

**LINEE DI INDIRIZZO REGIONALI PER LA SALUTE IN CARCERE**

**1 - QUADRO NORMATIVO GENERALE**

**2 - SALUTE IN CARCERE IN UMBRIA: STATO ATTUALE E STRUTTURE PENITENZARIE**

**3 -IL MODELLO REGIONALE PER LA SALUTE IN CARCERE**

- Assistenza primaria
- Referente Aziendale Salute in Carcere
- Assistenza specialistica
- Assistenza Infettivologica
- Assistenza odontoiatrica
- Assistenza Farmaceutica

**4 -TUTELA DELLA SALUTE DELLE DETENUTE E DELLA LORO PROLE**

**5 -LA SALUTE MENTALE NEGLI ISTITUTI PENITENZIARI**

**6 -LE DIPENDENZE NEGLI ISTITUTI PENITENZIARI**

**7 -L'ATTIVITA' DEL DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE NEGLI ISTITUTI PENITENZIARI**

**8 -ATTIVITA' CERTIFICATIVA NEGLI ISTITUTI PENITENZIARI**

**9 -TRASPORTI A MEZZO AMBULANZA**

**10 -SISTEMA INFORMATIVO E CARTELLA CLINICA INFORMATIZZATA**

**11 -TECNOLOGIA/TELEMEDICINA**

**12 -RISERVATEZZA E TRATTAMENTO DATI**

**13 -LA FORMAZIONE**

**14 -IL PIANO ATTUATIVO LOCALE DELLA SALUTE IN CARCERE**

## 1. QUADRO NORMATIVO GENERALE

La salute è un diritto primario riconosciuto a tutti indistintamente. Ad ogni individuo, sia esso cittadino libero o detenuto, deve essere garantito il principio della parità del trattamento in tema di assistenza sanitaria.

Il decreto legislativo 230/99 (artt. 17-20) nel decidere il riordino della salute in carcere ha definito le competenze delle Regioni sulle funzioni di programmazione e di organizzazione dei servizi sanitari negli istituti penitenziari ed il controllo sul funzionamento dei servizi medesimi.

La riforma del Titolo V della Costituzione stabilisce che la tutela della salute è materia di legislazione concorrente, l'organizzazione dei servizi sanitari è invece materia di legislazione regionale: è quindi compito delle Regioni definire nel proprio territorio le politiche di Tutela della Salute dei cittadini e l'organizzazione dei servizi sanitari.

Il riordino della tutela della salute in carcere, di cui al decreto legislativo 230/99, ha trovato la sua attuazione del DPCM 1/4/2008, attraverso il quale sono state indicate le modalità ed i criteri per il trasferimento al SSN delle funzioni di sanità penitenziaria in capo all'Amministrazione Penitenziaria. L'Umbria all'indomani dell'entrata in vigore del DPCM sopra citato ha recepito la norma con proprio atto n. 682 del 9/6/2008 ed ha istituito l'Osservatorio permanente sulla salute in carcere con rappresentanti della direzione regionale, delle aziende sanitarie locali e dell'amministrazione penitenziaria al fine di concertare i programmi di intervento socio-sanitari e monitorare e valutare l'efficacia e l'efficienza degli interventi a tutela della salute dei detenuti e internati sottoposti a provvedimento penale, garantendo nel contempo l'efficacia delle misure di sicurezza.

Nello specifico le fasi operative possono essere così riassunte:

1) DGR 682 del 9.6.2008 "Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie in attuazione del DPCM 1 aprile 2008 pubblicato in GU n. 126 del 30.5.2008 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 beni strumentali in materia di sanità penitenziaria".

2) DGR n. 399 del 30/3/2009 "Indirizzi alle Aziende Sanitarie Locali sulle forme associative della medicina generale convenzionata" nella quale la Giunta prende atto del verbale dell'8 gennaio 2009 del Comitato regionale per la medicina generale relativamente alle incompatibilità dei medici di medicina generale e convenzionati che svolgono l'attività negli istituti penitenziari.

3) Il Piano Sanitario Regionale 2009-2011 approvato con DCR n.298/2009.

## 2. SALUTE IN CARCERE IN UMBRIA: STATO ATTUALE E STRUTTURE PENITENZARIE

- Casa Circondariale di Perugia
- Casa di Reclusione di Spoleto
- Casa Circondariale di Terni
- Casa di reclusione di Orvieto

### Rilevazione presenze detenuti (dati a febbraio 2010)

ISTITUTO	PRESENZA
Orvieto	99
Perugia	508
Spoletto	577
Terni	300
<b>TOTALE</b>	<b>1484</b>

Un dato abbastanza significativo è rappresentato dalla percentuale di detenuti in Umbria sulla media nazionale. La popolazione detenuta al febbraio 2010 in Umbria rappresenta il 0,16% della popolazione a fronte di una media nazionale pari al 0,12%. Si registra quindi una percentuale di detenuti presso gli istituti umbri del 30% superiore a quella italiana. Se disaggregiamo il dato per ASL la situazione è la seguente:

Azienda	Popolazione	Presenza	%
ASL 2	368.141	508	0,14%
ASL 3	161.397	577	0,36%
ASL 4	230.166	399	0,17%

### 3. IL MODELLO REGIONALE PER LA SALUTE IN CARCERE

Il gruppo tecnico di coordinamento composto dai tre referenti aziendali (ASL 2 dott.ssa Valeria Matteucci, ASL 3 dott.ssa Simonetta Antinarelli, ASL 4 dott. Piero Freda) e due referenti della Direzione Sanità e Servizi Sociali (dott. Marcello Catanelli, dott.ssa Michaela Chiodini) ha come obiettivo la definizione di un modello "a rete" da utilizzare come riferimento per trasferimenti con motivazioni sanitarie, che individui le attività sanitarie di base e specialistiche e sia atto a garantire, nei vari livelli di complessità del sistema penitenziario regionale, i collegamenti funzionali tra i nodi della rete. Dovrà essere rivolto inoltre a massimizzare la qualità delle prestazioni da erogare; qualità che potrà essere raggiunta nei termini di valorizzare/ottimizzare l'efficienza ed efficacia del modello organizzativo da proporre, rapportandolo alle risorse economiche disponibili.

