenzione deve essere rivolta all'inquadramento diagnostico nosografico relativo ai disturbi mentali, alle patologie infettive, alle patologie cardiovascolari, alle patologie dell'apparato riproduttivo, ecc. Tali diagnosi dovranno essere riportate nella cartella Ser.T., sottoscritte dai clinici che le hanno formulate.

Attività certificatoria

La necessità di esplicitare le procedure adottate per produrre la certificazione di tossicodipendenza deriva da un lato da quanto dettato dalla attuale normativa di settore, dall'altro dall'esigenza di rendere omogeneo l'operato in ambito regionale. Inoltre la specifica finalità d'uso della certificazione in ambito penale, quale requisito essenziale per l'ammissione ai benefici di legge (misura alternativa alla detenzione, contributi economici da parte dei settori sociali di enti quali comuni e/o circoscrizioni, riconoscimento invalidità civile, ecc.), rende necessaria un'attenzione particolare alla sua stesura, al fine di fornire una documentazione completa e dettagliata, facilmente valutabile dal Tribunale competente o dalle Amministrazioni interessate.

Un siffatto sistema di certificazione, inoltre, fornisce garanzia di "univocità" interpretativa da parte di enti terzi, sia terapeutici che giudicanti. Infine, garantisce il medico nell'esercizio delle sue funzioni certificatorie, in quanto utilizzatore di un sistema di classificazione (DSM-IV) validato scientificamente ed universalmente condiviso.

La certificazione ripropone la logica multidisciplinare integrata, propria del lavoro dell'equipe terapeutica.

Nel certificato devono essere riportati:

- a. generalità anagrafiche del richiedente
- b. descrizione delle procedure adottate per la stesura della certificazione
- c. anamnesi tossicologica
- d. accertamento dello stato di dipendenza/abuso, ai sensi del D.M. n. 186 del 12.07.1990
- e. diagnosi clinica finale
- f. sottoscrizioni della certificazione da parte del medico e del responsabile del servizio.

Possono, inoltre, essere riportate:

- g. valutazione dell'assistente sociale
- h. valutazione psicologica

In ogni pagina, numerata, vengono riportati in calce in numero di protocollo e la data di certificazione

La diagnosi clinica finale (punto e.) prevede tre diversi esiti:

- I. il soggetto è “*affetto da dipendenza da.....*” e relativo codice del DSM-IV;
- II. il soggetto è “*affetto da abuso da.....*” e relativo codice del DSM-IV;
- III. “*non risultano soddisfatti i criteri atti a certificare un Abuso o una Dipendenza da sostanze psicotrope o alcoliche*”.

Al fine di una accurata analisi della documentazione richiesta per la compilazione del certificato stesso, va sottolineato come il riscontro di pochi elementi – come già precedentemente specificato - che testimonino un uso, sia pregresso che attuale, non sono di per sé, presi isolatamente, elementi sufficienti a certificare uno *stato* di dipendenza o un abuso (elementi che derivano unicamente dai colloqui, sporadici riscontri di positività urinaria, esame tricossicologico, pregressi accessi presso Ser.T. e CT, ecc.). Tali, pur importanti rilievi, dovranno necessariamente essere considerati in maniera integrata ed in modo da permettere la strutturazione di una storia clinica coerente, che rappresenta la base per una corretta diagnosi, specie alla luce della valenza legale che essa assume.

3.1.4. Progetto terapeutico

Il progetto terapeutico è l'attività finalizzata e programmata per la terapia delle patologie della dipendenza su persone con patologie in atto, per la terapia di tutte le patologie correlate alla tossicodipendenza (es: patologia psichiatrica, patologie infettive: epatite, MST, TBC, HIV, ecc.), per il reinserimento sociale e/o lavorativo e per successivi approfondimenti diagnostico clinici.

Conclusa la fase valutativa diagnostica l'equipe definisce il progetto terapeutico integrato da concordare con il paziente e nel rispetto della garanzia della continuità terapeutica, da riportare in cartella clinica.

Uno degli elementi che viene scarsamente considerato, ma che costituisce un punto di forza di possibili progetti terapeutici, è dato dal tempo-spazio di detenzione. Se dovutamente utilizzato questo può essere fattore non solo di semplice contenimento forzato a valenza negativa di mera attesa della fine della pena, ma anche fattore che deve “tendere alla rieducazione del condannato”, come previsto dalla stessa Costituzione (art. 27), e quindi all'elaborazione dei propri atti ed alla costruzione di una migliore integrazione individuale ed ambientale. Si situa in questo ambito la finalità dell'assistenza sanitaria al detenuto, che deve favorire la trasformazione di un periodo di reclusione in una occasione di “aggancio terapeutico” da parte del Servizio Sanitario Nazionale per l'avvio di un progetto di riabilitazione personale. C'è inoltre da tenere presente la valenza patogena determinata dall'ambiente carcerario sull'individuo, data dall'essere istituzione totale, con le ben note ripercussioni sui singoli individui e sulle relazioni interne alla struttura stessa, tanto da potersi configurare un reale “danno da carcere” (slatentizzazione o insorgenza di patologia psichica o somatica, infezioni da ambienti confinati, danni

collegati all'alimentazione e alla sedentarietà, violenza auto ed etero diretta, uso di droghe per via iniettiva, sessualità promiscua, ecc.). Gli operatori sociali e sanitari devono tener presenti questi elementi, che possono costituire fattore interferente nei programmi terapeutici intra ed extra carcerari.

Il progetto terapeutico può essere raffigurato schematicamente in:

1. interno al carcere ("intramurario")
2. esterno al carcere, in misura alternativa (con programma terapeutico da espletarsi presso struttura residenziale, semi-residenziale o ambulatoriale pubblica o di ente accreditato)

L'articolazione di un progetto terapeutico per un detenuto in carcere deve tenere in debita considerazione almeno quattro importanti fattori di contesto.

Il primo fattore deriva dalla necessità di un progetto terapeutico che già dalla sua formulazione iniziale sia prospettivamente indirizzato verso la più ampia integrazione socio sanitaria sul territorio, e quindi già in partenza deve possedere quei requisiti necessari per un concreto raggiungimento degli obiettivi di salute prefissati. Pertanto ogni progetto terapeutico deve garantire la continuità terapeutica in uscita, prevedere la pianificazione di percorsi di formazione ed orientamento per l'inserimento o il reinserimento lavorativo, considerare i fattori specifici di rischio al termine del periodo di detenzione in carcere.

Il secondo fattore di contesto è dato dalla necessità di formulare progetti terapeutici in assenza della certezza del periodo in cui essi potranno svolgersi, in relazione alla incertezza del periodo di detenzione in un determinato carcere e/o all'ammissione a misure alternative. In considerazione delle possibili varianti giudiziarie che determinano incertezza dei tempi di detenzione carceraria (nuovo reato dopo la scarcerazione, fine pena e/o abbandono di progetto terapeutico, nuovo reato intrapenitenziario, trasferimenti, giudizi di pregressi reati passati in giudicato, ecc) è opportuno sviluppare un sistema di "comunicazione rapida", per l'acquisizione della notizia dell'avvenuta variazione dello status penitenziario e il rapido avvio delle procedure per garantire la continuità terapeutica (segnalazione ed informazione ad altri servizi, collegamento con Enti Locali, ecc).

Il terzo fattore di contesto da considerare è dato dal Piano di trattamento penitenziario, che ai sensi del Nuovo Regolamento Penitenziario (D.Lgs. 230/00) viene messo in atto per tutti i detenuti definitivi. Il collegamento tra Progetto terapeutico e Piano di Trattamento penitenziario, seppur distinti per competenze e finalità istituzionali, può contribuire alla programmazione coordinata degli interventi predisposti per i singoli individui. Un problema particolare è rappresentato dagli arrestati non definitivi, che non fruiscono di un piano di trattamento penitenziario specifico, ma che possono accedere agli arresti domiciliari. In questi casi se l'arrestato è in carcere, ovviamente viene preso in carico dal Ser.T. interno alla struttura penitenziaria; se il soggetto è agli arresti domiciliari il trattamento sanitario, ove richiesto, è effettuato generalmente dal Ser.T. territorialmente competente.

Il quarto fattore di contesto è la necessità del sistema carcerario di garantire la sicurezza interna. Essa determina importanti variabili nelle condizioni di realizzazione del

progetto terapeutico. Si raccomandano i responsabili dei Ser.T. interni alle strutture carcerarie di concordare localmente (art. 7 del D.P.C.M. 1/4/08) le condizioni che possano garantire la stabilità e la regolarità dello svolgimento dell'attività assistenziale, nel rispetto delle necessità di sicurezza dell'Istituto e nel rispetto degli Accordi sanciti nell'ambito degli "Adempimenti Correlati all'Applicazione del Decreto Legislativo n° 230 del 22 Giugno 1999 in tema di trasferimento al Sistema Sanitario Regionale dell'assistenza ai Tossicodipendenti Detenuti (Art.8, comma 1)" che restano integralmente validi.

La formulazione del progetto terapeutico deve prevedere il coordinamento tra il Ser.T., gli altri servizi della ASL e l'Area del Trattamento dell'Istituto, nonché l'attiva partecipazione di tutti i professionisti delle realtà territoriali coinvolte o da coinvolgere (Ser.T. di residenza o provenienza, Comunità Terapeutiche, Enti Locali, Tribunali di Sorveglianza, UEPE, ecc.). Il Ser.T. garantirà il proprio contributo alle riunioni del Gruppo Osservazione e Trattamento, attraverso la partecipazione di uno o più dei propri professionisti di riferimento del caso, ovvero mediante l'invio di una relazione.

Particolare attenzione, anche alla luce del transito delle funzioni sanitarie al S.S.R. (D.P.C.M. 1 Aprile 2008) deve essere posta da parte dei responsabili dei Ser.T. e delle Direzioni Aziendali ASL nella proposizione e formulazione di appositi protocolli operativi e/o accordi di programma per le patologie concomitanti e correlate, finalizzati all'assistenza ambulatoriale specialistica ed all'assistenza di ricovero ospedaliero.

Interventi mirati dovranno essere promossi anche in relazione all'attuazione della L. 328/00, finalizzati al reinserimento sociale, da realizzare con l'attivazione di programmi di tutoring, di accompagnamento sociale e di reinserimento socio-lavorativo.

Il progetto terapeutico elaborato sarà:

- ◆ **Concordato** con il paziente, poiché la condizione di detenzione non deve influire sulla libera scelta dell'individuo relativamente alla tipologia e modalità delle cure e dei trattamenti.
- ◆ **Personalizzato**, poiché ogni intervento terapeutico tiene conto delle specifiche esigenze e delle risorse del singolo paziente.
- ◆ **Multidisciplinare integrato**, perché realizzato da un rapporto di stretta cooperazione tra i diversi ambiti di intervento operativo di tutte le professionalità coinvolte nella equipe: medico, psicologico, infermieristico, socio-riabilitativo.
- ◆ **Multimodale integrato**, perché sono ipotizzabili modalità e percorsi terapeutici diversificati in relazione alle diverse fasi di cambiamento in cui si trova il detenuto (per esempio: programma intramurario seguito da programma di affidamento al Ser.T. o in Comunità Terapeutica, oppure prima parte residenziale esterna in sospensione pena, seguita da una seconda parte in semiresidenziale, ecc.).

In considerazione delle conoscenze professionali specifiche di ogni disciplina, che in questa sede ovviamente non sono riprese, si esplicitano alcune

raccomandazioni di natura professionale, che tengono conto del contesto carcerario in cui si effettuano i progetti terapeutici. L'importanza delle "raccomandazioni" riprende la logica dell'impostazione generale per la redazione di "Linee Guida" sanitarie, secondo le indicazioni del Ministero alla Sanità, nelle quali una sezione particolare riguarda le "Raccomandazioni sui trattamenti necessari, con specifica delle metodologie di applicazione, e dettagliate per fase del percorso e per gravità di caso".

