REGIONE LIGURIA

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE

PROGRAMMA REGIONALE PER LA SALUTE IN CARCERE E DELLE PERSONE NEL CIRCUITO PENALE 2014 - 2016

Indicazioni alle Aziende Sanitarie Locali per la redazione dei programmi annuali aziendali

SOMMARIO

Premessa 3

CAPITOLO 1. LE COORDINATE DELLA PROGRAMMAZIONE 4

LE INDICAZIONI PROGRAMMATICHE NAZIONALI 4

LE INDICAZIONI PROGRAMMATICHE REGIONALI 5

Il Servizio Sanitario Regionale e il sistema integrato per la salute in carcere e delle persone nel circuito penale 5

Profilo organizzativo 5

Il primo «Programma triennale» 6

I principi 6

L'obiettivo generale 6

Gli obiettivi di salute 6

Le azioni programmatiche 6

Il contesto ligure 7

CAPITOLO 2. LA COSTRUZIONE DEL PRSC 8

LA COMMISSIONE REGIONALE PER LA SALUTE IN CARCERE E DELLE PERSONE NEL CIRCUITO PENALE (CRSC) 8

LA METODOLOGIA 8

La rilevazione stato dell'arte 8

Il Focus sull'assistenza infermieristica 9

CAPITOLO 3. LE AZIONI PROGRAMMATICHE 10

A. ASSISTENZA PRIMARIA DI BASE E SPECIALISTICA 11

B. TUTELA DELLA SALUTE MENTALE. PREVENZIONE, CURA E RIABILITAZIONE 15

C. DIPENDENZE PATOLOGICHE. PREVENZIONE CURA RIABILITAZIONE 18

D. LA TUTELA DELLA SALUTE DELLE DONNE E DEI LORO FIGLI 22

E. LA CURA DEI MINORI NEL CIRCUITO PENALE 24

F. PREVENZIONE, SANITÀ E IGIENE PUBBLICA E MEDICINA LEGALE 28

G. IL PROCESSO DI SUPERAMENTO DEGLI OSPEDALI PSICHIATRICI GIUDIZIARI 38

H. AZIONI DI SISTEMA 42

1. Flussi informativi 42

2. Formazione 45

3. Servizi regionali 47

CAPITOLO 4. FOCUS SULL'ASISTENZA INFERMIERISTICA 50

Premessa

IL PROGRAMMA REGIONALE PER LA SALUTE IN CARCERE E DELLE PERSONE NEL CIRCUITO PENALE (PRSC)

Il Programma è stato istituito dalla DGR 30 marzo 2012 n. 364[1] per la definizione delle linee di sviluppo organizzativo del sistema integrato per la salute in carcere e delle persone nel circuito penale nell'ambito del Servizio Sanitario Regionale, con funzione di regolazione del sistema.

A valenza triennale, supporta la programmazione aziendale annuale in materia di

- *linee guida e standard clinico assistenziali*
- *attività sovra aziendali e punti di ricovero ospedalieri attrezzati in strutture del Servizio sanitario regionale*
- *attività per il superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari e la presa in carico degli internati*
- *attività di formazione, aggiornamento, ricerca e innovazione, forme di collaborazione interistituzionale*

Sulla scorta delle indicazioni del PRSC, le ASL definiscono annualmente il «Programma aziendale per la salute in carcere e delle persone del circuito penale», individuando le attività e le risorse da impiegare in riferimento ai costi e al personale sia dei Presidi sanitari negli Istituti penitenziari, sia dei Dipartimenti territoriali che concorrono per quanto di competenza ad erogare le prestazioni assistenziali.

L'elaborazione del primo PRSC 2014-2016 è stata curata dalla Commissione regionale per la salute in carcere e delle persone nel circuito penale.

[1] DGR 30 marzo 2012 n. 364 «Indicazioni per la definizione di un modello organizzativo in materia di Salute in carcere e delle persone nel circuito penale, ai sensi del DPCM 1 aprile 2008».

CAPITOLO 1. LE COORDINATE DELLA PROGRAMMAZIONE

LE INDICAZIONI PROGRAMMATICHE NAZIONALI

Con il D.Lgs. 230/1999[2] è stato avviato il processo di trasferimento delle funzioni sanitarie negli istituti penitenziari dal Ministero della Giustizia al Ministero della Salute, ossia l'attribuzione al Ministero della Salute delle competenze in materia di programmazione, indirizzo e coordinamento del SSN negli Istituti penitenziari, alle Regioni le funzioni di organizzazione, programmazione e controllo dei SSR negli Istituti penitenziari, alle Aziende Sanitarie Locali la gestione e il controllo dei servizi sanitari negli Istituti penitenziari.

Il processo trova fondamento in principi costituzionali, la regionalizzazione dell'assistenza sanitaria (art 117) e la territorialità della pena (art. 27), che hanno pertanto un valore giuridico e insieme un valore etico, orientando gli ordinamenti (sanitario, giudiziario e penitenziario) alla cura e al reinserimento sociale degli autori di reato.

Ne consegue che ogni Regione è responsabile della tutela della salute delle persone residenti nel proprio territorio, anche detenute, che hanno pari diritto alle prestazioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, efficaci ed appropriate, sulla base degli obiettivi generali e speciali di salute e dei livelli essenziali di assistenza individuati dal Piano sanitario nazionale, nei piani sanitari regionali e in quelli locali.

La riforma è divenuta operativa con il DPCM 1 aprile 2008[3], che disciplina il trasferimento delle risorse di personale e strumentali e definisce le linee di indirizzo per la tutela della salute dei detenuti e dei minori sottoposti a provvedimento penale.

Si tratta di un processo complesso e ad oggi non completamente consolidato, che richiede una riflessione anche sul piano della cultura dei servizi poiché si tratta di un trasferimento di funzioni tra organizzazioni non omologhe, che per il SSN - articolato a più livelli, differenziato tra le Regioni e (spesso) tra le Aziende sanitarie della stessa regione – implica di assicurare agli autori di reato l'accesso ai diversi servizi della propria rete assistenziale nell'ambito dei vincoli determinati dalle prescrizioni degli ordinamenti giudiziario e penitenziario, antecedenti e non armonizzati con la riforma della sanità penitenziaria. È presumibilmente anche a causa di questa "asimmetria" che ad oggi non esistono flussi, indicatori, classificazioni nell'ambito del sistema informativo sanitario nazionale e neppure un flusso dedicato alla salute in carcere, con le conseguenti difficoltà nel valutare e programmare le necessarie risorse e attività.

Gli indirizzi del DPCM 1 aprile 2008 e le aree di intervento

Le Linee di indirizzo dell'allegato A al DPCM definiscono i principali obiettivi di salute, i livelli essenziali di assistenza, le azioni programmatiche e le aree di intervento che costituiscono la base di riferimento della programmazione regionale e aziendale delle prestazioni a carico del SSR.

AZIONI PROGRAMMATICHE

Organizzare le conoscenze epidemiologiche, attraverso la rilevazione sistematica sullo stato di salute in tutti gli istituti penitenziari sul territorio regionale.
Promuovere la salute, attraverso interventi educativi e di responsabilizzazione
Garantire la salubrità degli ambienti di vita e l'igiene degli alimenti, attraverso visite ispettive periodiche per la verifica dei requisiti igienico sanitari degli ambienti, degli alimenti e dello stato delle strutture.
Organizzare gli interventi di prevenzione, cura, riabilitazione e recupero sociale

AREE DI INTERVENTO

Medicina generale e valutazione dello stato di salute dei nuovi ingressi - Prestazioni specialistiche - Risposte alle urgenze - Patologie infettive
Prevenzione, cura e riabilitazione per le dipendenze patologiche
Prevenzione, cura e riabilitazione nel campo della salute mentale

---

[2] D.Lgs. 22 giugno 1999 n. 230[2] «Riordino della medicina penitenziaria»
[3] DPCM 1 aprile 2008 «Trasferimento al Servizio Sanitario Nazionale delle funzioni in materia di sanità penitenziaria»

Superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari e la presa in carico degli internati (Allegato C)
Tutela della salute delle detenute e delle minorenni e della loro prole
Tutela della salute dei minori e giovani
Tutela della salute della popolazione immigrata

LE INDICAZIONI PROGRAMMATICHE REGIONALI

In sintesi e conseguentemente alle indicazioni nazionali, la programmazione del SSR ha come obiettivo generale la risposta adeguata ai bisogni di salute e alla domanda di cura dei detenuti e dei minori sottoposti a provvedimento penale attraverso l'organizzazione di percorsi terapeutici che garantiscano la tempestività degli interventi, la continuità assistenziale, l'appropriatezza e la qualità delle prestazioni, la verifica dei risultati.

IL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE E IL SISTEMA INTEGRATO PER LA SALUTE IN CARCERE E DELLE PERSONE NEL CIRCUITO PENALE

La Regione Liguria ha avviato con la DGR 661/2009[4] l'implementazione delle funzioni trasferite nelle ASL attraverso programmi interaziendali specifici.

A circa tre anni, a seguito della verifica dell'assetto organizzativo differenziato adottato nelle diverse Aziende, con la DGR 364/2012[5] ha definito un modello organizzativo omogeneo nel SSR, finalizzato a supportare la realizzazione di un *sistema integrato per la salute in carcere e delle persone nel circuito penale*, comprendente anche le prestazioni assistenziali a favore di persone minori, giovani e adulte sottoposte a misure alternative alla detenzione in carico all'UEPE o in area penale esterna in carico all'USSM, integrato nella rete dei servizi sanitari e sociosanitari regionali, con l'obiettivo generale di garantire

- livelli essenziali di assistenza uniformi negli istituti penitenziari nel territorio ligure
- continuità assistenziale e modalità organizzative integrate con quelle operanti per i cittadini liberi.

Profilo organizzativo

Il modello organizzativo del sistema integrato per la salute in carcere e delle persone nel circuito penale è articolato in:

- **organizzazione regionale**, con funzioni di programmazione regionale, regia e monitoraggio. La Regione adotta il *«Programma regionale per la salute in carcere e delle persone nel circuito penale»*, che definisce le linee di sviluppo organizzativo del sistema integrato nell'ambito del SSR e si avvale della Commissione regionale per la salute in carcere e delle persone nel circuito penale, che ha il compito di coordinare in maniera condivisa e integrata assetti e percorsi organizzativi omogenei, nel rispetto di eventuali specificità aziendali.
- **organizzazione aziendale**, con funzioni di programmazione locale, coordinamento, gestione e monitoraggio.
  La programmazione locale è affidata alla Direzione sanitaria, che annualmente definisce il «*Programma aziendale per la salute in carcere e delle persone del circuito penale»* e ha funzioni di committenza, coordinamento, monitoraggio e verifica delle attività. Le funzioni sono affidate al Responsabile del programma aziendale, che si avvale del Coordinamento aziendale, composto dai medici referenti di presidio e dai referenti per la salute in carcere dei Dipartimenti territoriali.

  La gestione delle attività e dei servizi è strutturata sul *modello dell'assistenza distribuita e integrata tra i Dipartimenti territoriali competenti*, che prendono in carico direttamente gli autori di reato, in carcere e sul territorio, modello fondato sulla continuità assistenziale.

[4] DGR 21 maggio 2009 n. 661 «Recepimento DPCM del 01/04/2008: Modalità e criteri per il trasferimento al Servizio Sanitario Nazionale della Medicina Penitenziaria»
[5] DGR 30 marzo 2012 n. 364 «Indicazioni per la definizione di un modello organizzativo in materia di Salute in carcere e delle persone nel circuito penale, ai sensi del DPCM 1 aprile 2008».

La gestione integrata delle attività sanitarie è affidata ai Dipartimenti Cure primarie per le prestazioni di medicina di base e specialistica, Salute mentale e Dipendenze per le prestazioni assistenziali a persone con patologie psichiatriche e/o con dipendenze, Prevenzione Igiene Sanità pubblica per le prestazioni collegate alle funzioni di vigilanza, controllo e sorveglianza delle malattie infettive, vaccinazioni e screening, medicina legale.

In ciascun Istituto penitenziario o servizio residenziale della Giustizia minorile è individuato il Medico referente di Presidio, che coordina le attività dei Dipartimenti all'interno dell'Istituto.

Il primo «Programma triennale»

I principi

Le indicazioni programmatiche fanno riferimento e valorizzano i principi che sottendono gli indirizzi nazionali e l'assetto organizzativo ex DGR 364/2012, ossia

- parità di trattamento in tema di assistenza sanitaria sulla base dei Livelli Essenziali di Assistenza
- organizzazione dell'assistenza sanitaria secondo principi di globalità dell'intervento sulle cause di pregiudizio della salute, di unitarietà e integrazione dei servizi e delle prestazioni
- continuità terapeutica, che deve essere garantita dal momento dell'ingresso nell'istituto penitenziario o nel servizio residenziale minorile, durante gli eventuali spostamenti tra diversi istituti penitenziari e strutture minorili, e dopo la scarcerazione e ritorno in libertà.
- garanzia di condizioni ambientali e di vita rispondenti ai criteri di rispetto della dignità della persona

In considerazione di tali principi, gli obiettivi programmatici sono gli obiettivi che valgono per la popolazione generale, ossia il sistema dei servizi, la loro organizzazione e le prestazioni devono corrispondere a quelli accessibili sul territorio.

L'obiettivo generale

Obiettivo generale del primo PRSC è promuovere livelli essenziali di assistenza omogenei nei diversi Istituti penitenziari, nei Servizi residenziali della Giustizia minorile e a favore delle persone in area penale esterna nel territorio ligure, pur in considerazione dei vincoli derivanti dallo specifico contesto e dallo status delle persone sottoposte a provvedimento penale.

Gli obiettivi di salute

Promozione della salubrità degli ambienti e di condizioni di vita dignitose, pur in considerazione delle esigenze detentive e limitative della libertà, del benessere mirato all'assunzione di responsabilità diretta nei confronti della propria salute nell'ambito di programmi di medicina preventiva e di educazione alla salute.

Prevenzione primaria secondaria e terziaria, attraverso progetti specifici, per patologie e per target diversificati di popolazione, in rapporto all' età, al genere e alle diverse etnie.

Prospettive

L'orientamento del PRSC alla costruzione di un sistema regionale integrato, in particolare per quanto riguarda l'Azione di sistema «Servizi regionali», risulta coerente con l'impianto del documento «Linee guida in materia di modalità di erogazione dell'assistenza sanitaria negli istituti penitenziari. Implementazione delle reti sanitarie regionali e nazionali» del 22 gennaio 2014, elaborato nell'ambito del Gruppo tecnico interregionale sanità penitenziaria della Commissione salute, sul quale è stato avviato l'iter per la definizione dell'Accordo in Conferenza Unificata.

Le azioni programmatiche

Il PRSC è articolato in *Azioni programmatiche*, strutturate in base alle aree di intervento come tracciate dal DPCM 1 aprile 2008 e alle misure di sistema, relative ad azioni trasversali e di supporto all'operatività dei servizi dipartimentali e alle funzioni di monitoraggio aziendale e regionale.

Lo schema di ciascuna AP contiene il *razionale*, gli obiettivi, le azioni specifiche e gli strumenti di valutazione/indicatori.

Sul piano dei contenuti, le *Azioni programmatiche* definiscono lo standard di attività cui adeguare il sistema nel periodo di vigenza del PRSC attraverso la programmazione aziendale definita annualmente nei *«Programma aziendale per la salute in carcere e delle persone del circuito penale»*.
Alcune azioni specifiche riguardano invece attività di approfondimento o sperimentazione, necessarie per lo sviluppo e il consolidamento dei servizi.
Le azioni di sistema sono a carico della Regione che, in particolare per le attività di approfondimento, valutazione, progettazione e regolamentazione si avvale della metodologia della progettazione partecipata e della collaborazione interistituzionale. Vale a dire che le misure saranno definite attraverso l'attivazione di tavoli tecnici e gruppi di lavoro con la partecipazione dei referenti delle ASL e – laddove opportuno o necessario - di rappresentanti della Magistratura e dell'Amministrazione penitenziaria, e comunque di soggetti coinvolti nelle tematiche in esame.

Il monitoraggio

Il monitoraggio del PRSC consiste nella rilevazione degli strumenti di rilevazione e degli indicatori definiti per ciascuna azione programmatica, sulla base della programmazione aziendale.

La realizzazione del *«Programma aziendale per la salute in carcere e delle persone del circuito penale»*, a valenza annuale, dovrà essere monitorata a cura del Responsabile del programma e del Coordinamento aziendale.