Si ritiene inoltre, anche alla luce di quanto sopra esposto, la necessità di integrare il gruppo tecnico di cui sopra con i Dipartimenti delle Dipendenze e con i Dipartimento della Salute Mentale. Il Coordinamento del gruppo di lavoro rimane alla Direzione Regionale Sanità. Le proposte del gruppo passeranno poi alla discussione dell'Osservatorio Regionale per la Salute in carcere.

Negli Istituti penitenziari le ASL devono garantire una rete adeguata di assistenza primaria comprensiva anche di prestazioni legate all'emergenza-urgenza e assistenza specialistica.

Resta ugualmente a carico delle Aziende la prevenzione e la cura del disagio psichico e la presa in carico delle problematiche legate all'abuso di sostanze.

Tali specifici campi di intervento devono prevedere l'integrazione dei Dipartimenti di Salute Mentale e delle Dipendenze

#### Assistenza primaria

Gli Istituti penitenziari sono Presidi Territoriali Distrettuali. Il Distretto Sanitario risulta l'articolazione organizzativa della ASL garante dell'equità di cura, della piena parità di trattamento e della presa in carico dell'utente nei suoi bisogni sanitari e socio-sanitari.

La reclusione e le misure di sicurezza imposte dal regime carcerario impongono un'assistenza primaria comprensiva anche di continuità assistenziale e di prestazioni specifiche legate all'emergenza-urgenza.

L'assistenza sanitaria nei penitenziari è funzionalmente afferente al Distretto. L'obiettivo è quello di erogare in modo integrato i diversi percorsi assistenziali e promuovere il coordinamento delle diverse figure professionali presenti, per un progetto assistenziale globale sulla persona nel contesto della detenzione.

La popolazione reclusa risulta estremamente eterogenea, presenta bisogni sanitari e socio-sanitari mutevoli e variabili, spesso non legati all'età anagrafica, in quanto esiti di traumatismi precedenti e di "fragilità" sociale sin dall'infanzia.

Il trasferimento, per motivi di giustizia, da un Istituto all'altro, rappresenta una condizione ostativa per una continuità di cura ed un approccio globale al bisogno sanitario.

Comunque, anche rispetto una permanenza limitata, sin dall'arrivo in Istituto ad ogni detenuto deve essere assegnato un medico curante garante della continuità assistenziale, secondo un'organizzazione del lavoro che tenga conto sia di alcune tipologie (es. assegnazione e pena definitiva) che del numero di ospiti e loro dislocazione in Istituto.

L'organizzazione dell'assistenza primaria deve rispondere ai seguenti parametri di base:

- 1 medico ogni 200/250 detenuti presenti nella fascia oraria 8.00-20.00, ferma restando la copertura del servizio nelle 24 ore (1 unità dalle 20.00 alle 8.00) per gli Istituti di Perugia, Spoleto e Terni.
- 1 referente aziendale per la Sanità Penitenziaria con funzioni di coordinamento delle attività;
- un numero di Infermieri Professionali adeguato all'erogazione di servizi che può svolgere la sua attività sia nelle ore diurne, che nelle 24 ore a secondo della organizzazione del personale sanitario già presente in Istituto. Si può ipotizzare la presenza per turno di n. 1 I.P./150 utenti compresa l'assistenza specialistica (1 unità dalle 20.00 alle 8.00 in caso di turno anche notturno)
- 1 coordinatore infermieristico.

Per Istituti con numero di detenuti inferiore a 200 ospiti la presenza dell'assistenza primaria deve essere garantita nelle 12 ore, con un numero di ore di presenza effettiva non inferiore alle 6 ore/die. L'assistenza delle ore notturne va garantita dal Servizio di Continuità Assistenziale Territoriale e dal Servizio 118.

L'assistenza primaria assicura:

- la visita di 1° ingresso, con particolare attenzione ai detenuti che provengono dalla libertà e che non hanno documentazione medica a seguito. La visita di 1° ingresso viene effettuata dal medico di turno presente;

- il piano assistenziale individuale per patologie cronico-degenerative segnalate comprensivo anche degli approfondimenti diagnostici e specialistici interni all'Istituto ed esterni. Sarà cura del medico di assistenza primaria tenere i rapporti con i reparti ospedalieri in caso di ricovero e/o interventi chirurgici e predisporre quanto necessari per un'adeguata continuità assistenziale tra ospedale e Istituto penitenziario;

- le dimissioni dall'Istituto penitenziario sia nella restituzione alla libertà sia nel trasferimento ad altro Istituto.

Il piano di assistenza individuale va formulato in accordo con il personale infermieristico di riferimento della sezione.

E' compito del medico di assistenza primaria redigere, per i detenuti assegnati, gli aggiornamenti richiesti dalla Magistratura o dalla Direzione della Casa di Reclusione .

I medici di assistenza primaria sono utilizzati anche per garantire nelle 24 ore prestazioni di emergenza evitando, laddove possibile, traduzioni verso il Presidio Ospedaliero.

Rimane , comunque, prioritaria una adeguata presenza del personale di assistenza primaria soprattutto nelle 12 ore diurne, quando maggiore è la richiesta di assistenza.