I limiti logistici, strutturali e simbolici del setting carcerario dovranno essere presi quali elementi di realtà, e non costituire elementi ostativi per effettuare trattamenti. In ogni caso si dovrà continuare ad operare al fine di soddisfare i requisiti previsti per la realizzazione di "locali opportunamente attrezzati" (art. 96 Testo Unico 309/90 e art. 4 del D.P.C.M. 1/4/08).

Pertanto, le specifiche raccomandazioni per le diverse figure professionali sono:

Medici

L'intervento medico non può limitarsi alla disintossicazione dalle sostanze d'abuso, ma deve concorrere con tutta l'equipe al raggiungimento degli obiettivi terapeutici programmati per il singolo individuo.

È necessario prevedere, anche in ambito penitenziario, terapie farmacologiche protratte (a lungo termine), con rivalutazione periodica dello stato psicofisico e la conseguente rimodulazione del piano terapeutico.

Il medico del Ser.T. è tenuto a verificare il corretto adempimento e seguito delle proprie azioni prescrittive, sia farmacologiche che diagnostiche (es.: prescrizione, approvvigionamento, somministrazione e verifica di assunzione dei farmaci; corretta esecuzione, tempistica e refertazione e ritorno dei risultati delle indagini diagnostiche; ecc.), anche avvalendosi delle figure professionali a questa funzione preposte.

Il medico del Ser.T. prescriverà i necessari provvedimenti diagnostici e terapeutici nel caso in cui riscontrasse segni e/o sintomi di patologie correlate o concomitanti, limitatamente ai pazienti in carico al servizio od in procinto di esserlo (es: pazienti in fase di valutazione diagnostica).

In tutti i casi il medico è responsabile del *passaggio delle consegne* tra operatori sanitari, anche in questo caso limitatamente ai pazienti in carico al servizio.

Pertanto si richiama alla assoluta necessità di collaborazione tra il medico Ser.T. e l'altro personale sanitario aziendale e non, che opera entro la struttura penitenziaria.

È cura del medico informare il paziente sul trattamento terapeutico a cui verrà sottoposto e far sottoscrivere il relativo Consenso informato.

A seguito dell'emanazione del D.P.C.M. previsto dalla Legge Finanziaria 2008, l'uso del Ricettario Unico Regionale è concesso a tutti gli aventi titolo, secondo la normativa regionale vigente.

Psicologi

L'intervento dello psicologo deve concorrere al raggiungimento degli obiettivi terapeutici programmati dall'equipe per il singolo individuo.

L'agire in un contesto atipico non deve inficiare l'erogazione delle prestazioni professionali; pertanto l'esistenza di una vigilanza stretta e della presenza immanente del personale di Polizia Penitenziaria deve essere considerata quale variabile da trattare e elaborare per garantire in ogni caso la correttezza della relazione con il paziente ed i suoi diritti di privacy.

Assistenti sociali

L'intervento dell'assistente sociale deve concorrere al raggiungimento degli obiettivi terapeutici programmati dall'equipe per il singolo individuo.

Funzione centrale dell'operato dell'assistente sociale è il raccordo tra organismi ed istituzioni per il coordinamento degli interventi della rete dei servizi, da attivare per ogni singolo paziente, con particolare riguardo a tutte le azioni volte al successivo reinserimento sociale.

Curerà, inoltre, i rapporti con i Ser.T. territoriali di provenienza, per favorire i processi di reinserimento del detenuto al termine del periodo di carcerazione.

Infermieri professionali

L'intervento dell'infermiere professionale deve concorrere al raggiungimento degli obiettivi terapeutici programmati dall'equipe per il singolo individuo, anche in collaborazione con gli infermieri penitenziari.

Oltre alla consolidata funzione relativa alla somministrazione farmacologica, con il controllo dell'assunzione del farmaco, l'infermiere professionale collabora direttamente con il medico durante l'effettuazione delle visite mediche e per il seguito delle richieste di accertamenti diagnostici e delle prescrizioni di farmaci e collabora con il "referente di caso" alla tenuta delle cartelle cliniche.

In considerazione del fatto che il Ser.T. deve curare la presa in carico globale del paziente tossicodipendente e non della sola tossicodipendenza, è necessario che il coordinamento delle attività e degli interventi per tali pazienti sia attribuito al Ser.T. medesimo.

Si richiama infine circa l'assoluta necessità di collaborazione tra il personale del Ser.T.

e quello penitenziario (direzione, educatori, psicologi dell'Osservazione, polizia penitenziaria, volontariato, ecc.).

Progetto terapeutico interno al carcere

Le possibilità di intervento terapeutico all'interno delle strutture penitenziarie devono essere espresse attraverso concrete modalità di aiuto. Le azioni programmate compongono il progetto terapeutico, che deve essere redatto, negoziato con il paziente e trascritto in cartella.

Esse possono articolarsi in programmi tesi a:

- avvio dello stato di drug free (assenza di assunzione di sostanze stupefacenti e/o psicotrope)
- mantenimento della stabilizzazione, ottenuta con trattamenti farmacologici protratti
- induzione al cambiamento con adeguato livello motivazionale
- riduzione dei danni correlati all'uso di sostanze
- prevenzione del danno da autolesionismo
- miglioramento della qualità della vita intracarceraria

Gli strumenti disponibili per la realizzazione del progetto terapeutico sono: trattamenti medico farmacologici, trattamenti di counselling e/o psicoterapia individuale o di gruppo, gruppi di self-help, trattamenti di sostegno e counselling sociale, trattamenti infermieristici, trattamenti in Custodia Attenuata.

Progetto terapeutico esterno al carcere, in "misura alternativa"

Tutto l'iter valutativo e programmatico per la richiesta di misure alternative risulta, ovviamente, essere parte integrante del programma di trattamento. Più figure professionali concorrono alla sua definizione e alla sua messa in atto.

La richiesta dei benefici previsti dall' art. 89 e 94 del DPR 309/90 modificati dalla L.49/06 sono parte del progetto terapeutico complessivo elaborato dall'équipe per il tossicodipendente/alcolodipendente detenuto. Non può trattarsi quindi di un intervento singolo, scorporabile dal progetto terapeutico stesso. Questo nella convinzione che l'unitarietà della presa in carico debba, indipendentemente dalla singola richiesta, restare multidisciplinare, multimodale e programmata

Al fine di garantire un corretto e coordinato svolgimento delle procedure relative alla definizione e svolgimento dei progetti terapeutici in misura alternativa, di seguito si descrivono le singole azioni da intraprendere e le singole attribuzioni di responsabilità tra i vari attori in gioco. Tali procedure non sono pertinenti nei casi in cui la Comunità terapeutica di riferimento del paziente non ritenga di avvalersi della collaborazione del Ser.T. interno alla struttura carceraria e rilasciare autonomamente certificazioni utili alla richiesta dei benefici di legge, ai sensi della L.49/06.

Paziente detenuto	Ser.T. interno carcere	Ser.T. di residenza o domicilio	PRODOTTI
presenta domanda	riceve domanda	riceve domanda	
	contatta Ser.T. di residenza	contatta Ser.T. del carcere	
	richiede e fornisce informazioni storiche	richiede e fornisce informazioni storiche	relazioni, certificazioni
	comunica informazioni socio sanitarie e giuridiche relative al periodo di detenzione		
	valuta l'opportunità di un progetto ambulatoriale		esprime parere
	comunica ipotesi di progetto o rifiuto al progetto	comunicazione di disponibilità/non disponibilità al progetto	
concorda il progetto proposto	concorda il progetto con Ser.T. di residenza e detenuto	concorda il progetto con Ser.T. del carcere	sottoscrizione/ non sottoscrizione del progetto da parte del detenuto
		redige il progetto	progetto terapeutico
		invia il progetto al Ser.T. del carcere	
	redige idoneità al programma e certificato di Tossicodipendenza		idoneità al programma individualizzato e certificato di tossicodipendenza
riceve l'idoneità e il progetto	consegna l'idoneità e il certificato di tossicodipendenza al detenuto	consegna il progetto al detenuto	Ricevuta di consegna

Tab. IX: Procedure per l'attivazione di misure alternative presso Ser.T.

Paziente detenuto	Ser.T. interno carcere	Ser.T. di residenza	Ente ex art. 116	PRODOTTI
presenta domanda	riceve domanda			
	contatta Ser.T. di residenza			
	richiede e fornisce informazioni storiche al Ser.T. di residenza e all'Ente	richiede e fornisce informazioni storiche	richiede e fornisce informazioni storiche	relazioni, certificazioni
	comunica informazioni socio sanitarie e giuridiche relative al periodo di detenzione			
	valuta l'opportunità di un progetto semiresidenziale o residenziale		comunica ipotesi di progetto o rifiuto al progetto	esprime parere
contatta l'Ente individuato			comunicazione di disponibilità/o meno, al progetto	
concorda il progetto proposto	concorda il progetto con l'Ente e detenuto		concorda il progetto con Ser.T. del carcere e con il detenuto	sottoscrizione/ non sottoscrizione del progetto da parte del detenuto
			redige il progetto	progetto terapeutico
			invia il progetto al Ser.T. del carcere	
	redige idoneità al programma e certificato di tossicodipendenza			idoneità al programma individualizzato e certificato di tossicodipendenza
riceve l'idoneità e il programma	consegna l'idoneità e il certificato di tossicodipendenza al detenuto		consegna il programma al detenuto	ricevute di consegna
	comunica il programma al Ser.T. di residenza			Attivazione del centro di costo aziendale
	avvia l'iter amministrativo per l'impegno di spesa			
	attiva l'iter amministrativo per il pagamento fatture		comunica l'avvenuto inizio del programma presso l'Ente	Relazione periodica sull'andamento del programma
	Effettua monitoraggio del programma terapeutico		Redige relazione periodica sull'andamento del programma	

Tab. X: Procedure per l'attivazione di misure alternative presso Comunità: caso in cui il detenuto presenta domanda al Ser.T. interno al carcere

Paziente detenuto	Ser.T. interno carcere	Ser.T. di residenza	Ente ex art.116	prodotti
presenta domanda			riceve domanda	
	contatta Ser.T. di residenza		contatta Ser.T. del carcere, comunicando ipotesi di progetto	comunicazione di disponibilità al progetto
	richiede e fornisce informazioni storiche al Ser.T. di residenza e all'Ente	richiede e fornisce informazioni storiche al Ser.T. del carcere	richiede e fornisce informazioni storiche al Ser.T. del carcere	relazioni, certificazioni
	comunica informazioni socio sanitarie e giuridiche relative al periodo di detenzione all'Ente			
	valuta l'opportunità di un progetto semiresidenziale o residenziale			
concorda il progetto proposto	concorda il progetto con l'Ente e detenuto		concorda il progetto con Ser.T. del carcere	sottoscrizione/ non sottoscrizione del progetto da parte del detenuto
			redige il progetto	progetto terapeutico
			invia il progetto al Ser.T. del carcere	
	redige idoneità al programma e certificato di tossicodipendenza			idoneità al programma individualizzato e certificato di tossicodipendenza
riceve l'idoneità e il programma	consegna l'idoneità e il certificato di tossicodipendenza al detenuto		consegna il programma al detenuto	ricevute di consegna
	comunica il programma al Ser.T. di residenza			
	avvia l'iter amministrativo per l'impegno di spesa			Attivazione centro di costo aziendale
	attiva l'iter amministrativo per il pagamento fatture		comunica l'avvenuto inizio del programma presso l'Ente	
	Effettua monitoraggio del programma terapeutico		Redige relazione periodica sull'andamento del programma	Relazione periodica sull'andamento del programma

Tab. XI: Procedure per l'attivazione di misure alternative presso Comunità: caso in cui il detenuto presenta domanda alla Comunità, che intende avvalersi della collaborazione del Ser.T. interno al carcere.

