

**“PROGRAMMA REGIONALE PER LA SALUTE NEGLI ISTITUTI
PENITENZIARI”:**

INDICAZIONI ALLE AZIENDE USL

PER LA REDAZIONE DEI PROGRAMMI AZIENDALI.

INDICE

1	PREMESSA	pag. 2
1.1	Case di promozione e tutela della salute negli istituti penitenziari	pag. 3
2	ASSISTENZA PRIMARIA	pag. 5
2.1	Il ruolo del Medico e dell’Infermiere dell’Assistenza Primaria negli Istituti Penitenziari	pag. 8
3	MEDICINA SPECIALISTICA	pag. 11
3.1	La cura dei detenuti affetti da abuso/dipendenza patologica	pag. 12
3.2	Organizzazione degli interventi di Salute Mentale in carcere	pag. 18
3.2.1	<i>Aspetti generali</i>	pag. 18
3.2.2	<i>Il Reparto di Osservazione Psichiatrica (R.O.P.)</i>	pag. 21
3.2.3	<i>Aspetti specifici di Psicologia clinica</i>	pag. 22
3.3	Odontoiatria	pag. 26
3.4	Emergenza/urgenza/ricoveri	pag. 27
4	PIANO DEGLI INTERVENTI DI SANITÀ PUBBLICA	pag. 28
4.1	Analisi dei rischi	pag. 28
4.2	Prevenzione delle malattie infettive	pag. 29
4.3	Screening oncologici	pag. 31
4.4	Promozione della salute	pag. 31
4.5	Prevenzione delle malattie croniche	pag. 32
4.6	Formazione	pag. 32
4.7	Vigilanza	pag. 33
4.8	Programmi particolari	pag. 33
5	LA TUTELA DELLA SALUTE DELLE DETENUTE E DELLA LORO PROLE	pag. 33
6	LA CURA DEI MINORI RIENTRANTI NEL CIRCUITO PENALE	pag. 34
7	MEDICINA LEGALE	pag. 36
8	FARMACEUTICA	pag. 37
9	AZIONI DI SISTEMA	pag. 37
9.1	Cartella clinica informatizzata	pag. 37
9.2	Progetto PRISK	pag. 38
9.3	Formazione	pag. 40
9.4	Mediazione culturale in campo sanitario	pag. 40
9.5	Tecnologia/telemedicina	pag. 41
9.6	Case di tutela e promozione della salute in carcere - Integrazione socio-sanitaria	pag. 41
10	LA RETE SANITARIA PENITENZIARIA REGIONALE	pag. 41
11	RAPPORTI DI COLLABORAZIONE CON L’AMMINISTRAZIONE PENITENZIARIA	pag. 42
12	OPG DI REGGIO EMILIA	pag. 43

Allegati

Allegato 1 - Screening malattie infettive	pag. 44
Allegato 2 - Vaccinazioni raccomandate	pag. 45
Allegato 3 - La tutela della salute delle detenute: programma aziendale AUSL di Bologna	pag. 46
Allegato 4 - Protocollo per l’esecuzione delle vaccinazioni ai minori rientranti nel circuito penale	pag. 48

1 **PREMESSA**

La DGR n. 314/09 ha istituito a livello regionale il “Programma regionale per la salute negli Istituti penitenziari”, al fine di fornire indicazioni alle Aziende USL per la definizione dei programmi aziendali.

In particolare il Programma regionale ha il compito di definire le linee di sviluppo organizzativo del settore, gli standard clinico-assistenziali, curare il monitoraggio delle realizzazioni e la valutazione della politiche regionali in materia.

I programmi Aziendali assumono dunque un valore strategico in quanto rappresentano il processo attraverso il quale le Aziende USL attuano le competenze in materia di salute nelle carceri, salvaguardando sia le esigenze di programmazione territoriale, sia la unitarietà regionale per quanto riguarda i principi e gli standard, promuovendo lo spirito di riforma introdotto dal D.Lgs 230/99 e dal DPCM 1/04/08.

Dall'entrata in vigore del citato decreto fino ad oggi la continuità dell'assistenza sanitaria alla popolazione detenuta è stata garantita dalle Aziende USL nel quadro di una serie di provvedimenti regionali tra i quali ricordiamo i seguenti:

Deliberazione di Giunta Regionale n. 314 del 23/03/09, avente per oggetto: “Provvedimenti in ordine alla definizione del modello organizzativo in materia di sanità penitenziaria, alla istituzione dell'Osservatorio Permanente e alla istituzione del Comitato di Programma, ai sensi del DPCM 1.04.08”.

Deliberazione di Giunta Regionale n. 2 del 11/01/10 “Programma regionale per la salute negli Istituti Penitenziari: prime indicazioni alle Aziende USL per la redazione dei Programmi Aziendali”.

Circolare Direzione Generale sanità e politiche sociali n. 1/2011 “Tenuta e gestione della documentazione sanitaria nelle carceri”.

Deliberazione di Giunta Regionale n.1135 del 27/07/11 “Approvazione del protocollo d'intesa tra la Regione Emilia-Romagna e il Provveditorato regionale dell'Amministrazione penitenziaria relativo alla definizione di forme di collaborazione tra l'ordinamento sanitario e l'ordinamento penitenziario per l'erogazione dell'assistenza sanitaria a favore dei detenuti negli Istituti Penitenziari della regione e indicazioni per la definizione di protocolli locali”.

Circolare Direzione Generale Sanità e politiche sociali n. 15/2012 “Il percorso clinico-assistenziale per le persone detenute”.

Circolare Direzione Generale Sanità e politiche sociali n. 5/2014 “Carta dei Servizi Sanitari a favore della popolazione detenuta negli Istituti Penitenziari”.

L'organizzazione regionale prevede che il servizio sanitario presente negli Istituti penitenziari non costituisca un Servizio a sé stante ma, in quanto parte del territorio, luogo in cui i Dipartimenti territoriali (Salute mentale e Dipendenze patologiche, Cure primarie e Sanità pubblica) ed i Servizi di Medicina Legale ampliano il proprio ambito di intervento, estendendolo agli Istituti Penitenziari e al Centro di Giustizia minorile nei quali operano professionisti a pieno titolo inquadrati nelle UU.OO. di pertinenza; tali attività si svolgono nel rispetto della Legge dell' Ordinamento penitenziario n. 354/75 e del nuovo Regolamento di Esecuzione, emanato con DPR n. 230 del 30/06/2000.

L'attività dei Dipartimenti si attua all'interno degli Istituti penitenziari anche in termini di salute di

comunità, in particolar modo per quanto attiene alla prevenzione e promozione della salute.

Il responsabile del programma regionale salute nelle carceri si avvale per la stesura del programma stesso del Comitato Esecutivo di Programma, così come individuato dalla DGR 314 del 23/03/2009, secondo la composizione della nuova determinazione del DG sanità e politiche sociali n.15268/12,¹ avvalendosi anche di esperti delle singole tematiche di volta in volta approfondite.

Il programma di salute nelle carceri si connota particolarmente per la trasversalità dei contenuti e dei settori che coinvolge; in tal senso, oltre alle indicazioni ivi contenute, si dovrà far riferimento alle indicazioni contenute in tutti gli atti già emanati dalla Regione riguardo a ciascun specifico ambito.

Il programma è corredato da un sistema di monitoraggio e valutazione degli obiettivi raggiunti: tutti gli indicatori definiti verranno calcolati per gli assistiti che si trovano in fase di tutela della salute, dopo l'approvazione del PAI, escludendo dal calcolo coloro che sono nelle fasi precedenti. Molti degli indicatori saranno calcolati attraverso il flusso regionale SISP-ER di prossima istituzione.

1.1 Case di promozione e tutela della salute negli istituti penitenziari

Prendendo quale modello quello territoriale, si intende attuare un intervento assistenziale pluridisciplinare con caratteristiche simili a quelle, progressivamente, disponibili nel territorio per i cittadini liberi, quali le Case della salute, al fine di tutelare e promuovere la salute delle persone detenute.

La Casa di promozione e tutela della salute deve così diventare dentro il carcere un presidio della Azienda, sede di accesso ed erogazione dei servizi sanitari, socio-sanitari e socio-assistenziali, strutturato come un sistema integrato di servizi che si prende cura delle persone fin dal momento dell'accesso, nella fase di accoglienza dei detenuti, attraverso la collaborazione tra i professionisti, la condivisione dei percorsi assistenziali, l'autonomia e la responsabilità professionale, la valorizzazione delle competenze.

L'assetto organizzativo deve predisporre relazioni cliniche ed organizzative strutturate in cui le Cure Primarie operino in stretto rapporto con gli altri nodi della rete come i servizi di sanità pubblica, servizi di salute mentale-dipendenze patologiche, medicina legale e l'assistenza ospedaliera.

¹ Il Comitato Esecutivo di Programma è composto da Anna Cilento: *Dirigente Regionale Servizio Salute Mentale, Dipendenze Patologiche e Salute nelle Carceri*; Pasquale Paolillo: *Medico referente del Centro di Giustizia Minorile, Azienda USL di Bologna*; Francesco Ciusa: *Responsabile Aziendale del Programma, Azienda USL Parma*; Alfonso Casadei: *Responsabile Aziendale del Programma, Azienda USL Forlì*; Nadialina Assueri: *Referente assistenziale, Azienda USL Bologna*; Maurizio Serra: *Medico referente, Azienda USL Ravenna*; Alberto Gandolfi: *Medico referente, Azienda USL Piacenza*; Valeria Calevro: *Responsabile della S.O.C. - O.P.G. di Reggio Emilia, Azienda USL Reggio Emilia*. Silvia Monauni: *Psicologa Azienda USL Reggio Emilia*; Andrea Donatini: *Servizio Assistenza Distrettuale, Medicina Generale, Pianificazione e Sviluppo dei Servizi Sanitari*; Alfonso Buriani: *Servizio Assistenza Distrettuale, Medicina Generale, Pianificazione e Sviluppo dei Servizi Sanitari*; Roberto Cagarelli: *esperto regionale in materia di prevenzione, Servizio Sanità pubblica*; Maria Cristina Fontana: *Esperto regionale in materia di dipendenze patologiche, Azienda USL Piacenza*; Vincenzo De Donatis: *esperto regionale in materia di organizzazione dell'assistenza sanitaria in carcere, Azienda USL Modena*; Stefano Pazzaglia: *Esperto regionale in materia di assistenza ai minori, Azienda USL Bologna*; Rita Ricci: *esperto regionale in materia di assistenza ai minori*; Claudio Ravani: *esperto Regionale in materia di psichiatria, Azienda USL Forlì*; Francesca Tosti: *esperto regionale in materia di psichiatria, Azienda USL Forlì*; Armando Reho: *invitato permanente, in rappresentanza dell'Amministrazione penitenziaria*

L'integrazione riguarda prioritariamente i medici di medicina generale, gli infermieri, i medici di continuità assistenziale, gli specialisti ambulatoriali, gli operatori dei dipartimenti di salute mentale-dipendenze patologiche, anche favorendo la collaborazione con gli operatori territoriali (educatori, mediatori culturali, assistenti sociali), soprattutto in previsione della dimissione.

Le "Case di promozione e tutela della salute", che potranno avere diversa complessità in riferimento al numero dei destinatari del servizio offerto, dovranno rispondere ai seguenti obiettivi:

- assicurare un punto di accesso appropriato per i detenuti;
- garantire la continuità assistenziale nelle 24 ore, 7 giorni su 7, con risorse interne o con servizi aziendali esterni (118, guardia medica territoriale);
- organizzare e coordinare le risposte al detenuto secondo le necessità della comunità penitenziaria, rafforzare l'integrazione con l'ospedale soprattutto in relazione al trattamento di acuzie in urgenza/emergenza e alla dimissione di soggetti affetti da patologie croniche;
- migliorare la presa in carico integrata dei pazienti con patologie croniche;
- migliorare la presa in carico integrata dei pazienti con problemi di salute mentale;
- sviluppare programmi di prevenzione rivolti al singolo, alla comunità ed ai target specifici di popolazione detenuta;
- promuovere e valorizzare la partecipazione dei cittadini detenuti a programmi di salute, valorizzando esperienze già attive, come le sezioni di custodia attenuata per tossicodipendenti già presenti in regione;
- offrire occasioni di formazione permanente per gli operatori.

Il salto di qualità proposto è quello di dare una percezione forte della struttura e del team che dovrà operare all'interno di ogni Istituto, portando dentro le carceri i criteri di funzionamento di quelle che sono le case della salute per i cittadini: interdisciplinarietà ed integrazione degli interventi.

La persona detenuta assistita deve essere al centro della cura e deve essere favorito l'*empowerment* della persona stessa; ciò significa, nel caso specifico, operare per un percorso di responsabilizzazione, rispetto allo stato di salute e allo stile di vita.

Il coinvolgimento dei detenuti in un progetto di salute, sia in termini di tutela, attraverso la prevenzione e la cura, che di promozione della salute, può limitare il ricorso alla medicina difensiva e migliorare l'assistenza specialistica, in termini quantitativi e qualitativi, sia all'interno che all'esterno della struttura penitenziaria.

Per quanto riguarda le caratteristiche ambientali è di fondamentale importanza facilitare la percezione del cambiamento sostanziale dell'attività sanitaria individuando, definendo e rendendo visibili uno o più ambulatori che, nel loro insieme, possano costituire, anche con modelli variabili secondo le complessità strutturali, luoghi definiti come Aree o Case di Tutela e Promozione della Salute, entro cui si realizza progressivamente l'attività di una équipe multi-disciplinare, base per lo sviluppo dell'assistenza primaria in carcere.

Nell'ambito delle indicazioni regionali per la realizzazione delle Case, ciascuna AUSL predisporrà una specifica Carta per i servizi offerti all'interno dell'Istituto penitenziario che insiste sul territorio di propria competenza, secondo le indicazioni regionali definite nella Circolare n. 5 del 13/02/2014.

2 ASSISTENZA PRIMARIA

La Circolare n. 15 del 9/12/2012 PG 2012 0262520 della Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali, in merito all'assistenza alla popolazione detenuta, indica specifici standard assistenziali e una nuova modalità di approccio, da medicina di attesa a medicina di iniziativa. Lo sviluppo dell'assistenza primaria negli Istituti penitenziari della Regione Emilia-Romagna si attua secondo un percorso coerente con gli obiettivi dell'assistenza territoriale che pongono al centro il cittadino, soggetto che, opportunamente informato dagli operatori dei vari settori, diviene protagonista consapevole delle scelte rispetto alla sua salute. In questo contesto è necessario un cambio di paradigma assistenziale, dall'approccio semplicistico della medicina di attesa all'approccio della medicina d'iniziativa, proattivo, teso a favorire la promozione della salute, la prevenzione delle malattie, la continuità dell'assistenza, la prevenzione e la presa in carico dei detenuti con patologie croniche², in team interprofessionali per la condivisione dei percorsi assistenziali, in cui il detenuto, sostenuto con interventi di educazione terapeutica, è parte attiva del processo. Riscontri bibliografici^{3 4 5 6} hanno evidenziato che la prevalenza di molte patologie croniche è maggiore nelle persone detenute rispetto alla popolazione non istituzionalizzata. Le patologie croniche più a rischio per i detenuti sono l'ipertensione, l'asma, l'artrite, il diabete, le patologie cardiovascolari, il tumore del collo dell'utero e l'epatite.

Il percorso delineato nella Circolare indica gli standard assistenziali e fornisce specifiche indicazioni e procedure, definite in schede operative con le indicazioni del professionista coinvolto e funzione, relativamente alle varie fasi della detenzione, dall'ingresso in carcere alla dimissione.

Da ciò deriva la necessità di sviluppare una struttura d'equipe integrata, a sua volta opportunamente sostenuta nei percorsi assistenziali dalle linee-guida "evidence based" e dall'utilizzo di sistemi informativi a supporto delle decisioni e per la pianificazione degli interventi, all'interno del quale uno strumento basilare è il PAI, che diviene la rappresentazione formale dell'integrazione degli interventi.

PAI. In particolare, il Piano Assistenziale Individuale rappresenta lo strumento indispensabile per documentare:

- la valutazione del rischio di salute del singolo detenuto e degli aspetti medico-legali;
- il monitoraggio dello stato della salute;
- la dimissione con il ritorno sul territorio.

Medici e infermieri dell'Assistenza Primaria, con l'eventuale contributo di medici specialisti e psicologi, definiscono con la persona detenuta un Patto per la Salute che disegna i binari di reciproco impegno fra i protagonisti e si alimenta di successive rivalutazioni, determinate nel corso della detenzione in un'ottica di rispetto reciproco, ascolto e ricerca di soluzioni condivise.

² WHO (2013) *Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020*, ISBN 978 92 4 150623 6.

³ Binswanger A, Krueger P M, Steiner J F (2009) *Prevalence of chronic medical conditions among jail and prison inmates in the USA compared with the general population*. J Epidemiol Community Health; 63:912–919.

⁴ Maurizio Esposito (2007) *Malati in Carcere* ed. Franco Angeli

⁵ Ars Toscana (2013) *La salute dei detenuti in Toscana*

⁶ Salute e Territorio n° 194 (2012) *La sanità penitenziaria*

La presentazione e la sottoscrizione del PAI costituiscono la risultante di un intenso lavoro di counseling sviluppatosi in più passaggi relazionali, preparatori, nel corso del periodo di accoglienza, che successivamente potrà variare nel periodo di detenzione e essere anche verificato con la consegna della lettera di dimissione all'uscita dal carcere.

Se il PAI soddisfa la necessità di documentare la relazione individuale con l'assistito detenuto, un altro strumento necessario è il Profilo di Salute della popolazione detenuta, che consente di evidenziare lo stato di salute dell'intera comunità penitenziaria, anche rispetto al contesto ambientale.

Per lo studio e l'approfondimento di questo aspetto la regione Emilia-Romagna sarà capofila nel biennio 2014-2015, assieme a Lombardia, Toscana, Calabria e con la stessa Amministrazione Penitenziaria, di un progetto finanziato dal Centro nazionale di Prevenzione e Controllo delle Malattie del Ministero della salute, finalizzato anche a determinare gli effetti derivati dalle condizioni ambientali sulle patologie croniche dei detenuti e quali le soluzioni possibili.

I dati raccolti attraverso la Cartella clinica informatizzata SISP, al pari di quella in dotazione nei servizi dell'assistenza distrettuale, consentiranno di poter definire i profili di salute della popolazione detenuta favorendone lo sviluppo della conoscenza, obiettivo tuttora in via di perfezionamento.

ICD 10. In tale prospettiva è necessario anche implementare il sistema di codifica delle diagnosi ICD 10, per il cui sviluppo uno specifico Gruppo di lavoro ha avviato nel 2014 i lavori per definire le Linee Guida regionali sull'utilizzo dell'ICD 10 nei servizi di Sanità Penitenziaria e, di conseguenza, predisporre la necessaria formazione dei professionisti operanti nelle carceri. Nel corso del triennio è infatti essenziale raggiungere la piena appropriatezza nella codifica delle diagnosi con l'applicazione di tali Linee guida. Le finalità sono:

- conoscenza sulle condizioni di salute delle popolazione;
- comunicazione tra professionisti attraverso un linguaggio unico e condiviso di codifica delle patologie;
- supporto alla pianificazione locale e regionale, attraverso l'analisi dei profili diagnostici delle persone detenute, favorendo l'individuazione dei profili di salute.