Considerando la specificità e particolarità delle prestazioni da rendere, per i medici della continuità assistenziale è necessario il possesso della specializzazione in Medicina d'Urgenza e d'Accettazione, o titolo equipollente.

Per i rapporti già in essere in base alla legge n. 740/1970 vale quanto indicato, per le incompatibilità, nella DGR n.399 del 30/3/2009 "Indirizzi alle Aziende Sanitarie Locali sulle forme associative della medicina generale convenzionata".

E' facoltà delle Aziende utilizzare parte dell'orario di servizio del personale di nuova assunzione anche all'interno di servizi territoriali/ospedalieri, al fine anche di evitare un elevato turn-over degli operatori che non permetterebbe una stabile continuità nell'organizzazione sanitaria all'interno degli Istituti Penitenziari.

A tutto il personale dipendente deve essere riconosciuta l'indennità di rischio biologico, in attesa che i Contratti Collettivi Nazionali stabiliscano particolari indennità di rischio.

#### **Referente Aziendale Salute in Carcere**

La figura del Referente Aziendale sostituisce a tutti gli effetti le funzioni del Responsabile Sanitario nel precedente ordinamento della Amministrazione della Giustizia.

Le funzioni da attribuire al referente aziendale sono le seguenti:

- coordinamento delle attività di prevenzione, cura e riabilitazione che si svolgono all'interno degli Istituti;
- responsabilità delle attività del personale operante nell'area sanitaria, in accordo, anche, con la Direzione del Servizio Infermieristico;
- supporto alla Direzione del Distretto ed alla Direzione Aziendale per predisporre procedure condivise con l'Amministrazione Penitenziaria in materia di sicurezza del personale e di integrazione delle attività;
- gestione del budget assegnato per l'assistenza farmaceutica;
- verifica della corretta applicazione dei programmi di assistenza, dei protocolli di intervento definiti a livello aziendale ed a livello regionale e dei percorsi di assistenza per particolari patologie;
- raccordo con i Dipartimenti Salute Mentale, Dipendenze e di Prevenzione, per le attività svolte all'interno dell'Istituto e rivolte alla tutela della salute degli ospiti;
- garantire una corretta integrazione tra l'Istituto Penitenziario e i servizi dei Presidi Ospedalieri di riferimento;
- supporto e proposizione al Servizio Formativo Aziendale per corsi specifici di formazione per il personale, riguardanti, in particolare, percorsi legati alla gestione dell'emergenza-urgenza, aspetti infettivologici, il disagio psichico e le dipendenze;

Il referente aziendale fa parte attiva del gruppo tecnico di coordinamento regionale e dell'Osservatorio Permanente Regionale per la salute in carcere

#### **Assistenza specialistica**

La Salute in carcere deve garantire all'interno degli Istituti una presenza di specialità che collabori con la rete dell'assistenza primaria per rendere possibile la presa in carico dell'ospite e che formuli il piano di assistenza individuale.

Rispetto poi alla presenza degli specialisti negli Istituti al 1° ottobre 2009, valutata la compatibilità contrattuale o meno, le Aziende dovranno riprogrammare, laddove necessario, le prestazioni specialistiche, tenendo conto della necessità di evitare il più possibile spostamenti dei detenuti dal carcere verso strutture esterne. Per alcune specialità ( cardiologia e radiologia) sarebbe opportuno utilizzare, soprattutto nelle situazioni di emergenza, il servizio di telemedicina.

In Istituti con una presenza di ospiti superiore a 250 unità devono essere garantite almeno le seguenti specialità con orari di accesso da valutare in base alle dimensioni dell'Istituto:

- cardiologia;
- dermatologia;
- diagnostica per immagini;
- infettivologia;

- oculistica;
- ortopedia;
- odontoiatra;
- otorino;
- fisiatra.

In base alle caratteristiche dell'Istituto ( Casa Circondariale/ Casa di Reclusione, presenza di detenuti sottoposti al regime di 41-bis,Alta Sicurezza ecc.), al numero degli ospiti presenti e previsti dall'Amministrazione della Giustizia, sarà facoltà delle Aziende prevedere altre figure professionali specialistiche oltre quelle elencate.

La Regione, nelle forme e nei modi previsti dalle normative in materia, può prevedere forme di convenzione con l'Università per l'utilizzo di specializzandi e tirocinanti presso gli Istituti di Reclusione umbri.

### **Assistenza infettivologica**

L'alta presenza di utenti con patologia infettiva ( circa il 25%) impone particolare attenzione alla presenza dello specialista infettivologo che deve ottimizzare l'applicazione dei protocolli in uso per la cura e la prevenzione di complicanze da patologie in particolare virali ( HIV- HCV- HBV) che costituiscono la maggioranza delle patologie presenti, in particolare negli utenti Tossicodipendenti o ex-Tossicodipendenti e di età giovane.

Lo specialista infettivologo segnala, al medico di assistenza primaria, le criticità cliniche che possono insorgere e, concorda l'eventuale proposta di trasferimento in Istituti con sezioni dedicate all'assistenza di patologie infettive ( v.HIV) al fine di garantire un'assistenza specialistica che non può essere garantita in nessun Istituto umbro.

Inoltre lo specialista infettivologo può proporre anche, sulla base di riscontri diagnostici, misure alternative alla detenzione.

Va tenuta alta l'attenzione sulle patologie infettive in carcere, vuoi per l'alto numero di utenti presenti, vuoi per le non adeguate condizioni igieniche in cui versano alcuni Istituti.

Si ritiene che devono essere messe in atto tutte le misure di profilassi approvate scientificamente, in accordo anche con il Dipartimento di Prevenzione Aziendale, al fine di evitare che il sovraffollamento, atti di autolesionismo frequenti e la scarsa igiene personale e collettiva possano determinare un' ulteriore diffusione delle patologie infettive in atto.