Il monitoraggio regionale è curato dalla Commissione Regionale per la salute in carcere e delle persone nel circuito penale, sulla base delle rilevazioni aziendali.

Il contesto ligure

La tabella riassume sinteticamente gli Istituti penitenziari e i Servizi residenziali della Giustizia minorile presenti sul territorio regionale e una stima della popolazione detenuta. Si riportano i dati sulle presenze il 31 dicembre 2013.

ASL	Istituto penitenziario	Popolazione detenuta		
		tipologia	n° detenuti	
			Capacità	Ospiti
ASL 1	CC IMPERIA	Adulti	116	108
	CC SANREMO	Adulti	264	269
ASL 2	CC SAVONA	Adulti	56	66
ASL 3	CC GENOVA MARASSI	Adulti	716	787
	CC GENOVA PONTEDECIMO	Adulti (sez. F/sez. M)	189	159
	CENTRO PRIMA ACCOGLIENZA IN ANNESSA COMUNITÀ MINISTERIALE - GENOVA	Minori e giovani	4	4 (*)
ASL 4	CC CHIAVARI	Adulti	65	71
ASL 5	CC LA SPEZIA	Adulti	228	243
	totale		1638	1707

(*) Nel 2013 i servizi residenziali della Giustizia minorile hanno ospitato 33 persone, di cui 23 maschi e 10 femmine.

CAPITOLO 2. LA COSTRUZIONE DEL PRSC

LA COMMISSIONE REGIONALE PER LA SALUTE IN CARCERE E DELLE PERSONE NEL CIRCUITO PENALE (CRSC)

Istituita dalla DGR 364/2012[6] e nominata con DGR 1327/2012[7], la CRSC ha la funzione di regia del sistema integrato, ossia di promuovere e coordinare in maniera condivisa e integrata percorsi e procedure organizzative omogenee nell'ambito e per le finalità del programma regionale.

La Commissione è composta dai Responsabili del programma aziendale per la salute in carcere e delle persone nel circuito penale e da esperti nei diversi settori assistenziali ed è coordinata dal Settore regionale competente.

Ha avviato la sua attività nel gennaio del 2013 e – come primo mandato – è stata incaricata di predisporre una proposta alla Giunta regionale di primo *«Programma regionale per la salute in carcere e delle persone nel circuito penale»*.

LA METODOLOGIA

Per l'elaborazione del PRSC la Commissione si è organizzata in sottogruppi che hanno curato l'elaborazione dei dati della rilevazione e la redazione di specifiche Azioni programmatiche, in particolare:

- Aldo Pende (esperto), Giovanni Battista Andreoli (ASL 4) e Renato Urciuoli (ASL 3), *Assistenza di base e specialistica*
- Tullio Bandini (esperto) e Gian Franco Nuvoli (ASL 3), *Salute mentale*
- Gianfranco Guelfi (esperto) e Fabio Ferrari (ASL 5), *Dipendenze*
- Bianca Bruzzone (esperto) e Roberto Carrozzino (ASL 2), *Prevenzione*

Il Focus sull'assistenza infermieristica «Gli Istituti penitenziari in Liguria» è stato curato in collaborazione con l'Università degli studi di Genova da Annamaria Bagnasco[8], Barbara Delogu[9], Loredana Sasso[10] con coinvolgimento del personale infermieristico che opera negli istituti penitenziari in Liguria e la collaborazione di Vittoria De Astis[11].

Il coordinamento, la redazione dei capitoli 1 e 2 e le altre parti del PRSC (Superamento degli OPG e Azioni di sistema) sono stati curati dal Settore regionale competente, con il contributo di Viviana Napoli (ASL 3) per l'Azione sulla salute delle donne e delle responsabili dei servizi del CGM per l'Azione sulla cura dei minori.

Si tratta pertanto di un'opera collettiva, costruita «a collage» dentro le coordinate della programmazione. L'esposizione riflette gli specifici "saperi" dei diversi servizi e delle diverse professionalità che costituiscono il sistema integrato. Conseguentemente può risultare in qualche misura disomogenea.

Si è ritenuto tuttavia di non "livellare" il Programma in quanto una certa differenziazione tra le aree di intervento può essere interpretata come "naturale" conseguenza e adeguata rappresentazione dell'assistenza distribuita. La differenziazione può riguardare anche il livello di analisi, che in questo caso può essere interpretata anche in riferimento all'evoluzione del processo di trasferimento delle funzioni e della riorganizzazione (DGR 364/2012) nei diverse settori assistenziali e nelle diverse ASL del servizio sanitario ligure. In generale gli indici di differenziazione possono rappresentare altrettanti segnali della necessità di lavorare da un lato sull'integrazione, dall'altro sull'articolazione delle parti più generiche.

La rilevazione stato dell'arte

[6] DGR 30 marzo 2012 n. 364 «Indicazioni per la definizione di un modello organizzativo in materia di Salute in carcere e delle persone nel circuito penale, ai sensi del DPCM 1 aprile 2088»

[7] DGR 9 novembre 2012 n. 1327 «Nomina della Commissione regionale per la salute in carcere e delle persone inserite nel circuito penale (DGR 364/2012)»

[8] Ricercatore Università degli Studi di Genova – Dipartimento Scienze della Salute

[9] Coordinatore Infermieristico Struttura Semplice dipartimentale medicina penitenziaria ASL2 Savona

[10] Professore Associato Università degli Studi di Genova – Dipartimento Scienze della Salute

[11] Regione Liguria – Settore Affari Giuridici, Investimenti e Politiche del Personale - Settore

La prima fase dei lavori è stata dedicata alla rilevazione delle attività nelle diverse aree di intervento, attraverso la compilazione di schede predisposte dai sottogruppi della CRSC. Gli esiti della rilevazione sono stati elaborati e poi discussi nelle riunioni collegiali.

Questa fase si è conclusa entro il mese di giugno 2013 e il 7 luglio – nel corso di un incontro con l'Assessore alla Salute - la Commissione ha presentato i risultati del monitoraggio ed una prima valutazione sullo stato dell'arte nei diversi settori di attività nelle diverse ASL, evidenziando le maggiori criticità rilevate.

I lavori sono proseguiti nella seconda metà dell'anno, dedicati alla redazione delle schede delle Azioni programmatiche del PRSC sulla scorta dei risultati della rilevazione.

Il Focus sull'assistenza infermieristica

Al tema dell'assistenza infermieristica negli istituti penitenziari è stato dedicato il Focus «Gli Istituti penitenziari in Liguria».

La scelta deriva da un lato dalla disponibilità alla collaborazione espressa dal Dipartimento di Scienze della salute dell'Università degli Studi di Genova che ha messo a disposizione le proprie competenze, dall'altro dalla consapevolezza della centralità della figura infermieristica in carcere e della necessità di approfondire la conoscenza delle attività ma anche della diretta esperienza di questi operatori, che spesso hanno un percorso professionale sia in ambito penitenziario sia nel servizio sanitario. I risultati del Focus possono essere utilizzati per ripensare e valorizzare il ruolo dell'infermiere in carcere, un'attività che sovente (e speriamo meno dopo questo focus) è poco conosciuta nelle Aziende e tra i colleghi che operano in contesti diversi.

Capitolo 3. LE AZIONI PROGRAMMATICHE

A. Assistenza primaria di base e specialistica

B. Tutela della salute mentale. Prevenzione cura riabilitazione

C. Dipendenze patologiche. Prevenzione cura riabilitazione

D. La tutela della salute delle donne e dei loro figli

E. La cura dei minori nel circuito penale

F. Prevenzione, sanità e igiene pubblica e medicina legale

G. Il superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari e la presa in carico degli internati

H. Azioni di sistema

    1. *Flussi informativi*

    2. *Formazione*

    3. *Servizi regionali (sovra-aziendali)*

        - *Centro clinico regionale*

A. ASSISTENZA PRIMARIA DI BASE E SPECIALISTICA

Premessa

La verifica che la Sottocommissione "Assistenza Primaria e Specialistica" ha svolto presso tutte le realtà penitenziarie liguri (Sanremo, Imperia, Savona, Genova, Chiavari, La Spezia) ha evidenziato complessivamente una discreta omogeneità dell'offerta assistenziale.

Esistono purtuttavia differenze significative che dovranno essere superate, in particolare aspetti di ordine generale e trasversale quali la gestione dei dati personali collegata alla problematica dei dati sensibili e dei dati sanitari, la documentazione clinica con specifico riferimento ai trasferimenti, l'acquisizione del consenso informato, la disponibilità di strumenti informativi (es. carta dei servizi). Un aspetto particolarmente critico è l'assenza di procedure informatizzate che possano rendere disponibili flussi informativi, documentazione e strumenti di gestione, in primo luogo la cartella clinica informatizzata.

Il contesto operativo

Per il personale sanitario erogare assistenza primaria in carcere significa anche e soprattutto tener conto della disponibilità a misurarsi con il contesto detentivo, con le sue norme, il suo codice e le sue regole e della necessità di comprenderne i difficili meccanismi ad essi sottesi.
Il richiamo alla DGR 364 del 30 marzo 2012 impone inoltre uno sforzo delle attività di medicina di base ad articolarsi ed integrarsi con le attività svolte dai Dipartimenti che di volta in volta trattano le diverse patologie ad essi afferenti, e viceversa, in una visione integrata dell'intervento, con l'ambizione di arrivare ad ottenere un vero e proprio PIA (Piano Individualizzato Assistenziale) che possa utilizzare le sinergie e gli sforzi dei diversi professionisti nel trattamento del paziente detenuto.

Aspetti epidemiologici, bisogno e risposta assistenziale negli Istituti penitenziari

Gli aspetti epidemiologici delle principali patologie presenti in carcere devono guidare gli interventi sanitari all'interno degli Istituti penitenziari. È necessario tenere conto che dal punto di vista epidemiologico risulta che:

- un detenuto su cinque si dichiara consumatore di sostanze e tra questi la doppia diagnosi emerge in 5-6 casi su 10
- tra i TD, i portatori di epatopatie sono 1 su 4 e almeno 6 su 100 gli HIV positivi
- almeno il 60% dei detenuti risulta fumatore
- nel 50% dei detenuti è presente una patologia odontoiatrica.
- escludendo la depressione (3 detenuti su 10) ,sono 3-4 su 20 i detenuti con disagio psichico importante.
- ipertensione arteriosa rilevabile in 5 detenuti su 100
- 8 su 100 detenuti sono a rischio di eventi coronarici
- 2/3 detenuti su 100 sono diabetici
- le patologie gastrointestinali croniche sono presenti in 10 detenuti su 100
- i reclusi con infezione da HIV risultano il 3% (e solo il 30% circa dei reclusi si sottopone tutt'ora al test)
- le malattie broncopolmonari riguardano 3-4 detenuti su 100
- le patologie croniche dermatologiche e i disturbi di vista e udito riguardano 1 soggetto su 100[12]

La forte presenza di detenuti stranieri, che ammonta a circa il 50% della popolazione detenuta, sottolinea come sia importante entrare in contatto con tale utenza che spesso in carcere prende atto delle proprie patologie somatiche per la prima volta

In tale contesto una parte rilevante va assegnata al concetto di prevenzione inteso anche come miglioramento dell'empowerment, ovvero del processo di crescita della popolazione detenuta, mirato a fare in modo che la salute venga percepita come benessere e non quale strumento di manipolazione.

[12] Maurizio Esposito "Malati in Carcere", Franco Angeli, 2007

L'ambito carcerario tende inevitabilmente ad accrescere tale aspetto, incrementando il volume delle richieste spesso inappropriate o strumentali. Il raggiungimento di tale obiettivo porterebbe verosimilmente a una riduzione e ad un minor uso o scambio, tra l'altro di psico-farmaci, fenomeno presente e accresciuto oltre modo dal sovraffollamento.

Ad oggi l'assistenza medica di base e specialistica è in grado di offrire un'assistenza medica di bassa-media intensità, tenuto conto che le cure che richiedono un'alta intensità devono necessariamente essere effettuate in regime ospedaliero.

In tal senso si collocano logisticamente gli ambulatori medici per le cure di base e specialistiche, che garantiscono in tutte le strutture regionali le offerte sanitarie di base, omogenee per tutta la popolazione detenuta. Cure di fascia media vengono attualmente offerte presso il Centro Clinico di Genova Marassi, cui attualmente afferiscono pazienti da diverse aree geografiche, ma che potrebbe rappresentare in prospettiva una articolazione regionale importante per un'osservazione medica più approfondita per patologie di media gravità, comprese le principali patologie croniche. In rete con il CCR va annoverato il Reparto Detenuti sito presso l'Ospedale San Martino.

ARTICOLAZIONE DELL'ASSISTENZA DI BASE

Visita nuovi giunti

Espletate le procedure previste dall'ordinamento penitenziario[13], il soggetto viene sottoposto a visita medica, che prevede l'utilizzo di apposita cartella cartacea in uso presso le rispettive aziende. Il setting prevede un clima che faciliti il contatto con il personale sanitario, soprattutto tenendo conto della popolazione straniera per la quale questo momento potrebbe rappresentare a tutti gli effetti il primo contatto con il SSR.

È da definire l'introduzione del consenso informato per il trattamento dei dati sanitari e l'attivazione di specifici esami. In quasi tutte le realtà regionali viene utilizzato il consenso informato per i Drug-test e per il Test-HIV.

Dopo un primo screening che prevede una accurata anamnesi, l'esame obiettivo e l'esame urine per ricerca stupefacenti, si procede a fare una valutazione sullo stato infettivologico e sulla eventuale presenza - con il supporto di apposita griglia diagnostica - di segni o sintomi di infezione tubercolare in atto o pregressa.

Se non sussistono rischi per la vita comunitaria tali da consigliare un regime di isolamento, il detenuto viene sottoposto a prelievo per esami laboratoristici di routine e - qualora se ne ravvisi la necessità- vengono proposte eventuali visite specialistiche. In questa fase particolare attenzione va posta all'eventuale rischio suicidario e di conseguenza sulla necessità di una valutazione psichiatrica.

In tale occasione eventuali consigli, ritenuti necessari e appropriati, possono essere proposti all'Amministrazione penitenziaria circa il vitto o la allocazione in particolari celle della sezione ordinaria ritenute più idonee al caso esaminato.

Assistenza durante il periodo di detenzione

In questa fase l'assistenza medica di base assicura:

- Gestione delle Emergenze/Urgenze
- Gestione del rischio infettivo
- Gestione del paziente secondo i criteri e obiettivi dell'assistenza sanitaria di base.

Le patologie a insorgenza acuta crono-dipendenti del tipo arresto cardiaco, stroke per infarto miocardico acuto o per ictus o CVA, overdose, con cut-off rigidamente definiti per l'applicazione della terapia, in cui il

[13] Legge 26 luglio 1975 n. 354 «Norme sull'ordinamento penitenziario e sulla esecuzione delle misure privative e limitative della libertà»

rischio per la vita del soggetto è elevato e dove la rapidità degli interventi è essenziale, rappresentano le condizioni per le quali i sanitari potranno certificare alla Direzione dell'Istituto l'invio all'esterno ai sensi dell'art 17 del Regolamento di Esecuzione dell'Ordinamento Penitenziario (DPR 230/00) senza attendere il Nulla Osta delle Autorità Giudiziarie competenti.
In questi casi il personale sanitario mette in atto le prime misure di soccorso, integrate dai DEA tramite il 118.

Importante è la formazione del personale sanitario sulla gestione delle Emergenze/Urgenze e l'installazione in appositi locali facilmente accessibili di tutti i presidi necessari, carrelli per le emergenze e defibrillatori.

Anche dove non è prevista una assistenza sanitaria sulle 24 ore è importante l'attuazione di protocolli congiunti con l'Amministrazione Penitenziaria.

Le patologie croniche di diversa complessità vanno gestite con i necessari approfondimenti specialistici. Come già evidenziato, le principali patologie croniche che necessitano di assistenza sono rappresentate da situazioni di disagio di diversa natura a genesi pluri-fattoriale, con particolare incidenza per le malattie infettive respiratorie e del tratto gastro-intestinale e per i traumi.

Su queste patologie risultano essere molto importanti le azioni di prevenzione ed educazione alla salute, adottate necessariamente con il coinvolgimento del Dipartimento di Prevenzione per le azioni di specifica competenza, comprese le principali attività di *screening*.

Considerata la bassa scolarità e il basso reddito che riguardano il 70% dei detenuti, una efficace azione di educazione alla salute può rappresentare anche un intervento che produce una ricaduta vantaggiosa sulla rete sociale di appartenenza.