Il progetto di trattamento deve essere comunicato al Ser.T. di residenza o di origine del paziente, indipendentemente dal fatto che il paziente sia già stato in carico presso il servizio territoriale. Tale atto è correlato alla necessità di reinserimento nell'ambiente di origine del paziente, considerando la carcerazione un evento transitorio nella vita dell'individuo.

3.1.5. Monitoraggio

Il monitoraggio coincide con le attività finalizzate e programmate per la valutazione clinica mediante l'esecuzione periodica di controlli di vario tipo e per la verifica di efficacia.

Le valutazioni cliniche periodiche costituiscono naturale azione nell'ambito dello svolgimento della pratica professionale terapeutica e assistenziale. Nella routine di lavoro, però, queste valutazioni rimangono bagaglio individuale del singolo professionista, utilizzate per calibrare e modificare il programma di trattamento durante il suo svolgimento: si pensi ai cambiamenti e aggiustamenti dei piani farmacologici, o alle differenti tematiche trattate nel corso di un counselling psicologico.

La definizione di un protocollo relativo al monitoraggio clinico consente di garantire un set minimo di verifica dell'andamento dei programmi e di valutazione dell'efficacia dei singoli trattamenti .

Inoltre, tale "set minimo", costituisce il principale strumento, comune a tutti i servizi, su cui basare l'analisi dei dati cumulabili su scala locale e regionale, anche per permettere una valutazione dell'efficacia dei servizi stessi.

Il monitoraggio deve essere previsto ed effettuato durante tutto l'arco di tempo della "presa in carico", fino al momento delle dimissioni (vedi paragrafo successivo), incluso il monitoraggio dei trattamenti in misura alternativa.

Per comodità di esposizione e di applicazione, il monitoraggio viene declinato su due articolazioni: "in corso di detenzione" ed "in misura alternativa". Quest'ultima viene considerata quale intervento erogato durante la "presa in carico", nel caso in cui i relativi programmi, certificazioni e idoneità siano stati prodotti dal Ser.T. interno al carcere.

Come si evince dalla letteratura e dall'esperienza clinica di settore, il monitoraggio mira a valutare sia la qualità complessiva della vita del soggetto, sia la specifica modalità di eventuale uso di sostanze psicotrope.

Le aree e le variabili di monitoraggio del set minimo devono considerare le condizioni in "ingresso" e il piano di trattamento (variabili indipendenti). Pertanto dovranno essere considerate le seguenti dimensioni:

- *Valutazione e diagnosi:* devono essere registrate e considerate alcune variabili principali che concorrono a descrivere lo stato di salute della persona al momento della presa in carico. Queste variabili sono selezionate

tra le informazioni che concorrono alla definizione diagnostica di equipe: bilancio di salute, bilancio tossicologico, ecc.

- *Piano di trattamento*: devono essere registrati i piani di trattamento e le prestazioni effettuate, secondo il nomenclatore in uso nella Regione Lazio (vedi allegato n. 1).

Monitoraggio "in corso di detenzione"

In considerazione della condizione detentiva e delle restrizioni alla libertà individuale, la valutazione dell'area "qualità della vita", nelle sue componenti familiari, lavorative, sociali, oggetto dell'usuale monitoraggio in ambito territoriale, deve essere opportunamente modificata e adattata allo specifico contesto ambientale. Non essendoci, al momento, ricchezza di esperienze e di valutazioni di tale tipo, la Regione svilupperà, successivamente alla adozione del presente Manuale, una fase di sperimentazione, atta a identificare strumenti e metodologie specifiche per tale monitoraggio.

Per quanto concerne il monitoraggio sull'uso di sostanze psicotrope, anche in questo caso, è doveroso prendere atto della scarsità in ambito penitenziario di riferimenti di letteratura scientifica e di consolidate buone prassi cliniche. Pertanto la standardizzazione delle modalità di osservazione e valutazione dei percorsi clinici intracarcerari, deve essere considerata sperimentale da sottoporre a successiva validazione sistematica.

Le variabili da considerare per la rilevazione dell'outcome durante il percorso di trattamento, sono:

- *Consumo attuale di sostanze psicotrope, tramite*:
 - *analisi dei metaboliti urinari*
 - in presenza di trattamento farmacologico sostitutivo o sintomatico, le analisi saranno effettuate almeno ogni 30 giorni
 - in assenza di trattamento farmacologico, le analisi saranno effettuate almeno ogni 60 giorni.

Le analisi devono essere effettuate senza preavvisare il paziente e nel rispetto della "catena custodiale" del campione. Qualora il medico di riferimento del paziente ravvisi la necessità di controlli sporadici/occasionali o con cadenza più ravvicinata, gli stessi saranno ovviamente effettuati al fine della ridefinizione del piano di trattamento.

I risultati delle analisi sono, ovviamente, dati sensibili, da gestire con la massima accortezza e possono essere raccolti in anonimato.

- *Qualità della vita*, da considerare inizialmente solo su aspetti specifici di

facile rilevabilità, quali:

- eventi auto o eterolesionistici
- partecipazione ad attività formative/lavorative nell'ambito della struttura penitenziaria
- valutazione dello stato psichico (anche attraverso registrazione di valori standardizzati di test valutativi)

In tempi successivi verranno individuate specificazioni per la rilevazione delle precedenti e di ulteriori variabili, al fine di una più approfondita rilevazione dello stato di salute del paziente, in relazione all'ambiente specifico.

Monitoraggio "in misura alternativa"

Come già affermato, il monitoraggio in questo caso viene effettuato per i soggetti per i quali il programma e la relativa idoneità siano state redatte dal Ser.T. interno alla struttura penitenziaria. In questa condizione, il Ser.T., avendo "preso in carico" il soggetto, dovrà provvedere a valutare l'evoluzione ed i risultati del programma durante le diverse fasi della sua attuazione.

Non sono presenti in letteratura nazionale molti studi circa la validità dei programmi residenziali o ambulatoriali in misura alternativa. L'elemento centrale della efficacia dei trattamenti sembra coincidere con la motivazione al cambiamento, che è parzialmente alterata nei casi di "misure alternative". In questi casi, infatti, il vantaggio dell'effettiva scarcerazione costituisce una motivazione rilevante che parzialmente si sovrappone e confonde quella legata alla volontà di trattamento della dipendenza. Inoltre, dall'analisi degli effetti della legge sull'indulto in relazione ai programmi "in misura alternativa", emerge che una parte rilevante degli stessi è stata interrotta in coincidenza del provvedimento di legge, non sussistendo più l'obbligatorietà al programma.

Le variabili da considerare per la rilevazione dell'outcome durante il percorso di trattamento, sono:

- *Consumo attuale di sostanze psicotrope*, tramite analisi dei metaboliti urinari.
Durante lo svolgimento del programma è opportuno che siano effettuate analisi dei metaboliti urinari, almeno ogni 60 giorni. I risultati delle analisi dovranno essere comunicati nell'ambito delle relazioni periodiche che l'Ente erogatore trasmette al Ser.T. inviante. In ogni caso, qualora si renda necessario verificare l'eventuale assunzione di sostanze psicoattive da parte dell'utente ed al di fuori dei controlli di routine bimestrali, sarà cura dell'Ente effettuare tale analisi e trasmetterne, in ogni caso, i risultati al Ser.T.
- *Qualità della vita*:
 - ritenzione in trattamento ed eventuali periodi di drop out (con

indicazione del numero di giorni di sospensione programma e della motivazione addotta)

- valutazione della partecipazione al programma terapeutico
- partecipazione ad attività formative/lavorative extra programma terapeutico prestabilito
- modificazioni del programma terapeutico
- contatti con la famiglia di origine
- conclusione del programma ed eventuale invio ad altri servizi

La rilevazione su scala regionale di tutte le variabili sopraelencate sarà oggetto di successiva indicazione, in collegamento con programmi di valutazione e di sistema regionale di sorveglianza delle dipendenze patologiche (vedi capitolo 4).

L'analisi dei dati di monitoraggio deve essere comunicata al Ser.T. di residenza del paziente, indipendentemente dal fatto che il paziente sia già stato in carico presso il servizio territoriale. Tale atto è correlato alla necessità di reinserimento nell'ambiente di residenza del paziente, considerando la carcerazione un evento transitorio nella vita dell'individuo.

3.1.6. Dimissioni/trasferimenti

Le dimissioni prevedono attività finalizzata e programmata per la valutazione in uscita, l'invio ad altre strutture, le raccomandazioni, le prescrizioni farmacologiche, il follow up.

Le peculiarità dell'ambiente carcerario determinano una persistenza di rischio costante durante il periodo detentivo per i soggetti che hanno fatto uso, anche saltuario, di sostanze psicotrope. Infatti in carcere possono avvenire ricadute e crisi, con conseguenti comportamenti che si manifestano non solo con l'uso di sostanze teoricamente non accessibili entro la struttura penitenziaria, ma anche con il ricorso eccessivo all'uso di psicofarmaci, di alcool, di comportamenti lesionistici e di break down psichici. Inoltre è da ricordare come una consistente parte di popolazione attualmente tossicodipendente e che ha avuto pregresse detenzioni, ha iniziato l'uso di sostanze stupefacenti entro le strutture penitenziarie. Di questi, circa il 50% ne ha fatto uso endovenoso, con mezzi iniettivi artigianali, ad alto rischio infettivologico (EMCDDA, 2004). Pertanto è opportuno durante tutto il periodo di detenzione calibrare programmi specifici, mantenendo in carico i pazienti, che quindi dovranno ricevere prestazioni individuali. Ne consegue che l'atto delle dimissioni cliniche andrà valutato con estrema cautela.

Il percorso delle dimissioni, quindi, che coincide nella maggioranza dei casi con l'uscita dall'istituto penitenziario, non va inteso quale dimissione "clinica".

Sono da considerare dimessi i pazienti che:

- a. Concludono un programma terapeutico in misura alternativa, determinato dal Ser.T. interno alla struttura penitenziaria inviante
- b. Interrompono un programma terapeutico in misura alternativa, determinato dal Ser.T. interno alla struttura penitenziaria inviante
- c. Sono trasferiti ad altro istituto penitenziario

- d. Sono scarcerati per fine pena
- e. Accedono agli arresti domiciliari presso il proprio domicilio o ente accreditato (solo nel caso in cui il domicilio non corrisponda al territorio di competenza del Ser.T., che opera internamente al carcere)
- f. Accedono alla detenzione domiciliare presso il proprio domicilio (solo nel caso in cui il domicilio non corrisponda al territorio di competenza del Ser.T., che opera internamente al carcere)
- g. Ottengono misura alternativa alla detenzione, con un programma terapeutico stabilito autonomamente tra l'utente e l'ente erogatore. In questo caso il pagamento non è a carico del SSR (L. 49/06)
- h. Rifiutano il programma proposto dal Ser.T. in carcere

La fase delle dimissioni, più delle precedenti fasi, risente della inferenza di variabili di intervento a carico di vari enti, quali Procure, Tribunali di Sorveglianza anche di diversi distretti sul territorio nazionale, che determinano la difficoltà di programmare con anticipo ed efficacia gli interventi limitrofi alla fase di scarcerazione. Ne discende che non sempre è effettuabile la valutazione in uscita e la definizione di follow up concordato con il paziente. In ogni caso è necessario avviare accordi locali con gli istituti penitenziari, a cui possono collaborare anche i difensori, per conoscere con adeguato livello di affidabilità le condizioni che concorrono a determinare l'evento "uscita dal carcere". Solo in tal modo, infatti è possibile garantire sia la continuità terapeutica, sia la gestione di "dimissioni cliniche protette", in analogia a quelle già note per altre realtà di ambienti confinati (ospedale, comunità terapeutiche, day hospital/service, ecc). Con il termine "dimissioni cliniche protette" si indica l'offerta di raccomandazioni, prescrizioni, farmaci e quanto altro ritenuto opportuno per favorire, nei tempi immediatamente successivi alla scarcerazione, una adeguata rete di contenimento dei rischi, dovuti anche alla maggiore offerta di stupefacenti. La conoscenza dei tempi di scarcerazione/trasferimento rende, inoltre, fattibile un interscambio con i servizi territoriali, affinché gli stessi si possano direttamente mettere in contatto con il paziente uscito dal carcere.