La presenza di un numero adeguato di specialisti deve, comunque, permettere, in accordo con il personale di assistenza primaria, la possibilità di seguire adeguatamente le patologie presenti all'interno degli Istituti, riservando il ricorso al ricovero nei Presidi Ospedalieri solo alle vere situazioni di emergenza-urgenza o per interventi programmati con le chirurgie di riferimento.

Risulta, poi, preferibile un'integrazione/collaborazione tra Istituti e Presidi Ospedalieri per garantire percorsi di cura adeguati al pari di altri utenti presenti nel territorio aziendale, rivedendo e riducendo l'invio ai Centri Clinici extra-regionali.

Ben diverso appare la compatibilità o meno, rispetto la patologia esistente, dell'utente di rimanere all'interno dell'Istituto assegnato; l'Istituto deve essere in grado di garantire le cure necessarie o si ravvede la necessità di trasferimento in altro Istituto con più adeguata assistenza sanitaria.

Si ribadisce l'autonomia delle decisioni sanitarie rispetto l'assegnazione dei detenuti nell'Istituto, da parte del Ministero della Giustizia.

In sede di visita di ingresso l'utente può non essere accolto dall'area sanitaria in caso di patologie che richiedano particolare assistenza che non può essere garantita all'interno dell'Istituto. Rimane a carico dell'Amministrazione Penitenziaria l'eventuale nuova collocazione, con indicazioni sanitarie da parte del medico che ha eseguito la visita.

### **Assistenza odontoiatrica**

Ogni Istituto deve garantire assistenza odontoiatrica per tutte le prestazioni LEA con particolare riguardo alle urgenze infettivo-algiche. La presenza dello specialista odontoiatra deve essere commisurata al numero degli ospiti presenti nella misura di almeno n. 10h/settimanali per 200-250/ospiti.

In base alla L.R. n.8/2008 devono essere garantite anche le prestazioni extra-LEA ( tariffario B) tramite convenzioni che le Aziende possono stipulare con professionisti privati.

Possono essere richiesti privatamente dai detenuti la presenza di specialisti odontoiatri di fiducia. In tal caso l'Azienda metterà a disposizione l'uso dei locali , attrezzature e beni strumentali, dietro pagamento, da parte dello specialista di € 30,00/h e con procedure da concordare a livello locale.

### **Assistenza farmaceutica**

La Regione Umbria ha presentato, tra gli obiettivi di Piano Sanitario Nazionale 2009, un progetto, all'interno del "Macro progetto interregionale per livelli assistenziali omogenei e condivisi in ambito penitenziario" sull'erogazione delle prestazioni farmaceutiche relativamente ai farmaci di fascia C (esclusi quindi i SOP e OTC) erogabili ai detenuti secondo quanto previsto dal DPCM 1 aprile 2008, allegato A), analogamente alla fornitura dei medesimi farmaci nelle strutture ospedaliere o ad esse assimilabili, ai detenuti che siano in presenza di specifica indicazione terapeutica

#### **4 - TUTELA DELLA SALUTE DELLE DETENUTE E DELLA LORO PROLE**

Attualmente solo la Casa Circondariale di Capanne ospita una sezione femminile, con annessa una Sezione Nido che accoglie i bambini da 0-3 anni, seguiti da un Pediatra di Libera Scelta.

Alle donne ospiti di Istituti Penitenziari ed alla loro prole è necessario garantire percorsi sanitari di prevenzione, diagnosi precoce e cura, assicurando la stessa assistenza fornita alle donne presenti sul territorio regionale, anche attraverso l'attivazione dei Servizi Consultoriali territorialmente competenti.

Ugualmente ai bambini presenti dovranno assicurarsi percorsi di assistenza pediatrica individualizzati in relazione all'età ed alle esigenze del minore.

#### **5 - LA SALUTE MENTALE NEGLI ISTITUTI PENITENZIARI**

La cura ed il trattamento delle patologie mentali in ambito penitenziario rappresenta uno dei nodi principali sul quale sperimentare ed adeguare modelli assistenziali diversi da quelli finora seguiti.

Ad un modello di psichiatria rivolto soprattutto alla diagnosi e cura farmacologica, deve subentrare un modello che si interessi principalmente della presa in carico dell'utente/detenuto, al pari di ogni altro utente dei nostri DSM.

Attualmente lo psichiatra svolge funzione di consulente specialista della assistenza primaria, pur con una presenza di ore settimanali superiore alle altre specialità. E' scarsamente affiancato dalla presenza dello psicologo, la cui professionalità è rimasta alle dipendenze del Ministero della Giustizia.

L'attività psichiatrica negli Istituti deve portare alla costituzione di una équipe psichiatrica, costituita dallo psichiatra, dal medico di assistenza primaria dell'utente, l'infermiere ed eventualmente lo psicologo e l'educatore sul versante dell'amministrazione penitenziaria, per la presa in carico dell'utente e la formulazione di un progetto che tenga conto anche di bisogni non sanitari, alcune volte espressi, altre volte celati ( problemi familiari, giudiziari, economici ecc.....).

La segnalazione al medico psichiatra può avvenire in due momenti distinti: visita di 1° ingresso e richiesta di consulenza nel corso della detenzione. In entrambi i casi il medico di assistenza primaria può effettuare la segnalazione, ma assume uguale importanza l'I.P. che risulta la figura a più diretto contatto e con maggiore facilità di comunicazione, ad esempio attraverso la distribuzione della terapia farmacologica.

In tutti gli Istituti dovrebbe essere presente il Servizio Nuovi Giunti ( di competenza del Ministero della Giustizia), visto il turn-over degli ospiti ad oggi elevato, indipendentemente dalle caratteristiche degli Istituti.