I dati raccolti consentiranno l'attività di programmazione e pianificazione relativa alla sanità penitenziaria, di valutare e confrontare le pratiche assistenziali di diversi contesti sia sulla base di indicatori di qualità del servizio offerto che di assorbimento di risorse. Tutte le informazioni e gli indicatori contenuti nel profilo sono di interesse per il medico e l'AUSL; sono condivisi in letteratura e sono costruiti sui dati disponibili con SISP-ER.

Profili di salute. L'elaborazione di un Profilo di salute per ogni Istituto penitenziario rappresenta il punto di partenza per l'individuazione delle criticità modificabili e per il passaggio da una assistenza basata sulla prescrizione e terapia ad una che pone la correzione dei fattori di rischio come elemento centrale.

Il Profilo infatti:

- fornisce un quadro epidemiologico della popolazione oggetto di studio;
- consente di analizzare i fattori (condizioni socio-economiche, stato dell'ambiente, stili di vita, disagio da detenzione, ecc.) che producono effetti, positivi o negativi, sulla salute;
- consente di analizzare i bisogni espressi dai cittadini detenuti;

- rende più agevole definire le linee di sviluppo dell'assistenza sanitaria verso una concreta possibilità di *empowerment* del cittadino detenuto, che diviene soggetto che può scegliere o meno di partecipare attivamente al percorso salute, che gli viene proposto dagli operatori sanitari.

Viene così progressivamente limitato l'utilizzo inappropriato delle risorse a disposizione per il Percorso salute, talvolta utilizzate impropriamente per raggiungere benefici.

Medici, infermieri, specialisti, psicologi concorrono, secondo priorità determinate con il Piano Assistenziale Individuale, a definire le condizioni di salute della persona detenuta per valutare insieme come e quanto sia modificabile la lista dei fattori di rischio, che possono aver concorso a determinare la precarietà dello stato di salute o possono aggravarla ulteriormente.

Nell'ambito della promozione di stili di vita salutari e con l'intenzione che il regime carcerario non sia esso stesso causa di malattia anche attraverso la sedentarietà (e fumo attivo/passivo), il carcere promuove l'attività fisica e sportiva a tutti i livelli, valutando da un punto di vista anamnestico/clinico/strumentale le persone e finalizzando la valutazione anche alla possibilità del carcerato di prendere parte ad attività fisiche per la salute (coltivazione orti, per es.) che, se sportive, necessiteranno della certificazione di idoneità sportiva. Se si tratta di attività sportiva non agonistica il certificato verrà rilasciato gratuitamente dal medico delle carceri, mentre, se agonistica, dai medici dello sport competenti.

Sia che l'attività fisica non rientri tra quelle classificabili come sportive, sia che vi rientri, si procederà preventivamente ad un bilancio dei fattori di rischio e laddove necessario, agli approfondimenti del caso, in modo da poter escludere patologie o fattori di rischio che possono evidenziarsi o peggiorare con le attività. Per l'attività sportiva il percorso medico si concluderà con il rilascio della certificazione sportiva non agonistica o agonistica a seconda dei casi (vedi DGR n.1418/2013).

Infermieri. Si definisce un nuovo ruolo delle figure infermieristiche nella presa in carico delle patologie croniche, in collaborazione con i medici di medicina generale, secondo i principi del *self, care e case-management* all'interno della rete organizzativa. Il *case-management* è modello organizzativo di presa in carico della persona, che si sviluppa in risposta alla necessità di ricomporre la frammentazione degli interventi e di rispondere ai bisogni sanitari del detenuto in un'ottica di qualità, personalizzazione e specificità. Un singolo operatore è responsabile del percorso di presa in carico, ma pianifica e collabora con altre figure coinvolte nella situazione di malattia e con l'utente per il raggiungimento del miglior livello di salute realizzabile per il detenuto. Obiettivo da raggiungere è l'individuazione del bisogno per diversificare gli interventi assistenziali sia nel detenuto sano che con patologie croniche⁷.

A tal fine la produzione di linee di indirizzo regionali specifiche per le patologie prevalenti in carcere costituisce elemento su cui elaborare progetti formativi dedicati, che in un'ottica di prevenzione e modifica rispetto a fattori di rischio evidenti, può condurre a una maggiore efficienza del servizio sanitario con un probabile abbattimento dell'invio presso luoghi esterni di cura per urgenze, spesso determinate da fattori prevedibili.

In tal senso favorire un approccio culturale teso a valorizzare gli interventi di prevenzione o modifica dei comportamenti a rischio o ancora di presa in carico, può concorrere, anche rispetto

⁷ A. Santullo , P. Chiari. (2011) *Lo scenario e i principi*. In P.Chiari & Santullo: L'Infermiere Case Manager dalla teoria alla prassi. (pp. 3 - 38). ISBN: 978883681677-8. Unico volume scritto interamente in italiano che tratta del case management. MILANO: McGraw-Hill.

alle patologie croniche trattate, ad una maggiore appropriatezza della prescrizione farmaceutica.

2.1 Il ruolo del Medico e dell'Infermiere dell'Assistenza Primaria negli Istituti Penitenziari

Il medico di assistenza primaria in carcere, oltre a dare continuità al compito del “medico penitenziario pre-riforma”, rappresenta un punto di riferimento fondamentale nella proiezione verso un modello assistenziale coerente con gli obiettivi dell'assistenza primaria indirizzati allo sviluppo della medicina di iniziativa.

Non più professionisti che limitano la propria attività ai bisogni espressi dalla persona detenuta ma capaci di coinvolgerla, insieme ad altre figura professionali, in un percorso assistenziale condiviso, basato su informazioni e scelte ragionevoli, anche non del tutto aderenti ad eventuali linee-guida ma adattate alle necessità che la persona detenuta riesce ad esprimere.

Lavorare, in carcere, nelle Case di Promozione e Tutela della Salute, in una équipe multidisciplinare richiede che i medici collaborino fra loro e con gli altri operatori, in particolare gli infermieri. Al fine di realizzare la programmazione suddetta, è necessario superare la criticità rappresentata dalla tipologia di contratti di lavoro in essere, ereditati da precedente organizzazione del Ministero della giustizia, più adatti alle esigenze di emergenza sanitaria che di medicina proattiva; tale organizzazione spesso si configura come una oggettiva limitazione all'attuazione delle linee-guida regionali, che necessitano di una *governance* sia di tipo sia organizzativo che clinico.

La Regione, pertanto, ha previsto, con DGR 217/2014 che le Aziende USL diano priorità, nel piano delle assunzioni, alle figure mediche da destinare agli Istituti penitenziari: le stesse dovranno garantire, nella presentazione dei rispettivi Piani, la previsione di dirigenti medici per favorire l'implementazione del nuovo modello di assistenza nelle carceri.

Tali assunzioni sono dirette a favorire l'implementazione del nuovo modello di assistenza nelle carceri come da indicazioni regionali, in accordo con i servizi della Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali di riferimento.

Deve svilupparsi la capacità di individuare le linee di produzione secondo modelli adeguati alla prevenzione e promozione della salute, per singoli o in gruppi, la cura dell'acuzie e delle patologie croniche che affliggono la popolazione detenuta già in giovane età.

Il lavoro sulla persona detenuta e con la persona stessa, la registrazione delle informazioni, della loro discussione, dell'aderenza o meno al progetto presentato e condiviso con la sottoscrizione del PAI (Piano Assistenziale Individuale) costituiscono un patrimonio informativo fondamentale, testimonianza del diverso approccio assistenziale messo in opera; ciò può avere anche una ricaduta positiva, stante il contesto in cui si opera e i risvolti medico-legali che spesso caratterizzano l'ambito penitenziario, rispetto ai quali il professionista potrebbe esser chiamato a rispondere dell'appropriatezza del servizio sanitario offerto.

I medici addetti all'assistenza primaria debbono, di conseguenza, sviluppare ulteriormente la capacità di relazione con persone che nella loro storia individuale sono più esercitate ad utilizzare il corpo come strumento che come bene da salvaguardare per favorire un cambiamento nell'atteggiamento della persona detenuta e proporre alla stessa un'occasione di riflessione sul proprio stato di salute.

Gli obiettivi dell'assistenza medica, oltre la prevenzione, la promozione della salute, il trattamento dell'acuzie, sono costituiti da un diverso approccio alla gestione del disagio e delle principali

patologie croniche (diabete mellito, bronchiti croniche, ipertensione arteriosa, miocardiopatia ischemica, epatiti, AIDS), in cui oltre la cura diviene fondamentale saper aiutare la persona detenuta a scegliere comportamenti utili a prevenire le complicanze.

In questi termini diviene fondamentale costituire con la professionalità infermieristica una rete assistenziale secondo i principi del *Chronic Care Model*, che va considerato il modello basilare di riferimento.

L'équipe, oltre a farsi carico dei carichi assistenziali relativi alle singole patologie, deve essere anche in grado di indirizzare la direzione di Istituto rispetto alle necessità della persona derivanti da specifiche allocazioni, e da altre situazioni preventivabili nel corso della vita detentiva, anche attraverso un monitoraggio periodico delle condizioni psico-fisiche dell'assistito e del contesto.

L'infermiere che opera nel contesto penitenziario è un infermiere di comunità con competenze trasversali dell'Assistenza Primaria.

L'infermiere valuta la **qualità dell'assistenza** per assicurare il raggiungimento degli obiettivi con un appropriato uso delle risorse e identifica qualsiasi opportunità di miglioramento della qualità e utilizza protocolli assistenziali *evidence-based*.

Pianifica l'assistenza per garantire risposte appropriate ai **bisogni di assistenza infermieristica** dei cittadini detenuti attraverso l'uso di metodologie e strumenti di pianificazione per obiettivi e la definizione di percorsi assistenziali integrati, tenuto conto delle difficoltà organizzative e assistenziali in un setting specifico quale quello del carcere. Identifica i bisogni di assistenza infermieristica correlati allo stile di vita, alle modifiche delle attività quotidiane, alla qualità di vita percepita (paura, ansia, alterazioni della sfera sessuale), ecc. La conoscenza che l'infermiere acquisisce dal contatto quotidiano con il detenuto può aiutare una corretta lettura dei bisogni espressi e contribuire a fornire la risposta assistenziale attraverso l'attivazione della competenza professionale più appropriata (medico, psicologo, educatore...) a quello specifico bisogno.

Consegue **interventi preventivi** rivolti al detenuto sano, singoli e di gruppo e promuove sani stili di vita per la salute. Realizza interventi di educazione sanitaria alla popolazione detenuta sana e interventi terapeutici mirati alla prevenzione e alla gestione delle patologie croniche in carcere. Gli interventi di prevenzione mirano al cambiamento di situazioni o abilità dell'assistito che porta allo sviluppo dell'autocura, alla promozione o attivazione di nuovi comportamenti di salute anche dentro un contesto particolare come quello carcerario. L'infermiere adotta tecniche motivazionali per sostenere il cambiamento sui comportamenti nello stile di vita e ad assumere decisioni nel controllo dei fattori di rischio e nella gestione dei trattamenti.

L'infermiere, in definitiva, promuove e partecipa attivamente a:

Interventi di Educazione Sanitaria e Terapeutica

Durante la detenzione dovranno essere organizzati interventi educativi, sulla base dei bisogni identificati dal PAI, sullo stile di vita (fumo, sedentarietà, alimentazione), sulla prevenzione delle condizioni di rischio sanitario e sulla prevenzione di patologie croniche.

Gestione dei detenuti con problemi di dipendenza da sostanze stupefacenti o da alcool

La concentrazione di persone detenute tossicodipendenti in carcere è molto elevata; tale complessità impone l'acquisizione di capacità di gestione della relazione con persone con problemi di dipendenza da sostanze e/o da alcool, il riconoscimento della sintomatologia da astinenza da oppiacei e altre sostanze, la somministrazione delle terapie sostitutive e la definizione del piano assistenziale al detenuto tossicodipendente passata la fase acuta. Gli operatori andranno

supportati dai professionisti delle dipendenze patologiche per le specifiche competenze e organizzati incontri di formazione congiunti.

L'assistenza al paziente psichiatrico

La prevalenza di patologie psichiatriche e disturbi psichici orienta i diversi professionisti ad avvalersi della competenza specifica per la gestione del piano assistenziale per problematiche psichiatriche, interfacciandosi con i diversi operatori della Salute mentale, medici e infermieri, per la consulenza e il supporto formativo per le specifiche competenze, secondo il Modello Leggieri.

Prevenzione, valutazione e gestione delle malattie infettive e delle infestazioni più comuni

Lo stato di promiscuità in un ambiente confinato e chiuso è condizione favorente la trasmissione di malattie infettive, tanto più per la popolazione carceraria che è, già da prima dell'arresto, una popolazione vulnerabile e facilmente esposta a situazioni di rischio infettivo. Si deve poter predisporre un ambiente idoneo a evitare diffusi comunitarie (per esempio TBC e isolamento respiratorio in caso di sospetto) e agire con particolare attenzione verso i nuovi arrivati attraverso interventi di screening.

L'obiettivo, in collaborazione con i professionisti della Sanità Pubblica, è programmare interventi di profilassi generale e mirati a specifiche patologie; organizzare e favorire interventi di educazione sanitaria mirata a evitare la diffusione di malattie infettive e al riconoscimento precoce delle infestazioni più comuni della cute e del cuoio capelluto. Per la corretta prassi nella gestione dell'infezione è necessario interfacciarsi con i Servizi addetti al controllo delle Infezioni presenti in Azienda per la consulenza e il supporto.

Gestione delle patologie croniche

Il percorso clinico-assistenziale delle persone detenute della regione Emilia-Romagna (Circolare n. 5/2012) definisce che per la prevenzione e l'assistenza alle patologie croniche l'approccio più appropriato è la gestione integrata basata sui principi fondanti del *Chronic Care Model*. L'identificazione dei pazienti ai tre livelli di *self-care, care management and case management*, garantisce ai pazienti un più equo e appropriato accesso ai servizi. In un carcere scozzese (DH, 2007), sono stati avviati gli ambulatori infermieristici, adottando i principi del *self-management* e con l'obiettivo di favorire nella persona detenuta una maggiore assunzione di responsabilità e consapevolezza del concetto di salute come benessere (RCN 2009).

L'obiettivo è la realizzazione, anche in carcere, di ambulatori infermieristici per la gestione integrata delle patologie croniche, per la promozione di un'assistenza basata sulle evidenze e attivare protocolli operativi sulla base delle Linee-guida regionali per la malattia Diabetica (2009⁸) e lo Scopenso cardiaco (2011⁹) e la Malattia Respiratoria Cronica di prossima pubblicazione.

Gestione dell'assistenza della donna e del minore in carcere

L'Assistenza alla donna detenuta va nella direzione della prevenzione oncologica e ITS e della tutela della gravidanza come previsto per la popolazione generale. E' attuata coinvolgendo l'équipe delle cure primarie con la presenza di un'ostetrica che assumerà la responsabilità di specifici percorsi assistenziali, quali corsi, incontri di informazione, educazione.

Nel caso siano presenti bambini, saranno assicurati percorsi di assistenza pediatrica individualizzati in relazione all'età e alle esigenze del bambino, in collaborazione con il servizio

⁸ Regione Emilia Romagna: "Linee guida regionali per la gestione integrata del diabete mellito tipo 2 - aggiornamento dell'implementazione -2009".

⁹ Regione Emilia Romagna: Gestione integrata del paziente con scompenso cardiaco - 2011.

pediatrico territoriale.

Indicatore	2014	2015	2016
Carta dei Servizi Realizzazione avvio percorso adozione della Carta dei Servizi	Si/No		
Carta dei Servizi Adozione della Carta dei Servizi		Si/No	
Carta dei Servizi Realizzazione piano delle modalità di diffusione ai detenuti (brochure, filmati, manifesti...)			Si/No

Promozione della salute Definizione e sperimentazione di un Piano di promozione della salute in carcere	Si/No		
Promozione della salute n. di interventi di educazione alla salute realizzati		Almeno 2	Almeno 2
PAI % compilazione congiunta del PAI tra medici ed infermieri / totale PAI compilati	Monitoraggio	Da definire	Da definire
PAI % PAI accettati / totale PAI compilati	Monitoraggio	Da definire	Da definire
PAI Verifica almeno una volta nell'anno sulle modalità di utilizzo della scheda PAI attraverso la conduzione di un audit	Relazione sintetica	Relazione sintetica	Relazione sintetica
ICD 10 Attivazione di momenti formativi sulla codifica delle diagnosi ICD 10 per medici e specialisti		Almeno 1	Almeno 1
ICD 10 Applicazione delle Linee Guida regionali sulla codifica ICD 10		Si/No	Si/No
Dimissione E' prevista una procedura formalizzata con l'Amministrazione Penitenziaria per la consegna della lettera di dimissione?	Si/No	Si/No	Si/No
Dimissione Pazienti con lettera di dimissione consegnata (scaricata da SISP)	Monitoraggio	Da definire	(• 90%)

3 MEDICINA SPECIALISTICA

Le attività di medicina specialistica devono essere svolte in integrazione e interdisciplinarietà tra i professionisti, così come già descritto.

Nell'ambito della medicina specialistica un ruolo specifico e importante è assunto dal Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Patologiche, stante l'alta presenza nelle carceri di persone che presentano tali problematiche.

Le Aziende USL opereranno una continua verifica se l'offerta proposta è adeguata alle necessità e valutazione, in base al rapporto costi/benefici, della opportunità di ampliamento dell'offerta laddove ci fosse una richiesta consistente; ciò anche tenendo conto della necessità di evitare il più possibile spostamenti dei detenuti dal carcere verso strutture esterne.

Le Aziende USL assicurano in ogni Istituto Penitenziario una presenza continuativa, che garantisca la presa in carico degli assistiti detenuti integrata con i sanitari addetti alla Medicina Generale, delle seguenti branche specialistiche :

- Dipendenze patologiche
- Salute mentale
- Infettivologia
- Odontoiatria

E' inoltre necessaria la disponibilità in Istituto di specialisti in:

- Ginecologia (ove presente una sezione femminile)
- Cardiologia

in base alle esigenze della popolazione detenuta nel singolo Istituto.

Per tutte le altre branche, le Aziende USL pianificheranno tali prestazioni specialistiche secondo le specifiche esigenze dell'Istituto all'interno dello stesso o all'esterno.

A tal fine, si raccomanda di estendere agli Istituti penitenziari l'utilizzo della strumentazione in Telemedicina alla pari del territorio.

Le Aziende USL garantiranno attraverso i presidi ospedalieri o territoriali, le richieste di visite specialistiche non assicurate all'interno degli Istituti penitenziari.

Oltre a quanto indicato per le prestazioni specialistiche, particolare attenzione dovrà essere dedicata al trattamento del diabete mellito e della sindrome metabolica, favorendo lo sviluppo di specifiche competenze, con adeguata azione formativa.

Per patologie che necessitano di adeguato trattamento dietetico, considerato che l'Amministrazione penitenziaria prevede la possibilità di vitti speciali, è opportuno prevedere il coinvolgimento dei servizi di dietologia per eventuali più specifiche indicazioni.