Importante la sinergia con il Dipartimento Salute mentale e Dipendenze per le attività collegate alla prevenzione del disagio psichico anche all'interno di specifici progetti ad alta valenza integrata, sempre con il dovuto e necessario confronto con l'Amministrazione Penitenziaria.

Dimissioni sul territorio e ad altra sede

Auspicabile, qualora il detenuto venga rimesso in libertà o trasferito ad altra Sede, in particolare se tali trasferimenti avvengono in ambito regionale, produrre una certificazione il più possibile omogenea che contenga le informazioni necessarie per la continuazione delle terapie e dei trattamenti in atto.

Nella certificazione devono essere contenute le seguenti informazioni:
- breve storia clinica del soggetto in cui siano evidenziate le patologie da cui è affetto
- terapie di cui necessita
- vaccinazioni o screening eventualmente effettuati durante la detenzione
- eventuale rischio di overdose o trattamento sostitutivo per alcol- o tossicodipendenza

Queste informazioni possono guidare il medico di base e i servizi del SSN nelle loro scelte successive sulla necessità di proseguire cure specialistiche già avviate.

Tale corretto modo di procedere è in realtà ostacolato in ambito penitenziario dalle repentine e improvvise scarcerazioni o trasferimenti del paziente. Pertanto è opportuno in caso di rimessa in libertà sul territorio la presa di contatto con l'assistenza di base, ove richiesta. In caso di trasferimento ad altra sede, sarà fornita la copia autenticata della cartella clinica.

Inoltre nel caso di trasferimento ad altro Istituto, contestualmente al Nulla Osta alla traduzione, verranno evidenziate le informazioni utili per la successiva presa in carico del paziente (per esempio recenti ferite da taglio o traumatiche da autolesionismo o altro, fratture, necessità di tutori o di presidi ortopedici, altro) oppure pazienti sottoposti a regime di Grande Sorveglianza.
Inoltre sarebbe opportuno permettere al paziente l'accesso alle eventuali visite o prestazioni specialistiche già calendarizzate.

AZIONE PROGRAMMATICA A. Assistenza primaria di base e specialistica

OBIETTIVO	AZIONE	STRUMENTO DI VALUTAZIONE / INDICATORE
Valutazione dello stato di salute dei nuovi ingressi	Compilazione di una griglia diagnostica condivisa, con i principali accertamenti ematologici e clinici e sue procedure	Indicazione esami ematici e accertamenti specialistici da attivare
Informazione sanitaria	Individuazione di protocolli	Numero dei protocolli attivati
Consenso informato	Definizione di un modello per dati sensibili e sanitari	Creazione di un focus ai fini della creazione di una scheda omogenea a livello Regionale
Prestazioni specialistiche	Definizione di una presenza di specialisti necessaria alle esigenze sanitarie della popolazione detenuta in base ai dati epidemiologici disponibili	Valutazione del numero degli accessi e delle visite ai fini di una loro razionalizzazione
Urgenze/Emergenze	Verifica delle procedure seguite in occasione delle principali criticità medico chirurgiche	Linee guida condivise con l'Amministrazione Pen anche dove non esiste assistenza sanitaria sulle 24 ore. Abilitazione del personale al BLS
Monitoraggio Patologie Infettive	Definizione di protocolli omogenei e delle procedure utilizzate	Verifica dell'efficacia e attivazione di strategie di screening e prevenzione
Tipologia assistenziale	Focus su livelli assistenziali di bassa-media-alta intensità e creazione di una rete tra le realtà esistenti, territoriali e ospedaliere	Numero degli incontri effettuati e avvio di procedure condivise tra le varie realtà istituzionali

B. TUTELA DELLA SALUTE MENTALE. PREVENZIONE, CURA E RIABILITAZIONE

Premessa

L'intervento psichiatrico all'interno degli istituti di pena sulla popolazione detenuta sta ricevendo una attenzione sempre maggiore in considerazione della notevole prevalenza dei disturbi psichiatrici (anche molto gravi) nella popolazione detenuta, del riconoscimento della detenzione della carcerazione come fattore di per se in grado di svolgere un ruolo eziologico nella genesi di nuovi disturbi psichici, nel rapporto tra psichiatria e giustizia, incentrato sui pazienti psichiatrici autori di reato, diventato frequente e complesso.

Tale intervento, proprio per le multiformi caratteristiche del bisogno psichiatrico della popolazione detenuta, viene proposto e si definisce con complesse modalità di intervento, privilegiando l'ottica della presa in carico diacronica e pluridimensionale, contestualmente flessibile e variabile, piuttosto che la logica dell'intervento puntiforme finalizzato alla gestione dei comportamenti disturbanti all'interno degli istituti di pena. L'intervento psichiatrico in carcere viene progettato come un tassello di percorsi di cura che coprono spesso l'intero arco della vita dell'individuo, o buona parte di essa, e va collocato senza soluzione di continuità in maniera coordinata con quanto precedentemente erogato e nella prospettiva dell'inclusione e reinserimento post- carcerazione.

La carcerazione rappresenta di per se evidentemente un momento di crisi e di rottura con peculiari aspetti clinici e personali, ma perde il senso della cura un intervento medico psichiatrico che non si collochi in una coordinata finalità temporale e riabilitativa.

Servizio regionale di osservazione psichiatrica

Collocato all'interno del Centro Clinico della CC Genova Marassi, con un'offerta di 5 posti per detenuti di genere maschile, rappresenta fattivamente la rappresentazione del superamento degli OPG e la regionalizzazione di una delle funzioni svolte finora da queste strutture, la funzione appunto di osservazione, appunto.

Tale progetto, condiviso col PRAP e con la Direzione della Casa Circondariale di Marassi è già attivo ed è svolto da personale del Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze della ASL 3 Genovese. L'implementazione su tutti i casi inseriti del complesso protocollo di osservazione clinica rappresenta garanzia di qualità (ed eticità) dello stesso.

Sostegno integrato

Il progetto, nato come superamento della Grande Sorveglianza, si definisce nella CC di Marassi come spazio fisico dove effettuare il progetto, ma può essere inteso in prospettiva in tutti gli istituti penitenziari come condivisione in interventi tra Polizia Penitenziaria, Direzione degli istituti di pena e Aziende Sanitarie con la finalità non di controllare ma di avviare il detenuto al miglior percorso di cura e riabilitazione possibile, sia per quanto riguarda il trattamento penitenziario, sia per quanto riguarda gli aspetti clinici. Il progetto, già attivo da almeno un paio di anni, è in fase di monitoraggio e ridefinizione.

In considerazione del fatto che nel Sostegno Integrato siano frequentemente ospitate persone con rilevanti problematiche di tipo psichiatrico, appare strumento di qualità e riuscita del processo di cura la regolare effettuazione di colloqui settimanali sia con lo psicologo che con lo psichiatra.

Unità funzionale di psichiatria forense

Il moltiplicarsi dei momenti di incontro e di condivisione di percorsi tra il mondo della psichiatria e quello giudiziario, ha messo in evidenza la necessità di modalità di interazione di migliore organizzazione, e finalizzate all'impiego ottimale, anche dal punto di vista etico, delle risorse disponibili.

Il tema assume rilevanza determinante nel processo di superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari. In proposito la DGR 1447/2013[14] prevede l'istituzione una unità/funzione di psichiatria forense, ossia di un servizio con le necessarie competenze anche giuridiche nell'ambito di ciascun DSMD, che si attivi come interfaccia tra il sistema sanitario ed il sistema giudiziario e a supporto dei servizi psichiatrici territoriali che hanno in carico autori di reato, siano essi in carcere o sul territorio.

In ragione sia dell'importanza dei casi sia della mobilizzazione di risorse, una presa in carico adeguata richiede la possibilità di un'interlocuzione con la Magistratura nella valutazione e definizione dei percorsi di cura dei pazienti autori di reato, in particolare per quanto riguarda l'attivazione di percorsi residenziali.

Uniformare i protocolli di intervento

I vari istituti penitenziari hanno modalità organizzative, procedure e tipologie di intervento spesso peculiari e non replicabili, tratte dall'organizzazioni, dalle risorse disponibili ma anche dalla storia delle singole strutture. Nel tentativo di garantire interventi di qualità simile, dignitosi dal punto di vista qualitativo, l'uniformità delle modalità di intervento rappresenta un elemento tecnico ed etico irrinunciabile. La creazione di un gruppo di esperti dedicato alla stesura di protocolli condivisi sui vari settori nodali dell'attività del carcere, appare il primo passo per la risoluzione della problematica.

La continuità terapeutica

La scarcerazione comporta spesso la drammatica e repentina interruzione di percorsi di cura e trattamenti anche importanti. La proposta di seguire i detenuti nei primi mesi dalla scarcerazione, con la stessa equipe curante del carcere, vuole combattere la solitudine e la povertà di risorse che molti scarcerati si trovano ad affrontare. Anche su questo punto, in considerazione dell'originalità e innovatività della questione, appare fondamentale la creazione di una sperimentazione di percorsi post-carcerazione.

[14] DGR 19 novembre 2013 n. 1447 (Approvazione del "Programma per la realizzazione degli interventi per il superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari" ai sensi della legge 17 febbraio 2012 n. 9 art. 3-ter e ss.mm.ii)

AZIONE PROGRAMMATICA B. Tutela della salute mentale. Prevenzione, cura e riabilitazione

OBIETTIVO	AZIONE	STRUMENTO DI VALUTAZIONE/INDICATORE
Continuità terapeutica durante e dopo detenzione	- Contatti di rete - Supporto dei servizi psichiatrici territoriali nel periodo post carcerazione	- 50 % di detenuti segnalati visitati in Struttura - attivazione focus group entro il primo trimestre 2014
Omogeneità degli interventi terapeutici e riabilitativi	Uniformare i protocolli d'intervento	Attivazione focus group entro il primo trimestre 2014
Valutazione compatibilità alla carcerazione	Servizio regionale osservazione psichiatrica	Applicazione al 100% degli osservandi del protocollo di valutazione
Miglioramento dell'assistenza ai detenuti con problematiche psichiatriche	Trattamento sostegno integrato	Un colloquio psichiatrico, un colloquio psicologico a frequenza settimanale nell' 80% dei casi inseriti
Favorire l'interlocuzione strutturata con la Magistratura	Unità funzionale di Psichiatria: ossia di un servizio con le competenze necessarie che costituisca l'interfaccia tra i due sistemi, a supporto supporto dei servizi psichiatrici territoriali che hanno in carico autori di reato (carcere e territorio).	– Indicazioni alle ASL la costituzione di un'unità funzionale di psichiatria forense in ciascun DSMD – Accordo regionale per la collaborazione con l'Autorità Giudiziaria.

C. DIPENDENZE PATOLOGICHE. PREVENZIONE CURA RIABILITAZIONE

Premessa

Con la Legge 685/1975 [15]prima e con il DPR 309/1990[16] poi, in Italia veniva strutturata l'assistenza sanitaria ai soggetti tossicodipendenti, previsti i servizi territoriali di prevenzione, cura e riabilitazione delle tossicodipendenze, anche nell'ipotesi per la quale il soggetto tossicodipendente fosse oggetto di una misura detentiva. La legge del '75 prevedeva "... le cure mediche e l'assistenza necessaria a scopo di riabilitazione ... in reparti carcerari opportunamente attrezzati, provvedendo d'intesa con le competenti autorità regionali e con i centri di cui all'art. 92[17]. Nel disposto s'impegnavano le Direzioni degli istituti penitenziari a dare continuità assistenziale, segnalando "... ai centri medici e di assistenza sociale regionali competenti coloro che, liberati dal carcere, siano ancora bisognevoli di cure e di assistenza."

Con il DPR 309/1990 si prevedevano invece una serie di misure alternative alla detenzione, ai fini della cura e della riabilitazione del detenuto tossicodipendente, ancor prima dell'avvento della carcerazione, individuando come residuale la permanenza in carcere, sempre in "... in istituti idonei per lo svolgimento di programmi terapeutici e socio-riabilitativi.".

Il D.Lgs. 230/1999, che ha avviato il processo di trasferimento delle funzioni sanitarie negli istituti penitenziari dal Ministero della Giustizia al Ministero della Salute, stabilisce dal 1 gennaio 2000 il passaggio sperimentale al SSN di alcuni servizi, ed in particolare di quelli relativi all'assistenza ai detenuti tossicodipendenti. In questo contesto il 1° aprile 2008 viene approvato il DPCM che dispone il passaggio di tutta l'assistenza sanitaria a pieno titolo al SSN.

L'alternativa alla detenzione come ipotesi elettiva

Il quadro normativo vede l'azione sanitaria rivolta ai detenuti con DP come campo del Sistema Sanitario Nazionale e Regionale e delle sue articolazioni territoriali (Servizi per le Tossicodipendenze). L'alternativa alla detenzione per il soggetto dipendente è inoltre chiaramente indicata come "norma", mentre l'ipotesi che il DP possa essere curato e riabilitato in carcere appare residuale.

In ragione di tale contesto, anche in corso di detenzione la cura e la riabilitazione devono essere orientate alla costruzione di alternative alla detenzione, per le quale è peraltro determinante il concorso della Magistratura e dell'Amministrazione Penitenziaria. In realtà, è noto come il numero delle alternative alla detenzione per i soggetti DP, avviate dalla libertà o dal carcere, sia ancora troppo basso ed insufficiente. E' inoltre esperienza comune la maggiore difficoltà di costruzione dell'alternativa dal carcere, in confronto a quanto si può fare dalla libertà prima dell'avvento della carcerazione

Un problema specifico di rilievo è costituito dalla condizione giuridica dal DP extracomunitario che abbia commesso reati ostativi alla concessione del permesso temporaneo di soggiorno. Premesso che egli ha diritto alla medesima assistenza sanitaria in regime di LEA all'interno del carcere, risulta problematico l'impegno delle risorse dei servizi per le tossicodipendenze, ai fini della sua cura e riabilitazione in alternativa alla detenzione, in particolare per quanto riguarda l'eventuale inserimento in comunità terapeutica. Infatti, tale progettualità, che prevede un percorso finalizzato alla cura intensiva e al reinserimento sociale e lavorativo, deve di norma prendere atto del decreto d'espulsione emesso dall'autorità competente, che rende il DP extracomunitario irregolare e senza alcuna possibilità occupazionale

La cura e la riabilitazione all'interno del carcere

Il principio sancito dall'ordinamento è che la cura e la riabilitazione del DP, in quanto ipotesi residuale in mancanza di un'alternativa alla detenzione, deve avvenire in istituti idonei per lo svolgimento di programmi

[15] Legge 22 dicembre 1975 n. 685 «Disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope. Prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza»
[16] Legge 9 ottobre 1990 «Testo unico sulla droga»
[17] Centri medici e di assistenza sociale provinciali e regionali (NdR)

terapeutici e socio-riabilitativi. Tale ratio è ben rappresentata nelle esperienze e nel modello della custodia attenuata quale modalità di tipo comunitario idonea ed indicata per il trattamento del DP, sebbene tale intervento non sia stato in grado di far fronte nei numeri alla massa dei soggetti DP presenti nelle carceri. Allora, se da un lato pare opportuno rivedere e rilanciare le esperienze di custodia attenuta (comunità carcere, sezioni ad intervento dedicato per il DP, etc. etc.), rendendole fruibili da un maggior numero di soggetti, dall'altro idonei interventi di cura e riabilitazione devono essere presenti in ogni istituto, indipendentemente dalla presenza o meno di tali sezioni.

La rilevazione del soggetto DP all'accesso, il trattamento urgente e di continuità assistenziale

Data la natura della problematica sanitaria portata ed la particolarità del contesto penitenziario, è essenziale che il soggetto con Dipendenza Patologica sia da subito intercettato, valutato, avviato ad un trattamento urgente se necessario, comunque di continuità assistenziale ove possibile. Ciò significa da subito una valutazione all'accesso delle condizioni tossicologiche, psicologiche, e ove necessario psichiatriche, la disponibilità h 24 di interventi urgenti, anche da parte di personale non specialistico, in particolare per quanto attiene al trattamento farmacologico sostitutivo e psicofarmacologico. Al soggetto già in trattamento presso un qualche servizio territoriale deve essere data continuità assistenziale nei suoi trattamenti, una volta accertato e verificato il trattamento stesso, in particolare se farmacologico e sostitutivo. Di quanto sopra deve essere data conoscenza al servizio territoriale che segue il paziente.