La segnalazione al medico psichiatra può partire anche dall'osservazione degli operatori del Servizio che hanno un maggiore tempo di colloquio rispetto una visita di 1° ingresso.

Per un'adeguata risposta assistenziale al disagio psichico in carcere è necessario:

- costruire una rete di azioni e di progettualità in cui il " contenimento farmacologico" sia solo un aspetto anche abbastanza marginale ( con anche, quindi, una drastica riduzione dei farmaci specifici) che tenda a far riacquistare una dignità umana vera agli ospiti degli istituti;
- sperimentare nuove forme di counselling psichiatrico, rivolto a gruppi specifici di utenti, con il superamento, in molti casi, del colloquio individuale;
- attuare, in accordo con l'assistenza primaria, una presa in carico globale dell'individuo, nella quale lo psichiatra integra, per le proprie competenze il piano assistenziale individuale;
- creare un rapporto diretto con i DSM di competenza al fine di garantire una continuità assistenziale nelle 24 ore, per tutte le situazioni di emergenza che si possono determinare;
- monitorare da parte dei DSM competenti, a livello regionale, il fenomeno degli episodi anticonservativi, per attuare politiche di prevenzione, tese al recupero ed inserimento sociale del detenuto;
- stabilire un accordo con i Sert di competenza per gli aspetti psichiatrici della "doppia diagnosi", che rimangono in carico al DSM
- attuare una presa in carico dell'utente anche nel ritorno alla libertà, con raccordi con i servizi territoriali di competenza, di fronte all'evidenza di patologia mentale.

In questo quadro risulta inderogabile che gli psichiatri operanti all'interno degli Istituti devono svolgere la loro attività all'interno dei DSM competenti, dedicando una parte del loro orario di servizio negli Istituti.

Si ritiene che per ogni 200 detenuti la presenza delle ore di psichiatria non può essere inferiore a 10 h settimanali.

Sarà compito dei Responsabili dei DSM stabilire modalità operative con le Direzioni Generali delle ASL e con la Direzione Regionale per l'attuazione di quanto sopra indicato.

## **6 -LE DIPENDENZE NEGLI ISTITUTI PENITENZIARI**

Si stima a livello nazionale che il 25% - 30% degli ospiti degli Istituti Penitenziari sono tossicodipendenti o hanno avuto problemi di dipendenza. Sicuramente il dato è sottostimato e rappresenta solo una parte del problema dipendenze all'interno del sistema carcere.

Appare, anche alla luce del D. Lgs. 230/99, che il passaggio delle funzioni nonché del personale in rapporto convenzionale ( Decreto 10 aprile 2002), al SSN relative all'assistenza ai detenuti tossicodipendente, non abbiano apportato modifiche sostanziali rispetto un diverso approccio al problema.

La Regione dell'Umbria con DGR n.1411 del 07.09.2005 ha promulgato linee di indirizzo relative all'assistenza dei detenuti tossicodipendenti negli Istituti penitenziari. La situazione epidemiologica attuale in termini numerici porta ad un'ulteriore riflessione metodologica in quanto circa il 40% dei detenuti provenienti dalla libertà o trasferiti da altri Istituti extra-regionali dichiara di essere tossicodipendente o di essere stato tossicodipendente.

All'interno degli Istituti umbri opera il personale Sert, con modelli organizzativi differenti ed attualmente con presenza di personale sottostimato rispetto le problematiche da affrontare.

Si ritiene anche che una forte integrazione tra i Sert ed i Dipartimenti di Salute Mentale con protocolli e procedure trattamentali comuni, rappresenti la base comune per affrontare il problema tossicodipendenti in carcere.

Questo anche al fine di evitare che ad un trattamento terapeutico legato a farmaci sostitutivi, subentri un trattamento in aumento dei farmaci psichiatrici, senza per nulla lavorare sulla motivazione al cambiamento.

Anche rispetto la motivazione, la carcerazione rappresenta per i detenuti TD o ex-TD un momento particolare di "fragilità" psicologica dove una terapia motivazionale debba essere la base per l'accettazione di misure alternative alla detenzione , dove, poi, lavorare per seguire un percorso anche riabilitativo e di reinserimento sociale.

Inoltre i detenuti con problemi di dipendenza hanno associati quadri patologici infettivi che necessitano di cure ed accertamenti specialistici appropriati, con percorsi di cura alcune volte non adeguati all'interno dell'Istituto Penitenziario.

Al pari della salute mentale è necessario organizzare la presenza in Istituto di una equipe per il trattamento delle dipendenze costituita dal medico di assistenza primaria, dall'I.P. di riferimento, dal medico, psicologo, assistente sociale del Sert, dallo psichiatra ( per i casi definiti di "doppia diagnosi") e dall'educatore assegnato.

Può far parte dell'equipe anche un componente del privato sociale con il quale il sert collabora per la riabilitazione ed il recupero degli utenti presi in carico.

E' fondamentale per un'idonea segnalazione al personale Sert, la visita di là ingresso e i relativi accertamenti da richiedere sia per lo stato di dipendenza sia per gli accertamenti infettivologici da parte del medico di assistenza primaria.

Si rimanda ai Dipartimenti delle Dipendenze la redazione di una procedura di intervento omogenea per tutti gli Istituti rispetto la dichiarazione di tossicodipendenza/alcoldipendenza all'atto della visita di Ingresso sia dalla libertà sia da trasferimento da altro istituto.