Nell'ambito delle prestazioni specialistiche, dovrà essere posta particolare attenzione a quelle descritte di seguito, che saranno garantite all'interno di tutti gli Istituti di pena.

3.1 La cura dei detenuti affetti da abuso/dipendenza patologica

Le competenze dell'équipe dipendenze rappresentano un intervento specialistico di secondo livello sulla dipendenza da sostanze legali e illegali e da comportamenti additivi (gioco, internet, ecc) da svolgersi in stretta collaborazione con i medici di assistenza primaria che hanno in carico il paziente dal punto di vista della salute generale, non in sostituzione di questi.

In ogni caso, il detenuto con problemi di uso di sostanze ha diritto a ricevere, nel più breve tempo possibile, prestazioni cliniche idonee scaturite dalla collaborazione tra il personale dell'équipe dipendenze e il medico di assistenza primaria secondo i modelli organizzativi dei diversi istituti.

Si richiamano i principali obiettivi di un intervento sanitario in carcere per detenuti con problemi di abuso/dipendenza:

- garantire un trattamento individualizzato, pur con i limiti imposti dal regime penitenziario, per contenere i danni o promuovere il cambiamento rispetto all'abuso di stupefacenti, alcol o altro
- utilizzare la carcerazione come un'occasione per impostare un percorso terapeutico che diventa parte essenziale della riabilitazione a cui la pena deve tendere
- favorire il rapporto con i servizi sanitari e sociali esterni anche in previsione della fine della carcerazione

- favorire già durante la carcerazione il contatto con i gruppi di auto-mutuo-aiuto attivi, in particolare in campo alcologico (CAT, A.A.).

Tutti i detenuti dichiaratisi all'ingresso in Istituto o per i quali è emersa una problematica relativa alle dipendenze patologiche (alcol, droghe e/o farmaci, gioco d'azzardo) vengono inviati per una valutazione diagnostica specialistica all'équipe delle dipendenze.

Equipe Dipendenze

E' premesso che i sanitari addetti all'assistenza primaria intervengono nell'immediatezza (eventualmente con farmaci sintomatici), a pieno titolo e secondo strategie clinico-assistenziali e terapeutiche, pianificate con l'équipe per le Dipendenze (V. Interfaccia assistenza primaria - Contratto terapeutico intra-murario e Circolare DG Sanità e politiche sociali n.15/2012).

L'équipe delle dipendenze si fa carico delle problematiche connesse con le dipendenze, a prescindere dalla possibilità di ipotizzare una misura alternativa.

La cura del detenuto che in sede di visita di primo ingresso si è dichiarato consumatore di stupefacenti, abusatore di alcol/farmaci psicoattivi, oppure dedito al gioco d'azzardo patologico o ad un uso patologico delle nuove tecnologie (internet), è affidata ad un Equipe per le Dipendenze multidisciplinare, costituita da professionisti della branca medica, infermieristica, psicologica e sociale, che operano all'interno dell'Istituto.

I compiti di tale Equipe sono molteplici, finalizzati sia ad una valutazione clinico - diagnostica del paziente che ad interventi terapeutico - riabilitativi intra-murari ed eventualmente extra-murari:

Assessment clinico del paziente, che prevede un colloquio d'accoglienza, possibilmente effettuato nell'arco delle prime 48 ore, dal personale sanitario (medico e/o infermieristico), al fine di accertare la presenza di una sindrome astinenziale o da intossicazione acuta da sostanze e quindi porre in atto i necessari provvedimenti terapeutici anche farmacologici, nonché verificare un'adeguata informazione in merito all'utilità in termini medico-legali dell'esecuzione di un esame tossicologico delle urine (ai fini della certificabilità di tossicodipendenza, vista la breve permanenza nelle urine dei cataboliti delle sostanze d'abuso) e/o esami di screening per l'abuso alcolico, in particolare nei pazienti provenienti dalla libertà. In caso di pazienti trasferiti da altro Istituto o in carico a SerT territoriali si metteranno in atto le procedure atte a garantire la prosecuzione del trattamento con particolare sollecitudine se trattasi terapia sostitutiva, ove questa sia già stata impostata.

Il medico dell'équipe dipendenze è responsabile unico della gestione dei piani terapeutici specifici con impiego di farmaci sostitutivi iscritti alla tabella degli stupefacenti e deve garantire ai tossicodipendenti che arrivano in terapia con farmaco sostitutivo la prosecuzione nella somministrazione della terapia stessa entro 48 h dall'ingresso.

In tutti i casi è importante fornire al paziente informazioni sul funzionamento del servizio, comunque garantendo la disponibilità della Carta dei Servizi.

Interventi psicologici e sociali, sia a scopo diagnostico che a scopo terapeutico.

Lo psicologo dell'équipe nel corso della propria attività acquisisce dati utili ad un miglior inquadramento diagnostico, anche ai fini della certificabilità, fornisce interventi di sostegno nelle varie fasi della carcerazione (adattamento iniziale, attesa di udienze, ecc..), approfondisce il problema della dipendenza patologica .

L'Assistente Sociale approfondisce gli aspetti sociali, familiari e lavorativi e acquisisce dai servizi territoriali informazioni utili al coordinamento con eventuali programmi terapeutici svolti prima

dell'arresto.

Valutazione e formulazione di una diagnosi: qualora venissero soddisfatti i criteri per la diagnosi di alcol/tossicodipendenza (secondo il DM 186/90), il medico dell'equipe redige un certificato di alcol/tossicodipendenza secondo le linee guida regionali (DGR 771/2010). Tale diagnosi dovrà essere riportata anche nel PAI.

Successivamente, dopo un opportuno periodo di osservazione e valutazione congiunta, l'equipe provvede alla formulazione di un'ipotesi di programma terapeutico intra o extra-murario, sulla base della certificabilità, delle condizioni favorevoli al cambiamento, nonché degli indispensabili requisiti di legge.

Definizione di un percorso terapeutico-riabilitativo personalizzato, caratterizzato per tutti i detenuti da un fase di trattamento intra-murario di prevenzione, osservazione, valutazione, sostegno, associata alla definizione, nella fase di dimissione, di percorsi di reinserimento sociale protetto, in collaborazione con i SerT ed i servizi sociali e psichiatrici territoriali; inoltre, per i detenuti certificabili, saranno valutati ed eventualmente formulati progetti di misura terapeutica alternativa alla detenzione, in collaborazione con il SerT competente e con gli operatori dell'area trattamentale dell'Istituto (DGR 771/2010).

Interfaccia assistenza primaria - Contratto terapeutico intra-murario

Il medico di assistenza primaria gioca un ruolo molto importante nel proporre tempestivamente i controlli tossicologici urinari, nonché nel prescrivere accertamenti diagnostici per verificare la sussistenza di patologie organiche secondarie alla condotta d'abuso.

Nel corso della visita di ingresso in carcere il medico di assistenza primaria deve effettuare, indifferentemente per tutti i pazienti nuovi giunti, una anamnesi approfondita rispetto all'uso/abuso/dipendenza da sostanze psicoattive, alla presenza di eventuali patologie correlate all'uso di sostanze ed informare la persona per motivarla agli *screening* ed agli esami diagnostici, offerti con una intensa attività di *counselling*: è necessario informare il paziente sulla possibilità di usufruire di cure appropriate qualora sia un utilizzatore di sostanze psicoattive e sull'importanza di eseguire immediatamente gli esami tossicologici di screening vista la breve permanenza nelle urine delle sostanze d'abuso, nonché gli esami di screening legati all'abuso di alcol .

Qualora nel corso della prima visita emergano problematiche connesse con l'abuso o la dipendenza da sostanze psicoattive il medico di assistenza primaria chiede una visita specialistica al medico dell'equipe dipendenze oltre alle altre visite necessarie per completare il quadro clinico del paziente.

Spetta inoltre al medico di assistenza primaria, che garantisce di norma una presenza quotidiana presso la struttura penitenziaria, il trattamento in prima istanza di una eventuale sintomatologia astinenziale.

Il **Piano Assistenziale Individuale (PAI)** rappresenta la proposta assistenziale che il servizio sanitario offre all'assistito detenuto per raccoglierne l'adesione o i dubbi, che una volta condiviso con l'assistito viene sottoscritto da entrambe.

L'equipe delle dipendenze collabora, per quanto di competenza, alla stesura del Piano assistenziale individuale che viene così ampliato, comprendendo aspetti specifici legati al problema dell'abuso/dipendenza.

È importante che anche il piano di trattamento intra-murario venga in qualche modo formalizzato e condiviso con il paziente, con evidenza degli obiettivi di trattamento analogamente al piano

sottoscritto.

Altrettanto importante è che la suddetta équipe si interfacci con l'équipe psichiatrica presente in Istituto, allo scopo di individuare i casi di Doppia Diagnosi da prendere in carico congiuntamente e di condividere le decisioni prese in merito al trattamento idoneo al singolo caso.

Interfaccia territorio - Misure alternative

Per una completa valutazione e diagnosi di questi soggetti e per una corretta impostazione di un programma terapeutico l'intervento degli operatori deve essere necessariamente multidisciplinare e deve avvalersi anche dei presidi socio-sanitari territoriali.

L'Equipe delle dipendenze interna all'Istituto opera in stretta collaborazione con i SerT di riferimento territoriale dei soggetti al fine di garantire il rispetto dei principi di continuità e territorialità della cura.

Previo consenso del paziente, se lo stesso è già noto al servizio, l'équipe prende contatti con il SerT competente per territorio di residenza con richiesta di informazioni per un coordinamento con eventuali programmi svolti all'esterno precedentemente all'arresto; analogamente se il paziente non è conosciuto al servizio inoltra una segnalazione informativa del nuovo utente.

Nella definizione del percorso terapeutico e riabilitativo del paziente recluso, che sia certificato dipendente da sostanze/alcol (secondo il DM 186/90), compito dell'équipe dipendenze è quello di favorire la fruizione di misure di affidamento particolare alternative alla detenzione, territoriali o residenziali.

Qualora, nel corso del trattamento, si valutasse opportuno effettuare un programma terapeutico in misura alternativa alla detenzione, l'Equipe Dipendenze informa il SerT competente per territorio di residenza del soggetto, condividendo l'ipotesi terapeutica e chiedendo la disponibilità a sottoscriverla

Gli Operatori dell'Equipe contattano i colleghi dei SerT del territorio di appartenenza dei soggetti reclusi in ragione del fatto che la titolarità dei programmi terapeutici, che devono essere costruiti ai fini di una misura alternativa, si trova in capo ai SerT di residenza, come definito dal Protocollo fra Regione e Tribunale di Sorveglianza (DGR 771/2010).

Al SerT competente spetta la sottoscrizione del programma terapeutico idoneo alternativo alla detenzione da presentare all'udienza per la misura alternativa unitamente alla certificazione di dipendenza, secondo le indicazioni contenute nella DGR 771/2010, in accordo con l'équipe suddetta che ha contribuito alla strutturazione definitiva del programma stesso.

In tal caso l'équipe curerà che venga fornita al detenuto la documentazione base necessaria per accedere a tali benefici, costituita da:

- certificazione di stato di tossicodipendenza redatto secondo le linee guida regionali
- programma terapeutico riabilitativo, dettagliato per quanto riguarda obiettivi e verifiche
- dichiarazione di idoneità del programma, motivata.

E' da segnalare l'opportunità che particolare attenzione venga posta anche nel rapporto con l'UEPE nella fase di valutazione e definizione dei programmi terapeutici alternativi alla detenzione, al fine di potenziare al massimo le sinergie prodotte valorizzando conoscenze e informazioni in possesso dei vari attori della rete.

Per questo è importante strutturare momenti di confronto tra tutti gli operatori che seguono all'interno dell'istituto quei detenuti TD per i quali è in corso di definizione un programma

trattamentale extramurario idoneo.

All'avvicinarsi del fine pena, l'Equipe Dipendenze provvede alla compilazione di un'informativa da inviare al SerT competente per territorio per la segnalazione o l'aggiornamento sul caso. Nella lettera di dimissione sarà poi citato quanto già concordato col SerT competente.

L'obiettivo è la realizzazione di specifici piani di prevenzione della ricaduta con percorsi di uscita guidata dal carcere in accordo con i SerT territoriali.

La custodia attenuata

Data la sempre più consistente presenza negli istituti penitenziari di detenuti tossicodipendenti, l'Amministrazione penitenziaria ha istituito un particolare circuito di detenzione da attivare in strutture alternative definite "a Custodia Attenuata". La caratteristica di queste strutture può essere definita come un circuito penitenziario differenziato dove la funzione rieducativa della pena assume maggiore importanza rispetto alla sua funzione restrittiva. La Custodia Attenuata intende attuare il disposto contenuto nell'art. 95 del T.U. della L. 309 del 1990 che stabilisce che " la pena detentiva nei confronti di persona condannata per reati commessi in relazione al proprio stato di tossicodipendente deve essere scontata in istituti idonei per lo svolgimento di programmi terapeutici e socio riabilitativi".

Nella regione Emilia-Romagna sono presenti tre sezioni a custodia attenuata per tossico/alcol dipendenti: presso la Casa Circondariale di Rimini, la Casa Circondariale di Forlì (attualmente sospesa) e presso la Casa di reclusione di Castelfranco Emilia dove coesiste una sezione per internati in misura di sicurezza.

L'obiettivo è trasformare l'esperienza detentiva da fattore moltiplicatore del disagio per il tossico/alcol-dipendente ad occasione di recupero tramite l'offerta di opportunità trattamentali e riabilitative verso il superamento di stili di vita e comportamenti tipici degli ambienti devianti, cercando di avviare un progetto di recupero della potenzialità di ciascun detenuto, attraverso strumenti di riflessione idonei a stimolare il cambiamento, nonché riattivare un rapporto costante e costruttivo tra il detenuto e l'ambiente esterno.

Fermo restando che il percorso socio-riabilitativo deve essere scelto dal detenuto, che chiede di essere ammesso nell'istituto a Custodia Attenuata attraverso un'istanza con la quale si dichiara disponibile e motivato ad effettuare un'attività terapeutica trattamentale, è importante che si crei una rete tra gli operatori sanitari di questi istituti e quelli delle varie équipes dipendenze, per ottimizzare l'utilizzo di tali strutture e favorire il diritto del detenuto tossicodipendente ad essere ospitato in Istituti idonei per lo svolgimento dei programmi terapeutici o in sezioni a custodia attenuata.

In particolare per Castelfranco Emilia, che riceve detenuti trasferiti da altre carceri, è importante che le procedure di accesso siano condivise tra gli operatori sanitari delle équipes dipendenze dei vari istituti della regione e l'équipe sanitaria operante all'interno di detta struttura.

Alcol

Per i detenuti con problema di dipendenza alcolica e/o Patologie Alcol Correlate valgono le prassi sanitarie ed organizzative previste per i detenuti tossicodipendenti, nella necessaria integrazione con gli altri Servizi sanitari che si occupano della salute dei ristretti (Assistenza primaria, Salute mentale, Malattie infettive, ecc...).

In passato i detenuti potevano acquistare bevande alcoliche (vino e birra) attraverso il "sopravvitto". In modo non infrequente gli alcolici diventavano merce di scambio per altri prodotti

ed inoltre molti comportamenti autolesionistici o oltraggiosi nella popolazione detenuta venivano spesso commessi sotto l'effetto dell'alcol; la sensibilizzazione al problema ha portato le direzioni degli Istituti Penitenziari della regione ad eliminare l'alcol dalla lista degli alimenti acquistabili.

Per questo pare opportuno che il contesto penitenziario possa assumere valenze di prevenzione e promozione di scelte responsabili rispetto alla propria salute, costituendo spesso, questo, un primo passo verso un percorso di riabilitazione.

In questa accezione, dunque, il consumo di alcol visto come fattore di rischio per la salute può riguardare tutta la popolazione che vive negli Istituti Penitenziari per cui analogamente a ciò che avviene fuori dal carcere, dove i Servizi sanitari promuovono interventi di sensibilizzazione e di vera e propria formazione intorno ai consumi alcolici nei loro aspetti culturali e di salute, negli Istituti Penitenziari è indicato attivare occasioni formative anche in collaborazione con le Associazioni CAT e Alcolisti Anonimi.

Fumo

La dipendenza da nicotina può essere affrontata in ambiente carcerario offrendo ai detenuti la possibilità di frequentare corsi per smettere di fumare, gestiti in collaborazione con i servizi dell'AUSL. Alcune esperienze realizzate in carcere con esito positivo suggeriscono di attuare una informazione diffusa sulla possibilità di accedere ai percorsi per la disassuefazione. Per realizzare con probabilità di successo queste esperienze è necessario curare particolarmente la fase della motivazione degli aderenti al percorso, gestire gruppi per smettere di fumare dando la possibilità di nuovi ingressi e mantenendo il rinforzo di chi è riuscito a smettere, accettando numeri elevati di partecipanti visto il fisiologico calare dovuto alla mobilità dei detenuti. Potrebbero inoltre risultare utili esperienze di *peer education* gestite anche tramite gruppi di auto mutuo aiuto.

La figura del promotore della salute potrebbe giocare un ruolo essenziale nell'affrontare il problema tabagismo.

Molto importante sarebbe, inoltre, poter garantire ai detenuti che smettono di fumare lo spostamento in celle con non fumatori e la possibilità di svolgere attività fisica.