La rilevazione del soggetto DP non conosciuto dai servizi territoriali

Il soggetto DP non conosciuto dai servizi territoriali, deve essere rilevato all'accesso al pari di colui già noto. Di costui deve essere data definizione diagnostica, tossicologica, psicologica, se del caso psichiatrica, dal punto di vista relazionale, familiare e socio-occupazionale, al fine d'una eventuale presa in carico da parte dei servizi territoriali competenti, anche in vista di una possibile alternativa alla detenzione. Tali servizi dovranno conoscere quanto sopra e richiamati alla loro responsabilità in materia. All'interno del carcere tale soggetto DP dovrà avere accesso ai medesimi interventi di cura e riabilitazione alla pari del soggetto già noto.

L'equipe dei servizi per le tossicodipendenze: quali interventi

L'equipe operante all'interno degli istituti deve garantire, nella qualità, quantità e continuità, e nella dotazione di personale e risorse, i seguenti interventi a favore del paziente DP

- la definizione, se necessaria, di un piano di trattamento psicofarmacologico e sostitutivo (a riduzione o a mantenimento) che segua il momento dell'accesso e dell'eventuale intervento in urgenza;
- la definizione di un percorso possibile di alternativa alla detenzione per ragioni di cura, preso atto della posizione giuridica, dei pregressi trattamenti sul territorio, e delle residue, oppure innovative, soluzioni che possono essere concordate con i servizi stessi, sia in una prospettiva ambulatoriale, sia con un inserimento in Comunità Terapeutica
- l'adozione, ove possibile, di soluzioni operative in collaborazione con l'Area Trattamentale degli istituti, che consentano il miglior uso delle alternative ordinarie alla detenzione quali la semi-libertà, l'art. 21 dell'Ordinamento Penitenziario, la detenzione domiciliare, l'affidamento ordinario, in collaborazione con i servizi territoriali per le tossicodipendenze
- la definizione diagnostica strutturata per quanto previsto dal DPR 309/90 e dal D.M. 186/90;
- l'assistenza psicologica e se necessario psichiatrica dedicata, in continuità assistenziale con il pregresso trattamento integrato, oppure nell'ottica di una nuova progettualità di trattamento interno o in alternativa alla detenzione;
- la presa in carico del DP per quanto riguarda le problematiche relazionali e familiari, ed in particolare in riferimento ai rapporti con i servizi sociali comunali, al fine del mantenimento, e se possibile del potenziamento, delle risorse socio-familiari ed occupazionali, in vista del termine della carcerazione.

Il complesso degli interventi descritti fanno riferimento alla responsabilità clinica e programmatoria del Dipartimento Salute mentale e Dipendenze.

AZIONE PROGRAMMATICA C. Dipendenze patologiche. Prevenzione cura riabilitazione

OBIETTIVO	AZIONE	STRUMENTO DI VALUTAZIONE/INDICATORE
Valutazione e presa in carico del soggetto DP	Test tossicologico (drg, alcol e sostitutivi) su tutti i nuovi accessi	Numero nuovi accessi dalla libertà = numero test tossicologici
	- Individuazione dei soggetti già seguiti dai servizi territoriali DP - Contatto con i servizi territoriali competenti	Conoscenza da parte dei servizi dell'ingresso in istituto penitenziario
	- Definizione diagnostica strutturata (DPR 309/90) e certificazione dei soggetti DP non conosciuti dai servizi - Relazione ai servizi territoriali competenti per eventuale carico	- Modello unico di certificazione/attestazione delle DP - Conoscenza dei soggetti da parte dei servizi territoriali
Continuità dei trattamenti integrati	Prosecuzione/revisione dei trattamenti, nuova progettazione	Azione di cura e riabilitazione senza soluzione di continuità
Continuità dei trattamenti farmacologici, anche sostitutivi	Intervento farmacologico appropriato in urgenza	Continuità del trattamento farmacologico
Disponibilità trattamenti sostitutivi a riduzione e mantenimento	Gestione dell'astinenza e del craving da sostanza	Trattamento sostitutivo secondo le linee guida EBM consolidate
Assistenza psicologica e psichiatrica dedicata ai soggetti DP	Presa in carico per il sostegno e il trattamento psicologico	Adeguata presenza di personale di area psico dedicato ai DP
Sostegno e accompagnamento nelle relazioni familiari e affettive	Interventi con i familiari, rapporti con il Tribunale dei Minori e servizi sociali comunali	Cura e mantenimento delle risorse familiari e relazionali

OBIETTIVO	AZIONE	STRUMENTO DI VALUTAZIONE/INDICATORE
Orientamento all'alternativa alla detenzione	Diagnosi e progettazione di un programma idoneo	Numero di DP che usufruiscono di una qualche alternativa
Organizzazione assistenziale d'équipe	- Creazione, adeguamento quantitativo e qualitativo dell'équipe dedicata al lavoro sulle dipendenze in carcere sotto la responsabilità clinica e programmatoria del DSMD - Misure di formazione specifica	Rendicontazione delle attività, con riferimento alle specifiche azioni derivanti dalla competenza nel campo dipendenze
Gestione congiunta con l'Amministrazione Penitenziaria delle problematiche DP	Collocazione abitativa, gestione del rischio d'abuso ed infettivo	Effettiva documentata collaborazione sui casi
Preparazione e accompagnamento al reinserimento post detentivo	Potenziamento delle forme di custodia attenuata e di sezioni/istituti idonei dedicate ai soggetti DP	Follow up nel tempo dell'esito comparato di soggetti che hanno e non hanno usufruito del passaggio in custodia attenuata.
Continuità dei trattamenti integrati al soggetto DP in uscita	- Contatto con i servizi territoriali - Affidamento trattamenti necessari	Lettera/relazione/progetto di dimissione

D. LA TUTELA DELLA SALUTE DELLE DONNE E DEI LORO FIGLI

Premessa

La maggioranza delle donne, tra cui molte straniere, è detenuta per reati connessi agli stupefacenti e rapine. Spesso questi reati si accompagnano all'esperienza della tossicodipendenza e ai processi di marginalità che essa comporta. Frequentemente i periodi di detenzione sono brevi ma ripetuti.

Le donne costituiscono un'esigua minoranza della popolazione carceraria (intorno al 5%), e questo implica la necessità di raggruppare le detenute in istituti o sezioni dedicate, con la conseguenza frequente di allontanare le donne dalle famiglie e dal loro ambiente.

In Liguria le donne sono presenti esclusivamente nella sezione femminile della CC di Genova Pontedecimo. Si tratta di circa 80 persone. La CC di La Spezia ospita occasionalmente alcune donne per breve tempo in via transitoria.

La condizione detentiva femminile, a causa dello specifico ruolo sociale e delle peculiarità psicofisiche, è spesso accompagnata da forme di disagio e sofferenza complesse. Da qui l'esigenza di programmare risposte adeguate ai diversi aspetti, assumendo un concetto di salute che includa anche la dimensione affettiva e relazionale a partire dalla cura dei figli e dall'attenzione alle relazioni familiari.

Nell'istituto penitenziario il servizio sanitario, oltre ad assicurare l'assistenza di base e specialistica, deve poter rispondere al bisogno di salute specifico delle donne e di gestanti, puerpere e dei loro figli fino a tre anni di età, attraverso l'apporto dei servizi consultoriali e dell'area materno-infantile.

La reclusione pone inevitabilmente condizionamenti e limitazioni al percorso della gravidanza e della gestazione, che possono ripercuotersi in misura importante sulle condizioni della donna ma anche sulla salute psicofisica del neonato e del bambino. Il carcere, anche nelle situazioni migliori, per le sue finalità e per l'organizzazione che ne deriva, è comunque un luogo incompatibile le con le esigenze di socializzazione e di sviluppo del bambino. Questa problematica può essere risolta soltanto attraverso la realizzazione di idonee strutture di accoglienza in contesti non penitenziari, seppure in grado di rispondere alle esigenze di sicurezza collegate alle misure detentive delle ospiti.

ESIGENZE SPECIFICHE DI SALUTE DELLE DONNE IN ISTITUTO PENITENZIARIO

Obiettivo generale dell'Azione programmatica è assicurare alle donne detenute dei loro figli alle prestazioni e alle opportunità di prevenzione, cura e sostegno attraverso sia l'accesso ai servizi sanitari, consultoriali e materno-infantili del sistema aziendale, sia la costruzione di spazi dedicati nell'istituto penitenziario, con specifico riferimento alle seguenti attività:

- monitoraggio dei bisogni assistenziali con particolare riguardo ai controlli di carattere ostetrico-ginecologici
- interventi di prevenzione e di profilassi delle malattie a trasmissione sessuale e delle patologie correlate
- promozione della salute e informazione sui servizi offerti dall'Azienda Sanitaria (consultori familiari, punti nascita, ambulatori etc.)
- implementazione delle attività di preparazione al parto svolta dai consultori, anche individualmente, in relazione alle specificità dei singoli casi
- collegamento con i punti nascita
- sostegno e accompagnamento al normale processo di sviluppo psico-fisico del neonato.

AZIONE PROGRAMMATICA D. La tutela della salute delle donne e dei loro figli

OBIETTIVO	AZIONE	STRUMENTO DI VALUTAZIONE/INDICATORE
Contribuire alla creazione di spazi ostetrico-ginecologici, di accoglienza ed ascolto	Allestimento di spazi dedicati in carcere alle attività ostetrico - ginecologiche, adeguamento dell'attrezzatura	Analisi degli spazi e della dotazione strumentale
Fornire assistenza ostetrico-ginecologica nel rispetto della persona e delle necessità di educazione e promozione della salute	Individuazione ore di assistenza medico specialistica ostetrico -ginecologica	Step valutativi che tengano conto finalizzati all'appropriatezza e adeguatezza delle risposte
Definire procedure per percorsi continuativi ed integrati di prevenzione e cura nel rispetto della peculiarità di ogni singolo caso	Rilevazione delle domande Rilevazione delle prestazioni erogate	Presenza di protocolli operativi tra servizi coinvolti Valutazione numerica delle domande pervenute e delle prestazioni erogate
Supporto nel periodo gestazionale, preparazione alla nascita e supporto post natale alla mamma ed al bambino in attenta valutazione del singolo caso e delle esigenze di tutela	Attivazione di procedure volte al collegamento con i centri nascita e i consultori familiari con previsione di percorsi di supporto individuali	Adeguamento dell'offerta in base alle richieste presentate.
Inserimento delle donne nei programmi di screening di prevenzione della patologia oncologica	Collegamento con le Strutture eroganti	Numero di donne inserite nei programmi
Offrire spazi di prenotabilità riservata presso gli ambulatori esterni	Attivazione di spazi esclusivi di prenotabilità riservata	Analisi del bisogno e conseguente adeguamento degli spazi da riservare
Contribuire alla creazione di spazi pediatrici	Allestimento di spazi dedicati in carcere alle attività pediatriche prevedendo un adeguamento dell'attrezzatura	Analisi degli spazi e della dotazione strumentale
Fornire assistenza pediatrica nel rispetto del progetto specifico del minore	Individuazione ore di assistenza medico specialistica pediatrica	Step valutativi conto finalizzati all'appropriatezza e adeguatezza delle risposte.

E. LA CURA DEI MINORI NEL CIRCUITO PENALE

Il contesto ligure

In Liguria i minori e giovani adulti con provvedimento penale sono in carico al Centro per la Giustizia Minorile per il Piemonte, la Valle d'Aosta e la Liguria attraverso i servizi di area penale interna ed esterna. Di seguito la sintesi dei casi seguiti nel 2012

- Centro di Prima Accoglienza: accolti 51 minori. Circa il 60% si dichiara consumatore di sostanze. Per 3 minori sono state accertate problematiche psicopatologiche
- Comunità ministeriale: ospitati 20 minori, di cui il 50% è stato trasferito in altre comunità. Circa la metà si dichiarano consumatori sostanze. Due di essi sono in carico al servizio consultoriale di NPIA.
- USSM: presi in carico 858 minori, la maggior parte dei quali impegnati nei percorsi di "messa alla prova"

La presenza degli stranieri va dal 63% in CPA al 39% in carico all'USSM. Spaccio, furto e rapina sono i reati più frequenti. Per circa il 9% è accertato il consumo di sostanze mentre il 6% presenta problematiche psicopatologiche.

Trend

La percentuale degli stranieri risulta stabile. Si è riscontrata una crescita della problematicità delle situazioni familiari e personali dei ragazzi, sia italiani che stranieri e - in particolare - un aumento di situazioni di co-morbilità, di "esordi psichiatrici" in adolescenza o comunque di minori e giovani che presentano disagi plurimi più o meno conclamati e agiti devianti, talvolta di una certa gravità, correlati ad abuso di sostanze e/o alcool o a disturbi psicologici.

PERCORSI E PROCEDURE

Il SSR, a seguito del trasferimento delle funzioni della sanità penitenziaria dal Ministero della Giustizia al Ministero della Salute[18], assicura l'assistenza di base e specialistica, gli interventi di prevenzione, la cura e riabilitazione del disagio psichico e psicologico e dalle dipendenze patologiche, gli interventi di prevenzione, l'assistenza sanitaria della gravidanza e della maternità, nonché l'assistenza pediatrica e i servizi di puericultura ai figli delle giovani.

Sul piano metodologico e organizzativo, le Linee di indirizzo del 2009[19] promuovono l'integrazione degli interventi attraverso la valutazione multidisciplinare, l'individuazione di strumenti e procedure per la valutazione precoce dei bisogni terapeutici e la definizione accordi di collaborazione interistituzionale per la definizione dei percorsi terapeutici in raccordo con i Servizi della Giustizia Minorile, che tengano conto degli eventuali vincoli posti dall'Autorità Giudiziaria Minorile.

Le procedure per la presa in carico

Il Protocollo d'intesa tra la Regione Liguria e il Centro per la Giustizia Minorile del 29 settembre 2010[20] recepisce le Linee di indirizzo 2009 sulle forme di collaborazione tra l'ordinamento sanitario e il sistema della Giustizia minorile, rimandando al livello locale la definizione dei protocolli operativi tra le ASL ed il CGM.

I protocolli definiscono le modalità di presa in carico dei minori e giovani adulti sottoposti a provvedimento penale, sulla base di una matrice comune regionale, allo scopo di implementare un modello organizzativo omogeneo nelle ASL della Liguria, che garantisca procedure e percorsi strutturati e integrati nel SSR attraverso le metodologie, le modalità organizzative e le risorse operanti e disponibili per la popolazione regionale, pur tenendo conto dei vincoli di ordine giudiziario e detentivo.

---

[18] «Linee di indirizzo per gli interventi del Servizio Sanitario Nazionale a tutela della salute dei detenuti e degli internati negli istituti penitenziari e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale» (Allegato A al DPCM 1 aprile 2008)

[19] «Linee di indirizzo per l'assistenza ai minori sottoposti a provvedimento dell'Autorità Giudiziaria» (Accordo CU 26 novembre 2009)

[20] DGR 18 giugno 2010 n. 704 «Approvazione del Protocollo d'Intesa tra la Regione Liguria ed il Centro di Giustizia Minorile per il Piemonte, la Valle d'Aosta e la Liguria», sottoscritto il 29 settembre 2010

La matrice comune definisce in particolare:

- la continuità dei percorsi di cura (SSR)
- le attività di monitoraggio e verifica (SSR)
- le prestazioni di assistenza primaria e specialistica (Dipartimenti Cure primarie – Servizi consultoriali/di neuropsichiatria infantile)
- la tutela della salute mentale (giovani in carico ai Dipartimenti Salute mentale e Dipendenze)
- la cura e la riabilitazione dei minori e giovani dall'abuso di sostanze (minori e giovani in carico ai DSMD – SERT)
- le attività di prevenzione (Dipartimento Prevenzione)
- l'assistenza sanitaria presso i servizi residenziali del CGM (CPA/Comunità ministeriale) (Dipartimento Cure primarie ASL 3 Genovese)
- le procedure per l'inserimento in Comunità terapeutica territoriale, ordinario e a seguito di provvedimento d'urgenza SSR)

Nel 2013 è stato completato l'iter di definizione dei protocolli. Conseguentemente obiettivo prioritario dell'Azione programmatica è l'adozione delle procedure e l'attivazione dei percorsi per l'assistenza sanitaria dei minori e giovani adulti in carico al CGM da parte delle Aziende sanitarie locali, come configurata nei protocolli operativi.