Il Dipartimento delle Dipendenze di riferimento può avvalersi di convenzioni con il privato sociale locale per la gestione sanitaria di un reparto detentivo a trattamento avanzato e poi per la proposta di un percorso riabilitativo alternativo alla detenzione, in collaborazione con l'amministrazione della Giustizia. Ciò si rende necessario quando la popolazione detenuta con problemi di dipendenza superi il 20% degli ospiti dell'Istituto.

Spettano ai componenti dell'equipe le seguenti azioni, stabilite con modalità operative stabilite dai Dipartimenti di competenza, in seguito a segnalazione da parte del medico di assistenza primaria o dal servizio nuovi giunti, laddove presente:

- colloquio di conoscenza e di informazione con l'utente;
- valutazione di alcol/tossicodipendenza;
- colloqui di sostegno alla detenzione;
- formulazione di un programma terapeutico con prescrizione di nuova o prosecuzione di terapia farmacologica sostitutiva;
- conoscenza tramite contatti con i Sert di appartenenza di eventuali programmi svolti precedentemente alla detenzione;
- formulazione di programmi terapeutico-riabilitativi intra/extra Istituto Penitenziario.

La certificazione di tossicodipendenza ( D.M. n.186/90) deve considerare l'ampia griglia di situazioni prevista all'interno del decreto e non essere legata solo alla presa in carico da parte del Sert di appartenenza. Il numero crescente della popolazione comunitaria ed extra comunitaria all'interno degli Istituti dell'Umbria con problemi di dipendenza e non

seguiti da servizi di appartenenza necessita di un approfondimento sulla presa in carico da parte del Sert locale, in particolare quando la pena e l'assegnazione risulti definitiva.

E' essenziale per definire il percorso terapeutico-riabilitativo dell'utente certificato dipendente da sostanze/alcol secondo il Decreto :

- favorire la fruizione di misure di affidamento particolare alternative alla detenzione, territoriali o residenziali, attraverso l'inserimento in comunità locali;
- fornire la documentazione necessaria per accedere ai benefici tramite:
  - certificazione di stato di tossicodipendenza stilato secondo procedure uniformi regionali;
  - dettagliare un programma terapeutico riabilitativo, anche per quanto riguarda obiettivi e verifiche;
  - munirsi della condivisione parte dell'utente al programma distinguendo una prima fase legata solo all'adesione ed una seconda fase, anche esterna all'Istituto, legata alla motivazione;
  - definire momenti di confronto tra tutti gli operatori dell'equipe in particolare per gli utenti per i quali è in corso di definizione un programma alternativo alla detenzione;
  - realizzare forme di collaborazione tra i Sert di competenza territoriale, Sert sede di Istituto Penitenziario, le comunità terapeutiche, gli educatori, l'UEPE e la Magistratura di Sorveglianza;
- prevedere la presenza di sezioni a custodia attenuata, in accordo con l'Amministrazione Penitenziaria, negli Istituti dove siano presenti un numero di utenti con problemi di dipendenza superiori al 20% dell'intera popolazione reclusa;
- realizzare la presa in carico di tutti gli utenti che non accedono a misure alternative tramite l'osservazione, la valutazione ed il sostegno psicologico e prevedere programmi riabilitativi anche all'interno dell'Istituto;
- realizzare specifici piani di prevenzione della recidiva penitenziaria con percorsi di uscita guidata in accordo con i Sert territoriali;
- promuovere la distribuzione del naxolone (Narcan) per gli utenti restituiti alla libertà per la prevenzione delle morti da overdose.

Per poter attivare i percorsi sopradescritti, in particolare l'inserimento in strutture di recupero in alternativa alla detenzione per seguire programmi riabilitativi e di reinserimento sociale sarà necessario assegnare al Distretto/dipartimento delle Dipendenze di competenza dell'Istituto un budget aggiuntivo che tenga conto di tutte le situazioni da seguire.

La presenza del personale Sert all'interno dell'Istituto dovrà essere calcolata nella misura di n.10 ore/settimanali di medico Sert; n.20 ore/settimanali di psicologo e n.10 ore/settimanali di assistente sociale ogni 100 detenuti con problemi di dipendenza.

Sarà anche necessario prevedere , in accordo con il DSM competente, l'utilizzo di n. 10 ore /settimanali di psichiatria ulteriori per le problematiche legate alla "doppia diagnosi".

## **7 - L'ATTIVITA' DEL DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE NEGLI ISTITUTI PENITENZIARI**

Le attività dei Dipartimenti di Prevenzione all'interno degli Istituti Penitenziari devono avere tre obiettivi principali:

- la verifica delle condizioni igienico-sanitarie degli Istituti;
- la prevenzione e la profilassi delle malattie infettive;
- svolgimento di progetti di educazione alla salute.

La verifica delle condizioni igieniche si attua attraverso le visite ispettive, almeno trimestrali, che oltre a rispondere a finalità istituzionali, devono costituire l'occasione per effettuare ( o aggiornare) l'analisi dei rischi per la salute e ambientali, alimentari, degli ambienti di lavoro , infettivi ecc..

I Dipartimenti di Prevenzione interessati, coordinati dal Dirigente Regionale del Servizio Prevenzione, dovranno concordare procedure e modalità di intervento omogenei in tutti gli Istituti Penitenziari.

La tematica inerente gli aspetti autorizzativi dei locali sanitari negli Istituti è oggetto di approfondimento a livello nazionale.

Ad oggi non è stata firmata alcuna convenzione da parte delle ASL che regoli il passaggio degli locali sanitari alle Aziende.

Ugualmente l'ampia diffusione delle malattie infettive all'interno degli Istituti, nonché il sovraffollamento impongono un protocollo di intervento omogeneo che tenga conto:

- della notifica dei casi di malattia infettiva;
- raccolta di tutte le notizie epidemiologiche ;
- gestione degli interventi in ambito comunitario in seguito a segnalazione provenienti dall'Istituto;
- eventuali vaccinazioni raccomandate in relazione all'età, condizione, appartenenza a categorie di rischio o campagne di vaccinazione specifiche per la popolazione detenuta.