Indicatore	Valore al 31/12		
	2014	2015	2016
E' stata definita una procedura di presa in carico dei pazienti che dichiarano problemi legati ad abuso-dipendenza? [esistenza di una procedura]	Si/No	Si/No	Si/No
E' stata definita una modalità di integrazione tra assistenza primaria ed équipe dipendenze? [esistenza di una evidenza di integrazione]	Si/No	Si/No	Si/No
Numero dei detenuti presi in carico dall'équipe dipendenze / numero dei detenuti che hanno dichiarato problemi di abuso-dipendenza	85%	90%	95%
E' stata definita una modalità di formalizzazione dei piani di trattamento intramurali nel PAI ? [numero di piani di trattamento intramurario formalizzati/numero dei detenuti presi in carico]	85%	90%	95%
E' definita una modalità di dimissione dei TD che coinvolga i Sert territoriali? [numero percorsi di uscita guidati / numero tossicodipendenti scarcerati]	85%	90%	95%

3.2 Organizzazione degli interventi di Salute Mentale in carcere

3.2.1 Aspetti generali

Il percorso clinico-assistenziale relativo alla salute mentale per le persone detenute può essere descritto distinguendo due fasi temporali:

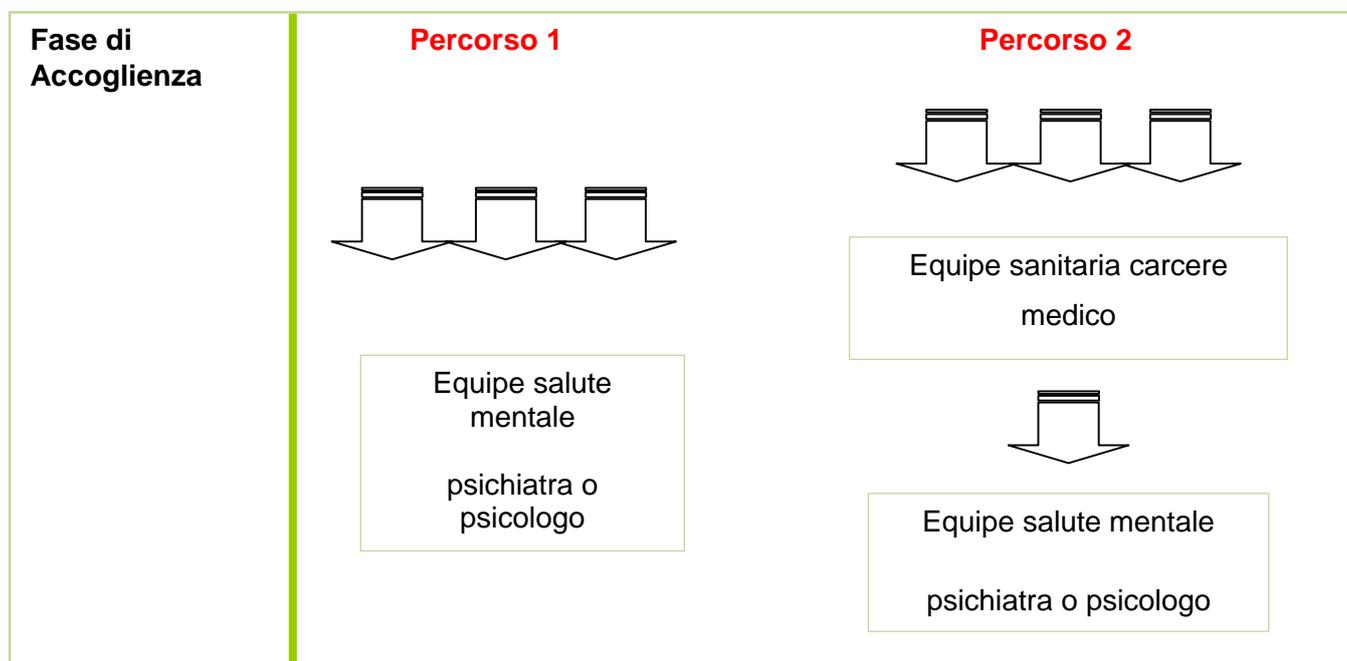
- l'**accoglienza** (con i percorsi stabiliti per il “nuovo giunto”)
- la **detenzione** (che implica anche l'osservazione eseguita dal personale dell'AP).

1. La **fase di accoglienza** prevede un percorso sanitario specifico per il detenuto nuovo giunto; per gli aspetti relativi alla salute mentale, il modello clinico è supportato dal presupposto della reazione di adattamento ad un significativo *life event* (carcerazione) con il quale deve confrontarsi ogni detenuto, che abbia o meno un proprio carico personale di disagio psichico preesistente.

Nella prospettiva di effettuare la valutazione dell'impatto di tale *life event*, si configurano due possibili modelli organizzativi, che sono applicabili in relazione ai diversi contesti istituzionali, il Servizio Sanitario può predisporre il percorso dei nuovi giunti:

Percorso 1, mediante la visita dello psicologo e/o dello psichiatra, secondo un modello che prevede, in accoglienza, un accesso “di routine” ad un professionista sanitario della équipe di salute mentale;

Percorso 2, attraverso la visita del medico che visita e valuta i nuovi giunti, il quale individua in modo specifico casi da inviare al professionista sanitario, psicologo o psichiatra, della équipe di salute mentale.

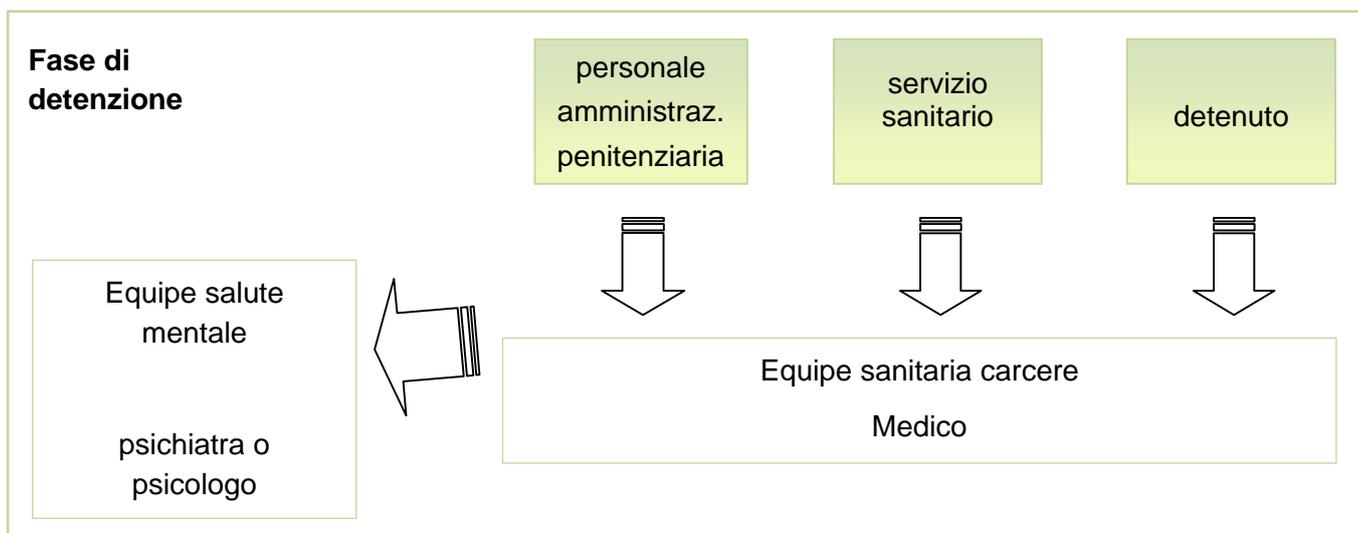


2. Durante la **detenzione** le segnalazioni potranno pervenire, oltreché dagli operatori sanitari che seguono il detenuto nell'ambito del percorso clinico-assistenziale e del PAI, anche dagli Operatori dell'AP, qualora rilevassero elementi suggestivi di problematiche inerenti la salute mentale del detenuto, analogamente a quanto avviene per la salute in generale (ad es. per coloro che svolgono funzioni di *care-giver* o per chi si trova in contesti di prossimità). La richiesta può essere

effettuata anche direttamente dal detenuto, secondo le modalità previste nell'Istituto. La segnalazione viene raccolta nel punto di accesso/accoglienza delle richieste sanitarie (infermeria o altro) dal personale predisposto (abituamente infermieristico), il quale provvederà ad informare il medico, che avrà il compito di definire i provvedimenti appropriati. Quindi è sempre necessario il filtro del medico, che fa la valutazione del caso, prima dell'eventuale invio allo specialista della salute mentale (psicologo e/o psichiatra), così come avviene per ogni altra specialistica.

Naturalmente altri interventi della Equipe di salute mentale saranno programmati dalla Equipe stessa nell'ambito dei percorsi terapeutici per detenuti presi stabilmente in cura.

Il seguente diagramma schematizza i percorsi descritti:



La presenza dello psicologo in carcere è da considerarsi, analogamente a quanto accade nelle organizzazioni territoriali (vedi Case della Salute), integrata sia nel livello delle Cure Primarie che nel livello specialistico. Esiste quindi la possibilità di una attivazione dello psicologo nell'ambito della operatività della Equipe sanitaria carcere, senza che vengano coinvolti altri operatori della Equipe salute mentale; le informazioni relative a questi interventi devono comunque essere disponibili per quest'ultima Equipe.

La composizione multiprofessionale della Equipe di salute mentale (psichiatra, psicologo, infermiere, assistente sociale) si realizza, nei contesti locali, secondo modalità compatibili con i diversi assetti istituzionali: è possibile, ad esempio in ambito infermieristico, che operi con lo psichiatra o psicologo un infermiere dedicato del DSM-DP, così come è possibile fare funzionalmente riferimento ad un infermiere della Equipe sanitaria carcere.

Il principio che regola i rapporti fra gli operatori delle due amministrazioni (SSN e AP) è la chiara distinzione dei compiti. Compito della AP è garantire le condizioni di sicurezza e attuare un trattamento rieducativo dei detenuti condannati a pena definitiva, compito del SSN è promuovere la salute. Questa distinzione comporta una prima definizione di campo: non si effettuano visite (mediche, psicologiche e psichiatriche) determinate in via prevalente dalla committenza dell'AP.

Nell'ambito della salute mentale questa distinzione è più che mai irrinunciabile, verrebbe altrimenti a mancare il primo e fondamentale elemento della cura stessa e cioè un setting terapeutico libero da interferenze di terzi e o di mandati diversi da quello strettamente di cura.

Occorre mettere il professionista della salute mentale nelle condizioni di effettuare sempre

valutazioni/interventi che consentano una corretta decodificazione della domanda (identificazione della committenza), che non siano condizionati da vantaggi secondari per il paziente/detenuto e che permettano di strutturare una reale alleanza terapeutica capace di sostenere un lavoro fondato sul “principio di realtà”.

Comunicazione fra il SSN e AP su aspetti gestionali del paziente-detenuto nell’ambito della patologia mentale.

Il modello di rapporto fra un Servizio sanitario (psichiatrico, nella fattispecie) e l’AP è paragonabile a quello esistente fra un Servizio sanitario e i *caregivers* dei pazienti seguiti, rapporto a volte non scevro da difficoltà. Questo modello rimane comunque centrato sulla salvaguardia della salute. Il personale sanitario, di volta in volta, fornirà in questo senso le indicazioni più opportune per l’assistito detenuto .

E’ fondamentale precisare che il trattamento sanitario (in particolare quello psicologico e/o psichiatrico offerto dal SSN) non ha nessun punto di contatto con il trattamento criminologico rieducativo fornito dall’AP: la cura della salute del singolo non può e non deve confondersi con l’intervento rieducativo e preventivo di reiterazioni di reato nell’interesse della collettività. Qualora la AP ritenesse opportuno integrare nei propri progetti trattamentali i tecnici della salute mentale, questi dovranno essere figure distinte dai curanti dei detenuti stessi.

Queste precisazioni non sono peraltro oggi applicabili agli interventi del SerT, definiti da particolari cornici legislative, che configurano un diverso livello di complessità, per cui se ne rimanda la discussione ad altra sede.

Emergenza psichiatrica in ambiente penitenziario

Poiché il Servizio Sanitario interno non è sempre presente nell’Istituto (negli Istituti di minori dimensioni la presenza interna non è spesso garantita sulle 24 ore), avremo due diversi percorsi di attivazione del Servizio Psichiatrico:

Se l'emergenza-urgenza psichiatrica si verifica durante le ore in cui all’interno dell’Istituto non è presente personale sanitario l’urgenza evidentemente può essere gestita nella fase inizialmente solo dal personale di polizia penitenziaria, che attiverà i servizi territoriali disponibili per il detenuto come avviene per qualunque altro cittadino (servizio di continuità assistenziale e/o 118).

Se l'emergenza-urgenza si verifica nelle ore di presenza del personale sanitario in Istituto, il personale dell’ AP segnalerà immediatamente il caso clinico al personale sanitario.

Formazione congiunta fra SSN e AP su temi di salute mentale

Momenti di formazione congiunta sono prevedibili ed auspicabili, previsti inoltre in Linee guida internazionali su temi specifici (vedi WHO sulla prevenzione del suicidio).

Diverso è il caso di richiesta della AP di una attività formativa da parte del personale sanitario nei confronti del personale di polizia penitenziaria: tali richieste andranno formalizzate ed indirizzate ai Responsabili dell’attività sanitaria, e non direttamente al personale sanitario operativo sul campo. Saranno i Responsabili a decidere le modalità e il personale più adatto da impiegare in tali attività di formazione.

Prodotti di valutazione e trattamento attivabili nel contesto del carcere per la salute mentale

Analogamente alla strutturazione dell’intervento nei servizi territoriali di Salute Mentale (CSM), che raccoglie diverse prestazioni professionali nell’ambito di Prodotti definiti, l’assistenza psichiatrica in carcere si caratterizza per l’erogazione di alcuni Prodotti di valutazione o trattamento, descritti nella

tabella che segue. La definizione dei professionisti coinvolti è certamente condizionata dalla variabilità locale (tipologia e dimensioni dell'istituto): si fa riferimento, nella tabella, al personale presente nelle realtà di maggiori dimensioni.

PRODOTTI	MODALITA' OPERATIVE	PROFESSIONISTI COINVOLTI
PRIMA VISITA PSICHIATRICA	Vedi percorso 1 e percorso 2 relativi alla Accoglienza Vedi percorso relativo alla Detenzione	Psichiatra (infermiere)
CONSULENZA PSICHIATRICA	Paziente già visto in precedenza ma non preso in cura Attivazione da medico del carcere (percorso relativo alla Detenzione)	Psichiatra (infermiere)
TRATTAMENTO PSICHIATRICO INDIVIDUALE	Viene definito dallo psichiatra nel contesto dei prodotti di prima visita o consulenza. Forma semplice della presa in cura (paziente senza riferimenti territoriali disponibili) Attività ambulatoriale individuale Supporto per eventuali interventi successivi (alla dimissione) di collegamento o supporto sociosanitario o segnalazione del caso	Psichiatra Infermiere Assistente Sociale (su casi specifici) Psicologo (su casi specifici) Opzione: Educatore
TRATTAMENTO PSICHIATRICO INTEGRATO	Viene definito dallo psichiatra nel contesto dei prodotti di prima visita o consulenza. Forma complessa della presa in cura (paziente con riferimenti territoriali CSM disponibili in Regione) Attività ambulatoriale e/o obiettivi concordata con CSM competente Progettazione integrata con progetto territoriale in relazione alla situazione sanitaria, sociale, carceraria (impatto sulla possibilità di costruire percorsi di salute e reinserimento). Raccordo alla dimissione. Se il paziente è del territorio sede del carcere, interventi congiunti della equipe Carcere con la equipe CSM	Psichiatra Infermiere Assistente Sociale (psicologo) Equipe CSM di riferimento
INDICAZIONE AI PRODOTTI DI RICOVERO PSICHIATRICO	L'erogazione dei Prodotti di ricovero specialistico (Ricovero ospedaliero volontario od obbligatorio in SPDC) non può avvenire in carcere. Di tali Prodotti lo psichiatra può indicare la necessità di erogazione, la quale verrà attivata secondo gli accordi definiti in sede locale	Psichiatra
PRODOTTI PSICOLOGICI	Vedi documento specifico	

3.2.2 Il Reparto di Osservazione Psichiatrica (R.O.P.)

E' una struttura che può ospitare, per esigenze di osservazione psichiatrica, pazienti per i quali è necessario approfondire il quadro diagnostico, affinché l'Autorità Giudiziaria possa decidere in merito al proseguo della loro detenzione; il reparto è stato aperto nel corso del 2012, in attuazione

di una progettazione avviata da tempo, in collaborazione con l'Amministrazione penitenziaria, e su indicazioni contenute nell'Accordo in Conferenza Unificata del 13/10/11 che prevede l'attivazione, in ogni regione e provincia autonoma, di una specifica sezione, per l'implementazione della tutela intramuraria della salute mentale delle persone, con riferimento alle persone detenute negli Istituti del territorio.

Il R.O.P. di Piacenza si connota quindi quale reparto di secondo livello ad alta specializzazione diagnostica per i casi dubbi e di difficile diagnosi, ferma restando la competenza di ciascun Istituto penitenziario ad effettuare presso la propria sede l'osservazione psichiatrica ai sensi dell'art. 112 del DPR n. 230/00.

Il reparto si trova annesso all'area sanitaria dell'Istituto. E' costituito da 5 celle singole, può ospitare quindi un massimo di 5 reclusi.

I pazienti sono inviati dagli altri Istituti penitenziari della regione, per un periodo di osservazione non superiore ai 30 giorni, ai sensi dell'art. 112 del DPR n. 230/00.

L'osservazione viene svolta da un'équipe multi-professionale composta da psichiatri, infermieri e psicologo.

All'arrivo del paziente, psichiatra e psicologo effettuano un'accoglienza congiunta; viene stabilito un contratto con la persona e le viene consegnato un vademecum informativo.

Oltre ai colloqui psichiatrici, lo psicologo esegue attività psico-diagnostica specialistica.

Gli infermieri quotidianamente, oltre alla somministrazione della terapia, svolgono attività di *nursing* e partecipano all'attività di osservazione.

Un *case manager* coordina le varie fasi operative, l'équipe multi-professionale redige poi la relazione conclusiva dell'osservazione.

È prevista una supervisione clinica d'équipe. E' stato già programmato, oltre ad un tutoraggio in itinere, un percorso formativo specifico per tutto il personale, sanitario e non, agenti di polizia penitenziaria compresi, che in varia misura operi nel ROP.

In collaborazione con i DSM-DP delle Aziende USL e le équipe psichiatriche dei vari Istituti della Regione sono stati individuati i criteri clinici di invio e ne sono state definite le forme di comunicazione e condivisione dell'intero percorso.

3.2.3 Aspetti specifici di Psicologia clinica

All'interno degli Istituti Penitenziari sono presenti psicologi dell'Amministrazione Penitenziaria che espletano funzione di consulenza su richiesta dell'Amministrazione stessa, come previsto dall'ordinamento penitenziario (L 354/75), che all'art. 80 recita: "Per lo svolgimento delle attività di osservazione e di trattamento, l'amministrazione penitenziaria può avvalersi di professionisti esperti in psicologia, servizio sociale, pedagogia, psichiatria e criminologia clinica, corrispondendo ad essi onorari proporzionati alle singole prestazioni effettuate.". Tali professionisti sono, quindi, inseriti nel Gruppo di osservazione e trattamento (art 13 O.P. e artt. 27 e 28 del Reg Esec.) e non nel Servizio sanitario.

La psicologia clinica non è mai stata presente nella medicina penitenziaria e il servizio sanitario in carcere, quindi, non disponeva di queste figure professionali.

La necessità di tale professionalità era, però, stata avvertita, in passato, e sviluppata in quasi tutti gli Istituti Penitenziari regionali, attraverso iniziative locali e realizzazione di specifici progetti,

spesso condivisi dall'AP con i SerT, e da questi finanziati, per rispondere a bisogni anche di persone non tossicodipendenti, soprattutto riguardo all'accoglienza del detenuto nuovo giunto.

Dal DPCM 1/04/08 ad oggi, è stato, quindi, necessario avviare una riflessione sulle caratteristiche dei Servizi Psicologici presenti all'interno delle carceri della regione, al fine di stimare l'esistente e valutare le esigenze riscontrate e relative indicazioni di lavoro, omogenee, verso cui tendere.

La esigenza di introdurre lo psicologo clinico nel Servizio sanitario delle carceri è stata messa in evidenza da tutti i Responsabili di programma salute carceri, stante la particolare condizione psicologica reattiva all'arresto e alla privazione della libertà; tale condizione è particolarmente presente al momento dell'ingresso, e in alcuni casi anche nel corso della detenzione, quando si manifestano particolari *life events* legati al percorso processuale o di vita (lutti, separazioni, ecc).