L'inserimento in Comunità terapeutica riabilitativa territoriale

Nel corso del 2012 sono stati curati gli inserimenti di sei minori/giovani in Comunità terapeutiche riabilitative dell'Area Dipendenze, di cui quattro fuori regione. Nelle CTR dell'Area Salute mentale gli inserimenti sono stati quattro di cui due fuori regione.

L'inserimento di minori e giovani autori di reato in CTR è caratterizzato dalla complessità derivante dai diversi fattori che concorrono a determinare i percorsi, complessità di cui si indicano gli aspetti sequenziali.

- Gli invii in comunità terapeutica sono possibili solo in virtù dell'ordinanza del giudice. Conseguentemente la valutazione e diagnosi successive all'ordinanza, intervengono "dopo" l'individuazione della tipologia di struttura e il provvedimento di inserimento, accertando i dati clinici emergenti.
- Addivenire ad una diagnosi definita non è senza difficoltà; il quadro talvolta è "al limite" e – in particolare per quanto riguarda il disagio psichico - le patologie riscontrate in alcuni casi non sono adeguatamente riconducibili alla tipologia di comunità terapeutiche accessibili. Inoltre il reperimento di strutture per questi casi risulta più lungo, meno soddisfacente nei risultati e può diventare critico nel caso di ragazzi "a scavalco" della maggiore età a causa del passaggio di competenze tra Dipartimento Cure primarie (minori) e Dipartimento Salute mentale Dipendenze (adulti). Più semplice risulta l'inserimento in Comunità dell'area Dipendenze, per le quali la normativa prevede l'accesso anche ai minori >14 anni, compresi i minori con doppia diagnosi, che fanno capo al DSMD – SERT, hanno una tipologia differenziata e quindi risulta più agevole individuare Comunità idonee.

AZIONI

Percorsi di transizione

A causa della complessità derivante dall'interazione tra la cura e la pena, i percorsi dei minori e giovani autori di reato risentono in misura maggiore del rischio di «dispersione» che caratterizza in genere l'assistenza dell'età evolutiva, inquanto conseguentemente all'evoluzione dell'età e del bisogno assistenziale cambiano anche i riferimenti dell'organizzazione sanitaria per la presa in carico.

Si tratta del contesto forse più problematico in cui costruire la continuità assistenziale.

I Protocolli operativi tra ASL e CGM definiscono le procedure standard per la presa in carico da parte dei diversi Dipartimenti. Sulla base di tale impianto è necessario definire e strutturare ***i percorsi di transizione tra servizi dipartimentali diversi e verso i servizi per l'età adulta,*** come anche indicato dagli obiettivi

dell'Azione «Tutela della salute mentale in infanzia e in adolescenza» del Piano di Azioni Nazionale per la Salute mentale (PANSM 2013).

Intercettazione precoce del disagio psichico

La precocità dell'intercettazione del disagio psichico è un fattore determinante, sia in generale per intercettare esordi psichiatrici "anticipati" e disagi plurimi più o meno conclamati, sia per favorire l'inserimento in strutture adeguate al bisogno di cura e riabilitazione.

La possibilità e la reale efficacia della diagnosi è complicata dal fatto che gli invii in comunità terapeutica sono effettuati in virtù dell'ordinanza del giudice minorile, che definisce la tempistica e spesso l'urgenza dell'inserimento. Conseguentemente la valutazione e diagnosi successive all'ordinanza, intervengono "dopo" l'individuazione della tipologia di struttura e il provvedimento di inserimento, accertando i dati clinici emergenti.

Data la complessità del problema, in cui la cogenza delle misure giudiziarie determina spesso la tempistica dei processi di valutazione e diagnostica, è necessario un approfondimento dei vari aspetti attraverso l'attivazione di un Focus con la partecipazione dei servizi sanitari, della Magistratura minorile e dei servizi del CGM , allo scopo di progettare criteri e forme di collaborazione che consentano l'effettuazione di diagnosi precoci per l'attivazione di risorse terapeutiche e riabilitative efficaci e coerenti con il bisogno assistenziale dei ragazzi.

Formazione

La formazione degli operatori del SSR in ambito penitenziario e in generale agli autori di reato adulti e minori è oggetto dell'Azione programmatica H. Azione di sistema 2. Formazione.

E' opportuno comunque richiamare il tema nell'ambito dell'Azione sui minori data la particolare criticità che assumono gli aspetti clinici e terapeutici in connessione con le specifiche prescrizioni e tempistiche dell'Autorità Giudiziaria Minorile e le conseguenti procedure del Servizi minorili del CGM.

E' pertanto necessario programmare interventi formativi dedicati e – su questioni complesse quali ad esempio la misura di "messa alla prova" - prevedere forme congiunte, in particolare con gli operatori del CGM.

AZIONE PROGRAMMATICA E. La cura dei minori nel circuito penale

OBIETTIVO	AZIONI	STRUMENTO DI VALUTAZIONE/INDICATORE
Garantire l'assistenza sanitaria di base, terapeutica e riabilitativa dei minori e giovani adulti in carico al CGM in area penale interna ed esterna.	- Applicazione dei protocolli operativi tra ASL e CGM da parte dei competenti servizi dipartimentali - Adozione delle procedure per la presa in carico - Attivazione dei percorsi assistenziali come configurati nei protocolli operativi.	- Presenza dei protocolli operativi sottoscritti - Presenza di protocolli aziendali su specifici segmenti / attività/ prestazioni - Monitoraggio dei percorsi da parte della funzione di responsabile aziendale per la salute in carcere e delle persone nel circuito penale
Promuovere la continuità assistenziale in relazione all'evoluzione dall'età minore all'età adulta (Azione «Tutela della salute mentale in infanzia e in adolescenza» del Piano di Azioni Nazionale per la Salute mentale (PANSM 2013).	Definizione dei percorsi di transizione tra servizi dipartimentali diversi e verso i servizi per l'età adulta.	Presenza di Protocolli interdipartimentali
Favorire l'intercettazione precoce del disagio psichico sia per individuare esordi psichiatrici "anticipati" e disagi plurimi più o meno conclamati, sia per favorire l'inserimento in strutture adeguate al bisogno di cura e riabilitazione.	- Approfondimento della tematica attraverso l'attivazione di un tavolo/focus/gruppo interistituzionale a livello regionale (Regione, Magistratura minorile, CGM, ASL) - Definizione di Linee guida	- Monitoraggio delle diagnosi - Elaborazione di Linee guida

F. PREVENZIONE, SANITÀ E IGIENE PUBBLICA E MEDICINA LEGALE

Premessa

Per cercare di impostare un'attività preventiva è stato predisposto un questionario atto a rilevare le attività in essere nelle carceri della Regione Liguria (Sanremo, Imperia, Savona, Genova, Chiavari, La Spezia). Il questionario ha sondato l'esistenza di programmi per la sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive (HIV, HCV, HBV, TBC e parassitosi) di programmi vaccinali (HBV, anti-influenzale ed altro) ed altre situazioni riguardanti la valutazione medico legale degli stati di disabilità ed altre attività medico legali, la sorveglianza igienico sanitaria degli ambienti, la sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche, promozione di stili di vita sani, programmi organizzati di screening ed infine la sicurezza alimentare.

L'analisi dei dati ottenuti attraverso la compilazione dei questionari ha permesso di evidenziare in tutte le carceri la presenza di programmi preventivi, seppure con delle differenze, che dovranno essere minimizzate, tra un carcere ed un altro.

La popolazione carceraria è considerata ad alto rischio per le infezioni da HBV, HVC, HIV, TBC e sifilide. Ciò è d'attribuire all'alta proporzione di soggetti che fanno uso di sostanze stupefacenti per via endovenosa (30-40%) (IVDU), soggetti provenienti da paesi in via di sviluppo (30-40%), all'affollamento, all'uso di rasoi, forbicine e strumenti non sterilizzati per effettuare tatuaggi e ai rapporti sessuali non protetti.

Studi condotti nelle carceri americane, europee ed italiane hanno evidenziato un'elevata frequenza delle suddette infezioni. Ad es. Pontali E. et al. hanno condotto uno studio di prevalenza delle coinfezioni da HBV e HCV in 173 soggetti anti-HIV positivi nelle carceri liguri rilevandone un'alta proporzione. E' stata infatti stimata una prevalenza per epatite B pregressa pari al 77,4%, per epatite B attiva pari al 6,7% e per epatite C pari al 99%. Queste frequenze particolarmente elevate sono dovute principalmente al fatto che la maggior parte dei soggetti anti-HIV positivi erano IVDU. Prevalenze elevate, indipendentemente dall'uso di droga per via endovenosa, sono comunque state confermate da altri studi della letteratura.

Recentemente Sagnelli E. et al. hanno condotto uno studio su 9 carceri italiane atto a valutare la frequenza oltre che delle infezioni da HBV, HCV e HIV anche delle infezioni tubercolari e da T. pallidum. Il suddetto lavoro ha stimato complessivamente, anche se con differenze da regione a regione, una prevalenza pari al 4,4%, 22,8%, 3,8%, 2,1% e 17,2% rispettivamente per HBsAg, anti-HCV, anti-HIV, TPHA e PPD Skin test positività. Tali prevalenze sono complessivamente molto superiori a quelle riscontrabili nella popolazione generale.

Risulta quindi evidente e prioritaria l'importanza di attuare dei programmi di screening per queste infezioni sia per individuare i soggetti positivi per una o più di queste infezioni ed indirizzarli verso un adeguato percorso diagnostico terapeutico sia per attuare eventuali programmi di prevenzione delle stesse.

Tali indagini andranno effettuate non solo all'ingresso in carcere ma anche durante il periodo di reclusione (qualora risultasse a lungo termine) ed almeno una volta all'anno, nei soggetti risultati negativi al momento dello screening precedente.

Interventi di sorveglianza e prevenzione delle malattie infettive

Per quanto riguarda l'infezione da HCV e HIV, se non si è già a conoscenza di un'eventuale positività, dopo l'acquisizione di consenso informato e adeguato counselling pre-test, si consiglia l'esecuzione di un test di screening del commercio. Qualora il test risultasse positivo per uno od entrambi i virus, il soggetto dovrà essere sottoposto ad un adeguato counselling post-test e indirizzato verso un adeguato percorso diagnostico terapeutico effettuato da uno specialista.

Per quanto riguarda l'infezione da HBV, se non si è già a conoscenza dello stato sierologico del soggetto, sempre dopo l'acquisizione di consenso informato e adeguato counselling pre-test, si consiglia l'esecuzione dei marcatori: HBsAg, anti-HBs e anti-HBc (tabella 1).

L'esecuzione di detti marcatori permette di identificare i soggetti già vaccinati, i soggetti suscettibili all'infezione che possono quindi essere sottoposti a vaccinazione anti-HBV, i soggetti con pregressa infezione e i soggetti portatori del virus. Q.

Tabella1. Significato e scopo dell'esecuzione dei marcatori sierologici dell'HBV

Marker	Suscettibile	Vaccinazione	Infezione acuta/cronica	Infezione pregressa
HBsAg	-	-	+	-
Anti-HBs	-	+	-	+
Anti-HBc	-	-	+	+

Vaccinazione Visita specialistica

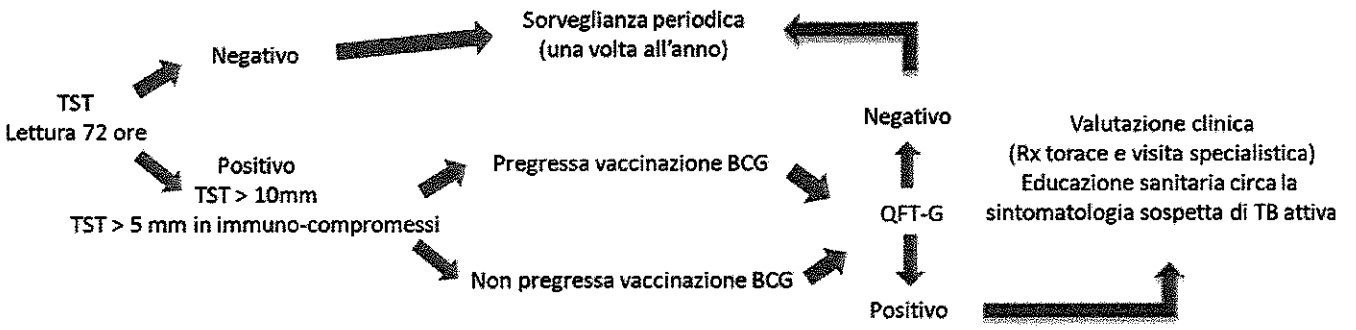
Per riconoscere un soggetto che ha avuto un contatto con il T. pallidum si consiglia l'esecuzione del TPHA. Se il soggetto dovesse risultare positivo al test si consiglia di indirizzarlo verso un adeguato percorso diagnostico terapeutico effettuato da uno specialista.

Come suggerito dal CDC, i soggetti che entrano in comunità carcerarie dove il rischio di infezione tubercolare non è per niente trascurabile, come è la situazione delle carceri italiane, devono essere sottoposti ad una visita atta ad individuare la presenza di eventuali segni di sintomi suggestivi di infezione tubercolare in atto. Qualora questi fossero presenti il soggetto deve essere isolato fino ad avvenuta diagnosi. Il percorso diagnostico deve prevedere il PPD skin test e qualora risultasse positivo devono essere effettuati il QFT-G (Quantiferon) e la radiografia del torace. In ogni caso anche i soggetti che non presentano sintomi e quelli con soggiorno a lungo termine dovranno essere sottoposti al PPD skin test all'ingresso ed una volta all'anno, (figura 1).

Si consiglia di incentivare lo screening anche tra il personale penitenziario, che deve essere effettuato nello stesso modo e con la stessa tempistica.

Si consiglia infine di effettuare l'indagine epidemiologica dei contatti dei soggetti risultati positivi

Figura 1. Sscreening, sorveglianza periodica e prevenzione della TBC



Sempre all'ingresso è necessario effettuare una visita specialistica per il riconoscimento ed il trattamento tempestivo di eventuali parassitosi quali scabbia e pediculosi.

Le vaccinazioni. Premessa

Da sempre il carcere rappresenta una struttura a rischio per la trasmissione di malattie infettive. Ciò è dovuto sia ai connotati specifici dell'edilizia penitenziaria (esiguità degli spazi a disposizione che conducono al sovraffollamento, uso promiscuo dei servizi igienici, ecc) sia ai comportamenti a rischio già descritti e sia all'alta percentuale di soggetti provenienti da paesi in via di sviluppo. Sulla stregua di queste considerazioni assumono sempre più importanza le campagne di vaccinazioni da attuare in ambiente carcerario.

Infatti, la vaccinazione rappresenta uno degli interventi più efficaci e sicuri a disposizione della Sanità Pubblica per la prevenzione primaria delle malattie infettive e tale pratica comporta benefici non solo per effetto diretto sui soggetti vaccinati, ma anche in modo indiretto, inducendo protezione ai soggetti non vaccinati («immunità di gregge»).

Cercando di effettuare una valutazione che tenga conto dell'adeguatezza, dell'efficacia e dell'efficienza di un piano vaccinale in un'ambiente molto particolare come quello carcerario devono essere fatte diverse considerazioni. Infatti, se da una parte si devono assicurare ai soggetti detenuti tutte le vaccinazioni previste dal piano regionale di prevenzione vaccinale (PRPV) (allegato 1) e si deve considerare la presenza in carcere di soggetti con infezione da HIV, con patologie croniche, provenienti da paesi in via di sviluppo a volte privi di ogni vaccinazione di base, d'altra parte si deve considerare la caratteristica del carcere di essere simile ad una struttura di accoglienza temporanea e talora reiterata di individui.

Le vaccinazioni consigliate

Con questa premessa, tenendo a mente il PRPV, si deve probabilmente cercare di fare in modo, compatibilmente con il tempo di soggiorno detentivo di ogni soggetto, di raggiungere con le vaccinazioni il maggior numero possibile di individui.

Si deve quindi, pur nelle difficoltà di attuazione, oltre a cercare di vaccinare i soggetti per prevenire la diffusione delle malattie prevenibili con le vaccinazioni, cercare nella detenzione l'occasione per vaccinare ad esempio i soggetti provenienti da paesi in via di sviluppo e privi di vaccinazione.