Le azioni, che precedono le dimissioni, le eventuali raccomandazioni da offrire al paziente e la tempistica del follow up, sono illustrate nella tabella sottostante. Si ricorda che per tutte le azioni che prevedono comunicazioni e scambio di informazioni tra diversi servizi, deve essere disponibile il consenso informato al trattamento dei dati, con esplicita autorizzazione di comunicazione verso enti terzi coinvolti nel percorso giudiziario-terapeutico, acquisita sin dall'inizio del trattamento, in fase di accoglienza.

Motivo dimissione		Prestazioni dell'operatore e raccomandazioni per il paziente	Follow up
A	Concludono un programma terapeutico in misura alternativa, determinato dal Ser.T. interno alla struttura penitenziaria inviante	<ul style="list-style-type: none"> - Visita per valutazione esiti, in collaborazione con Comunità Terapeutica. - Definizione congiunta di programma di reinserimento familiare e lavorativo. - Invio ed orientamento verso Ser.T. di residenza 	Visite di controllo, anche in collaborazione con Ser.T. di residenza o C. T., dopo 6 mesi dalla fine programma
B	Interrompono un programma terapeutico in misura alternativa, determinato dal Ser.T. interno alla struttura penitenziaria inviante	<ul style="list-style-type: none"> - Analisi dei motivi di interruzione (anche attraverso relazioni) - Segnalazione al Ser.T. di residenza 	Realizzabile solo se giunge ad altro carcere del Lazio, il cui Ser.T. interno comunica notizie relative al paziente
C	Sono trasferiti ad altro istituto penitenziario	<ul style="list-style-type: none"> - Connessione con la Direzione dell'Istituto per avere informazione in tempo utile sul luogo del trasferimento - Lettera di dimissione, da consegnare al paziente, riportante il piano di trattamento effettuato - Comunicazione rapida al Ser.T. interno ricevente, con invio documentazione opportuna 	Il follow up viene effettuato in tempi successivi, a cura dell'ultimo Ser.T. interno a strutture carcerarie, prima dell'uscita dal carcere.
D	Sono scarcerati per fine pena	<ul style="list-style-type: none"> - Connessione con la Direzione dell'Istituto per avere informazione in tempo utile sulla scarcerazione - Lettera di dimissione, da consegnare al paziente, riportante il piano di trattamento effettuato - Definizione congiunta di programma di reinserimento familiare e lavorativo - Invio, comunicazione al Ser.T. di residenza - Prescrizione farmacologica - Materiale informativo (anche sui servizi e sulle opportunità territoriali) 	Visite di controllo, anche in collaborazione con Ser.T. di residenza, dopo 2 e 6 mesi dalla scarcerazione
E	Accedono agli arresti domiciliari presso il proprio domicilio o ente accreditato	<ul style="list-style-type: none"> - Connessione con la Direzione dell'Istituto per avere informazione sulla concessione di misure alternative o sostitutive (arresti domiciliari) in tempo utile sulla scarcerazione - Lettera di dimissione, da consegnare al paziente, riportante il piano di trattamento effettuato - Prescrizione farmacologica - Invio, comunicazione al Ser.T. di residenza - Mat.le informativo sulle opportunità territoriali) 	Visite di controllo, anche in collaborazione con Ser.T. di residenza, dopo 3 e 6 mesi dalla scarcerazione
F	Accedono alla detenzione domiciliare presso il proprio domicilio	<ul style="list-style-type: none"> - Connessione con la Direzione dell'Istituto per avere informazione sulla concessione di misure alternative o sostitutive (detenzione domiciliare) in tempo utile sulla scarcerazione - Lettera di dimissione, da consegnare al paziente, riportante il piano di trattamento effettuato - Prescrizione farmacologica - Invio, comunicazione al Ser.T. di residenza - Materiale informativo (anche sui servizi e sulle opportunità territoriali) 	Visite di controllo, anche in collaborazione con Ser.T. di residenza, dopo 3 e 6 mesi dalla scarcerazione
G	Otengono misura alternativa (art. 94 DPR 309/90) con progr. terapeutico stabilito autonomamente tra l'utente e l'ente erogatore. Pagamento non a carico del SSR	<ul style="list-style-type: none"> - Connessione con la Direzione dell'Istituto per avere informazione in tempo utile sulla concessione di misura alternativa - Visita per valutazione esiti del trattamento in carcere - Comunicazione al Ser.T. di residenza 	Realizzabile, solo con eventuale disponibilità della struttura di accoglienza
H	Rifutano il programma proposto dal Ser.T. interno al carcere	<ul style="list-style-type: none"> - Riproposta intervento, anche con programma alternativo al precedente, dopo rivalutazione 	Non realizzabile, per non disponibilità

Tab. XII: Azioni, raccomandazioni e tempistica per le dimissioni e il follow up.

3.2. Il processo di lavoro della prevenzione

Negli anni non si è sviluppata da parte dei Ser.T. una costante linea di intervento preventivo dell'uso di sostanze, nell'ambito delle strutture penitenziarie. Molteplici fattori hanno contribuito a rendere carente questa tipologia di intervento, tra cui l'esiguità di risorse a disposizione, la difficoltà a intervenire in un ambiente ristretto. Incide comunque primariamente una limitata competenza ad operare entro il carcere, ambiente confinato con soggetti devianti a forte rischio di consumo, con gli strumenti e le metodologie proprie della prevenzione, sviluppate in ambienti scolastici e di comunità locale.

L'impegno attuale è quello di adattare i principi, le metodologie, le tecniche e gli strumenti tipici degli interventi di prevenzione, ormai consolidati e valutati per livello di efficacia, ad un contesto estremamente diverso. L'ambiente carcerario, non omogeneo, presenta la variabile fondamentale della "coazione" e quindi della non libertà di scelta dell'ambiente di vita.

Si richiama la classificazione dei targets di popolazione degli interventi, che determinano le diverse tipologie di prevenzione (Gordon, 1994):

- *Prevenzione universale* – intervento desiderabile per tutti gli appartenenti ad una data popolazione (donne in gravidanza, bambini, ecc). Alcuni esempi possono essere dati dal: rispettare una dieta equilibrata, non far uso di sostanze, uso di cinture di sicurezza.
- *Prevenzione selettiva* – intervento rivolto a sottogruppi di una popolazione con un rischio di malattia superiore alla media. Nel nostro ambito, esempi sono dati da popolazione, anche non attualmente consumatrice di sostanze, che presenta una anamnesi familiare positiva per uso di sostanze o che ha contatti precoce con il sistema giudiziario. "Il circuito penale è un importante setting per gli interventi di prevenzione selettiva" (Burkhat, 2003).
- *Prevenzione mirata* – intervento rivolte a persone singolarmente riconosciute per essere ad alto rischio per una malattia. Nel nostro ambito, interventi individuali rivolti a persone a rischio di consumo di sostanze, o a rischio di contagio di malattie infettive.

Su questi differenti targets di popolazione le principali metodologie e modelli di intervento che sono stati attuati in ambienti extra carcerari sono:

- *interventi informativi*, realizzati attraverso seminari, posters, filmati, campagne mediatiche, ecc. Tali interventi se non inseriti in una strategia più ampia che contempli anche altre modalità, risultano essere inefficaci, rispetto alla riduzione del consumo di stupefacenti nella popolazione target. In ogni caso programmi di comunicazione interattiva risultano essere fino a quattro volte più efficaci di quelli frontali;
- *life skills*: promozione di abilità che mettono in grado un individuo ad adottare strategie efficaci per affrontare i problemi a cui va incontro. Questa metodiche sono realizzate attraverso training e interventi su base cognitiva. Il contenuto dei life skills

- deve comprendere informazioni utili ai destinatari per essere immediatamente applicabile nella pratica di vita quotidiana;
- **educazione tra pari**, realizzati attraverso una circolazione di informazioni, di stili comportamenti e cognitivi trasmessi nell'ambito dei gruppi da soggetti leader appositamente formati e selezionati all'interno del gruppo target;
 - **mentoring**, identificato quale rapporto tra mentore competente e un soggetto in fase di acquisizione di competenze, in genere collegate al mondo del lavoro;
 - **approcci di comunità**, condotti attraverso interventi di miglioramenti del contesto interpersonale ed organizzativo di appartenenza di un individuo. All'interno di un ambito ristretto le azioni devono favorire un cambiamento migliorativo più dei modelli educativi, che dei comportamenti del singolo;
 - **riduzione del danno**, quale politica di prevenzione e promozione della salute che si propone di prevenire e/o ridurre le conseguenze negative associate all'adozione di alcuni comportamenti. Tra questi interventi alcuni hanno dimostrato efficacia nel ridurre il contagio di infezioni e la mortalità per overdose, altri necessitano di ulteriori ricerche specifiche.

Pertanto è opportuno programmare localmente interventi specifici di prevenzione intracarceraria, in stretta collaborazione con l'Amministrazione Penitenziaria e con l'attiva partecipazione del Volontariato e del Privato Accreditato, esperti in materia di interventi preventivi. A tal fine dovranno essere promosse reti intra ed extra aziendali con le altre strutture ASL (Dipartimento di Prevenzione, Materno Infantile, Salute Mentale, ecc), gli Enti Locali, il Terzo settore, anche in relazione ai nuovi stili di consumo, mettendo in campo eventuali risorse previste nella L. 328/00. Per programmare tali interventi si rende indispensabile valutare l'entità del fenomeno del consumo di sostanze in ambito intracarcerario, tramite la realizzazione di specifiche indagini multicentriche.

E' inoltre da promuovere la partecipazione-coinvolgimento agli interventi di prevenzione del personale dell'Amministrazione Penitenziaria, attore essenziale delle dinamiche intracarcerarie di controllo e di trattamento penitenziario. In particolare il personale di Polizia Penitenziaria rappresenta un elemento prezioso sia per veicolare i messaggi preventivi verso la popolazione detenuta, sia per rilevare problematiche inerenti ai consumi di sostanze illegali e legali, prima tra tutte l'alcol. Pertanto il personale di Polizia Penitenziaria costituisce una rilevante risorsa per l'attuazione dei programmi di prevenzione, di cui tra l'altro potrà giovare anche direttamente.

I programmi di prevenzione devono risentire di specificità di obiettivi ed essere calibrati per le popolazioni bersaglio, considerando l'etnia, il genere, le fasce di età prevalenti, il tipo di problematica droga-correlata, la tipologia del reato e la durata residua della pena da trascorrere in carcere. Una particolare attenzione va posta nelle realtà carcerarie e di accoglienza dei minori che risentono di una normativa specifica.