La figura dello psicologo, all'interno dell'Area Sanitaria del carcere, quindi, assume rilievo in quanto il clinico, ponendosi come "esperto della relazione", può accompagnare e sostenere il paziente in alcuni momenti della carcerazione, con un'attenzione alla persona e alla sua storia che è propria del suo metodo di lavoro, favorendo la promozione del benessere individuale.

Si può affermare che taluni richieste, in tal senso, fino ad oggi, sono state rivolte al servizio psichiatrico presente in tutti gli IIPP (art .11 O.P.), con il rischio di "patologizzare" problematiche di adattamento.

Ciascuna Azienda USL, pertanto, prevederà la introduzione di tale figura ed i suoi ambiti d'intervento, secondo le seguenti linee-guida, declinandoli e sviluppandoli in relazione alla propria organizzazione e ai progetti già avviati.

Tali professionisti non potranno svolgere, contemporaneamente, attività di consulenza ex art. 80 O.P.

Lavoro di équipe: lo Psicologo fa capo al Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche, e lavora, quindi, all'interno di un'équipe multidisciplinare (generalmente il medico, lo psichiatra, l'infermiere e il responsabile dell'Unità Operativa), secondo proprie metodologie.

Nello specifico contesto penitenziario lo psicologo clinico, nei casi per i quali sia evidenziata la necessità da parte dell'équipe di assistenza primaria, può affiancare gli altri professionisti del servizio sanitario nella definizione dei bisogni di cura e assistenza, favorendo una presa in carico personalizzata e la compliance del soggetto alla cura; ciò avviene in corrispondenza con il PAI previsto nelle linee guida del Percorso Clinico Assistenziale per le persone detenute di cui alla Circolare n. 15/2012).

Lo psicologo, pertanto, coordina ed integra i propri interventi con gli operatori di altre aree del Servizio Sanitario Nazionale, in particolare con il Servizio di Cure Primarie, in modo da garantire continuità di percorsi assistenziali all'interno e all'esterno del Carcere.

Psicologia e cure primarie

Nello specifico contesto penitenziario si intende promuovere l'apporto della Psicologia clinica come componente delle équipe di cure primarie destinate alla popolazione detenuta negli Istituti di pena, al fine di:

- dare più completa assistenza al paziente e orientare maggiormente l'intervento alla promozione del benessere psico-fisico;
- individuare nuovi modelli organizzativi, capaci di attuare una programmazione di percorsi assistenziali per la prevenzione, gestione e cura delle patologie croniche che più hanno impatto

sul contesto sociale e sulla spesa sanitaria, tali da dare risultati in termini di efficacia ed efficienza;

- mettere in evidenza il bisogno del paziente e le esigenze non riconosciute, insoddisfatte o sottovalutate (trattate facilmente con il ricorso diffuso ed aspecifico a farmaci ansiolitici e antidepressivi) che esacerbano le malattie e moltiplicano le richieste di intervento diagnostico e terapeutico, assorbendo energie e procurando aumenti di spese sanitarie.

Si propone di “costruire” un modello di lavoro in team che coinvolga medici di assistenza primaria, infermieri, personale di segreteria, gli specialisti, psicologi, operatori socio-sanitari, al fine di fornire ai pazienti la migliore assistenza possibile, in termini di efficacia clinica, efficienza e qualità di vita e di salute e, non ultimo, un ritorno economico, valutabile a più lungo termine, di salute.

Il modello cui far riferimento è quello dei Gruppi di Cure primarie e delle Case della salute, quale “punta avanzata del modello di cura della salute sul territorio” (Liuzzi, 2010), luogo in cui gli psicologi possano essere “parte integrante del modello a più livelli”, in un percorso condiviso tra Assistenza primaria e Psicologia, al cui interno il paziente/utente ha un ruolo attivo nella gestione della cura (vedi il PAI).

Le funzioni dello psicologo, all’interno del carcere, possono essere:

- attività di valutazione dello stato psichico del detenuto e della presenza di disagio, sia al momento dell’ingresso in Istituto, sia in qualsiasi momento dell’iter detentivo, su richiesta del medico, per evidenziare eventuali aree di vulnerabilità o la presenza di rischio suicidario;
- percorsi psicologici individuali di supporto, attivabili in qualsiasi momento dell’iter detentivo;
- percorsi psicologici di gruppo per valorizzare dinamiche interpersonali orientate alla consapevolezza e al mutuo aiuto.

Le tipologie di intervento sono:

1) Primo colloquio psicologico

Prima accoglienza dei detenuti nella fase dell’ingresso in carcere; integrazione dello Psicologo nella funzione di accoglienza del Nuovo Giunto coordinandosi con gli altri operatori dell’Equipe multi-professionale del Servizio Sanitario che opera in Istituto, con compito di sostegno alla persona in relazione ai primi bisogni emergenti e di orientamento.

Mediante uno o più colloqui clinici, effettua una valutazione approfondita delle condizioni psichiche del soggetto al momento dell’ingresso.

Approfondisce la storia di vita del paziente, in particolare individua da un lato, la presenza di eventuali eventi critici in anamnesi: uso di sostanze, precedenti psichiatriche, atti auto-lesivi, separazioni conflittuali, lutti non elaborati, fallimenti del progetto migratorio, importanti difficoltà relazionali, dall’altro mappa le risorse cognitive, affettive, relazionali che si costituiscono come fattori di protezione e di resilienza rispetto all’esperienza detentiva.

Lo psicologo effettua una lettura dell’impatto che l’esperienza dell’arresto ha avuto sulla struttura psicologica dell’individuo, in particolare, della capacità di mediare con il contesto, di tollerare le frustrazioni, della progettualità futura e del rischio di azioni auto ed etero-lesive.

Valuta l’atteggiamento del paziente durante il colloquio clinico ed evidenzia la presenza di disagio psichico, con particolare attenzione al suo comportamento, alla forma e al contenuto con cui esprime i suoi pensieri e allo stato emotivo che manifesta.

Al termine del colloquio lo psicologo formula una prima ipotesi sul funzionamento psichico del

paziente.

E' particolarmente rilevante, in sinergia con l'équipe mult-professionale del Servizio Sanitario, la valutazione del rischio suicidario, che viene sondato tenendo conto dei principali fattori di rischio indicati dall'Organizzazione Mondiale della Sanità.

Se necessario, lo psicologo si avvale di strumenti testistici e di questionari per approfondire la psicodiagnosi .

2) Consulenza psicologica

Avviene su segnalazione del medico dell'Assistenza primaria (o dello psichiatra dell'Istituto), che specifica il motivo della richiesta del consulto.

Oltre che al momento dell'ingresso, si ritiene importante mantenere attenzione alle condizioni psicologiche del detenuto lungo tutto il periodo della sua permanenza nell'Istituto Penitenziario, da parte di tutti gli operatori sanitari, con particolare attenzione ad una serie di eventi critici: lutti, eventi giuridici di rilievo, diagnosi infauste di malattia, separazioni familiari, ricorrenze, notifiche dell'Amministrazione penitenziaria o del Tribunale di Sorveglianza. Spesso il paziente reagisce a questi eventi con richiesta incongrua di farmaci, episodi di somatizzazione, o sciopero della fame che potranno essere evidenti al medico referente.

Anche il detenuto può chiedere spontaneamente un colloquio con lo psicologo, manifestando la propria richiesta di assistenza al medico o allo psicologo stesso. La richiesta può essere legata al superamento di momenti specifici od isolati di malessere ma anche, in alcuni casi, al bisogno di essere accompagnato in un percorso clinico di riflessione su di sé. Spesso il colloquio con la persona detenuta si caratterizza come un'attività di *counseling* di orientamento, rispetto al percorso sanitario nel suo complesso. Spesso il colloquio potrà risolversi in un *counseling* di orientamento rispetto al percorso sanitario nel suo complesso.

3) Trattamento psicologico

Il carcere si configura come un potenziale evento traumatico che può sia aumentare le manifestazioni psicopatologiche in pazienti già sofferenti che avere effetti distruttivi in pazienti "sani".

Trattamento individuale: lo Psicologo, oltre a compiere valutazioni psicodiagnostiche, è disponibile a concordare con il paziente percorsi di supporto alla detenzione, orientati al superamento del disagio psichico, alla promozione del benessere individuale, al potenziamento delle proprie risorse affettive e relazionali, al superamento del disagio psichico, con particolare attenzione alle aree di fragilità individuate.

Il professionista valuterà quale tipo di trattamento poter offrire, caso per caso.

In alcuni casi il trattamento psicologico assume caratteristiche di complessità, quando l'intervento si intreccia con quello di altri professionisti dell'équipe Carcere, che a vario titolo seguono lo stesso paziente, e con quello dei Servizi territoriali, con i quali lo psicologo, nel rispetto della privacy del paziente, favorisce lo scambio di informazioni e la continuità assistenziale (anche al momento delle dimissioni).

Trattamento in gruppo: E' proficua la realizzazione di attività psicologica gruppale all'interno degli Istituti Penitenziari, sia per ottimizzare le risorse specialistiche esistenti, sia per facilitare un supporto tra "pari" su aree comuni di disagio. Il gruppo può essere realizzato secondo diverse tipologie, ad esempio terapeutico-riabilitativo, psico-educativo, di auto mutuo-aiuto ed è auspicabile che venga condotto dallo psicologo con la stretta collaborazione di altre figure

professionali dell'equipe.

L'attività di gruppo può avere finalità cliniche, nel facilitare una maggiore consapevolezza individuale e il padroneggiamento di nuove strategie di coping e abilità interpersonali ma anche di promozione del benessere, attraverso un counseling motivazionale a stili di vita più sani.

Inoltre, concorrerà nel sostenere la persona detenuta ad affrontare la situazione di privazione della libertà e nel contrastare l'isolamento attraverso la condivisione e solidarietà.

Pertanto, sulla base delle presenti linee-guida, ogni Azienda USL definirà, l'impegno di tale figura professionale secondo le esigenze rilevate nell'IP in cui opera; le esperienze locali ed eventuali sperimentazioni saranno elemento di riflessione congiunta a livello regionale per la futura programmazione.

Indicatore	2014	2015	2016
Protocollo per la presa in carico dei pazienti con diagnosi psichiatrica	Si/No	Si/No	Si/No
Protocollo per la presa in carico dei pazienti con problematica psicologica	Si/No	Si/No	Si/No

3.3 Odontoiatria

È possibile ricondurre la popolazione detenuta/internata ad una specifica condizione di vulnerabilità in ragione del fatto che la maggior parte degli stati patologici osservati all'interno delle carceri sono sovrapponibili alle condizioni di vulnerabilità sanitaria individuate nella popolazione generale. La maggior parte degli interventi all'interno delle carceri, inoltre, fa riferimento al trattamento delle urgenze odontoiatriche infettivo-algiche che, analogamente a quanto avviene per la popolazione generale, va garantito anche ai detenuti, compresi i cittadini stranieri temporaneamente presenti in Italia seppur non in regola con il permesso di soggiorno.

Per quanto riguarda l'assistenza protesica, in considerazione della difficoltà a fare riferimento alla normativa nazionale ¹⁰ (che pone a carico dell'assistito il costo dei manufatti protesici ed ortesici) ed alla normativa regionale (che si fa carico del costo delle protesi destinate ai soggetti con un reddito ISEE al di sotto degli 8.000 euro), in questa fase di trasferimento delle competenze assistenziali al SSN e in attesa che il problema venga definito a livello nazionale nell'ambito dei tavoli paritetici, saranno mantenute le stesse garanzie fino ad ora assicurate dall'amministrazione penitenziaria. Queste si basano sulla legge 354/75 e sulla Circolare del Ministero della Giustizia del 02/06/1990 prot. N° 637970/7. Ai sensi dell'art.11 comma 9 della legge 26/07/75, n 354, il detenuto ha il diritto di richiedere la fornitura protesica a proprie spese ed in tal caso le Aziende USL disciplineranno attraverso strumenti convenzionali l'impiego di specialisti richiesti privatamente dai detenuti, in merito all'accesso, e all'uso di locali, attrezzature e beni strumentali. In quest'ultimo caso nessun onere graverà sul SSR.

¹⁰ Decreto del Ministro della sanità del 22 luglio 1996 – Nomenclatore Tariffario delle prestazioni di specialistica ambulatoriale

¹¹ DGR 374/2008 Revisione del programma 'assistenza odontoiatrica nella regione Emilia-Romagna: programma regionale per l'attuazione dei lea e la definizione dei livelli aggiuntivi' di cui alla dgr 2678 del 2004.

I detenuti e gli internati possono richiedere di essere visitati a proprie spese da un sanitario di loro fiducia. Per gli imputati è necessaria l'autorizzazione del magistrato che procede, sino alla pronuncia della sentenza di primo grado.

Secondo quanto indicato dalla Circolare del Ministero della Giustizia, del 02/06/1990 prot. N° 637970/7, la fornitura delle protesi a carico del SSR rimane vincolata alla presenza di un grave deficit masticatorio e subordinata alle seguenti condizioni:

- Internati che, al momento della richiesta, debbano essere sottoposti ad una misura di sicurezza non inferiore ad un anno;
- Condannati che, al momento della richiesta, debbano scontare una pena residua non inferiore a due anni;
- Detenuti in attesa di giudizio definitivo quando, per i reati contestati, la legge stabilisce la pena dell'ergastolo o della reclusione superiore nel massimo a 6 anni, sempre che la fornitura protesica si renda strettamente indispensabile ed indifferibile.

I manufatti dovranno essere forniti dai laboratori odontotecnici convenzionati con le Aziende USL o con le Aziende Ospedaliere titolari di contratto di fornitura per l'odontoiatria.

Qualora fossero stipulati accordi ai tavoli paritetici nazionali in merito ai livelli aggiuntivi di assistenza sul tema trattato la Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali ne darà tempestiva attuazione.

Indicatore	Valore al 31/12		
	2014	2015	2016
Fornitura protesi	Sì/No	Sì/No	Sì/No

3.4 Emergenza/urgenza/ricoveri

Il DPCM 1/04/2008 sottolinea l'impegno di fornire un'assistenza sanitaria equa ai cittadini reclusi; in particolare questo aspetto si evidenzia nella risposta alle emergenze sanitarie tempo dipendenti, che a causa delle barriere architettoniche e istituzionali, dovute alle esigenze di sicurezza, rendono i tempi di risposta più lunghi.

Per le persone detenute l'accesso ai servizi 118, ovviamente, non è diretto come per i cittadini liberi; le condizioni che differiscono sono:

- la chiamata viene fatta dal personale sanitario e/o da quello dell'amministrazione penitenziaria;
- solo la direzione del carcere può autorizzare l'ingresso del mezzo del 118 e l'uscita della persona detenuta, se necessario il ricovero in ospedale.

Per indirizzare tale complesso processo decisionale, è necessario introdurre criteri univoci e condivisi, tra i vari soggetti interessati, di risposta alle situazioni di emergenza-urgenza mutuati dal 118 e declinati rispetto al contesto penitenziario.

L'obiettivo dell'assistenza in emergenza-urgenza sanitarie, è quello di fornire le risposte più appropriate secondo protocolli operativi, clinico-assistenziali, condivisi con l'Amministrazione penitenziaria, e pianificati in accordo con i Servizi 118, basati sulla mission del 118 stesso: mandare un equipaggio e non valutare se mandare.

Con questo approccio, tutti i protocolli che discendono, analogamente a quanto succede per la generalità dei cittadini non reclusi, dovranno prevedere di graduare la tempistica e la risposta data, inviando un mezzo semplice, con professionalità in grado di dare risposte limitate, nei casi giudicati lievi, e risposte massimali, in termini di attrezzature e professionalità, nei casi giudicati gravi, con tutte le modulazioni intermedie.

Pertanto i criteri utilizzati dai servizi sanitari (interni all'Istituto penitenziario) e dalla direzione del carcere per attivare i servizi del 118 dovranno tendenzialmente essere coerenti con quelli utilizzati dal 118.

La raccolta metodica dei dati relativi a diagnosi e codici di invio, a diagnosi e codici di dimissione, tempi di intervento dalla richiesta alla conclusione dell'intervento o alla eventuale ospedalizzazione, diviene lo strumento che consente di focalizzare l'attenzione sugli eventi prevalenti; su questi aspetti possono essere sviluppati:

- individuazione dei nodi critici nella catena dei soccorsi e loro risoluzione per quanto possibile;
- percorsi formativi specifici per il personale e per quanti concorrono al realizzarsi delle diverse azioni tipiche dei penitenziari.

Le aziende Sanitarie valuteranno inoltre le condizioni strutturali delle sezioni ospedaliere destinate ai detenuti, prevedendo azioni di miglioramento della vivibilità quali ad esempio la presenza di televisione in stanza.

4 PIANO DEGLI INTERVENTI DI SANITÀ PUBBLICA

Nella maggior parte dei casi, gli interventi di sanità pubblica, siano essi di promozione della salute o finalizzati alla riduzione o rimozione del danno, impattano sull'intera comunità del carcere e non solo sulla singola persona detenuta.

Per tale motivo deve essere perseguito il coinvolgimento di tutti i soggetti interessati a contrastare i fattori di rischio modificabili: dalla componente sanitaria nelle sue varie articolazioni, all'Amministrazione penitenziaria, alla popolazione detenuta.

Per quanto riguarda la componente sanitaria, il Responsabile aziendale del programma coordina i diversi Servizi/ UU.OO./professionisti, coinvolti nella definizione e nell'attuazione degli specifici programmi/piani di intervento relativamente alle proprie specifiche competenze.

Fra quelle di seguito elencate, unicamente l'attività di vigilanza e quella di formazione delle persone detenute addette alla manipolazione, preparazione e somministrazione di alimenti rientrano fra i compiti di un unico Dipartimento, quello di Sanità pubblica (DSP), ma anche in questo caso l'approccio dovrà essere multidisciplinare e coinvolgere le diverse professionalità che operano in questo Dipartimento.

4.1 Analisi dei rischi

Tale analisi si articola in tre fasi:

la **Valutazione del rischio**: indagine tesa a individuare le fonti di rischio per la salute e per la sicurezza della popolazione detenuta –ad esempio: il microclima, l'inquinamento indoor, le malattie infettive¹², ecc.– e valutare le possibili ricadute;

la **Gestione del rischio**: l'insieme delle azioni da implementare per eliminare i fattori di rischio individuati nella fase precedente o almeno ridurre l'impatto;

¹² Per le malattie infettive causate da agenti ambientali (es. Legionella), l'Analisi del rischio rientra nell'ambito di responsabilità dell'Amministrazione penitenziaria.

la **Comunicazione del rischio**: tutte le procedure che vengono messe in atto per informare, formare, indirizzare formalmente tutti gli interessati.

I rischi individuati dovranno essere classificati in base a una lista di gravità, sulla base della probabilità di accadimento e dell'entità del danno che ne può conseguire, al fine di stabilire la priorità degli interventi da realizzare.

Per condurre correttamente l'analisi è fondamentale l'implementazione di un osservatorio epidemiologico che permetta di disporre di conoscenze acquisite in maniera sistematica.

L'analisi va aggiornata periodicamente al modificarsi delle condizioni di partenza dell'indagine precedente.