Si propone pertanto all'ingresso di effettuare un'accurata anamnesi vaccinale e per i detenuti per i quali non si può risalire alle vaccinazioni effettuate e che abbiano un periodo di permanenza in carcere sufficientemente lungo (> 2 mesi) di eseguire oltre allo screening per HBV, già proposto, anche lo screening sierologico per tetano, difterite, polio e MPR. Si suggerisce quindi di effettuare la vaccinazione e/o il ciclo di vaccinazione a tutti i detenuti negativi e quindi suscettibili all'infezione. Si consiglia di effettuare in autunno la vaccinazione anti-influenzale e per le categorie a rischio di effettuare le vaccinazioni anti-pneumococcica, anti-meningococcica, anti-HAV, anti-varicella e anti-haemphilus influenzae tipo B (figura 2).

Figura 2. Programma profilattico nelle strutture di detenzione

1. Anamnesi vaccinale (con eventuale screening sierologico):
   - HBV
   - Difterite, tetano, pertosse ⟹ { Ciclo primario per i suscettibili; dTpa ogni dieci anni }
   - Polio
   - MPR
2. Stagionale
   - Anti-influenzale (anche operatori sanitari e personale penitenziario)
3. Per categorie a rischio:
   - Anti-pneumococcica
   - Anti-meningococcica
   - Anti-HAV
   - Anti-varicella
   - Anti-Haemophilus Influenzae tipo B

Per quanto riguarda l'identificazione delle categorie a rischio per l'effettuazione delle vaccinazioni anti-pneumococcica, anti-meningococcica, anti-HAV, anti-varicella e anti-haemophilus influenzae tipo B, si suggerisce di fare riferimento al Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale 2012-2014.

Date le suddette elevate prevalenze di infezioni negli ospiti delle carceri, si consiglia inoltre di incentivare le vaccinazioni per le malattie prevenibili nel personale penitenziario e nel personale sanitario operante in carcere.

Infine, si suggerisce di attenersi al PRPV per quanto riguarda il tipo di vaccino da utilizzare od il ciclo vaccinale da attuare.

Bibliografia

Sagnelli E, Starnini G, Sagnelli C, et al. Blood born viral infections, sexually transmitted diseases and latent tuberculosis in italian prisons: a preliminary report of a large multicenter study. Eur Rev Med Pharmacol Sci. 2012 Dec;16(15):2142-6.

Pontali E & Ferrari F. Prevalence of Hepatitis B virus and/or Hepatitis C virus co-infections in prisoners infected with the Human Immunodeficiency Virus. Int J Prison Health. 2008 Jun;4(2):77-82.

Larney S, Kopinski H, Beckwith CG, et al. Incidence and prevalence of hepatitis C in prisons and other closed settings: Results of a systematic review and meta-analysis. Hepatology. 2013 Oct;58(4):1215-24.

Iacomi F, Iannicelli G, Franceschini A, et al. HCV infected prisoners: should they be still considered a difficult to treat population? BMC Infect Dis. 2013 Aug 14;13:374.

Almasio PL, Babudieri S, Barbarini G, et al. Recommendations for the prevention, diagnosis, and treatment of chronic hepatitis B and C in special population groups (migrants, intravenous drug users and prison inmates).Dig Liver Dis. 2011 Aug;43(8):589-95.

CDC. Recommendations and Reports. July 7, 2006/55(RR09);1-44.

Allegato 1. Attuazione del PNPV 2012-2014. Disposizioni in tema di aggiornamento del Calendario Vaccinale della Regione Liguria

Vaccino	Nascita	3° mese	5-6° mese	11-12° mese	13-15° mese	15° mese – 4 anni	5-6 anni	11-17 anni	18-45 anni	65 – 69 e ≥ 76 anni	70 – 75 anni	Ogni 10 anni
DTPa		DTPa	DTPa	DTPa			DTPa[1]	dTpa				dT[2]
IPV		IPV	IPV	IPV			IPV					
HBV	HBV[3]	HBV	HBV	HBV								
Hib		Hib	Hib	Hib								
MPR					MPR		MPR	MPR[4]				
PCV/PPV23		PCV	PCV	PCV						PPV23	PCV + PPV23[5]	
MenC					MenC[6]							
MenACWY								MenACWY[7]				
HPV								HPV[8]	HPV[8]			
Influenza										Influenza		
Varicella								Varicella[10]				
HAV					HAV[11]							

Legenda:

DTPa: vaccino antidifto-tetanico-pertossico acellulare
dTpa: vaccino antidifto-tetanico-pertossico acellulare per adolescenti e adulti
dT: vaccino antidifto-tetanico per adolescenti e adulti
IPV: vaccino antipolio inattivato
HBV: vaccino antiepatite B
Hib: vaccino contro le infezioni invasive da *Haemophilus influenzae* b
MPR: vaccino antimorbillo-parotite-rosolia
PCV: vaccino antipneumococcico coniugato
PPV23: vaccino antipneumococcico polisaccaridico
MenC: vaccino antimeningococco C coniugato
MenACWY: vaccino antimeningococco A,C, W135, Y coniugato
HPV: vaccino antipapilloma virus
HAV: vaccino antiepatite A

Offerta attiva e gratuita
Offerta gratuita
Offerta in regime di co-payment

VALUTAZIONE MEDICO LEGALE DEGLI STATI DI DISABILITÀ ED ALTRE ATTIVITÀ MEDICO LEGALI

Con differenti modalità organizzative tutte le ASL sono (o a breve saranno) in grado di erogare le stesse attività previste per i cittadini liberi per quanto di pertinenza dei Dipartimenti di Prevenzione, in particolare rispetto alla invalidità civile ed al rilascio/rinnovo patenti di guida.

Va posto l'accento sull'attività di certificazione dei Presidi sanitari negli Istituti penitenziari che, se da un lato devono vicariare anche in tal senso il MMG (per esempio rispetto allo stato di malattia), d'altro lato non possono né devono sostituirsi alle figure individuate per legge come nel caso dell'idoneità lavorativa (DLgs 81/2008).

Sorveglianza igienico sanitaria degli ambienti

Non tutte le ASL effettuavano con regolarità sopralluoghi atti a vigilare in tal senso. Come ribadito dalla nota del Ministero della Salute DPGRE 6185 del 13/3/2013, le ispezioni devono essere effettuate a cadenza semestrale.

Peraltro alcuni aspetti collegati all'efficacia della funzione ispettiva richiedono di essere meglio definiti. Si fa riferimento in particolare il ruolo di ente eventualmente sanzionatore esercitato dalle ASL e la possibilità di accesso senza preavviso (propria della natura ispettiva del sopralluogo), che caratterizzano in generale il mandato di sorveglianza delle Aziende sanitarie.

Sicurezza alimentare

Anche in questo settore è emerso che l'attività di sorveglianza da parte delle diverse ASL necessita di maggiore regolarità. Appare indispensabile che avvenga la notifica e/o la registrazione nell'anagrafe ASL delle mense dedicate ai detenuti, ai sensi dell'art. 6 Reg CE 852/2004. È altresì opportuno che i sopralluoghi delle ASL abbiano cadenza almeno semestrale, contestualmente alla ispezione ambienti.

Risulta inoltre indispensabile la formazione del personale coinvolto nella filiera della preparazione dei pasti. Poiché talora la preparazione dei pasti viene effettuata da detenuti che si avvicendano frequentemente in cucina, è opportuna la formazione di personale dell'Amministrazione penitenziaria che possa svolgere il ruolo di facilitatore mediante attività di affiancamento agli addetti alla cucina.

Devono inoltre essere predisposte ed applicate procedure di autocontrollo basate sui principi del sistema HACCP.

Sorveglianza prevenzione malattie croniche. Promozione stili di vita sani. Programmi organizzati di screening

Rispetto allaestensione dei programmi di screening regionali alla popolazione detenuta, l'offerta al momento appare limitata su quasi tutta l'area ligure. È pertanto necessaria una modulazione sulla popolazione detenuta più specifica ed adattabile al contesto penitenziario, con caratteristiche di prevenzione secondaria.

I protocolli degli screening regionali oncologici, per essere efficacemente applicabili, necessitano di adattamento. Tali attività, opportunamente modulate per ogni singolo istituto penitenziario, dovranno rientrare nel Programma aziendale per la salute in carcere.

Per supportare l'azione programmatica è necessaria l'elaborazione di materiale informativo contenente sia una "carta dei servizi", sia informazioni finalizzate alla promozione di stili di vita sani modulata sulla realtà penitenziaria.

AZIONE PROGRAMMATICA F. Prevenzione, sanità e igiene pubblica e medicina legale

OBIETTIVO	AZIONE	STRUMENTO DI VALUTAZIONE/INDICATORE
Sorveglianza dell'infezione da HBV	Effettuazione test di screening per il rilevamento dell'antigene HBs e degli anticorpi anti-HBs e anti-HBc su tutta la popolazione detenuta all'ingresso ed una volta all'anno	Numero test eseguiti/popolazione oggetto dell'azione di sorveglianza
Sorveglianza dell'infezione da HCV	Effettuazione test di screening per il rilevamento di anticorpi anti-HCV su tutta la popolazione detenuta all'ingresso ed una volta all'anno	Numero test eseguiti/popolazione oggetto dell'azione di sorveglianza
Sorveglianza dell'infezione da HIV	Effettuazione test di screening per il rilevamento di anticorpi anti-HIV1/2 su tutta la popolazione detenuta all'ingresso ed una volta all'anno	Numero test eseguiti/popolazione oggetto dell'azione di sorveglianza
Sorveglianza dell'infezione da T. pallidum	Effettuazione test di screening per il rilevamento di anticorpi anti-T. pallidum su tutta la popolazione detenuta all'ingresso ed una volta all'anno	Numero test eseguiti/popolazione oggetto dell'azione di sorveglianza
Sorveglianza dell'infezione tubercolare	Visita specialistica all'ingresso per individuare la presenza di segni di sintomi suggestivi di infezione tubercolare in atto	Numero di soggetti positivi/popolazione oggetto della visita
Sorveglianza dell'infezione tubercolare	Effettuazione test alla cutireazione di Mantoux su tutta la popolazione detenuta all'ingresso ed una volta all'anno	Numero test eseguiti/popolazione oggetto dell'azione di sorveglianza
Epidemiologia delle infezioni da virus HBV, HCV e HIV e da T. pallidum	Gestione dei dati ottenuti attraverso gli studi di sorveglianza	Stesura di rapporto annuale con dati di incidenza e di prevalenza delle infezioni sottoposte a sorveglianza
Sorveglianza delle parassitosi	Visita accurata all'ingresso	Numero di soggetti con parassitosi/popolazione oggetto dell'azione di sorveglianza

OBIETTIVO	AZIONE	STRUMENTO DI VALUTAZIONE/INDICATORE
Favorire l'accessibilità al percorso terapeutico e alle cure del soggetto risultato positivo allo screening per HBV	Indirizzare il soggetto risultato positivo allo screening per HBV al percorso terapeutico più appropriato	Numero contatti specialistici/numero soggetti risultati positivi allo screening per HBV
Favorire l'accessibilità al percorso terapeutico e alle cure del soggetto risultato positivo allo screening per HCV	Indirizzare il soggetto risultato positivo allo screening per HCV al percorso terapeutico più appropriato	Numero contatti specialistici/numero soggetti risultati positivi allo screening per HCV
Favorire l'accessibilità al percorso terapeutico e alle cure del soggetto risultato positivo allo screening per HIV	Indirizzare il soggetto risultato positivo allo screening per HIV al percorso terapeutico più appropriato	Numero contatti specialistici/numero soggetti risultati positivi allo screening per HIV
Favorire l'accessibilità alle cure e al percorso terapeutico del soggetto risultato positivo alla cutireazione di Mantoux	Indirizzare il soggetto risultato positivo alla cutireazione di Mantoux al percorso terapeutico più appropriato	Numero protocolli terapeutici attivati/numero soggetti risultati positivi alla cutireazione di Mantoux
Favorire l'accessibilità ai procedimenti preventivi nei soggetti risultati negativi allo screening per HBV	Somministrazione del vaccino anti-HBV nel soggetto suscettibile all'infezione	Numero cicli vaccinali effettuati/numero soggetti risultati suscettibili all'infezione
Profilassi malattie infettive prevenibili con la vaccinazione	Somministrazione del vaccino anti-HBV nei soggetti suscettibili all'infezione	Numero cicli vaccinali effettuati/numero soggetti risultati suscettibili all'infezione
Profilassi malattie infettive prevenibili con la vaccinazione	Somministrazione dei vaccini come da calendario proposto nei soggetti suscettibili all'infezione e con periodo di detenzione > 3 mesi	• Numero di vaccini e/o cicli vaccinali effettuati/numero soggetti risultati suscettibili all'infezione • Numero di vaccini e/o cicli vaccinali effettuati/popolazione oggetto della campagna vaccinale
Profilassi malattie infettive prevenibili con la vaccinazione	Gestione dei dati ottenuti attraverso l'attuazione dei programmi profilattici	Stesura di rapporto annuale con dati della copertura vaccinale ottenuta

OBIETTIVO	AZIONE	STRUMENTO DI VALUTAZIONE/INDICATORE
Valutazione medico legale degli stati di disabilità ed altre attività medico legali e di certificazione	Rendere accessibile alla popolazione detenuta le prestazioni di medicina legale erogate alla popolazione libera, con particolare riferimento a Commissioni Invalidi e Patente di guida	Numero richieste formulate /numero pratiche evase
	Omogeneizzazione dell'attività certificativa tra le diverse strutture di Sanità Penitenziaria attraverso condivisione con l'Amministrazione penitenziaria dell'elenco di attività.	Evidenza di condivisione dell'elenco di attività certificativa con l'Amministrazione Penitenziaria
Sicurezza alimentare	Notifica e Registrazione mensa detenuti di tutti gli Istituti ai sensi dell'art.6 Reg CE852/2004	Notifica e registrazione entro 1° semestre 2014
	Sopralluoghi ASL presso mense detenuti, finalizzati alla verifica del rispetto dei requisiti previsti per le mense di comunità	Evidenza di almeno 2 sopralluoghi per anno attuati contestualmente o meno alle visite ispettive di sorveglianza igienico sanitaria degli ambienti
	Formazione del personale addetto alla mensa attraverso corsi dedicati con individuazione dei destinatari per le diverse realtà penitenziarie	Attivazione di almeno 1 corso di formazione aperto a tutti gli Istituti della Liguria entro il 2014, con riferimento a esperienze pilota nel SSR
Sorveglianza igienico sanitaria degli ambienti	Visite ispettive ASL a cadenza almeno semestrale	Presenza di almeno 2 relazioni/anno
Sorveglianza, prevenzione malattie croniche promozione stili di vita sani programmi organizzati di screening	Adattamento dei programmi di screening oncologici regionali finalizzato alla realizzazione intrapenitenziaria	Numero detenuti in fascia di età degli screening / numero di soggetti sottoposti a screening
	Elaborazione "carta dei servizi"	Ultimazione e distribuzione entro fine 2014

AZIONE PROGRAMMATICA F. Prevenzione, sanità e igiene pubblica e medicina legale

Elenco attività certificativa e medico legale a carico dei presidi sanitari operanti all'interno degli istituti penitenziari

- nulla osta alla traduzione
- certificazione per l'attività sportiva (attività amatoriale ludico motoria): allineamento a quanto previsto dal D.M. Del 24/4/2013 e art. 42 bis della legge 9/8/2013 e *s.m.i.*
- certificazione dello stato di malattia dell'ospite lavoratore e certificazioni per eventuali infortuni sul lavoro
- relazioni sanitarie su richiesta dell'Amministrazione Penitenziaria e/o dell'autorità giudiziaria corredate da informazioni complete sullo stato di salute e rispondendo alla specifica richiesta in caso di quesito mirato
- pareri in ordine alla compatibilità con la detenzione su richiesta della Autorità Giudiziaria o di propria iniziativa nei casi
- 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;
- nulla osta all'attività lavorativa esclusivamente per le mansioni non rientranti nelle funzioni di sorveglianza sanitaria, come indicate dal medico competente di cui al D.lgs. 81/2008.