Alcuni ambiti di prevenzione selettiva e mirata devono essere considerati con particolare rilevanza:

- **alcol**: il regolamento penitenziario controlla la distribuzione e ne autorizza un consumo limitato; numerosi dati osservazionali depongono per un potenziale consumo problematico, attraverso i meccanismi dell' "accumulo –

scambio” che possono condurre ad episodi di “binge drinking”; un altro meccanismo di uso problematico è rappresentato dall’associazione di alcol e terapie con psicofarmaci; pertanto è opportuno stimolare il coinvolgimento del personale, finalizzato ad un migliore controllo della distribuzione di alcolici;

- patologie correlate: al fine di prevenire l’insorgenza di nuovi contagi di patologie infettive (HIV, epatopatie virus correlate, ecc.) è opportuno promuovere accordi di programma, da concordare con l’Amministrazione Penitenziaria, che rendano possibile la distribuzione di specifici presidi sanitari;
- rischio di overdoses: la minore tolleranza alle sostanze stupefacenti che segue la drastica riduzione dell’uso dovuta alla carcerazione, è il fattore determinante delle overdoses intra carcerarie ed nei primi giorni successivi alla scarcerazione; è opportuno quindi valutare la distribuzione a tutta la popolazione a rischio di idonei farmaci antagonisti al momento delle dimissioni.

Infine è necessario realizzare una valutazione su scala regionale degli interventi effettuati in materia e con scambio delle esperienze realizzate al fine di una diffusione delle migliori pratiche.

3.3. La documentazione del processo operativo (cartella clinica, registri, modulistica)

Fino alla definizione della nuova modulistica, è opportuno mantenere in essere gli attuali registri e moduli in uso presso l’Amministrazione Penitenziaria, mantenendo in essere le modalità di compilazione e trasmissione dei medesimi.

Per quanto concerne la documentazione interna al circuito sanitario ASL, si rende necessario adeguarsi a quanto previsto dal nuovo “Sistema di Sorveglianza delle dipendenze patologiche” della Regione Lazio (D.G.R. n. 136 del 6.03.07).

La cartella clinica è lo strumento principe per una efficiente gestione del caso, e per una comunicazione tra i componenti dell’equipe sullo stato di salute e sui trattamenti del soggetto in carico. Pertanto è necessario che ogni operatore riporti in cartella tutti gli elementi necessari per una corretta documentazione dello stato clinico e dei trattamenti e delle prestazioni effettuate.

Con l’introduzione del nuovo Sistema di Sorveglianza, la raccolta delle informazioni sui pazienti non è più finalizzata alla semplice rilevazione epidemiologica, ma è finalizzata principalmente alla costruzione della nuova cartella clinica della Regione Lazio.

I dati essenziali contenuti nella cartella clinica, che andranno necessariamente rilevati e registrati, sono relativi a: dati socio - anagrafici, diagnosi clinica (DSM-IV o ICD-9),

trattamenti e singole prestazioni erogate con il nome dell'operatore (per l'elenco delle prestazioni si veda l'Allegato n. 1).

La compilazione della nuova cartella clinica, dopo l'informatizzazione della stessa, eliminerà gran parte dell'attuale modulistica in uso nei Ser.T. A tale cartella può accedere solo il personale debitamente autorizzato per il trattamento dei dati sanitari, appartenente alle ASL o agli Enti accreditati che hanno in carico terapeutico il soggetto.

La completa messa in atto dell'informatizzazione, così come previsto dalla citata D.G.R., avverrà con la connessione tra il sistema di rilevazione interno al carcere ed il server regionale. Fino a tale momento, dovrà essere mantenuta la documentazione cartacea, da conservare ed archiviare attraverso modalità e procedure che ogni singola azienda adotterà, nel rispetto della privacy e della tenuta di dati sensibili.

Regione Lazio

Decreti del Commissario ad Acta

Decreto del Commissario ad Acta 20 dicembre 2017, n. U00563

Approvazione del documento recante "Assistenza per la Tutela della Salute Mentale adulti in ambito penitenziario". - Conferenza Unificata n.3 del 22/1/2015

**Assistenza per la Tutela della Salute Mentale adulti
in ambito penitenziario**

Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale

Regione Lazio

INDICE

Premessa: Finalità del documento
A. INDICAZIONI STRATEGICHE
A.1. Il contesto
A.1.1. Normativa
A.1.2. Strutture penitenziarie e popolazione detenuta
A.1.3. Condizioni di salute della popolazione detenuta
A.2. Visione - Scopo
A.3. Obiettivi generali e specifici
A.4. Azioni prioritarie
A.5. Strategie e metodi
A.5.1. Lavoro di equipe
A.5.2. Integrazione/collegamento con Area Trattamento, della Sicurezza e Direzione di Istituto
A.5.3. Comunicazioni informazioni sanitarie
B. GESTIONE DELLE RISORSE
B.1. Risorse umane
B.2. Risorse strutturali, strumentali e logistiche
B.3. Piano della formazione
C. REALIZZAZIONE DEL PRODOTTO: PROCESSI OPERATIVI
C.1. Il Percorso Diagnostico Terapeutico per adulti
o 1. Intake
o 2. Accoglienza
o 3. Valutazione Diagnostica
o 4. Piano di Trattamento (Assunzione in cura, Presa in carico integrata, Trattamento in urgenza)
o 5. Monitoraggio
o 6. Dimissioni dal percorso terapeutico
C.2. Interventi di comunità e di rete
C.3. Coordinamento con altre partiture aziendali
C.4. Interventi specifici in strutture dedicate
D. RISULTATI: ANALISI, MONITORAGGIO, MIGLIORAMENTO
D.1. Risultati attesi
D.2. Sistema Informativo
ALLEGATI
1. Scheda per Screening ed invio al Dipartimento di Salute Mentale
2. Registro di Segnalazione del Servizio Sanitario (Medicina di Base, Continuità Assistenziale, Medicina Specialistica) al DSM per rischio disturbo psichico e rischio autolesivo e/o suicidario
3. Scheda di Accoglienza
4. Obiettivi di trattamento (in riferimento a piano di trattamento integrato)

C. REALIZZAZIONE DEL PRODOTTO: PROCESSI OPERATIVI

C.1. Il percorso diagnostico terapeutico per adulti

Premessa

La definizione del Percorso Diagnostico Terapeutico è finalizzata a garantire ai detenuti con problematiche di salute mentale una adeguata presa in carico, omogenea tra servizi e, al contempo, a supportare i professionisti sanitari nell'organizzazione del servizio e nelle scelte operative.

Obiettivo della presa in carico continuativa e globale è di assistere il detenuto, sia per prevenire possibili scompensi sintomatologici e comportamentali, particolarmente gravosi in ambiente detentivo, sia per assicurare il diritto alla salute nei casi in cui la patologia mentale aggravi le condizioni di vita del singolo soggetto.

Alcuni elementi favoriscono, come già illustrato, una maggiore esposizione della popolazione detenuta a disturbi mentali con rischio di scompenso, anche in considerazione di:

- Continui ingressi di Nuovi Giunti, quindi alto turnover della popolazione detenuta.
- Situazioni di stress connaturate all'esperienza della detenzione (fasi critiche dell'iter giudiziario, separazioni e allontanamenti affettivi, traumi situazionali legati alla convivenza forzata e confinata nonché alle conflittualità del sistema di vita carcerario e alle differenze culturali che caratterizzano la popolazione ristretta e facilitano le condizioni di maladattamento).
- Difficoltà di ricostruzione anamnestica della storia clinica dei detenuti.

Il percorso viene descritto nelle sue singole fasi dalla prima segnalazione alla dimissione.

Per ogni fase sono indicate le finalità, la descrizione del processo, le attività previste e la documentazione di riferimento e/o da produrre.

1. INTAKE

Finalità

Strutturare uno screening e/o una valutazione del rischio psicopatologico e/o del rischio autolesivo, eterolesivo, suicidario nei soggetti:

- in ingresso dalla libertà,
- trasferiti da altro Istituto,
- già ristretti (per richiesta di prima visita per disturbi psichici, per sopravvenuta problematica psicopatologica),

al fine di individuare i casi da segnalare al Dipartimento di Salute Mentale per una valutazione multidisciplinare ed eventuale successivo trattamento.

Processo

Per i soggetti in ingresso dalla libertà o trasferiti da altro Istituto, la valutazione iniziale viene effettuata da parte del Medico di Medicina Generale/Medico Incaricato e/o di Continuità Assistenziale, adeguatamente addestrati, tramite utilizzo della sezione di Intake/Primo ingresso della cartella clinica informatizzata, ovvero tramite utilizzo delle schede cartacee allegate al presente atto.

La scheda relativa a questa fase prevede una integrazione con le valutazioni effettuate per rischio autolesivo e suicidario e per rischio di disturbo da uso di sostanze. Infatti le tre aree indagate tramite screening hanno molti aspetti di sovrapposizione in relazione alla tipologia dei fattori di rischio e/o predittivi che risultano essere identici per i tre diversi quadri clinici. Pertanto la scheda di screening integra e modifica esclusivamente le corrispondenti parti di:

- Determinazione Dirigenziale n. G11442 del 24 settembre 2015 "*Definizione di un percorso assistenziale integrato per la presa in carico e la cura dei detenuti tossicodipendenti degli istituti penitenziari della Regione Lazio*".
- DCA n. U00026 del 23 gennaio 2015 "*Recepimento Accordo n. 5/CU del 19 gennaio 2012 e approvazione documento recante "Programma operativo di prevenzione del rischio autolesivo e suicidario dei detenuti, degli internati e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale nella Regione Lazio"*".

La bassa specificità dei fattori di rischio, anche laddove sensibili, è correlata alla evoluzione non lineare e non deterministica della patologia mentale, dei disturbi da uso di sostanze e degli episodi suicidari. In altri termini alcuni fattori predittivi e/o di rischio risultano essere correlati con tutti e tre i quadri indagati e quindi risulta importante cogliere la configurazione di insieme dei fattori presenti piuttosto che la presenza/assenza di ognuno di essi. Tale configurazione di insieme può essere adeguatamente valutata dal giudizio complessivo del clinico.

Lo screening, in quanto tale, deve quindi costituire il primo atto sanitario in ingresso che discrimini i soggetti i quali dovranno accedere ad una valutazione specialistica. Non rappresenta quindi l'atto con il quale si valuta lo specifico quadro clinico del soggetto, quanto l'atto che avvia il sistema di tutela per il soggetto a rischio di patologia o con particolari fragilità.

È inoltre da sottolineare che non vi siano "*dati di ricerca che consentano di affermare l'identificazione di variabili certe o clinicamente valide per identificare il rischio di suicidio, anche in persone che hanno già compiuto un tentativo di suicidio*"⁷. Ciò non esime certamente il sistema a mettere in atto tutti i programmi e le azioni che possano, da un lato rimuovere (o perlomeno contenere) i determinanti ambientali che impattano sul rischio suicidio e dall'altro monitorare nel migliore dei modi possibili le condizioni di sofferenza delle persone ritenute a rischio, a cui offrire un sostegno che contribuisca a contrastare i vissuti che possono condurre all'atto suicidario o a disturbo mentale.

⁷ M. Biondi, A. Iannitelli, S. Ferracuti *Sull'imprevedibilità del suicidio*, in *Rivista di Psichiatria* 2016; 51(5)

Pertanto la valutazione del Medico di Medicina Generale (MMG), al momento dell'ingresso in carcere o in concomitanza di screening periodici ovvero in concomitanza di eventi critici, deve essere finalizzata a individuare i soggetti che (più di altri) presentano un insieme di fattori concorrenti ad esporre maggiormente l'individuo ad un determinato rischio. L'osservazione del MMG ed il suo giudizio clinico daranno avvio al percorso di valutazione specialistica. In questo sistema, quindi, non può essere applicato un criterio di determinismo lineare (come per altri quadri clinici per i quali lo screening determina già la presenza/assenza di patologia).