Per quanto riguarda la tubercolosi, le indicazioni sono contenute nella nota PG/2011/114812 del 9.5.2011 a firma dell'Assessore alle Politiche per la salute "Indicazioni per il controllo e la sorveglianza della tubercolosi negli Istituti penitenziari, ai sensi della deliberazione di Giunta regionale n.2/2010".

Indicatore	Valore al 31/12/2014
Evidenza di un documento di analisi dei rischi	Sì/No

4.2 Prevenzione delle malattie infettive

In questo ambito, il raggiungimento degli obiettivi sarà facilitato perseguendo la trasversalità degli interventi, anche in termini di integrazione (formale e operativa) tra i diversi attori interessati: operatori dell'assistenza primaria, infettivologo e medico igienista.

A tal proposito e al fine di uniformare l'operato dei professionisti, la DG Sanità e Politiche sociali ha rinnovato, per tutto il periodo di validità del presente Programma, il Gruppo di lavoro regionale "Malattie infettive in carcere".

a. Screening

Nel contesto di un *counselling* motivazionale, vanno offerti a tutte le persone detenute, secondo le modalità descritte nell'allegato 1, gli screening per HIV, HBV, HCV, lue e TB.

Per quanto riguarda la TB, i riferimenti di dettaglio sono contenuti nella nota PG/2011/114812 del 9/5/11 a firma dell'Assessore alle Politiche per la salute, già citata.

Indicatore	Valore al 31/12 ¹³		
	2014	2015	2016
n. nuove persone detenute nell'anno per • 14 giorni screenate per HIV / n. nuovi ingressi nell'anno detenuti per • 14 giorni	• 60%	• 70%	• 80%

¹³ Se il valore dell'indicatore è già stato raggiunto in un anno precedente a quello considerato, l'obiettivo a cui tendere è quello dell'anno successivo.

	Indicatori TB nota PG/2011/114812 del 9.5.2011 a firma dell'Assessore alle Politiche per la salute	Valore atteso al 31/12/11
1	Effettuazione della Valutazione del Rischio	Si/No
2	Definizione del Piano annuale di controllo	Si/No
3	Raccolta dei dati epidemiologici ed elaborazione dei risultati degli screening	Si/No
4	Adozione e utilizzo della check list anamnestica	Si/No
5	Predisposizione di un protocollo per la gestione dei casi sospetti	Si/No
6	Predisposizione di un protocollo per la gestione c/o il carcere dei casi confermati	Si/No
7	Predisposizione di un protocollo per la gestione dei contatti	Si/No
8	Predisposizione di un protocollo per l'effettuazione dello screening e la gestione della ITBL negli operatori e nei detenuti	Si/No
9	Realizzazione di interventi informativi per i detenuti e formativi per il personale	Si/No
		dal 2012
1	% di nuovi ingressi sottoposti ad anamnesi mirata per TB nel corso della prima visita	>90%
2	% di detenuti sintomatici sottoposti a RX del torace e/o alla raccolta di un primo campione di espettorato entro 24 ore dall'ingresso	>95%
3	% di detenuti sintomatici o con Rx positivo o con esame microscopico diretto positivo posti in isolamento respiratorio entro 24 ore dall'acquisizione della notizia	>95%
4	% di casi di TB bacillifera delle vie respiratorie per cui vi è evidenza della ricerca di eventuali contatti all'interno dell'Istituto penitenziario	100%
5	% di detenuti con fattori di rischio ai quali è stato proposto lo screening di ITBL	>90%

b. Vaccinazioni

A ciascuna persona detenuta devono essere offerte le vaccinazioni raccomandate in relazione all'età, condizione, appartenenza a categorie di rischio, o perché previste da piani o campagne di vaccinazione regionali o nazionali.

Nell'allegato 2 viene riportato con maggior dettaglio un elenco delle vaccinazioni da offrire alle persone detenute.

Nel caso di difficoltà di comprensione linguistica, agli interessati va fornito materiale informativo, se necessario tradotto in lingua, riguardante i rischi e i benefici delle vaccinazioni proposte.

Le vaccinazioni effettuate vanno registrate sulla cartella clinica e sul tesserino di vaccinazione degli interessati e comunicate al DSP competente per territorio allorché non sia possibile aggiornare direttamente l'archivio vaccinale informatizzato.

Indicatore	Valore al 31/12 ¹⁴		
	2014	2015	2016
n. cicli della vaccinazione anti-epatite B iniziati / n. di persone detenute suscettibili all'epatite B identificate tramite lo <i>screening</i>	• 50%	• 65%	• 80%

c. Controllo delle malattie infettive

Per la gestione dei casi di malattie infettive ci si dovrà dotare di protocolli condivisi indicanti le

¹⁴ Vedi nota precedente.

misure contumaciali da assumersi nei confronti del malato e gli interventi di profilassi da proporre ai contatti.

Tali protocolli dovranno tenere conto delle indicazioni regionali esistenti (Circolare n. 21/1999 e successive integrazioni e modifiche) e vanno concordati, in particolare per gli aspetti comunicativi e dei flussi informativi, con il DSP competente per territorio.

Quest'ultimo, infatti, è il punto di riferimento:

- per le segnalazioni dei casi di malattia infettiva,
- per la raccolta di tutte le notizie epidemiologiche che costituiscono debito informativo nei confronti degli organi regionali,
- per la gestione degli interventi in ambito comunitario generati da segnalazioni provenienti dalla struttura carceraria.

Indicatore	Valore al 31/12/2014
Evidenza del protocollo	Si/No

4.3 Screening oncologici

Il Piano Assistenziale Individuale (PAI) dovrà contenere l'indicazione all'esecuzione degli *screening* oncologici. In particolare:

- alla popolazione femminile detenuta devono essere offerti gli *screening* per la prevenzione dei tumori della mammella e del collo dell'utero, secondo le modalità generali previste dai programmi regionali;
- a tutta la popolazione detenuta • 50 anni va offerto lo *screening* per la prevenzione del tumore del colon-retto.

Indicatore	Valore al 31/12 di ciascun anno
n. persone detenute • 50 anni alle quali è stato offerto lo <i>screening</i> per la prevenzione del tumore del colon-retto / n. persone detenute • 50 anni presenti	• 90%

4.4 Promozione della salute

Gli interventi di Promozione della Salute alla popolazione detenuta possono essere articolati attraverso modalità individuale e di gruppo che garantiscano sostegno al cambiamento dei comportamenti a rischio (*counseling* motivazionale) e contributo alla graduale modificazione del contesto, anche attraverso il coinvolgimento attivo di rappresentanti dei carcerati (attività di educazione fra pari).

In sintesi gli interventi prevedono:

- azioni info-educative individuali e di gruppo finalizzate al miglioramento degli stili di vita a rischio (per chi è motivato a modificare i propri comportamenti);
- azioni di miglioramento del contesto carcerario (inteso come ambiente di vita e riabilitazione);
- azioni di educazione fra pari anche attraverso interventi di mediazione culturale e realizzazione di materiale di informazione e sensibilizzazione da parte dei detenuti stessi, inseriti in un percorso formativo specifico.

Gli interventi educativi dovrebbero essere orientati ai bisogni emersi, rispetto ad una valutazione complessiva del rischio per la salute condivisa con l'utente, considerando comunque il regime di

costrizione, piuttosto che sul singolo stile di vita (per es: fumo o sedentarietà).

La complessità e la particolarità degli interventi di promozione della salute in carcere richiedono la presenza, almeno nella fase di programmazione partecipata, di più competenze professionali, a cui potrebbe dare un contributo significativo anche il “ promotore della salute”, la figura che, a titolo sperimentale, opererà nel corso del 2014 negli Istituti penitenziari della Regione in base a un progetto interregionale finanziato dal Ministero della Salute. È tuttavia prioritario che le azioni siano programmate in una logica di integrazione, attenzione al contesto, coinvolgimento attivo di chi “vive la situazione degli Istituti carcerari” (da detenuto, personale di sorveglianza, dirigenza, personale educativo/sanitario), per eliminare i rischi di delega ad una singola figura professionale ancora in fase di definizione, specifica rispetto a ruoli e compiti.

Indicatore	Valore al 31/12
n. di interventi info-educativi realizzati (indicare anche il n. delle persone coinvolte in ciascun intervento)	almeno 2 per anno
n. di counselling motivazionali realizzati (indicare anche il n. delle persone coinvolte)	
attivazione gruppi tra pari	Sì/No

4.5 Prevenzione delle malattie croniche

Le persone con patologie cardiovascolari, dismetaboliche, neurologiche o dell'apparato locomotore e coloro che hanno fattori di rischio per l'insorgenza di tali malattie possono trarre beneficio dall'esercizio fisico e dall'adozione di stili di vita favorevoli alla conservazione o al recupero dello stato di salute.

Per i detenuti che si trovano nelle situazioni sopra specificate, il PAI dovrà contenere anche indicazioni personalizzate, stabilite dal medico dell'assistenza primaria con la collaborazione dello specialista nei casi in cui le patologie siano già presenti, sulla corretta alimentazione e sulla pratica dell'attività fisica. Per eventuale consulenza il riferimento è il Servizio di Medicina dello sport dell'Azienda USL.

Va inoltre perseguito l'obiettivo di creare locali liberi da fumo.

4.6 Formazione

Vanno definiti, organizzati ed effettuati programmi di formazione rivolti a tutto il personale operante negli Istituti penitenziari, volontari compresi, sulla prevenzione, il trattamento e il controllo delle malattie infettive.

I detenuti addetti alla manipolazione, preparazione e somministrazione di alimenti sono soggetti alla partecipazione a specifici programmi di formazione come previsto dalla Legge regionale n.11/2003 e DGR 342/2004 (attestato di formazione per alimentaristi, sostitutivo dei LISA).

Indicatore	Valore al 31/12
n. di programmi di formazione sulla prevenzione e controllo delle mal. Infettive, rivolti al personale, realizzati	almeno 1 per anno

4.7 Vigilanza

Le visite ispettive previste dall'art. 11 della L. 354/75 rispondono a un compito istituzionale e vanno eseguite dai DSP con una periodicità di almeno due volte all'anno. Sono finalizzate alla verifica:

- Ø dei requisiti igienico sanitari e di sicurezza (impiantistica, legata all'uso di fiamme libere, ecc.) degli ambienti e luoghi del carcere a disposizione dei detenuti (per verifica si dovrà tenere conto delle tipologie e degli standard abitativi previsti dal DPR n. 230/2000-Regolamento di Esecuzione dell'Ordinamento Penitenziario- e, per quanto riguarda gli Istituti penitenziari per minori, anche delle normative regionali vigenti in materia di strutture residenziali per adolescenti);
- Ø dei requisiti di igienicità nella conservazione e preparazione degli alimenti;
- Ø dell'applicazione delle misure di prevenzione nei confronti delle malattie trasmissibili.

È opportuno che le visite ispettive vengano eseguite da un gruppo multidisciplinare in cui siano presenti tutte le professionalità (medico igienista, veterinario tecnico della prevenzione, ecc.) necessarie ad affrontare i diversi aspetti della attività in questione.

Per fornire un sostegno concreto a questa attività, un Gruppo di lavoro regionale ha in programma l'aggiornamento periodico della scheda/verbale d'ispezione la cui prima stesura risale al 1995.

Indicatore	Valore al 31/12
n. visite ispettive/anno	minimo 2 ispezioni anno per ciascun Istituto penitenziario

4.8 Programmi particolari

1. *Piano di prevenzione dei possibili effetti delle ondate di calore all'interno degli Istituti di pena:* nel 2009 è stato divulgato un documento contenente le prime indicazioni per contenere il disagio e ridurre la possibilità di danno nella popolazione detenuta.
2. Piano pandemia influenzale: la DG Sanità e Politiche Sociali ha fornito con Circolare n. 18/2009 specifiche linee guida per affrontare le situazioni di emergenza; per quelle ordinarie si rimanda alla normativa di settore.
3. Progetto CCM 2012: Interventi di tutela e promozione della salute in carcere attraverso la presenza, nelle sezioni degli Istituti penitenziari, della figura del "Promotore di salute".
4. Progetto CCM 2013: La presa in carico del paziente affetto da patologie complesse negli Istituti Penitenziari, profili epidemiologici e contesto ambientale.

5 LA TUTELA DELLA SALUTE DELLE DETENUTE E DELLA LORO PROLE

Assistenza alle detenute

Il Programma è rivolto alla popolazione detenuta femminile presente negli Istituti penitenziari della regione Emilia-Romagna: le sezioni femminili sono attualmente presenti negli IIPP di Bologna, Modena, Piacenza, Forlì, Reggio Emilia. Esso intende garantire percorsi sanitari di prevenzione, diagnosi precoce e cura, assicurando alle donne detenute, e alla loro prole eventualmente presente, la stessa assistenza fornita alle donne presenti sul territorio regionale, attraverso

l'equiparazione degli standard clinico-assistenziali dei Consultori territoriali agli Istituti penitenziari della regione.

Il programma nei suoi aspetti generali dovrà tenere conto delle modalità generali previste dai programmi regionali e dovrà focalizzare:

- il monitoraggio dei bisogni assistenziali delle recluse con particolare riguardo ai controlli di carattere ostetrico-ginecologico;
- gli interventi di prevenzione e di profilassi delle malattie a trasmissione sessuale e dei tumori dell'apparato genitale femminile;
- corsi di informazione sulla salute per le detenute e di formazione per il personale dedicato, che forniscano anche utili indicazioni sui servizi offerti dalla Azienda sanitaria al momento della dimissione dal carcere o dalle comunità (consultori, punti nascita, ambulatori ecc.);
- percorso nascita;
- parto in ospedale o in altra struttura diversa dal luogo di reclusione;
- sostegno e accompagnamento al normale processo di sviluppo psico-fisico del bambino, eventualmente presente in carcere con la mamma.

Il Programma è attuato, coinvolgendo i medici di assistenza primaria e il referente per la salute, dalle ostetriche in collaborazione con gli specialisti in ostetricia e ginecologia presenti presso le sezioni femminili degli Istituti penitenziari e dagli infermieri. Dovrà essere prevista, quindi, la presenza di un'ostetrica che assumerà la responsabilità di specifici percorsi assistenziali, quali corsi, incontri di informazione, educazione.

A titolo esemplificativo si riporta, in allegato 3, il programma svolto dalla Azienda USL di Bologna.

Assistenza alla prole

In Emilia-Romagna le donne con prole sono trasferite presso il carcere di Bologna che è organizzato per ospitare le detenute madri con i figli. La presenza di bambini è comunque, per diversi fattori, molto sporadica.

Nel caso siano presenti bambini, saranno assicurati percorsi di assistenza pediatrica individualizzati in relazione all'età e alle esigenze del bambino, a cura del servizio pediatrico territoriale.

Vaccinazioni raccomandate per le donne suscettibili in età fertile
<ul style="list-style-type: none">• antirubeolica• antivaricella

6 LA CURA DEI MINORI RIENTRANTI NEL CIRCUITO PENALE

I provvedimenti della Giustizia Minorile sono più complessi e articolati rispetto al settore penale adulti. Il Sistema dei Servizi Minorili dell'Amministrazione della Giustizia afferenti al Centro Giustizia Minorile dell'Emilia-Romagna, è costituito da servizi residenziali, quali l'Istituto Penale per i Minorenni (IPM), il Centro di Prima Accoglienza (CPA), la Comunità Ministeriale (CM), collocati a Bologna, e dall'Ufficio di Servizio Sociale Minorenni (USSM); quest'ultimo ha in carico minori e

giovani adulti presenti su tutto il territorio regionale, domiciliati in Comunità private o presso la propria abitazione.

Nel circuito penale per minorenni, le funzioni sanitarie sono strettamente correlate con l'area educativa e gli operatori dei due settori concorrono a formare un riferimento socio-psico-educativo che meglio interpreta la tutela del diritto alla salute del minore o giovane adulto; quindi, tenuto conto delle caratteristiche proprie dell'età evolutiva, l'intervento sul minore o giovane adulto è espressione di una attività integrata dei Servizi Minorili della Giustizia, dei servizi delle Aziende USL e dei Servizi degli Enti Locali, ciascuno per le specifiche competenze.

Il servizio sanitario presente all'interno del CGM garantisce, nei Servizi residenziali (IPM, CPA e CM), le prestazioni di assistenza primaria, assistenza infermieristica e psicologica. Per i minori e giovani adulti in carico all'USSM l'assistenza sanitaria è garantita dalle AUSL di residenza, in accordo con le AUSL del territorio delle Comunità private dove i ragazzi sono temporaneamente domiciliati. Le prestazioni specialistiche, le modalità organizzative della loro erogazione all'interno dei Servizi residenziali di Bologna o presso strutture sanitarie esterne, debbono essere adeguate alle necessità e definite negli accordi locali tra Azienda USL di Bologna e Istituto Penale Minorile, Comunità Ministeriale, Centro di Prima Accoglienza.

E' opportuno che all'interno del servizio sanitario siano presenti i servizi di neuropsichiatria (NPIA), psichiatria adulti e dipendenze patologiche (SerT). Tali prestazioni assumono una valenza particolare in relazione al provvedimento che può assumere l'Autorità Giudiziaria Minorile.

Nei servizi residenziali di Bologna, IPM CPA e Comunità ministeriale, l'attività specialistica di NPIA comprende la valutazione di tutti i nuovi ingressi con successiva presa in carico psicologica e neuropsichiatria, se ritenuta necessaria, e in IPM attività di gruppo con entrambe le aree di permanenza dei minori (denominate accoglienza e orientamento) e partecipazione alle équipes integrate.

Per i minori e giovani adulti in carico all'USSM presenti su tutto il territorio regionale è garantita attività di valutazione e sostegno psicologico, qualora ritenuto necessario dai servizi sanitari.

Ulteriori indicazioni per le Aziende USL e le forme di collaborazione ed integrazione degli interventi con il CGM sono fornite dalla DGR n. 1788/13¹⁵. In particolare il Protocollo, di cui alla DGR citata, stabilisce le forme di collaborazione in relazione all'inserimento dei minori nelle strutture residenziali, che presentano requisiti specifici e garanzie di competenza, che tengano conto della necessità di tempi rapidi e comunque compatibili con gli interventi di natura giuridica.

L'impegno economico, per le sole Strutture residenziali di NPIA, psichiatria adulti e Sert, sarà a carico della AUSL di residenza, anche per i minori stranieri. Il pagamento della retta per i minori stranieri irregolari e non accompagnati, senza residenza, sarà a carico della AUSL di Bologna, sede del CGM.

Educazione sanitaria

Poiché tra i compiti della AUSL rientra anche l'educazione sanitaria (vedi art.14 L. 833/78), intesa come intervento di tipo sanitario e sociale tendente a supportare fornire o modificare consapevolmente e durevolmente un adeguato comportamento nei confronti dei problemi connessi

¹⁵ DGR N.1788/13 "Protocollo d'intesa tra la Regione Emilia-Romagna e il Centro per la Giustizia Minorile per l'Emilia-Romagna, relativo alla definizione della collaborazione tra l'ordinamento sanitario ed il sistema della giustizia minorile per l'erogazione dell'assistenza sanitaria a favore delle persone minori e giovani adulti in carico ai servizi della giustizia minorile ed indicazioni per la definizione di protocolli-accordi locali - rettifica propria delibera n. 1537/2013

alla tutela della salute individuale e collettiva, si ritiene necessaria l'implementazione di tale attività nei confronti dei minori ospiti delle strutture del CGM, attraverso azioni che promuovano conoscenze sui comportamenti in relazione alla promozione del benessere degli adolescenti, approfondendo a seconda delle esigenze, i seguenti temi:

- corporeità
- uso sostanze
- affettività/sexualità
- prevenzione AIDS/MTS
- alimentazione

Gli interventi vedranno partecipare i professionisti dei dipartimenti DCP, DSP, DSP-DP che costruiranno progetti integrati per favorire nei ragazzi ospiti del CGM l'acquisizione di un concetto di salute intesa come valore da perseguire e rispettare responsabilmente.