G. IL PROCESSO DI SUPERAMENTO DEGLI OSPEDALI PSICHIATRICI GIUDIZIARI

Premessa

Il processo di superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari, una forma penitenziaria di ricovero manicomiale sopravvissuta alla Legge 180/1978, è stato avviato dal DPCM 1° aprile 2008. Al termine di questo percorso le persone con disturbi psichiatrici che hanno commesso reato e con misura di sicurezza del ricovero in OPG, saranno assistite in strutture sanitarie territoriali dedicate, in grado di garantire percorsi di cura, riabilitazione e reinserimento sociale strutturati in base agli specifici bisogni assistenziali degli ospiti, anche in considerazione del loro status giuridico.
La legge 9 del 17 febbraio 2012 definisce i termini e le risorse per il "definitivo superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari" ed il profilo delle nuove strutture sanitarie destinate ad accogliere le persone cui sono applicate le misure di sicurezza del ricovero in OPG. Tali termini e le procedure per l'assegnazione delle risorse sono stati successivamente modificati, in ultimo con la Legge 57 del 23 maggio 2013 che fissa al 1° aprile 2014 la chiusura degli OPG. Nella relazione al Parlamento dei Ministri della Salute e della Giustizia del dicembre 2013, "... si prospetta la necessità che il Governo ... proponga al Parlamento una proroga del termine che rispecchi la tempistica oggettivamente necessaria per completare definitivamente il superamento degli OPG".

Il programma ligure per il superamento degli OPG

La Regione Liguria ha approvato il programma per la realizzazione della struttura sanitaria con la DGR 364/2013[21]. Il Decreto del Ministro della salute di approvazione e finanziamento del programma è stato pubblicato nella GU del 5 dicembre 2013. A seguito di questo adempimento sono state avviate le attività per la progettazione definitiva e le procedure per l'affidamento dei lavori di realizzazione della struttura, che richiederanno circa 2 anni. Il programma per la realizzazione degli interventi assistenziali è stato approvato con DGR 1447/2013[22] e trasmesso al Ministero della salute per la valutazione e l'erogazione dei finanziamenti.

Il PROGETTO DELLA REMS

Aspetti logistici e strutturali
La ricettività della struttura sanitaria (REMS. Residenza per l'esecuzione della misura di sicurezza) è stata stimata in 20 posti letto, sulla base delle compresenze in OPG di persone liguri nel triennio 2009-2011. Il programma ligure prevede un'unica struttura che svolgerà un servizio regionale, ossia ospiterà tutte le persone con misura di sicurezza del ricovero in OPG residenti sul territori ligure.
Il progetto strutturale prevede la ristrutturazione e riqualificazione di un fabbricato e dell'area verde annessa, sito nel Comune di Calice al Cornoviglio (SP), nel territorio dell'ASL 5 Spezzino.

Aspetti gestionali
La Direzione sanitaria della REMS sarà affidata all'ASL 5 e sarà composta da 1 dirigente psichiatra, 3 psichiatri e uno psicologo. Per il personale di comparto (OSS, infermiere, terapista della riabilitazione psichiatrica), di coordinamento e amministrativo è previsto l'affidamento dei servizi tramite procedure di evidenza pubblica.

Aspetti giuridici e amministrativi
L'interazione dei percorsi di cura con i percorsi della pena riguarda in generale la gestione dell'assistenza sanitaria agli autori di reato, in carcere e sul territorio. Il passaggio dell'assistenza sanitaria dal Ministero della Giustizia al Ministero della Salute non è stato accompagnato da una armonizzazione sistematica degli ordinamenti. In linea di massima si procede sugli aspetti specifici per adeguamenti e interpretazioni, sulla base della collaborazione interistituzionale e operativa. La questione è particolarmente rilevante per la gestione delle nuove strutture sanitarie, che saranno pertanto chiamate a svolgere la loro funzione a ordinamento penale e ordinamento penitenziario invariati, i quali fanno riferimento a misure di sicurezza nell'ambito del sistema penitenziario.

[21] DGR 28 marzo 2013 n. 364 (Legge 17.02.2012 n. 9 art. 3 ter - Programma per la realizzazione di strutture sanitarie extraospedaliere per il superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari)
[22] DGR 19 novembre 2013 n. 1447 (Approvazione del "Programma per la realizzazione degli interventi per il superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari" ai sensi della legge 17 febbraio 2012 n. 9 art. 3-ter e ss.mm.ii)

Per affrontare questa complessità è stato costituito un Gruppo tecnico interistituzionale (Regione, Magistratura di sorveglianza, Provveditorato regionale per l'amministrazione penitenziaria, ASL) che ha il compito di chiarire il ruolo dei diversi soggetti coinvolti nei percorsi degli ospiti della REMS e affrontare le criticità generate dai punti di disallineamento tra i diversi ordinamenti e tra le rispettive procedure.

Aspetti clinici

La fase di trattamento collegata alle prescrizioni giuridiche in oggi demandata agli OPG si svolgerà nella REMS, che si configura come servizio regionale di osservazione, cura e stabilizzazione in funzione del rientro nel territorio di appartenenza. Si tratta pertanto di una "struttura/ponte", con tempi di permanenza limitati a tale funzione.

Obiettivi generali del programma terapeutico riabilitativo della REMS sono

- l'accoglienza e la valutazione per l'inserimento nel corretto livello di intensità di trattamento farmacologico, psicologico e riabilitativo
- la realizzazione di percorsi di cura il più possibile personalizzati
- l'attenzione alla famiglia, al contesto di vita e sociale di provenienza
- l'attenzione alla vittima

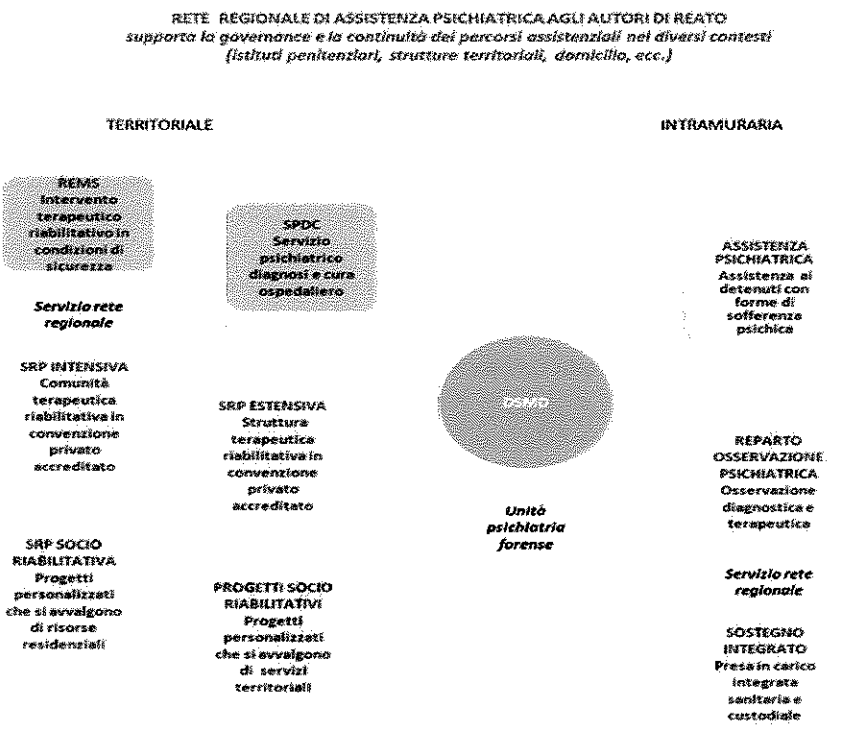
L'accoglienza è articolata in alta e media intensità di trattamento, in riferimento da un lato alla intensità del rapporto numero di pazienti - numero di operatori, dall'altro al livello di limitazione della libertà personale.

Il completamento del percorso di trattamento richiede almeno altri due livelli di cura territoriali:

- media/bassa intensità in strutture residenziali ordinarie inserite nella rete regionale dei servizi di assistenza psichiatrica
- bassa intensità in assenza di controllo diretto della persona, il cui trattamento si svolge con il paziente in carico al Servizio psichiatrico territoriale.

LA RETE PSICHIATRICA DEI DSMD E LA PRESA IN CARICO SUL TERRITORIO

La REMS svolgerà una funzione integrata nella rete regionale dei servizi di assistenza psichiatrica che fa capo ai Dipartimenti di Salute mentale e Dipendenze, nell'ambito del *sistema regionale integrato per la salute in carcere e delle persone nel circuito penale* (DGR 364/2012).



La configurazione della rete definisce un sistema in cui il DSMD competente – attraverso i necessari strumenti di comunicazione, coordinamento e condivisione delle valutazioni e monitoraggio dei percorsi - mantiene la continuità assistenziale nei diversi contesti di pena e di cura in cui si trovano i propri assistiti.

Per favorire l'interazione strutturata tra il Servizio sanitario ed il Sistema giudiziario, si prevede l'istituzione in ciascun DSMD di un'unità di funzionale di psichiatria forense, che costituisca l'interfaccia tra i due sistemi.

La presa in carico delle persone provenienti dagli OPG

La presa in carico delle persone provenienti dagli OPG si inscrive nella rete psichiatrica descritta. Per coloro che devono accedere ai servizi residenziali e semiresidenziali, il DSMD si avvale delle strutture e dei servizi territoriali "ordinari", ossia nel SSR non sono previste tipologie di strutture riservate agli autori di reato, che vengono inseriti nelle strutture residenziali psichiatriche accreditate e convenzionate, sulla base del Piano Terapeutico Individuale.
La chiusura degli OPG e la funzionalità della REMS nell'ambito del SSR consentiranno la razionalizzazione e l'integrazione dei percorsi di cura e di reinserimento sociale, favorendo l'appropriatezza degli interventi, la continuità assistenziale e – fattore non irrilevante – consentendo ai servizi territoriali psichiatrici di svolgere pienamente la loro funzione di governance.

Le procedure condivise di dimissibilità

Nella seconda metà del 2013, nell'ambito del Coordinamento del Bacino macroregionale per il superamento dell'OPG di Montelupo è stato attivato un gruppo tecnico composto dai tecnici/psichiatri delle Regioni afferenti al Bacino, incaricato di definire procedure condivise tra i servizi territoriali dei DSM e l'équipe sanitaria dell'OPG per la dimissibilità delle persone presenti in OPG per le quali – come indicato dalla L. 57/2013 - " ... l'autorità giudiziaria abbia già escluso o escluda la sussistenza della pericolosità sociale".
Il Gruppo tecnico ha elaborato il documento «Coordinamento di bacino macroregionale OPG Montelupo Fiorentino. Procedure per la dimissibilità dei pazienti», condiviso dalle Regioni del Coordinamento.

I DSMD sono conseguentemente impegnati a programmare e a svolgere le attività previste dalle "Procedure", ossia la designazione dei rispettivi componenti i Gruppi di lavoro dimissibilità (GLD), la valutazione condivisa dei pazienti e la formulazione del Piano Terapeutico Individuale (PTI) e del Piano Terapeutico Riabilitativo Personale (PTRP)[23].

A seguito di tale attività i DSMD definiscono e programmano le modalità e le risorse per la presa in carico delle persone valutate dimissibili, con riferimento alle determinazioni dell'autorità giudiziaria.

FORMAZIONE E COMUNICAZIONE

La formazione dei soggetti a vario titolo coinvolti nel percorso di superamento degli OPG assume uno specifico rilievo in una regione come la Liguria che è non è sede di OPG e che quindi deve costruire ex novo il necessario apparato di conoscenze, metodi e prassi per la cura e la riabilitazione dei pazienti. Quest'aspetto nello stesso tempo costituisce l'opportunità di costruire un modello assistenziale adeguato alle esigenze e alle risorse assistenziali del Servizio sanitario regionale.

In ragione di tale considerazioni, si rende necessario progettare e realizzare un ciclo formativo regionale sugli obiettivi e le metodologie del progetto assistenziale della REMS e più in generale sulla cura, riabilitazione e inclusione sociale degli autori di reato con patologia psichiatrica o sofferenza psichica, differenziato in:

- formazione specifica del personale di comparto, ossia gli infermieri, i terapisti della riabilitazione psichiatrica e gli OSS che opereranno nella REMS;
- aggiornamento degli operatori dell'ASL 5 e delle altre ASL liguri, con particolare riferimento agli operatori dei DSMD competenti per la presa in carico degli ospiti della REMS;
- formazione degli operatori delle strutture residenziali "ordinarie"

La programmazione del ciclo formativo sarà curata da un Comitato scientifico composto da rappresentanti della Regione (strutture competenti nella materia e per la formazione del personale sanitario), dell'Università degli studi di Genova e da esperti.

[23] Come definiti nel documento «Le strutture residenziali psichiatriche» (Accordo Conferenza Unificata 17 ottobre 2013).

AZIONE PROGRAMMATICA G. Il processo di superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari

OBIETTIVO	AZIONE	STRUMENTO DI VALUTAZIONE/INDICATORE
Accoglienza, cura, riabilitazione e reinserimento sociale delle persone con disturbi psichiatrici che hanno commesso reato e con misura di sicurezza del ricovero in OPG (Legge 9/2012 e ss.mm.ii.)	Attivazione della REMS - Reperimento del personale della Direzione sanitaria - Reperimento del personale di comparto, sociale e di coordinamento, amministrativo	Atti amministrativi
	Gestione della REMS - Tempi assistenziali	- Rapporto numerico personale / utenti - tempi assistenziali/die per figura professionale/utente
	- Valutazione clinica e del rischio del comportamento aggressivo e suicidario	Diagnosi in ingresso e schede di valutazione del rischio con strumenti standard - *nella fase di accoglienza* - *periodicamente*
	- Entità dei passaggi da alta a media intensità di cura in un periodo dato.	Numero medio dei passaggi. *periodicamente, a seguito dell'avvio delle attività*
	Formazione	Numero di ore di formazione per unità di personale - *a seguito del reperimento del personale* - *periodicamente*
Valutazione e presa in carico delle persone presenti negli OPG	Valutazione	- PTI e PTRP sulla base della valutazione condivisa per ciascun paziente presente nell'OPG di Montelupo Fiorentino - PTI e PTRP per ciascuno dei pazienti presenti negli altri OPG
	Presa in carico delle persone dimissibili	Numero persone prese in carico dai servizi psichiatrici territoriali
Formazione sul progetto assistenziale della REMS e più in generale sulla cura, riabilitazione e inclusione sociale degli autori di reato con patologia psichiatrica o sofferenza psichica	- Costituzione del Comitato scientifico - Progettazione del ciclo formativo regionale - Realizzazione delle azioni formative/informative	- Progetto formativo - Azioni formative realizzate: numero/tipologia/partecipanti

H. AZIONI DI SISTEMA

1. FLUSSI INFORMATIVI

Premessa

Dalla rilevazione in tutti i settori di attività per la salute in carcere è risultato come grave limite la mancanza di adeguata documentazione sia gestionale che clinica e l'assenza di sistemi/procedure informatizzate. L'assenza di flussi informativi rende impraticabili le azioni necessarie per un'adeguata e funzionale programmazione, gestione, monitoraggio e valutazione dei servizi sanitari in ambito penitenziario, oltre che la produzione della documentazione clinica e certificatoria.

La disponibilità dei dati e l'informatizzazione delle procedure è inoltre condizione ineludibile per attivare anche nei presidi penitenziari la razionalizzazione della gestione delle attività assistenziali e le procedure di gestione del rischio clinico.

L'assenza di flussi informativi è anche determinata dalla complessità dell'assetto derivante dalla riforma della sanità penitenziaria poiché si tratta del trasferimento di funzioni tra organizzazioni non omologhe, che per il SSN - articolato a più livelli, differenziato tra le Regioni e (spesso) tra le Aziende sanitarie della stessa regione – implica di assicurare agli autori di reato l'accesso ai diversi servizi della propria rete assistenziale. È presumibilmente anche a causa di questa "asimmetria" che ad oggi non esistono flussi, indicatori, classificazioni nell'ambito del sistema informativo sanitario nazionale e neppure un flusso dedicato alla salute in carcere, con le conseguenti difficoltà nel valutare e programmare le necessarie risorse e attività.

Questa mancanza rappresenta peraltro l'opportunità di individuare "ex novo" un sistema regionale per la gestione dei flussi informativi in ambito penitenziario, capace di integrarsi/interagire con i diversi contesti e livelli aziendali nei quali è implicata l'assistenza sanitaria negli istituti penitenziari e agli autori di reato.

In altre parole si tratta di ragionare in termini generali di **gestione dei flussi informativi**, definendo sulla base di questi gli applicativi necessari per la gestione dei dati in relazione alle diverse finalità/attività.

OBIETTIVO GENERALE

Adozione di un sistema informativo regionale per la salute in carcere e delle persone nel circuito penale, capace di integrarsi con gli applicativi delle ASL e nella prospettiva della definizione di flussi informativi nazionali.