Con queste premesse la Scheda di screening si articola in più parti, come di seguito indicato:

- una prima parte è relativa ai dati socio anagrafici (questi dati in genere sono già rilevati in altra parte della cartella clinica individuale, ma vengono trascritti perché concorrono nel loro insieme a esprimere il giudizio clinico finale sul rischio);
- una seconda parte è il vero e proprio **SCREENING** che deve essere compilato in ogni sua parte dal medico di prima visita. Deve essere prevista in ogni caso la compilazione di ogni campo (il *missing* – o non compilazione cartacea - non deve essere confuso con risposta negativa; pertanto deve eventualmente essere riportato “non rilevato” - NR);
- una terza parte contiene le **CONCLUSIONI** della valutazione (una per ognuno dei tre screening). Queste conclusioni sono precedute dalla lista degli item correlati al possibile rischio, che non va quindi nuovamente compilata, ma funge solo da promemoria dei fattori da considerare. Non sussiste quindi alcun automatismo tra presenza/assenza di uno o più fattori di rischio e giudizio finale del clinico. Il clinico, in questa sezione, deve compilare **ESCLUSIVAMENTE** le sue conclusioni di valutazione. Pertanto questa parte si conclude con 4 riquadri:
 - VALUTAZIONE RISCHIO AUTOLESIVO E/O SUICIDARIO
 - VALUTAZIONE RISCHIO DISTURBO MENTALE
 - VALUTAZIONE RISCHIO DISTURBO DA USO SOSTANZE
 - ULTERIORE ADOZIONE MISURE IMMEDIATE per urgenza/emergenza

Nella cartella informatizzata potranno comparire a video gli item risultati positivi della specifica lista di rischio.

Pertanto, la Scheda per screening, che accompagna la visita medica generale, deve intendersi come traccia, per il sanitario, al fine di esplorare alcune aree della vita della persona che giunge all'osservazione nel contesto carcerario, per individuare coloro che necessitano di una ulteriore e più approfondita analisi delle proprie condizioni psicofisiche.

- I dati della sezione A (Anamnesi) rilevati, non vanno intesi, riduttivamente, come mera spunta di una check-list ma il frutto di un colloquio clinico che tenda a costruire una relazione con la persona, che si interessi della sua storia personale, che rilevi le informazioni in un confronto dialettico e non soltanto come risposta alle singole domande. Nel riquadro sui precedenti trattamenti sanitari (A1) si riporterà se il dato è stato riferito dal paziente ovvero desunto dalla documentazione clinica disponibile.
- I dati della sezione B (Esame obiettivo psicofisico) devono intendersi sia come esito di una accurata visita medica sia come la sintesi di un colloquio clinico che indagli: abitudini di vita della persona, comportamenti, stati emotivi, condizione attuale, segni di un eventuale stato di malessere.

L'utilizzo della MINI⁸ sull'ideazione suicidaria è da intendersi come ulteriore ausilio per la valutazione complessiva del rischio suicidario; pertanto la valutazione e segnalazione per rischio suicidario non deve essere determinata esclusivamente dall'esito del punteggio rilevato dalla scala stessa.

L'individuazione della persona che necessita di una ulteriore e più approfondita analisi del proprio stato psicofisico non deve intendersi come somma algebrica di più elementi che compaiano alla fine del colloquio e della visita medica, bensì come la sintesi della valutazione clinica complessiva da parte del medico.

In ogni caso, al termine del colloquio clinico e della visita, va compilata da parte del medico ogni parte delle tre sezioni indicate nella scheda (dati anagrafici + scheda screening + conclusione valutazioni e ulteriori misure adottate).

Inoltre, il Medico laddove ravvisi una attualità di serio rischio etero-autolesivo e/o suicidario deve provvedere ad assumere immediate decisioni nelle more del successivo intervento di valutazione di secondo livello. In questi casi il Medico adotta provvedimenti per la tutela del paziente detenuto, anche attraverso la richiesta di Misure di Sorveglianza. Si rimanda a questo scopo quanto determinato dalla Regione alla luce della sperimentazione effettuata ai sensi del DCA n. U00026 del 23/01/2015.

Per i soggetti già presenti in Istituto per i quali il personale sanitario (Medici di medicina generale/medico incaricato, medici specialisti, personale del Servizio per le Dipendenze) ravvisi durante la detenzione una problematica psicopatologica, il medesimo personale procede analogamente alla compilazione della Scheda per screening.

Gli esiti di questa prima valutazione (screening di ingresso o visite per sopravvenuti problemi psicopatologici durante la detenzione) saranno segnalati al personale del DSM, su apposito *Registro* segnalazioni (vedi Allegato n.2), che ne prenderà visione ad inizio turno.

Le segnalazioni di altro personale non sanitario (Direzione Istituto, Polizia Penitenziaria, Area Trattamento) saranno trasmesse alla Medicina di Base che adotterà le procedure già indicate.

Si raccomanda di prevedere modalità operative locali per accogliere eventuali segnalazioni di stati di disagio riferite all'area della sanità di base anche da altri detenuti, compagni di cella o di sezione.

I soggetti comunque segnalati usufruiranno di un piano di accoglienza (triage) ed eventuale percorso diagnostico, con particolare attenzione al rischio suicidario e alle gravi alterazioni psicopatologiche.

Cionondimeno i Medici di medicina generale (Medico incaricato o Medici di Continuità Assistenziale) possono avviare direttamente provvedimenti per Misure di Sorveglianza.

Attività previste

- a cura di Medicina di Base o Guardia Medica
 - Visita medica
 - Compilazione Sezione cartella informatizzata/Scheda di Screening
 - Segnalazione su apposito Registro DSM
- A cura del Servizio per le Dipendenze
 - Segnalazione su apposito Registro DSM
- A cura del DSM
 - Controllo delle segnalazioni su Registro e firma per presa visione

⁸ The Mini International Neuropsychiatric Interview, Sheehan et al., 1998

Documentazione

- Scheda di Screening (integrata per rischio autolesivo/suicidario e rischio di uso sostanze) (Allegato n.1)
- Registro Segnalazioni DSM (Allegato n. 2)

2. ACCOGLIENZA

Finalità

Effettuare prima valutazione (trriage) della pertinenza ed urgenza della segnalazione al fine di predisporre eventuale valutazione/trattamento in urgenza ovvero, di norma, di avviare la fase di valutazione diagnostica specialistica. Informare il paziente sull'offerta e l'organizzazione del servizio.

Processo

Successivamente alla fase di screening e/o valutazione di rischio psicopatologico, tutti i soggetti segnalati sull'apposito registro segnalazioni saranno valutati dallo psicologo o psichiatra del DSM, che definirà con maggiore precisione la presenza di disagi psichici ed il livello di rischio comportamentale, individuando la pertinenza e l'urgenza degli interventi da adottare.

Per la valutazione dell'urgenza è opportuno prestare particolare attenzione agli elementi che hanno preceduto l'episodio critico, quale ad esempio:

- momenti significativi dell'iter giudiziario;
- eventi relativi al nucleo familiare di appartenenza;
- cambiamenti nei comportamenti abituali: riduzione interazioni sociali con gli altri detenuti o con il personale penitenziario, sanitario e non; comparsa o incremento di atteggiamenti rivendicativi; aumento o insorgenza di irritabilità e/o aggressività; manifestazioni di conflittualità con specifiche persone; emergenza di particolari difficoltà legate alla cultura di appartenenza.

In questa fase il sanitario che valuta il carattere di urgenza rileva elementi clinici specifici, anche in termini di rischio autolesivo. L'analisi della specificità dell'urgenza viene descritta nel successivo paragrafo relativo alla "Valutazione diagnostica".

Nei casi in cui non si ravvisi il carattere di urgenza, durante il colloquio/visita di accoglienza lo psicologo/psichiatra compilerà la Scheda di accoglienza, indicando le proprie conclusioni, come specificato:

CONCLUSIONI

- non necessario, al momento, valutazione diagnostica e presa in carico
- necessario l'avvio del percorso di valutazione diagnostica
- necessario l'avvio di un trattamento in urgenza e di una valutazione diagnostica.

Nei casi reputati pertinenti, si predispongono la fase di valutazione diagnostica: il personale DSM informa il paziente circa il percorso valutativo, con indicazione degli incontri / visite / trattamenti previsti. Al termine dell'incontro di accoglienza viene richiesto il consenso informato al trattamento sanitario e al trattamento dei dati sensibili.

Vengono fornite eventuali indicazioni particolari per la sorveglianza e nel caso di grave rischio psicopatologico si attiva la procedura specifica per l'urgenza (vedi fase 4. Trattamenti).

Attività previste

- Colloquio psicologico e/o visita psichiatrica
- Valutazione di pertinenza e di urgenza
- Compilazione scheda di accoglienza e/o relativa parte della cartella clinica (informatizzata laddove adottata)
- Informazione al paziente con firma del consenso al trattamento sanitario e dei dati

Documentazione

- Scheda di accoglienza da inserire in cartella clinica (o sezione cartella informatizzata) (Allegato n. 3)
- Modulo consenso informato (Allegato n. 4)

3. VALUTAZIONE DIAGNOSTICA

Finalità

Individuare, attraverso il confronto multidisciplinare, un Profilo Clinico descrittivo dell'ipotesi diagnostica, intesa sia nelle sue componenti psicopatologiche sia nella sua manifestazione funzionale, ovvero definire la necessità di un trattamento in emergenza/urgenza finalizzato a contenere i rischi clinici contingenti.

Definire la diagnosi nosografica con relativo codice, reinviabile solo in particolari situazioni di emergenza.

Proporre un appropriato Piano di Trattamento Individualizzato da esporre e concordare con il paziente.

Processo

La valutazione in condizione di "emergenza", quale "*situazione acuta e grave che richiede un intervento terapeutico immediato*" per grave rischio clinico, prevede un rapido orientamento diagnostico con l'individuazione delle condizioni compatibili con uno Stato di Necessità (art.54 C.P.), reinviando al primo momento utile il necessario ulteriore approfondimento diagnostico.

La valutazione diagnostica più approfondita può avvenire invece sia in condizioni di urgenza che in condizioni di non acuzie.

Per "urgenza" in ambito di disturbo psichico si fa riferimento alle condizioni di acuta sofferenza psichica che comporti la necessità di una valutazione clinica per impostare comunque un immediato programma terapeutico ("programma" e non "intervento", come nel caso dell'emergenza).

Pertanto in ambito penitenziario i differenti percorsi diagnostici in condizioni di "urgenza" o in condizione di "non-acuzie" possono seguire le indicazioni di seguito riportate.

CASO 1. Valutazione diagnostica in acuzie/urgenza

Particolare attenzione va posta nei confronti delle richieste di interventi urgenti, su cui è necessario operare una attenta differenziazione tra situazioni pseudo-cliniche, situazioni di urgenza sanitaria organica con compromissione del quadro psichico e situazioni di urgenza prettamente clinica specialistica

Tutte le situazioni di urgenza si manifestano con comportamenti che, in diversa maniera, possono mettere in crisi il sistema penitenziario e possono porre rischi sulla incolumità del paziente, degli altri detenuti e del personale penitenziario e sanitario. Sono pertanto situazioni su cui la pressione ambientale (istituzionale e dei singoli operatori coinvolti nel sistema di sorveglianza-educazione-assistenza) ad "agire" può diventare molto elevata, soprattutto laddove il detenuto assuma comportamenti antisociali e/o manipolativi.