7 MEDICINA LEGALE

Le attività di medicina legale hanno sempre costituito una parte fondamentale della Sanità Penitenziaria. Le stesse richiedono un elevato standard tecnico ed etico che presso le AUSL è garantito dai Servizi di Medicina Legale (SML). Per dare corpo allo spirito della riforma, l'attività dei SML si estende anche all'ambito penitenziario. Tale attività garantirà la terzietà della certificazione, attraverso una valutazione oggettiva, e sarà svolta o direttamente o attraverso una integrazione (indirizzo, coordinamento, supervisione) con i medici operanti negli IIPP. Il Servizio di Medicina Legale, con le modalità suddette, si farà garante di tutte le prestazioni medico-legali assicurate sul territorio che siano richiedibili anche all'interno dell'Istituto penitenziario. Inoltre, tenuto conto delle specifiche caratteristiche del carcere, il SML garantirà, in integrazione con i medici operanti in carcere:

- le certificazioni richieste dall'Autorità giudiziaria
- le dichiarazioni di incompatibilità con il regime penitenziario
- l'accertamento dell'età dei minorenni immigrati sottoposti a provvedimenti penali.

Tali certificazioni saranno effettuate come attività collegiali, svolte nell'Istituto Penitenziario secondo modalità da definire e comunicare alle Direzioni degli Istituti Penitenziari e alle Autorità giudiziarie competenti, delle varie sedi regionali ed extraregionali. I Collegi saranno composti da un medico legale dell'Azienda USL competente per territorio, dal medico referente, o da un suo delegato, e dagli specialisti di riferimento.

Questi ultimi dovranno collaborare con il medico referente relativamente alle certificazioni previste dall'ordinamento penitenziario, a supporto di eventuali indicazioni diagnostico-terapeutiche ed a garanzia dello stato di salute delle persone detenute.

Il servizio sanitario garantirà, inoltre, le seguenti prestazioni:

- partecipazione alle Commissioni sul regolamento interno dell'Istituto;
- certificazioni relative all'applicazione dell'isolamento sanitario, i controlli necessari durante l'attuazione dell'isolamento disciplinare e cautelare (certificazione scritta della sopportabilità

fisica e psichica della misura disciplinare e costante controllo sanitario durante l'esecuzione della stessa);

- certificato di idoneità psicofisica al trasferimento davanti all'A.G. o in altro istituto;
- richiesta per infermi gravi della esecuzione dei colloqui con modalità eccedente i normali limiti previsti dall'Ordinamento Penitenziario;
- certificazione della intrasportabilità del dimettendo.

Per le certificazioni relative al riconoscimento dell'idoneità lavorativa, a parte la valutazione eseguita presso le Commissioni di accertamento della disabilità ai sensi della L. 68/99 e della LR 4/2008, dovrà comunque essere organizzata l'attività di sorveglianza sanitaria da parte dei medici competenti, a carico dell'Amministrazione penitenziaria, quale datore di lavoro.

Indicatore	2014	2015	2016
Costituzione Collegi	Si/No	Si/No	Si/No

8 FARMACEUTICA

La Regione Emilia-Romagna garantisce l'assistenza farmaceutica agli Istituti Penitenziari fornendo i farmaci previsti nei Prontuari Terapeutici Aziendali, con le stesse modalità seguite per gli Ospedali. In continuità con il protocollo operativo del 25/02/05 sottoscritto dalla Regione Emilia-Romagna e dal Provveditorato Regionale dell'Amministrazione Penitenziaria, saranno comunque rimborsate dalla DG Sanità e politiche sociali alle AUSL le spese relative ai farmaci di fascia A, di fascia H e le tre categorie ritenute indispensabili di fascia C benzodiazepina, paracetamolo e acido acetilsalicilico, in applicazione della DFR n. 746/2007.

I medici degli Istituti Penitenziari, per la prescrizione dei farmaci, dovranno attenersi alle stesse procedure e vincoli, fissati per le prescrizioni effettuate negli ospedali.

L'eventuale prescrizione di farmaci non previsti nel prontuario aziendale va inoltrata con richiesta motivata e con la dichiarazione di insostituibilità del farmaco, al dirigente farmacista aziendale che valuterà la richiesta stessa e provvederà, secondo le procedure aziendali.

In caso di sostituzione di una specialità farmaceutica con un'altra con gli stessi principi attivi, è opportuno avere una dichiarazione del servizio farmaceutico di equivalenza tra i prodotti, in modo da consentire agli infermieri di somministrazione senza dover ricorrere ad ulteriore prescrizione.

9 AZIONI DI SISTEMA

9.1 Cartella clinica informatizzata

Dal mese di maggio 2013 in tutti gli IIPP è operativa la cartella clinica informatizzata SISP (Sistema informativo sanità penitenziaria), strumento indispensabile per la uniformità delle cure su tutti gli IIPP della Regione e per favorire:

- la gestione del percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale
- la corretta tenuta della documentazione clinica

- la gestione dei processi di qualità/rischio clinico.

E' inoltre fondamentale per sviluppare, modificare e adeguare l'organizzazione della salute nelle carceri, in quanto presidia alcune regole, procedure e responsabilità nella gestione delle attività cliniche e supporta la programmazione locale attraverso la disponibilità di un flusso di informazioni rapidamente prodotte.

Il progetto cartella clinica informatizzata nelle carceri richiede costanti fasi di aggiornamento sia dello stesso strumento, sia delle capacità operative nell'utilizzo dei professionisti.

A tal fine sono state individuate le linee di sviluppo del programma triennale che prevedono:

- completamento delle fasi di sviluppo della cartella clinica; l'attività è gestita dai referenti sistema informativo Salute nelle carceri, a cui è demandata l'attività di promozione, gestione organizzativa e formazione dei professionisti a livello locale
- costante formazione e aggiornamento degli operatori sul corretto utilizzo dello strumento
- sviluppo di nuove applicazioni: in particolare la dotazione dei *tablet* per l'erogazione della terapia farmacologica ai detenuti, opportunamente private da qualsiasi comunicazione *wireless*
- costruzione dell'interfaccia tra sistema informatico SISP e sistema informativo per le dipendenze SistER
- formazione sugli aspetti medico legali e la corretta tenuta della documentazione clinica
- costante aggiornamento dei professionisti sull'uso della cartella clinica SISP; in particolare, miglioramento della qualità delle informazioni cliniche gestite tramite SISP
- attivazione del flusso informativo SISPER.

Indicatore	2014	2015	2016
Utilizzo SISP Completo utilizzo della cartella clinica SISP per la gestione delle informazioni sull'attività sanitaria	Relazione	Relazione	Relazione
Aggiornamento sul funzionamento SISP Realizzazione di un'attività organizzativa di costante aggiornamento/affiancamento/formazione sull'utilizzo della cartella clinica informatizzata SISP per tutti i professionisti	Si/No	Si/No	Si/No
Aspetti medico-legali Diffusione delle conoscenze sugli aspetti medico-legali e la corretta tenuta della documentazione clinica a tutti gli operatori	Si/No	Si/No	Si/No
Tablet Percentuale di utilizzo dei <i>tablet</i> per la somministrazione della terapia farmacologica	-	100%	100%

9.2 Progetto PRISK – Rischio clinico nella Sanità Penitenziaria

Con l'adozione della DGR n. 1706/2009 (*Integrazione delle politiche di prevenzione del rischio, di gestione del danno, del contenzioso e delle strategie assicurative*), la Regione ha inteso fornire le linee strategiche di gestione della sicurezza delle cure in quanto requisito imprescindibile per ogni organizzazione sanitaria.

L'applicazione dei contenuti della delibera ha permesso di costruire le basi su cui si sono strutturate le aziende sanitarie regionali mediante l'istituzione delle funzioni aziendali di gestione del rischio clinico.

A cinque anni dalla riforma della Sanità penitenziaria è necessaria l'introduzione, anche in questo specifico ambito assistenziale, di strumenti di gestione del rischio clinico.

Le aziende USL, nel triennio di riferimento del piano programma, dovranno dar seguito ai risultati acquisiti nell'ambito della realizzazione del progetto regionale "Gestione del rischio Clinico negli Istituti penitenziari (PRISK)", finanziato nell'ambito del fondo regionale di modernizzazione 2010-2012.

In particolare dovranno essere implementate le seguenti aree:

Azioni di identificazione del rischio

Sistematizzazione delle conoscenze degli eventi clinici sfavorevoli e dei *near miss* (quasi eventi) correlati direttamente o indirettamente all'assistenza mediante l'adozione sistematica di strumenti di rilevazione (scheda di *incident reporting* o strumenti equivalenti).

Tale attività di rilevazione/registrazione rappresenta il passo fondamentale per individuare aree di criticità, circoscrivere gli ambiti di intervento preventivi e protettivi e definirne le priorità oltre ad essere basi teoriche per la costruzione del registro dei pericoli del singolo istituto di pena.

Sviluppo di una cultura organizzativa e professionale per la sicurezza dell'assistenza

La complessità del problema della gestione del rischio richiede non solo l'adozione di tecniche e strumenti specifici ma anche un cambiamento nella cultura dell'organizzazione e degli operatori.

Tale cambiamento si configura con l'acquisizione di una vera e propria cultura del rischio che sappia fare leva anche sugli errori commessi utilizzandoli come occasioni per il ripensamento delle modalità di funzionamento dei servizi con il conseguente superamento di atteggiamenti e comportamenti dell'organizzazione o dei professionisti di tipo auto-difensivo.

L'apprendere dall'esperienza dei propri errori comporta la necessità di acquisire competenze metodologiche di analisi degli eventi critici e di sviluppo di specifiche azioni di miglioramento.

Lo strumento più adeguato in questa fase di implementazione potrebbe essere Il *Significant Event Audit (SEA)*, il cui utilizzo è in corso di sperimentazione nel contesto del progetto PRISK.

Adozione di strumenti e metodi di lavoro auto proteggenti.

L'applicazione della *FMEA (Failure Modes and Effects Analysis) / FMECA (Failure Mode, Effects, and Criticality Analysis)*, quale strumento previsionale di individuazione e analisi dei processi critici, applicata nel primo anno di realizzazione del progetto PRISK ha permesso di individuare sei processi prioritari.

Nel corso del triennio le aziende devono contestualizzare l'applicazione della *FMEA/FMECA* su almeno due processi prioritari non ancora analizzati e migliorati.

Implementazione azioni previste dalla DGR 1706/2009 e/o da raccomandazioni ministeriali

- Corretta tenuta della documentazione sanitaria (in particolare con l'adozione del foglio unico di terapia);
- Comunicazione ai pazienti (in particolare procedure di informazione e consenso con una specifica attenzione alla definizione di percorsi per facilitare il consenso consapevole ai trattamenti);
- Implementazione DGR 318/2013 "Linee di indirizzo alle Aziende sanitarie per la gestione del rischio infettivo: infezioni correlate all'assistenza e uso responsabile di antibiotici;

- Implementazione delle raccomandazioni del Ministero della salute n. 4 - Prevenzione del suicidio di paziente in ospedale e suo adattamento nel contesto carcerario;
- Implementazione della raccomandazioni del Ministero della salute n. 7 - Prevenzione di morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica;
- Implementazione della raccomandazione n. 8 - Prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori sanitari.

E' auspicabile che tutte le azioni proposte trovino il supporto delle infrastrutture aziendali di gestione del rischio clinico.

Indicatore	Valore al 31/12		
	2014	2015	2016
Adozione sistematica di strumenti di rilevazione degli eventi clinici indesiderati	Sì/No	Sì/No	Sì/No
Applicazione della SEA come strumento di analisi degli eventi clinici indesiderati		Almeno 2/anno	Almeno 3/anno
Applicazione della FMEA/FMECA sui processi critici prioritari individuati nel contesto del progetto Prisk	Almeno 1 nuovo processo	Almeno 1 nuovo processo	Almeno 1 nuovo processo
E' stata definita una procedura di gestione della terapia farmacologica, specifica per l'ambito penitenziario? [esistenza di una procedura]	Sì/No	Sì/No	Sì/No

9.3 Formazione

La formazione, sia in ambito tecnico-professionale, sia per lo sviluppo di competenze di tipo organizzativo, costituisce un necessario ed efficace strumento per realizzare il passaggio della sanità penitenziaria dalle precedenti forme organizzative a un'ottica di integrazione di cultura, obiettivi e metodi aziendali, nell'ambito della propria AUSL.

Le Aziende USL inseriranno il personale sanitario, operante in ambito penitenziario, all'interno del programma aziendale di formazione; per tutti gli operatori sanitari è obbligatoria la partecipazione al programma di Educazione Continua in Medicina, secondo quanto previsto dalla normativa regionale e ministeriale.

La formazione offerta sarà sia di tipo propedeutico finalizzata all'accesso di nuovi professionisti, sia formazione continua per i professionisti già impiegati nella sanità penitenziaria.

La Regione curerà attività di formazione di livello regionale per la diffusione delle linee-guida fornite alle Aziende USL e favorire omogeneità di intervento e confronto tra le Aziende stesse.

La formazione congiunta tra personale sanitario e dell'amministrazione penitenziaria sarà programmata e svolta dalle Aziende USL, sulla base delle specificità delle realtà locali, esigenze, progettazione, criticità e su specifici argomenti (es. programmi prevenzione rischio suicidario).

9.4 Mediazione culturale in campo sanitario

Lo straniero, libero o detenuto che sia, nel relazionarsi impiega i propri modelli culturali in ordine al rapporto con l'etica e la religione, con il corpo, con la malattia, con la socialità e l'integrazione sociale. Dunque la rappresentazione sociale che si crea, del mondo circostante, è mediata dai propri modelli etnici e culturali. Questo processo in un universo obbligato e fortemente regolato come è quello del carcere può creare notevoli criticità sotto il profilo socio-sanitario quali ad

esempio:

- la culturalizzazione del disagio sociale prodotto dal regime afflittivo cui è sottoposto;
- la medicalizzazione o psichiatrizzazione dei comportamenti culturali.

La mediazione interculturale finalizzata alla promozione della salute può essere quindi definita come competenza finalizzata alla messa in campo di strategie comunicative capaci di facilitare una relazione terapeutica efficace tra sistema sanitario e paziente appartenenti a contesti culturali diversi.

A tal fine occorre le Aziende USL inseriranno il settore penitenziario all'interno dei servizi per i quali è necessario prevedere ed organizzare tali prestazioni, programmandone l'offerta sulla base delle esigenze delle singole realtà locali.

9.5 Tecnologia/telemedicina

Lo sviluppo della telemedicina può creare le condizioni per realizzare maggiore efficienza ed economicità nella erogazione delle prestazioni sanitarie e favorire la continuità assistenziale.

L'attivazione della telemedicina favorisce lo sviluppo e la gestione delle attività sanitarie in particolare per quanto riguarda lo svolgimento tempestivo dell'attività diagnostica riducendo la necessità di spostamenti verso gli ospedali e migliorando la possibilità di cura e prevenzione di numerose patologie.

Le aziende dovranno valutare quali, tra le tecnologie già a disposizione, tra quelle aziendali, possano essere estese in ambito penitenziario.

Le attività più rilevanti per le quali utilizzare la telemedicina sembrano essere le seguenti:

- *ecg*
- radiologia
- collegamenti con i CUP per trasmissione prescrizioni e ricezione appuntamenti
- collegamenti con i sistemi informativi aziendali per la trasmissione dei risultati degli esami di laboratorio.

9.6 Case di tutela e promozione della salute in carcere - Integrazione socio-sanitaria

Nel percorso di definizione delle 'Case di tutela e promozione della salute in carcere', oltre agli aspetti strettamente sanitari, è necessario promuovere anche l'integrazione con gli interventi riferiti agli aspetti sociali messi in atto dalla Regione, sia in fase detentiva che per il reinserimento sul territorio; ciò assume particolare importanza stante la specifica utenza caratterizzata da problematiche sociali.

A tale scopo sarà organizzato, attraverso incontri programmati a livello regionale, il confronto tra i referenti delle aziende USL e i referenti dei Comuni, sede di carcere.

10 LA RETE SANITARIA PENITENZIARIA REGIONALE

I servizi sanitari operanti negli Istituti penitenziari della regione rispondono ad un criterio

organizzativo basato su diversi livelli di capacità assistenziale determinati storicamente:

- dalla funzionalità, per l'Amministrazione Penitenziaria, di avere disponibili alcuni Istituti della regione dotati di maggiore capacità assistenziale, di diagnostica strumentale quali la Casa Circondariale di Bologna e la Casa Circondariale di Modena, la Casa Circondariale di Piacenza, al di fuori del Centro Diagnostico e Terapeutico di Parma, dove sono presenti anche maggiori risorse sanitarie in termini di continuità assistenziale medica ed infermieristica, sia per la maggiore presenza di detenuti che per il flusso di Nuovi Giunti;
- dalla possibilità di dover destinare a specifici obiettivi sanitari alcuni Istituti, ad esempio: il Reparto di Osservazione Psichiatrica di Piacenza o le sezioni a custodia attenuata per tossicodipendenti o la presenza a Modena di una diagnostica di 2° livello per patologie cardiovascolari;
- dalla necessità di contenimento dei costi di esercizio.

E' inoltre presente un Centro clinico Diagnostico Terapeutico presso il carcere di Parma che svolge funzione di riferimento per la diagnosi e la cura di patologie complesse per:

- detenuti che necessitano di particolari esigenze di sicurezza
- per necessità assistenziali complesse, non assicurate in altri IIPP regionali
- per le terapie riabilitative, per la cui erogazione rappresenta un punto di riferimento regionale.

Tale organizzazione finalizzata a rendere disponibile per le persone detenute una assistenza sanitaria adeguata alle varie esigenze diagnostiche, terapeutiche, è coordinata a livello interaziendale dal Servizio salute mentale, Dipendenze patologiche, Salute nelle carceri, e svolta in stretta collaborazione con il Provveditorato Regionale dell'Amministrazione Penitenziaria, per assicurare una appropriata gestione dei trasferimenti dei detenuti nell'ambito della rete sanitaria penitenziaria regionale.

11 RAPPORTI DI COLLABORAZIONE CON L'AMMINISTRAZIONE PENITENZIARIA

La tutela e promozione della salute a favore della popolazione detenuta si basano su un rapporto di leale collaborazione interistituzionale, sancita nell'Accordo in Conferenza unificata del 20/11/08; le stesse non possono prescindere dalla condivisione di procedure organizzative con l'Amministrazione Penitenziaria sia a livello regionale che aziendale.