Va aggiornata la procedura dello screening della tubercolosi, valutando la possibilità di controlli di secondo livello, quali la radiografia e visita specialistica, considerando anche il periodo di permanenza dell'ospite nell'istituto.

Uguualmente vanno aggiornati le procedure di screening per le malattie a trasmissione sessuale e/o iniettiva.

Alla popolazione degli Istituti devono essere offerti gli screening oncologici, secondo le modalità dei programmi regionali.

Le Aziende dovranno curare interventi e programmi di informazione/educazione alla salute, in ambito penitenziario, estendendo le iniziative già attive sul territorio, tenendo conto delle esigenze degli Istituti Penitenziari.

Sarà cura della Direzione Regionale Prevenzione redigere, in occasione di situazioni nazionali di emergenza (es. pandemia influenzale, ondate di calore ecc...) indicazioni specifiche volte alla salvaguardia della salute degli ospiti degli Istituti.

## **8 - ATTIVITA' CERTIFICATIVA NEGLI ISTITUTI PENITENZIARI**

Spetta al medico di Assistenza Primaria, per i detenuti a lui assegnati:

- la certificazione di nulla osta a qualunque tipo di traduzione, se richiesta dalla Direzione dell'Istituto, tenendo conto dello stato fisico e psichico dell'ospite;
- la certificazione di infortunio sul lavoro rilasciata nell'arco delle 24 ore dall'evento, sui moduli INBAIL. Analoga certificazione dovrà essere prodotta in caso di proseguimento della prognosi;
- la certificazione dell'idoneità ad attività fisica all'interno dell'Istituto;
- la certificazione dello stato di malattia dell'ospite lavoratore, che dovrà essere rilasciata indicando sempre la data di inizio e fine della malattia, con decorrenza dalla data di certificazione della stessa;
- la certificazione relativa all'applicazione dell'isolamento e/o a provvedimenti stabiliti in sede di Consiglio di Disciplina, senza che il medico partecipi alle sedute stabilite dalla Direzione dell'Istituto in quanto non rientrante in prestazioni di natura sanitaria;
- le relazioni sanitarie su richiesta dell'Amministrazione Penitenziaria e/o dell'autorità giudiziaria fornendo informazioni complete sullo stato di salute e rispondendo alla specifica richiesta in caso di quesito mirato;
- i pareri in ordine alla compatibilità con la detenzione su richiesta della Autorità Giudiziaria o d'iniziativa, ponendo attenzione solo ed unicamente ai casi nei quali la detenzione pregiudichi lo stato di salute dell'ospite;
- il referto medico obbligatorio in caso di lesioni rilevate nel corso della visita di primo ingresso o di eventi traumatici verificatisi nel corso della detenzione con esplicitazione della compatibilità delle lesioni riscontrate con la dichiarazione rilasciata dal detenuto.

Le certificazioni necessarie per gli interventi rivolti alla Polizia Penitenziaria, nel rispetto di quanto previsto nell'Accordo emanato dalla Conferenza Unificata Stato-Regioni il 29.10.2009, verranno rilasciate dai Servizi di Medicina Legale delle ASL competenti, al di fuori degli Istituti Penitenziari.

I medici che svolgono la loro attività all'interno degli Istituti Penitenziari non possono rilasciare perizie di parte, né attestazioni valutative ai detenuti, ai familiari ed agli avvocati difensori, ai quali sarà consentito richiedere copia del diario clinico, adottando la procedura seguita dalla Azienda USL.

## **9 - TRASPORTI A MEZZO AMBULANZA**

I medici di assistenza primaria possono prescrivere, per particolari situazioni sanitarie, trasporti a mezzo ambulanza. La spesa per traduzioni di natura sanitaria (es. ricoveri ospedalieri, visite specialistiche esterne, ricoveri presso CDT, trasferimenti in altri istituti richiesti dall'area sanitaria) sono a carico del sistema sanitario regionale. La spesa per traduzioni per esigenze diverse da quelle sanitarie (trasferimenti ad altri istituti stabiliti dal Ministero, udienze avanti A.G., traduzioni per permessi e quant'altro), quando il medico di assistenza primaria prescrive l'uso dell'ambulanza per il trasporto, risulta a carico dell'Amministrazione Penitenziaria.

## **10 – SISTEMA INFORMATIVO E CARTELLA CLINICA INFORMATIZZATA**

Risulta necessario a livello regionale la realizzazione di un software che costituisca la base di un sistema informativo uniforme per la sanità penitenziaria. Al momento attuale gli Istituti hanno una raccolta cartacea dei dati. La valenza di un S.I. è legata soprattutto ai dati dell'assistenza primaria, dell'attività specialistica e di quella farmaceutica.

Il S.I. rappresenta lo strumento di analisi delle attività svolte ai fini della valutazione e programmazione dei servizi negli Istituti Penitenziari, per garantire l'efficienza e l'efficacia degli interventi sanitari.

Dovranno essere resi disponibili da ambedue le Amministrazioni i dati statistici relativi alla presenza dei detenuti ed i dati sanitari ed epidemiologici rilevati dalle ASL competenti.

A livello nazionale si sta approntando un software per la gestione della cartella clinica informatizzata e la realizzazione di un Sistema Informativo Nazionale.

Si rimanda al progetto specifico per l'attuazione di quanto concordato.

### **11 - TECNOLOGIA/TELEMEDICINA**

Lo sviluppo delle tecnologie può determinare le condizioni per realizzare una maggiore economicità nella erogazione delle prestazioni sanitarie, riducendo, anche, la necessità di spostamenti verso i Presidi Ospedalieri e migliorando l'attività di continuità assistenziale.