È quindi opportuno in prima istanza poter differenziare le tre tipologie di "urgenza" al fine di attuare successivi comportamenti professionali appropriati e corretti, non deformati dagli elementi confondenti legati alla contingenza della richiesta.

L'inquadramento clinico attraverso il colloquio, laddove possibile e, in ogni caso, attraverso l'osservazione clinica comportamentale, deve esitare nella identificazione di una delle seguenti fattispecie:

- a) *Pseudo urgenza clinica*: situazione di crisi ambientale non legata a fattori propriamente clinici, evidenziabile anche con apporto delle osservazioni e dei riferiti del personale dell'amministrazione penitenziaria (polizia ed educatori); in questi quadri si possono ravvisare, anche in modo alternativo, eventi significativi delle ultime 24/48 ore (comunicazioni dai familiari, esiti di udienze, referti medici, provvedimenti penali, ecc), ovvero comportamenti agiti a scopo protestatario e/o manipolativo. Pertanto è basilare non solo una diretta osservazione comportamentale ma anche una

ricostruzione anamnestica prossima rilevabile da differenti fonti dirette ed indirette, tra cui la cartella clinica.

- b) *Urgenza Pseudopsichiatrica o Mista*: condizioni secondarie ad un disturbo organico, ovvero copresenza di sintomi somatici e psichici con priorità della componente somatica. In questo caso il sanitario valuta se si tratti di una condizione di Emergenza per la quale occorre invocare lo Stato di Necessità (art.54 C.P.). Per tale approfondimento diagnostico è opportuno fare riferimento ai dati clinico-organici rilevabili anche dalla cartella sanitaria individuale e alle fasi/momenti dell'esame obiettivo praticabile. In questo raggruppamento rientrano (a titolo esemplificativo, ma non esauriente) le seguenti condizioni cliniche:
- Intossicazione o astinenza da sostanze o alcool
 - Distonie acute iatrogene
 - Stati confusionali di origine organica: malattie neurologiche, diabete, insufficienza renale o epatica, BPCO.
- c) *Urgenza di pertinenza dei Servizi per la Salute Mentale*, corrispondente ai quadri clinici direttamente correlati a disturbi mentali. Di seguito vengono elencate le diagnosi nosografiche che più frequentemente possono corrispondere a tali quadri, evidenziabili in urgenza (acuzie):
- Gravi attacchi di panico con somatizzazioni
 - Quadri di conversione somatica (urgenza pseudosomatica)
 - Disturbo d'ansia generalizzato
 - Reazioni acute da disadattamento: dissociazioni, stati crepuscolari
 - Gravi sindromi depressive
 - Disturbi di Personalità con discontrollo comportamentale
 - Mania Acuta
 - Psicosi delirante-allucinatoria (Bouffée Delirante)
 - Psicosi Schizofrenica o Schizoaffettiva in fase di scompenso
 - Psicosi paranoide
 - Sindrome di Ganser (rara)
 - Vertigine da Uscita (gravi stati d'ansia in prossimità della scarcerazione)
 - Disturbi Alimentari con grave rischio attuale di vita

In tutte le condizioni di urgenza, la principale ed immediata attenzione va posta nei confronti dell'identificazione del rischio suicidario. E' consigliabile tener conto del fatto che, in caso di ideazione autosoppressiva manifesta o deducibile dal comportamento, il rischio è aumentato, anche in assenza di una progettualità suicidaria, in presenza di agitazione psicomotoria, tratti di impulsività, vissuti radicati e impermeabili alla critica sul versante della colpa- rovina- vergogna.

CASO 2. Valutazione diagnostica non in condizioni di acuzie/urgenza

Viene effettuata di norma dall'équipe multidisciplinare per conoscere / comprendere le condizioni del paziente in ordine ad alcune dimensioni e formula una ipotesi di funzionamento psichico (diagnosi funzionale, nosografica, strutturale).

Le dimensioni indagate riguardano:

- Salute individuale generale. La salute intesa nelle sue diverse componenti, sia come effettive condizioni fisiche attuali e pregresse, sia come consapevolezza e rappresentazione del proprio stato fisico
- Stato psichico
- Relazioni affettive familiari sociali
- Situazione Giuridico penale
- Relazione terapeutica

Per ogni dimensione si fa riferimento alle condizioni attuali e pregresse.

I metodi di indagine prevedono:

- a. colloquio clinico,
- b. osservazione diretta (con eventuale esame obiettivo),
- c. somministrazione di test e questionari,
- d. analisi documentale.

Le azioni comprendono una gamma di atti clinici, che possono concorrere a indagare sulle dimensioni selezionate.

Il quadro sinottico tra dimensioni e azioni, di seguito riportato, può fungere da supporto e guida ai singoli professionisti e all'intera equipe per verificare la completezza del proprio operato; per valutare ogni dimensione, i singoli professionisti e l'equipe nel complesso, utilizzeranno i diversi metodi di indagine disponibili.

VALUTAZIONE DIAGNOSTICA, in funzione delle dimensioni osservate e delle azioni

DIMENSIONI	AZIONI (riferibili ai diversi metodi di indagine: <i>colloquio clinico, osservazione diretta con eventuale esame obiettivo, somministrazione di test e questionari, analisi documentale</i>)
Salute individuale generale	Anamnesi prossima e remota individuale, con attenzione su storie di abuso o dipendenza da sostanze Esame dei parametri vitali Valutazione condizioni organiche patologiche (deficit neurologici)
Stato psichico	Rivalutazione rischio suicidario Valutazione status Valutazione pregressi atti autolesionistici Scala diagnostica BPRS Eventuali altri strumenti psicodiagnostici ritenuti utili per approfondimento clinico su singolo caso
Relazioni affettive familiari sociali	Anamnesi familiare, con attenzione su patologie psichiche e disturbi da uso di sostanze Analisi reti e risorse esterne
Situazione Giuridico penale	Anamnesi storia legale / detentiva
Relazione terapeutica	Analisi dei precedenti trattamenti e delle diagnosi già formulate Richiesta di documentazione clinica presso altri servizi di salute mentale (CSM, Residenzialità e Semiresidenzialità, REMS, SPDC, TSMREE) Modalità di relazione con il clinico

L'equipe multidisciplinare si rapporterà sul singolo caso, se lo ritiene necessario, sia con il Servizio per le Dipendenze (SERD) che con i medici del servizio di assistenza sanitaria in ambito penitenziario (Medicina di base, Continuità Assistenziale, Specialistica).

Durante la fase diagnostica è particolarmente opportuna la presenza di Mediatori culturali, al fine di consentire un corretto inquadramento delle problematiche e di favorire il rapporto fiduciario tra il paziente straniero ed il servizio.

Al termine della valutazione si elabora l'orientamento diagnostico per la definizione del profilo individuale (con riferimento a diagnosi funzionale, strutturale e nosografica) e del Piano di Trattamento Individualizzato, nel caso di presa in carico, con discussione in équipe per i Trattamenti integrati. In questo caso vengono individuate le singole figure professionali ed il relativo case manager.

L'orientamento diagnostico, almeno per ciò che concerne i principali inquadramenti nosografici, deve essere evidentemente riportato in cartella clinica e nelle eventuali relazioni cliniche laddove richieste.

Pertanto la valutazione può esitare in:

CONCLUSIONI	
Si propone	
PIANO DI INTERVENTO:	
<input type="checkbox"/>	CONSULENZA: (Eventuali consulenze su richiesta; non necessario, al momento, Trattamento terapeutico continuativo)
<input type="checkbox"/>	ASSUNZIONE IN CURA: con Trattamento farmacologico sintomatico continuativo, con monitoraggio con Trattamento psicologico, con monitoraggio
<input type="checkbox"/>	PRESA IN CARICO INTEGRATA: con Piano di Trattamento individualizzato ed integrato, con presa in carico multidisciplinare
<input type="checkbox"/>	SPECIFICHE, PRESCRIZIONI, SUGGERIMENTI: - Richiesta invio/ trasferimento in sezioni specifiche ai sensi degli artt. 111, 112, 148 - Suggerimenti di collocazioni in particolari collocazioni in Istituto (cella liscia, cella con peer supporter, infermeria, ecc...) - Richiesta di Misura di Sorveglianza

Nel caso di Presa in carico integrata, l'equipe di riferimento redige il Piano di Trattamento Individualizzato, comprensivo di obiettivi terapeutici, da comunicare e concordare con il paziente, laddove possibile. La condivisione dell'obiettivo di cura, infatti, aumenta il livello di compliance e di competenza del paziente rispetto al proprio stato di salute, tanto più in stato di restrizione della libertà. (ALLEGATO PTI)

Definizione degli Obiettivi di Trattamento (in funzione del Profilo clinico diagnostico) (Allegato n. 4):

- Area problema: **Relazione terapeutica** – Obiettivi:
 - Aumento compliance trattamento
 - Costruzione alleanza terapeutica
- Area problema: **Sintomatologia** – Obiettivi a breve e medio termine:
 - Miglioramento sintomatologia psicotica
 - Miglioramento equilibrio timico
 - Miglioramento sintomatologia ansiosa
 - Miglioramento controllo degli impulsi
 - Miglioramento ritmo sonno-veglia
 - Miglioramento sintomatologia da Disturbo Comportamento Alimentare (DCA)
- Area problema: **Sintomatologia** – Obiettivi lungo termine:
 - Individuazione dei problemi connessi a sintomatologia iniziale
 - Raggiungimento di un diverso equilibrio psichico
- Area problema: **Cognizione - affettività - relazionalità** – Obiettivi:
 - Miglioramento relazioni con ambiente interno
 - Miglioramento relazioni con ambiente esterno
 - Miglioramento capacità/stabilità cognitivo-affettiva
- Area problema: **Progettualità** – Obiettivi:
 - Apprendimento abilità tecnico professionali
 - Partecipazione a programmi di reinserimento
- Area problema: **Gestione della salute fisica** – Obiettivi:
 - Miglioramento cura del sé

- Miglioramento cura salute generale
- Riduzione misuso psicofarmaci

Le conclusioni valutative diagnostiche, la proposta del Piano di Trattamento Individualizzato collegata agli specifici obiettivi sono illustrati al paziente e condivisi con lo stesso.

Al termine della fase sono pertanto fissati gli appuntamenti previsti dal Piano di Trattamento Individualizzato.

Attività previste

- Colloquio e osservazione psicologica
- Visita e colloquio psichiatrico
- Somministrazione questionari/test
- Colloquio sociale
- Discussione del caso in equipe
- Redazione profilo individuale con diagnosi
- Contatto con servizi territoriali di riferimento
- Redazione Piano di Trattamento Individualizzato, con indicazione del Case Manager
- Restituzione della valutazione al paziente e condivisione Piano di Trattamento Individualizzato
- Richieste di invio/trasferimento in altri Istituti/sezioni

Documentazione

- Scale e strumenti psicodiagnostici
- Modulo PTI a cura delle ASL di competenza territoriali con definizione Obiettivi (vedi Allegato n. 4)
- Cartella clinica
- Modulo richiesta di invio/trasferimento

4. PIANO DI TRATTAMENTO (Assunzione in cura, Presa in carico integrata, Trattamento di urgenza)

Finalità

Assicurare ai soggetti assunti in cura o con presa in carico integrata, un trattamento appropriato che possa prevedere pertanto una assegnazione del caso a singola competenza professionale, ovvero una presa in carico multidisciplinare.

Nel caso di presa in carico integrata si realizza quanto previsto nel Piano di Trattamento Individualizzato, concordato (laddove possibile) con il paziente ed articolato per tipologia di interventi nell'ottica di risultato.