AZIONI

Le coordinate della gestione dei flussi informativi in ambito penitenziario sono indicate dall'Accordo CU 26 novembre 2009 sul documento «Dati sanitari, flussi informativi e cartella clinica anche informatizzata», che individua due obiettivi collegati:

- Creazione di un sistema informativo nazionale delle regioni sulla sanità penitenziaria
- Informatizzazione della cartella clinica nelle carceri

Peraltro, come già evidenziato, ad oggi non esistono flussi, indicatori, classificazioni nell'ambito del sistema informativo sanitario nazionale e neppure un flusso dedicato alla salute in carcere. Solo alcune Regioni hanno realizzato sistema informativi di livello regionale che – sia pure nell'ambito delle indicazioni dell'Accordo CU - presentano implicazioni organizzative e documentarie differenziate.

È pertanto necessario definire le azioni programmatiche in relazione sia allo scenario nazionale, sia ai sistemi aziendali e regionale di trattamento dei dati. In questo contesto il percorso si articola nelle seguente fasi:

— *Analisi, valutazione e progettazione*, attraverso l'attivazione di un Tavolo tecnico regionale composto da sanitari e informatici, incaricato di:

- valutare l'adottabilità degli applicativi sviluppati dalle Regioni Emilia Romagna e Toscana
- elaborare uno studio di fattibilità per la realizzazione di un sistema informativo regionale per la salute in carcere entro prima metà del 2014

— *Sviluppo delle procedure informatizzate per la gestione delle attività sanitarie* indirizzate a minori e adulti in ambito penitenziario e in area penale esterna, collegate all'organizzazione aziendale

— *Strutturazione di presidi tecnologici informativi clinici*, a partire dalla cartella clinica regionale

Nell'ambito di quest'azione è necessario attivare dispositivi che consentano l'identificazione dei centri di costo e le voci di spesa per l'assistenza sanitaria ai detenuti e agli autori di reato in carico sul territorio.

AZIONE PROGRAMMATICA H. Azioni di sistema

1. Flussi informativi

OBIETTIVO	AZIONE	STRUMENTO DI VALUTAZIONE/INDICATORE
Razionalizzare e informatizzare i flussi informativi in maniera integrata *Definizione degli obiettivi rispetto all'Accordo CU 26 novembre 2009*	Tavolo tecnico regionale informatici e sanitari • valutazione adottabilità applicativi sviluppati dalle Regioni Emilia Romagna e Toscana • definizione di un progetto per la realizzazione di un sistema informativo regionale per l'assistenza sanitaria ai detenuti e agli autori di reato in carico ai servizi territoriali	Studio di fattibilità entro la prima metà del 2014
Realizzare un sistema informativo regionale per la salute in carcere e delle persone nel circuito penale, capace di integrarsi con gli applicativi delle ASL e nella prospettiva della definizione di flussi informativi nazionali.	Identificazione delle prestazioni a favore degli autori di reato in area penale interna ed esterna	Definizione degli indicatori
	Identificazione dei centri di costo/voci di spesa per l'assistenza sanitaria agli autori di reato/detenuti	Definizione degli indicatori
	Identificazione dei costi per la quantificazione della quota di finanziamento dei trasferimenti per la sanità penitenziaria per il Centro Clinico di Genova Marassi (vedi AP H.3) nel caso di attivazione del servizio regionale.	Definizione degli indicatori
	Sviluppo delle procedure per la gestione dei dati in ambito penitenziario collegate all'organizzazione aziendale.	Presenza di procedure informatizzate
	Strutturazione di presidi tecnologici informativi clinici	Disponibilità della cartella clinica regionale

H. AZIONI DI SISTEMA

2. FORMAZIONE

Premessa

Nell'ambito dei lavori per la predisposizione del Programma - anche se non è stata effettuata un'indagine specifica - è emersa l'assenza di un intervento formativo sistematico aziendale dedicato all'assistenza in ambito penitenziario e, in generale, agli autori di reato adulti e minori. La materia non è prevista nei piani annuali aziendali.

OBIETTIVO

Programmazione di un'azione formativa strutturata che assicuri la formazione di base e l'inserimento prospettico della tematica nell'ambito della programmazione formativa aziendale..

In altri termini, essendo l'assistenza sanitaria agli autori di reato un'attività integrata in quanto il modello organizzativo regionale distribuisce l'assistenza tra i Dipartimenti territoriali competenti, i piani formativi aziendali dovranno prevedere interventi sull'assistenza agli autori di reato nell'ambito sia della formazione generale/di base, sia della formazione dipartimentale e dovrà essere assicurata la continuità della formazione e dell'aggiornamento degli operatori aziendali.

In particolare, considerato lo specifico "regime" in cui si opera, la formazione dovrà prevedere anche gli aspetti giuridico-amministrativi che determinano le condizioni della pena degli assistiti e quindi il contesto in cui si svolge la cura dell'autore di reato. In proposito su specifiche problematiche, quali ad esempio le misure di sostegno integrato, potranno essere programmati interventi idi formazione condivisa tra gli operatori sanitari e gli operatori custodiali o dell'area penale esterna dell'Amministrazione penitenziaria o del CGM.

AZIONI

Anche alla luce del processo di riorganizzazione avviato con la DGR 364/2012, è necessario definire le linee guida per la formazione degli operatori aziendali in materia di assistenza sanitaria in carcere e in area penale esterna, attraverso la costituzione di un Gruppo di lavoro composto da rappresentanti delle strutture regionali competenti in materia (salute in carcere e formazione) e dai responsabili del programma aziendale.

Prioritariamente il Gruppo di lavoro è incaricato - allo scopo di promuovere un livello di conoscenze uniforme anche per quanto riguarda gli aspetti normativi e organizzativi del sistema regionale integrato per la salute in carcere e delle persone nel circuito penale - della progettazione di un ciclo regionale di formazione di base, attraverso la definizione di un modulo da attivarsi nelle diverse ASL e da realizzarsi entro il 2014. Il ciclo informativo sarà a carico della Regione.

A partire dal 2014 i piani formativi annuali aziendali dovranno comprende la materia, in collegamento con i Programmi aziendali per la salute in carcere e delle persone nel circuito penale previsti dalla DGR 364/2012.

Nell'ambito di tale programmazione sono da valorizzare i risultati del focus sull'assistenza infermieristica «Gli Istituti penitenziari in Liguria», che evidenziano che " ... gli infermieri penitenziari necessitano di una formazione specifica e adeguata, di solide competenze e di esperienza per erogare un'adeguata assistenza al detenuto, che è un paziente difficile e spesso manipolativo".

AZIONE PROGRAMMATICA H. Azioni di sistema

2. Formazione

OBIETTIVO	AZIONE	STRUMENTO DI VALUTAZIONE/INDICATORE
Assicurare la formazione e l'aggiornamento del personale del SSR che opera negli Istituti penitenziari e servizi residenziali della Giustizia minorile e nella la presa in carico degli autori di reato minori e adulti in area penale esterna	Costituzione di un gruppo di lavoro composto da rappresentanti delle competenti strutture regionali e aziendali per la definizione di linee guida per la realizzazione dell'azione programmatica e la continuità della formazione e dell'aggiornamento	Linee guida entro la prima metà del 2014
	Organizzazione di un ciclo formativo di base regionale, comprendente anche gli aspetti giuridico-amministrativi e istituzionali.	Realizzazione di almeno una edizione per ASL del ciclo formativo entro il 2014.
	Inserimento prospettico della materia nei piani formativi annuali aziendali e dei dipartimenti territoriali	Evidenza diinterventi formativi per la salute in carcere e delle persone nel circuito penale in ciascun piano formativo aziendale e dei dipartimenti territoriali

H. AZIONI DI SISTEMA

3. SERVIZI REGIONALI

Premessa

Con la DGR 364/2012 è stata avviata una riorganizzazione dei servizi di assistenza sanitaria agli autori di reato, sulla base di un modello organizzativo omogeneo da attivarsi in tutte le ASL liguri e che tende a costruire *Sistema regionale integrato per la salute in carcere e delle persone nel circuito penale*. Già il DPCM 2008 prevedeva modelli organizzativi omogenei, non solo a livello regionale ma con delle continuità anche a livello nazionale, e questo in ragione del fatto che il sistema giudiziario-penale e penitenziario sono centralizzati (anche se articolarti territorialmente) e quindi c'è la necessità di parlare linguaggi organizzativi omogenei.
Dalla DGR 364/2012 per l'assistenza alle persone detenute deriva la seguente configurazione dei servizi:

- Presidi sanitari negli istituti penitenziari
- Accesso alle strutture specialistiche ambulatoriali/ospedaliere del SSR
- Servizi sovra aziendali che svolgono un'attività diretta a tutte le ASL/IP della regione, configurabile come servizio regionale.

L'orientamento del PRSC alla costruzione di un sistema regionale integrato, in particolare per quanto riguarda l'Azione di sistema «Servizi regionali», risulta coerente con l'impianto del documento «Linee guida in materia di modalità di erogazione dell'assistenza sanitaria negli istituti penitenziari. Implementazione delle reti sanitarie regionali e nazionali» del 22 gennaio 2014, elaborato nell'ambito del Gruppo tecnico interregionale sanità penitenziaria della Commissione salute, sul quale è stato avviato l'iter per la definizione dell'Accordo in Conferenza Unificata.

OBIETTIVO

Razionalizzazione e ottimizzazione dei servizi sovra-aziendali, in funzione del completamento dell'assunzione dell'assistenza agli autori di reato nell'ambito del SSR.

I servizi sovra aziendali

La situazione dei servizi sovra aziendali non è omogenea dal punto di vista dell'accesso e della funzionalità, e più precisamente:

- ReMS di Calice al Cornoviglio (ASL 5).
  Il servizio sarà accessibile a seguito dell'attivazione della struttura.
- Reparto Osservazione Psichiatrica - IP Genova Marassi (ASL 3).
  5 posti letto, attivato nell'ottobre 2013. L'accesso è regolamentato dall'Accordo interistituzionale Regione – Tribunale di sorveglianza – Provveditorato regionale Amministrazione penitenziaria del 4 aprile 2013.
- Custodia attenuata - CC Genova Marassi (ASL 3)
  14 posti letto, attivato nel 1998 con l'obiettivo, di fatto non attuato, di essere accessibile anche a detenuti degli altri Istituti penitenziari liguri.
- «Repartino» Genova IRCCS AOU San Martino (ASL 3)
  8 posti letto. Accessibile in maniera occasione e non proceduralizzata anche a detenuti degli istituti penitenziari in regione.
- Centro clinico CC Genova Marassi (ASL 3)
  40 posti letto di cui 19 per patologie internistiche. Attivato nel 2009. Non è riconosciuto ai come CDT ai sensi dell'Accordo CU 26 novembre 2009, di fatto riceve pazienti da IP fuori regione (c.a 45/anno).

Per quanto riguarda il Reparto di Custodia attenuata di Genova Marassi e il «Repartino» di San Martino, si tratta di servizi "potenzialmente" regionali, ma dei quali è necessario valutare l'attività in relazione a

diverse opzioni quali possono essere la dismissione, il mantenimento a livello aziendale, la conversione/riorganizzazione, l'accessibilità a livello regionale con conseguente regolamentazione e proceduralizzazione dell'accesso.

Il Centro Clinico presso la CC di Genova Marassi

Il Centro Clinico di Genova Marassi per la tipologia di servizio, la consistenza delle risorse professionali e strumentali impiegate e il suo particolare status in relazione all'interazione con il DAP, richiede uno specifico approfondimento.

Il CC è stato a suo tempo censito nell'ambito dell'Accordo CU 26 novembre 2009 sul documento «Strutture sanitarie nell'ambito del sistema penitenziario italiano». La sigla CDT (Centro diagnostico Terapeutico e Centro Clinico) indica oggi una tipologia di strutture detentive finalizzate a erogare un'assistenza sanitaria differente e di maggior livello rispetto agli istituti penitenzia ordinari, in regime di "ricovero penitenziario", anche su richiesta dell'Autorità Giudiziaria.
In attuazione del DPCM 1 aprile 2008 i CDT sono stati censiti e classificati in tre categorie:

- CDT necessari, insopprimibili, destinati in particolare ad ospitare prevalentemente detenuti sottoposti al regime del 41 bis.
- CDT attualmente funzionanti.
- CDT realizzati ma non ancora funzionanti, tra i quali è compreso il Centro Clinico di Genova Marassi. Per tali Istituti è necessario un accordo preventivo fra le Regioni interessate e l'Amministrazione penitenziaria per la loro attivazione o per un loro utilizzo alternativo.

Il Centro Clinico di Marassi è stato attivato nel 2009 e non è stato stipulato alcun accordo preventivo tra la Regione Liguria e l'Amministrazione penitenziaria, che – di fatto – ha preso atto dell'attivazione e dispone gli invii a livello dipartimentale nazionale, nell'ambito del circuito dei CDT riconosciuti.

In sintesi, il Centro clinico di Marassi non è riconosciuto come CDT ma è utilizzato come se lo fosse. Il non riconoscimento comporta inoltre che la Regione Liguria non ha accesso ai finanziamenti previsti per il funzionamento di questi Centri e che – conseguentemente – i costi delle prestazioni erogate a detenuti anche provenienti da fuori Regione sono sostenuti esclusivamente dal SSR ligure.

AZIONI

Per la realizzazione dell'azione programmatica è preliminare l'attivazione di un Tavolo tecnico per la rilevazione e la valutazione delle attività dei servizi sovra aziendali, ossia:

- *Reparto Custodia attenuata presso la CC di Genova Marassi*
- *«Repartino» presso IIRCCS AOU San Martino di San Martino, Genova*
- *Centro Clinico presso la CC di Genova Marassi*

Nel caso di esito della valutazione in favore dell'estensione del servizio a livello regionale, il Tavolo tecnico curerà la progettazione della riorganizzazione.

Collaborazione interistituzionale

Per favorire l'accessibilità e l'appropriatezza dei servizi regionali nell'ambito del sistema penitenziario, gli aspetti che hanno rilevanza custodiale dovranno essere concordati con l'Amministrazione penitenziaria e – laddove opportuno – con la Magistratura.

In particolare, per quanto riguarda il Centro Clinico di Genova Marassi, l'Accordo CU 26 novembre 2009 implica uno specifico accordo preventivo tra la Regione e l'Amministrazione Penitenziaria Regionale per l'utilizzo alternativo del Centro Clinico come servizio regionale disponibile per i detenuti degli Istituti penitenziari della Liguria.

Il metodo proposto è l'attivazione di gruppi tecnici interistituzionali incaricati di elaborare indicazioni coerenti con l'organizzazione e le metodologie Servizio sanitario regionale e nel contempo adeguate all'organizzazione penitenziaria e alle determinazioni del sistema giuridico di sorveglianza, in particolare per quanto riguarda i criteri di accessibilità.

AZIONE PROGRAMMATICA H. Azioni di sistema

3. Servizi regionali

OBIETTIVO	AZIONE	STRUMENTO DI VALUTAZIONE/INDICATORE
Ottimizzazione e razionalizzazione dei servizi inframurari sovra-aziendali in funzione del completamento dell'assunzione dell'assistenza ai detenuti nell'ambito del SSR.	Rilevazione e valutazione delle attività dei servizi inframurari sovra aziendali, ossia: - Reparto Custodia attenuata presso la CC di Genova Marassi - «Repartino» presso IIRCCS AOU San Martino di San Martino, Genova - Centro Clinico presso la CC di Genova Marassi	- Attivazione Tavolo tecnico a livello regionale - Relazione tecnica e proposta organizzativa entro la prima metà del 2014 - Progettazione di un modello organizzativo come servizio regionale del Centro Clinico di Genova Marassi
	Valutazione, in accordo con l'Amministrazione Penitenziaria, per un utilizzo alternativo del CDT di Genova Marassi ai sensi dell'Accordo CU 26 novembre 2009.	Proposta regionale di Accordo al Provveditorato Regionale Amministrazione Penitenziaria per l'utilizzo alternativo del CDT di Genova Marassi come servizio regionale
	Costituzione di un Gruppo tecnico interistituzionale a livello regionale per la definizione dei criteri e delle procedure di accesso ai servizi regionali, a partire dal Centro Clinico Regionale (CCR)	- Documento tecnico sui criteri e le procedure di accesso ai servizi regionali, con particolare riferimento al Centro Clinico Regionale - Accordo interistituzionale sul documento tecnico.

«Gli Istituti penitenziari in Liguria»

A cura di Annamaria Bagnasco, Barbara Delogu, Loredana Sasso

Con coinvolgimento del personale infermieristico che opera negli istituti penitenziari in Liguria e la collaborazione di Vittoria De Astis