A carico di ogni Azienda vi è la possibilità di attivare percorsi di telemedicina quali ad esempio:

- ecg;
- radiologia;
- collegamenti con i sistemi informativi aziendali per la trasmissione dei risultati degli esami di laboratorio;
- collegamenti con i CUP per trasmissione prescrizione e ricezione appuntamenti;
- collegamento con il Servizio Farmaceutico per gli ordinativi inerenti ed il susseguente carico e scarico dei farmaci.

### **12 - FORMAZIONE**

La Regione organizza e gestisce i programmi di formazione continua rivolti al personale sanitario operante nei presidi sanitari penitenziari, con particolare riferimento all'analisi del contesto ambientale ed alle specifiche variabili che influenzano lo stato di salute fisico e mentale dei detenuti .

A tali corsi potranno partecipare, qualora ritenuto utile da entrambe le Amministrazioni, anche gli operatori penitenziari, che svolgono la propria attività a diretto contatto con gli operatori sanitari.

Ai corsi organizzati dalla Amministrazione penitenziaria per i propri dipendenti, potranno partecipare per le stesse motivazioni sopra citate, anche gli operatori del servizio sanitario regionale.

Rientra nella formazione delle Aziende predisporre piani di formazione specifici per la salute in carcere e far partecipare gli stessi operatori alla formazione organizzata dai vari dipartimenti (salute mentale, dipendenze, medicina generale etc.)

### **13 - RISERVATEZZA E TRATTAMENTO DEI DATI**

L'attività sanitaria, compresa la tenuta ed il trasferimento dei documenti clinici dovrà svolgersi tenendo conto del rispetto della procedura sanitaria e delle necessarie condizioni di riservatezza previste dalla normativa vigente ed in generale dalla relazione operatore sanitario-paziente..

In particolare lo svolgimento dei colloqui e le visite mediche, devono avvenire nel rispetto della corretta procedura sanitaria, delle condizioni di riservatezza e con l'eventuale ed eccezionale adozione di idonee misure di sicurezza, laddove ritenute indispensabili dalla direzione penitenziaria per tutelare l'incolumità e la sicurezza sia degli operatori che dell'utenza.

Per quanto riguarda il trattamento e la condivisione dei dati si sottolinea che, a garanzia di una incisiva gestione sanitaria della persona detenuta e per permettere più adeguate valutazioni ed interventi sul piano trattamentale e rieducativo, i dati giudiziari e sanitari della popolazione detenuta adulta e dei minori in carico ai servizi del Centro di Giustizia Minorile, dovranno essere condivisi dagli operatori del servizio sanitario e dagli operatori penitenziari e della giustizia minorile solamente per inderogabili finalità di sicurezza e/o per la predisposizione dei percorsi di reinserimento delle persone detenute e limitatamente a quei dati indispensabili per tali finalità, nel rispetto della normativa vigente in materia di accesso ai dati personali.

Per acquisire fotocopia della cartella clinica o di altra specifica documentazione occorre che il paziente formuli una richiesta ufficiale alla direzione dell'Istituto che vaglierà la specifica motivazione e la sua posizione giudiziaria in merito alla necessità di un nulla osta da parte dell'Autorità giudiziaria competente e trasmetterà la richiesta al responsabile di presidio sanitario.

I relativi costi saranno a carico del richiedente secondo il regolamento aziendale circa la documentazione clinica che sarà rilasciata nelle modalità descritte in tale regolamento a cura di personale dell'ASL, a cui competerà pertanto sia l'estrazione di copie che l'apposizione dell'autenticità degli atti.

Nel caso che la richiesta di copia del diario clinico venga attivata dall'avvocato difensore , oltre la delega sottoscritta da parte del diretto interessato, è necessario acquisire , come da Circolare dell'Amministrazione Penitenziaria n.581943 del 1990, una procura speciale, in quanto la sola procura a difendere non è sufficiente per acquisire direttamente copia del diario clinico. ciò è stato ulteriormente specificato con lettera circolare n. 0429838/2002 sempre dall'Amministrazione Penitenziaria relativa alla richiesta di documentazione da parte dei difensori.

La richiesta dovrà essere inoltrata dal richiedente, salvo certificazioni o documentazione sanitarie richieste da soggetti pubblici (pubbliche amministrazioni, autorità giudiziaria) aventi diritto sempre nell'ambito delle normative vigenti sulla privacy.

#### 14 - IL PIANO ATTUATIVO LOCALE DELLA SALUTE IN CARCERE

Ogni Azienda USL sede di Istituto Penitenziario dovrà redigere un Piano Attuativo Locale per la programmazione e l'organizzazione delle attività volte alla tutela della salute in carcere.

#### IPOTESI PIANTA ORGANICA /N° OSPITI

<b>N° OSPITI/ TIPOLOGIA SERVIZIO</b>	<b>N° 600 ospiti</b>	<b>N° 300 ospiti</b>	<b>N° 100-150 ospiti</b>
<b>Assistenza Primaria</b>	n. 4 medici /12 ore + n.1 medico /notte  n.7-8 I.P./14-15 ore + n.1 I.P./notte ( se presente) + coordinatore	n.2 medici/12 ore n.1 medico/ notte  n.4 I.P. /14-15 ore + coordinatore	n.1 medico /12 ore  n.1 I.P. /12 ore + n. 10 ore/sett. coordinatore
<b>Assistenza Specialistica</b>	v. indicazioni documento		
<b>Salute Mentale</b>	n.30 h/ settimana psichiatra	n.10 h/ settimana psichiatra	n. 6 h/settimana psichiatra