Processo

Al termine della Valutazione diagnostica il caso viene assegnato a specifici professionisti, con individuazione del case manager (in caso di presa in carico integrata).

Ogni trattamento, sia monoprofessionale sia integrato, prevede un raccordo con le restanti aree sanitarie: area medico infermieristica generale e Servizio per le Dipendenze (SerD)

• ASSUNZIONE IN CURA:

Trattamento farmacologico sintomatico continuativo, con monitoraggio

Psichiatra:

- stabilisce il piano farmacologico, trascrivendolo anche nella cartella sanitaria generale del detenuto;
- comunica il piano prescritto al servizio infermieristico, al fine di assicurare la corretta somministrazione della terapia;
- stabilisce la frequenza delle visite/controlli, comunicando i successivi appuntamenti al paziente; per quanto possibile, garantisce la continuità del rapporto terapeutico;
- effettua le visite mediche, programmate o su richiesta;
- in ogni caso, ogni psichiatra in turno, risponde alle richieste emergenti negli intervalli tra gli appuntamenti, nel rispetto della relazione terapeutica laddove esistente; pertanto è raccomandata la comunicazione tra psichiatri per i cambiamenti terapeutici significativi;
- segnala allo psicologo eventuali necessità di consulenza occasionale o di necessità di nuova valutazione;
- prescrive accertamenti di laboratorio e strumentali, necessari al monitoraggio del Piano terapeutico;

Infermiere:

- prepara e somministra le terapie previste, assicurandosi della corretta assunzione;
- provvede a segnalare (con le modalità in essere in ogni Istituto penale) qualsiasi eventuale criticità / rifiuto / difficoltà nella somministrazione medesima;

Trattamento esclusivamente psicologico, con monitoraggio

Psicologo:

- stabilisce il piano di trattamento psicologico, trascrivendolo nella cartella sanitaria generale del detenuto;
- stabilisce la frequenza dei colloqui, comunicando i successivi appuntamenti al paziente;
- effettua colloqui individuali, supportivi o strutturati in trattamento psicoterapeutico, anche breve e/o focale;
- predisporre ed attua, laddove possibile, trattamenti terapeutici / supportivi in gruppo;
- segnala allo psichiatra eventuali necessità di consulenza specialistiche occasionale o di necessità di nuova valutazione.

- **PRESA IN CARICO INTEGRATA**

Trattamento integrato, con presa in carico multidisciplinare

Nel Trattamento integrato, appropriato per i casi complessi, viene identificata la composizione dell'équipe e più figure professionali intervengono in modo coordinato tra loro, nel rispetto delle singole competenze.

Il trattamento è orientato ad obiettivi (vedi fase precedente di valutazione diagnostica) e contempla alcune linee di azioni ad essi collegati:

- **Relazione terapeutica – Obiettivi:** Aumento compliance trattamento, Costruzione alleanza terapeutica.
Si raccomanda:
 - attenzione verso strategie mirate a favorire la costruzione di una relazione terapeutica (modalità di ascolto e di feedback);
 - individuazione di specifiche figure di riferimento, con eventuali colloqui congiunti;
 - programmazione di appuntamenti articolati sulle caratteristiche di funzionamento psicorelazionale del paziente (resistenza, disponibilità, sospettosità, reattività agli stimoli);
 - attivazione mediazione culturale (attraverso l'intervento del mediatore culturale o la collaborazione di operatori o detenuti utilizzabili in tal senso);
 - cura nella comunicazione con altre aree per favorire risposte a bisogni sanitari e sociali.
- **Sintomatologia – Obiettivi a breve e medio termine:** Miglioramento sintomatologia psicotica, equilibrio timico, ansia, controllo degli impulsi, ritmo sonno-veglia, disturbo del comportamento alimentare. **Obiettivi lungo termine:** Individuazione dei problemi connessi a sintomatologia iniziale, Raggiungimento di un diverso equilibrio psichico.
Si raccomanda:
 - impostazione di un adeguato programma psicofarmacologico, con eventuale rivalutazione delle terapie farmacologiche precedenti, concordato, per quanto possibile, con il paziente nell'obiettivo di tenere in considerazione le eventuali necessità o intolleranze espresse dal detenuto stesso (rifiuto di specifici farmaci per precedenti esperienze, intolleranza alla sedazione, particolari timori di aumento ponderale);
 - attenzione alla copresenza di altre patologie con conseguente necessità di polifarmacoterapia, con particolare riferimento a congiunti trattamenti in terapia agonista per oppiacei;
 - impostazione di adeguato programma di supporto psicologico per sviluppo di capacità di gestione del sintomo e di controllo dei comportamenti disfunzionali;
 - costante collegamento con le altre aree sanitarie (di base e specialistiche) e con le aree penitenziarie educative e della sorveglianza, per una gestione congiunta e coordinata del paziente complesso.
- **Cognizione - affettività - relazionalità – Obiettivi:** Miglioramento relazioni con ambiente interno, con ambiente esterno, capacità/stabilità cognitivo-affettiva.
Si raccomanda:
 - elaborazione di un progetto di sostegno psicologico e, laddove realizzabile, di percorso psicoterapeutico, orientato a processi di cambiamento contestualizzati nell'ambiente carcerario;
 - programmi di terapia di gruppo quale strumento trasformativo e migliorativo della qualità delle relazioni personali di particolare utilità nell'ambiente collettivo di vita;

- impostazione di adeguato programma di supporto psicologico per attivazione delle risorse, elaborazione dei vissuti, sviluppo di capacità di coping, di gestione degli eventi stressanti;
 - inserimento in liste di pazienti supportati da pari, che saranno formati, coordinati e supervisionati dagli specialisti in appositi programmi dedicati;
 - costante collegamento con le aree penitenziarie educative e della sorveglianza, per una gestione congiunta e coordinata del paziente complesso, per realizzazione di processi di cambiamento.
- **Progettualità** – Obiettivi: Apprendimento abilità tecnico professionali, Partecipazione a programmi di reinserimento.
Si raccomanda:
 - programmazione di un Trattamento Riabilitativo, fino alla formazione professionale vera e propria, in collaborazione con l'Area Trattamentale e le Associazioni di volontariato per sviluppare abilità residue e riattivare capacità quiescenti o regredite, evenienza, quest'ultima, che si determina facilmente nel contesto restrittivo penitenziario. Nelle prime fasi è necessario sottoporre il paziente a stimoli progressivamente attivanti, dopo aver approfondito le capacità e le competenze in suo possesso, nonché la presenza di interessi specifici (ambito di attività manuali, piccole ambizioni culturali) e di necessità terapeutiche quali, ad es. l'esigenza di migliorare la socializzazione e di superare la paura dell'Altro;
 - supervisione clinica delle attività riabilitative, fondamentale per calibrare le stimolazioni e valutare le risposte individuali;
 - collaborazione, laddove possibile, alla elaborazione del Piano annuale di Istituto e partecipazione alle attività coerenti con le finalità di cura del paziente psichiatrico.
 - **Gestione della salute fisica** – Obiettivi: Miglioramento cura del sé e della salute generale, Riduzione misuso psicofarmaci.
Si raccomanda:
 - informazione ed educazione sanitaria alla cura di sé, anche con management infermieristico;
 - rilevazione parametri vitali e prescrizione accertamenti sanitari, in accordo con Area Sanitaria;
 - osservazione e monitoraggio, anche in collaborazione con personale di polizia Penitenziaria, dei comportamenti della vita quotidiana in relazione alla cura di sé e/o al misuso di farmaci;
 - verifica e monitoraggio infermieristico sulla corretta assunzione degli psicofarmaci prescritti, e laddove necessario, somministrazione a vista degli stessi;
 - collaborazione e coordinamento con i colleghi del SerD per verifica congiunta di misuso farmaci agonisti

Si raccomandano inoltre alcune linee di attività trasversali rispetto ai piani di intervento e di obiettivi specifici, quali:

- organizzazione dei contatti con i servizi sanitari di riferimento esterni, per garantire la continuità delle cure;
- cura dei rapporti con i familiari, previa autorizzazione da parte del paziente, per la comunicazione di notizie che lo riguardano; laddove necessario e possibile, supporto alla rete familiare per attivazione delle risorse di sostegno ambientale;
- organizzazione dei contatti con le istituzioni non sanitarie del territorio, con particolare riferimento all'UEPE;

- verifica e confronto sulla collocazione più idonea, a seconda delle fasi del disturbo: sezione comune, sezioni specifiche, cella con detenuto peer supporter;
- promozione e partecipazione a riunioni periodiche dell'équipe interistituzionale intese come essenziali momenti di confronto e coordinamento tra tutte le figure istituzionali interessate: équipe per la salute mentale, équipe SerD, area sanitaria, area Educativa Trattamento, Polizia Penitenziaria e, laddove possibile, direzione di Istituto. Si tratta di momenti cruciali per il raggiungimento degli obiettivi di cura perché non solo permettono un monitoraggio reale del decorso clinico ed una revisione dinamica e significativa del PTI ma diventano luogo virtuale, e insieme concretissimo, di condivisione di intenti, di formazione sul campo e di integrazione evolutiva di aree funzionali altrimenti isolate: quindi, quale luogo di promozione del benessere di detenuti e operatori.

Trattamento in Urgenza

Linea aspecifica è rappresentata dagli interventi in regime di urgenza/emergenza che possono verificarsi sia in pazienti non già in carico sia in pazienti con trattamento monoprofessionale o integrato.

In funzione della valutazione effettuata in concomitanza dell'episodio in acuzie si delineano le seguenti tipologie di trattamento:

- Pseudo urgenza clinica (situazione di crisi ambientale non legata a fattori propriamente clinici): attraverso un intervento di ridefinizione del contesto, il sanitario può ricondurre l'ambiente ad una situazione di equilibrio, attraverso la decodificazione dell'evento critico in termini di reazione ad evento stressante, interno o esterno. Tale rilettura può essere condotta direttamente con il paziente, ma anche con il personale penitenziario (risignificazione del comportamento). Ciò può consentire al detenuto di ritrovare una condizione di padronanza comportamentale e al contesto di rilevare l'insussistenza di un fondamento psicopatologico e/o clinico in senso generale; tale intervento non esclude l'utilizzo contestuale e temporaneo di supporto psicofarmacologico.
- Urgenza Pseudopsichiatrica (condizioni secondarie ad un disturbo organico) o Mista (copresenza di sintomi somatici e psichici con priorità della componente somatica): il sanitario, a seguito della valutazione effettuata, attiva interventi sanitari di tipo non psichiatrico, che in condizione di Emergenza possano condurre ad invocare lo Stato di Necessità (art.54 C.P.) con accompagnamento coattivo del paziente c/o il nosocomio più vicino.
- Urgenza di pertinenza dei Servizi di salute mentale:
 - o in caso di condizioni legate a patologia di tipo ansioso, con eventuali somatizzazioni: terapia farmacologica di tipo ansiolitico, laddove accettata, e/o colloquio psicologico-sanitario di supporto e tranquillizzazione. Successive valutazioni di area psicologico-psichiatrica;
 - o in caso di condizioni legate a patologie di maggiore gravità, le opzioni decisionali possono essere orientate secondo il seguente schema:
 - a) *condizioni organiche accettabili e necessità di terapia psicofarmacologica urgente con consenso del paziente* e possibilità di rinvio ad un approfondimento diagnostico successivo per valutare la necessità di ricovero: se il paziente accetta la terapia, con esito positivo, o si riduce il livello di instabilità clinica grazie ad un colloquio psicologico mirato, si programma una Presa in carico integrata ed intensiva e si richiede una Misura di Sorveglianza (Grande, Grandissima o a Vista), possibilmente evitando la collocazione in cosiddetta "cella liscia" cioè