I rapporti di collaborazione con l'Amministrazione penitenziaria sono attualmente definiti dalla DGR n.1135 del 27/07/2011 "Approvazione del Protocollo d'intesa tra la Regione Emilia-Romagna e il Provveditorato Regionale dell'Amministrazione Penitenziaria relativo alla definizione di forme di collaborazione tra l'ordinamento sanitario e l'ordinamento penitenziario

per l'erogazione dell'assistenza sanitaria a favore dei detenuti negli Istituti penitenziari della regione e indicazioni per la definizione di protocolli locali."

Attualmente è allo studio congiunto di questa Regione e del PRAP un aggiornamento del protocollo, la cui ridefinizione sarà emanata con apposita DGR.

12 OPG DI REGGIO EMILIA

Per quanto riguarda la programmazione del superamento della struttura detentiva dell'OPG, si rimanda a specifiche delibere di Giunta regionali e dell'Assemblea legislativa, definite sulla base della normativa nazionale emanata nel corso degli ultimi anni.

Allegato 1 – Screening malattie infettive

Screening malattie infettive	
Prima visita (tempo 0): al momento dell'ingresso – qualsiasi tipologia di Istituto penitenziario	
a tutti i nuovi giunti	1. offerta ^(a) dei seguenti accertamenti: <ul style="list-style-type: none"> - screening di infezione da HIV 1 e 2 - HBsAg, HBsAb quantitativo, HBcAb tot (HBV reflex)^(b, c) - HCV Ab^(c) - Treponema screening (RPR quantitativa) - emocromo, glicemia, creatininemia, esame urine, ALT; 2. <u>screening della malattia tubercolare</u> , seguendo le indicazioni contenute nella nota regionale del 9/5/2011, prot. PG/2011/114812.
Seconda visita: dal 2° al 7° giorno dalla prima visita e, comunque, non oltre 14 giorni dall'ingresso - qualsiasi tipologia di Istituto penitenziario	
ai nuovi giunti ancora presenti	<ul style="list-style-type: none"> - nuova offerta dello screening per HIV, HBV, HCV e lue a coloro che non hanno aderito al momento della prima visita - offerta dello <u>screening dell'infezione tubercolare latente (ITBL)</u>, seguendo le indicazioni contenute nella nota regionale del 9/5/2011, prot. PG/2011/114812
Indicativamente a partire da 6 mesi dall'ingresso^(d)	
alle persone detenute con almeno uno screening per mal. infettive negativo	nuova offerta dello screening ^(e) per HIV, HBV, HCV e lue
Successivamente^(d), annualmente o con diversa periodicità stabilita sulla base delle risultanze della Valutazione del rischio	
alle persone detenute con almeno uno screening per mal. infettive negativo	nuova offerta dello screening ^(e) per HIV, HBV, HCV e lue

- a.** Il medico che effettua la visita, sulla base delle informazioni acquisite, può proporre, nei singoli casi, lo screening o l'approfondimento per altre malattie infettive.
- b.** Alle persone risultate suscettibili va offerta la vaccinazione antiepatite B.
- c.** Alle persone alle quali viene diagnosticata un'epatopatia cronica HBV / HCV correlata, va proposto lo screening per l'epatite A (HAV Ab). Ai suscettibili va offerta la vaccinazione antiepatite A.
- d.** Per quanto riguarda gli eventuali accertamenti per il controllo della tubercolosi (TB) nelle persone detenute "residenti", si rimanda a quanto indicato nella nota regionale del 9/5/2011, prot. PG/2011/114812, che, in sintesi, prevede:
- l'offerta dello screening dell'ITBL alle persone detenute, non precedentemente screenate, che sviluppano, durante la detenzione, fattori di rischio favorenti la malattia tubercolare,
 - la ripetizione dello screening di malattia e/o dell'ITBL, se previsto dal Piano di controllo annuale predisposto, in ciascun Istituto penitenziario, sulla base della valutazione del rischio.
- e.** Limitatamente allo/agli screening con precedente/i risultato/i negativo/i.

Allegato 2 – Vaccinazioni raccomandate

VACCINAZIONI

Vaccinazioni raccomandate (nel caso di minori anche obbligatorie) per le persone detenute

- tutte le vaccinazioni raccomandate o obbligatorie previste dal calendario vaccinale in vigore in Regione Emilia-Romagna per i minori detenuti e per i figli di persone detenute;
- antiepatite B per i suscettibili (possibilmente con ciclo accelerato: 0, 7 e 21 giorni, 4a dose a 12 mesi);
- antitetanica, difterica e polio per coloro che non hanno una storia vaccinale documentata da certificato/libretto delle vaccinazioni o test di laboratorio (se disponibili);
- antimorbillo, parotite e rosolia per tutti i suscettibili anche a una sola delle 3 malattie;
- antinfluenzale: annualmente, per tutte le persone detenute con priorità per coloro che hanno fattori di rischio per complicanze da influenza;
- anti HPV per persone HIV+ senza storia vaccinale documentata, nel rispetto dei limiti di età indicati nella scheda tecnica del vaccino;
- antiepatite A per le persone suscettibili con epatopatia cronica e/o in terapia con concentrati di fattori della coagulazione;
- antivaricella per le persone suscettibili:
 - in età adolescenziale;
 - che vivono con immunodepressi,
 - che lavorano in ambito sanitario,
 - con patologie che aumentano il rischio di complicanze, quali: leucemia linfatica cronica in remissione, insufficienza renale cronica, patologie per le quali è programmato un trapianto, infezione da HIV in età pediatrica (bambini asintomatici o con sintomatologia lieve e con una proporzione di CD4 adeguata all'età e una percentuale di T-linfociti $\geq 25\%$),
 - di genere femminile, in età fertile;
- antipneumococco, antiemofilo b, antimeningococco per persone con condizioni di rischio, così come da indicazioni fornite con nota del Servizio Sanità pubblica della Regione Emilia-Romagna del 26/03/2012, Prot. PG/2012/76423, avente oggetto: Aggiornamento delle indicazioni sulle vaccinazioni per la prevenzione delle Malattie Invasive Batteriche nelle persone con condizioni di rischio.

Vaccinazioni raccomandate -per singole persone, per gruppi selezionati o offerte in modo estensivo a seconda della malattia e della situazione epidemiologica- in post-esposizione o al verificarsi di casi/focolai di malattie infettive come da indicazioni nazionali o regionali; ad esempio:

- antiepatite A
- antiepatite B
- antivaricella
- antimorbillo
- antitetanica
- antimeningococco
- ecc.

ALLEGATO 3 -
La tutela della salute delle detenute
Programma aziendale AUSL di Bologna

- **PREVENZIONE**

- *Informazione/prevenzione*

- § Incontri periodici di prevenzione, a frequenza mensile, o a seconda delle esigenze, con gruppi di detenute su temi specifici di educazione alla salute. L'attività sarà curata, preferibilmente, da un'ostetrica esperta in temi di contraccezione e malattie a trasmissione sessuale, che curerà la progettazione e l'attività di educazione e prevenzione secondaria sui seguenti temi:

- conoscenza del corpo
- autopalpazione
- malattie a trasmissione sessuale/comportamenti a rischio
- igiene personale, con particolare riferimento alla sfera genitale
- contraccezione
- programmi di prevenzione
- danni del piano perineale

- § Distribuzione materiale informativo/prevenzione alle detenute

- **DIAGNOSI PRECOCE**

- *Test HIV*

- § test effettuato su tutte le detenute (non obbligatorio ma suggerito)

- *Programmi di screening per la diagnosi precoce delle patologie del collo dell'utero*

- § pap test a tutte le donne che non lo hanno mai effettuato negli ultimi 3 anni

- § pap test alle detenute sieropositive, ripetuta annualmente

- § colposcopia in caso di pap test alterato

- § ecografia pelvica, su richiesta medica

- § test HPV, su richiesta medica

- *Programmi di screening per la diagnosi del tumore della mammella*

- § visita senologica

- § ecografia mammaria, su valutazione medica

- § mammografia per le donne dai 45 a. ai 69 a. ogni 2 anni

- § mammografia, su richiesta medica, anche al di fuori della fascia 45/69

- **CURA**

- *Assistenza ginecologica*

- § visita di controllo all'ingresso

- § visita di controllo annuale

- § visita su richiesta detenuta o medico

- § indagini diagnostiche (colposcopia/biopsia)

- § terapie in relazione alle diagnosi effettuate

- § chirurgia all'esterno
- § indagini diagnostiche: mammografia per diagnosi precoce del tumore alla mammella
- *Test di gravidanza:*
 - § effettuato a tutte le donne, in età fertile
 - § Assistenza sanitaria per le donne in stato di gravidanza:
 - § monitoraggio della gravidanza
 - § attività di preparazione al parto, nel caso di gravidanza
 - § espletamento del parto in ospedale
- *Percorso assistito interruzione volontaria di gravidanza*
 - § garantire consulenza, assistenza e percorsi sanitari adeguati ai bisogni delle donne che dovessero richiedere l'I.V.G.

ALLEGATO 4 – Protocollo vaccinazioni

PROTOCOLLO PER L' ESECUZIONE DELLE VACCINAZIONI AI MINORI RIENTRANTI NEL CIRCUITO PENALE OTTOBRE 2013

Prendendo spunto dalla Deliberazione della Giunta regionale n. 256 del 13 marzo 2009 "Indicazioni alle Aziende sanitarie per promuovere la qualità delle vaccinazioni" si precisa che, per quanto riguarda i minori immigrati proveniente da paesi stranieri: dovranno essere confrontate con il calendario vaccinale in vigore le eventuali vaccinazioni eseguite e proposte le vaccinazioni mancanti.

Per i minorenni immigrati provenienti da altre Aziende Usl o regioni italiane, acquisiti d'ufficio i dati i dati vaccinali, si procederà in maniera analoga.

I minori immigrati, siano essi provenienti da un'altra Azienda Usl, da un'altra Regione o da un altro Paese, per i quali non sia disponibile un'adeguata e attendibile documentazione sulle vaccinazioni ricevute, vanno considerati non immunizzati.

Prima di dare avvio ad un ciclo vaccinale ex-novo, si cercherà di ricostruire la storia del soggetto ricorrendo al laboratorio per l'esecuzione degli accertamenti sierologici per il tetano e, relativamente agli immigrati provenienti da paesi o aree ad alta endemia, anche per l'epatite B.

Premesso che, a seguito della Circolare Regionale n.19 del 23/12/2011 che introduce, come indicato dal Piano Nazionale 2012-2014, a partire dal 1 gennaio 2012 il richiamo della vaccinazione contro la pertosse per gli adolescenti, mediante l'uso del vaccino difterite-tetano-pertosse acellulare (dTpa) al posto del solo difterite-tetano (dT), il Calendario vaccinale della Regione Emilia-Romagna, in vigore dal 1/1/2012 è il seguente

età	3° mese	5° mese	11° mese	13°-15° mese	5-6 anni	11anni solo femmine	14 anni
vaccini	DTPa , IPV, HB, Hib	DTPa, IPV ,HB, Hib	DTPa, IPV HB, Hib	MPR	DTPa MPR	HPV 3 dosi	dTpa MPR°
	PCV 13	PCV 13	PCV 13	MenC	IPV		MenC Varicella*

° se non eseguita in precedenza

* solo adolescenti suscettibili

A tutti i minori vanno offerte le vaccinazioni presenti nel calendario vaccinale regionale, in base all'età.

Al minore affetto da una patologia cronica vanno offerte le vaccinazioni previste dal suo stato di salute.ome da elenco sotto riportato:

VACCINO	PATOLOGIA CRONICA / CATEGORIA A RISCHIO
Vaccino Antimeningococcico	Vedi Circolare Regione Emilia Romagna del 26/3/2012: "Aggiornamenti delle indicazioni sulle vaccinazioni per la prevenzione delle Malattie invasive batteriche nelle persone con condizioni di rischio"
Vaccino Antipneumococcico	IDEM
Vaccino Antiemofilo	IDEM
Vaccino Antipapillomavirus	Soggetti HIV positivi
Vaccino Antivaricella	Pz suscettibili con Leucemia Linfatica Acuta in remissione; pz con Insufficienza Renale Cronica ; pz per i quali è programmato un trapianto di organo: infezione da HIV in età pediatrica(Pz asintomatici o con sintomatologia lieve e proporzione di linfociti adeguata all'età con linfociti T uguali o superiori al 25%
Vaccino Antiinfluenzale	Vedi Circolare Ministeriale annuale

Vaccino Antiepatite A vaccinazione raccomandata a tutti i figli ,italiani o stranieri, di donne detenute	Pz con coagulopatie; epatopatie croniche; pz in attesa di trapianto di fegato;
---	---

NOTA: negli istituti penitenziari possono essere presenti due categorie di minori:

- a) adolescenti e giovani dai 14 ai 21 anni autori di reato reclusi in IPM
- b) minori inferiori ai tre anni figli di madri detenute nelle sezioni femminili

CICLI DI BASE INCOMPLETI

Il ciclo vaccinale si completa secondo l'attuale calendario vaccinale della Regione Emilia Romagna , in particolare

ANTIDIFTOTETANICA-(PERTOSSICA) (1-2)

- Ø 3 dosi (dTpa) (17) (ciclo adulti) o (DTPa) (ciclo bambini)+ richiami ogni 8-10 anni con intervallo ridotto a 5 anni
- Ø meno, in caso di rischio di contrarre la pertosse e sue complicanze (es: focolai di pertosse)

ANTIPOLIOMIELITE

- Ø 3 dosi di Salk (3,5) (2° dose dopo 6-8 sett. dalla I° – 3° dopo 4-12 mesi dalla II°)

Il ciclo si prosegue sempre indipendentemente dall'intervallo di tempo trascorso dalla dose precedente. L'intervallo minimo valido fra le dosi è di 4 settimane. (3)

ANTIEPATITE B

- Ø 3 dosi (2° dose dopo 1 mese dalla I°- 3° dose dopo 5 mesi dalla II°)

N.B.:

A) il ciclo vaccinale va proseguito se l'intervallo fra la 1° e la 2° dose non è superiore a 12 mesi e se fra la 2° dose e la 3° dose non è superiore a 5 anni. Intervallo minimo fra le dosi: un mese (3)

B) il ciclo vaccinale può essere proseguito secondo la schedala vaccinale anche se gli intervalli tra le dosi on sono stati rispettati o non vengono rispettati

ANTIMORBILLO-PAROTITE-ROSOLIA

- Ø 2° dose ad almeno 4 settimane di distanza dalla 1°.

valutando al termine del ciclo la risposta anticorpale prodotta.

CICLI DI BASE NON DOCUMENTATI

In considerazione del fatto che l'esperienza ha evidenziato che spesso i minori provenienti da paesi extraeuropei hanno effettuato le vaccinazioni più comuni (antipolio e diftoterano in particolare), ma non sono in grado di esibirne documentazione adeguata, in base alla delibera regionale n.256 del marzo del 2009, prima di iniziare ex novo i cicli vaccinali per evitare eventuali rischi dovuti ad una iperimmunizzazione, si effettuerà la ricerca degli anticorpi per tetano, morbillo, rosolia ed epatite B, ricorrendo al:

- DOSAGGIO ANTICORPI ANTITETANO IgG (metodo immunoenzimatico)
- DOSAGGIO ANTICORPI ANTIMORBILLO e ANTIROSOLIA IgG
- DOSAGGIO MARKERS HBV (HBs Ag, HBs Ab HBc Ab)
- DOSAGGIO ANTICORPI ANTIVARICELLA ZOSTER

L'identificazione inoltre di portatore di HbsAg permette una valutazione dello stato di salute del soggetto, l'applicazione di interventi di profilassi ed educazione sanitaria nei confronti della collettività frequentata.

N.B. La ricerca degli anticorpi Antipoliomielite non è un esame di effettuazione routinaria alla portata di tutti i Laboratori Analisi, pertanto non è possibile verificare l'eventuale immunizzazione dei soggetti sulla scorta di elementi documentabili.

COMPLETAMENTO DEI CICLI VACCINALI IN BASE ALLA DOCUMENTAZIONE DI LABORATORIO

ANTIDIFTOTETANICA (17)

In relazione al risultato del dosaggio degli anticorpi effettuato c/o il Laboratorio Analisi si possono presentare 3 situazioni di titolo anticorpale :

1) Siero non immune

Si esegue: CICLO DT(Pa) o dTpa (a seconda dell'età dell'interessato) PRIMARIO DI BASE : 3 dosi e richiami successivi ogni 10 anni

2) Siero dubbio (non sufficientemente immune o debolmente immune)

Si esegue: 1 DOSE dTpa o DT(Pa) (a seconda dell'età dell'interessato) di RICHIAMO, richiami successivi secondo il calendario in vigore per età (1,3)

3) Siero immune

Non si eseguono vaccinazioni.

ANTIMORBILLO-PAROTITE-ROSOLIA

1) Anticorpi IgG morbillo NEGATIVI e rosolia NEGATIVI

Si eseguono: 2 DOSI MPR (INTERVALLO MINIMO 4 SETTIMANE)

2) Anticorpi IgG morbillo POSITIVI e rosolia NEGATIVI

Si esegue: 1 DOSE MPR

3) Anticorpi IgG morbillo NEGATIVI e rosolia POSITIVI

Si eseguono: 2 DOSI MPR

4) Anticorpi IgG morbillo POSITIVI e rosolia POSITIVI

Non si esegue la vaccinazione

ANTIPOLIOMIELITE

IN ASSENZA DI DOCUMENTAZIONE IL CICLO DI VACCINAZIONE VA INIZIATO.

Si esegue: CICLO ANTIPOLIO DI BASE: 3 dosi di vaccino Salk

ANTIEPATITE B

Antigeni ed Anticorpi negativi con titolo quantitativo anti-HBs < 10 U/l VERIFICA previa conferma successiva a somministrazione di un'altra dose di vaccino

Si esegue: CICLO ANTIEPATITE B COMPLETO. oppure somministrazione di una dose con successivo dosaggio del titolo anticorpale

Anti HBs = 10 U/ml + altri markers neg. • immune (vaccinazione eseguita)

Anti HBs positivo + Anti HBc e/o Anti HBe pos. • immune (guarigione malattia / infezione / superata)

Non si eseguono vaccinazioni .

HBsAg	positivo	(malattia avvenuta - portatore)
HBsAg + HbeAg	positivo	(malattia avvenuta - portatore)
AntiHBc	positivo	(malattia / infezione avvenuta : immune nella maggior parte dei casi)

Non si eseguono vaccinazioni

MODALITA' DI PRESCRIZIONE DEI DOSAGGI DI LABORATORIO

Gli accertamenti si prescrivono con impegnativa su ricettario regionale

BIBLIOGRAFIA

Circolare del Ministero della Sanità N° 16 del 11.11.1996. "Misure di profilassi del tetano".

DPR del 7 novembre 2001, n 464. "Modalità di esecuzione delle rivaccinazioni antitetaniche"

Decreto 7 Aprile 1999. "Nuovo calendario delle vaccinazioni obbligatorie e raccomandate per l'età evolutiva"

Raccomandazioni C.D.C. di Atlanta per vaccinazioni in Stato vaccinale sconosciuto e bambini in adozione internazionale

Nota Ministero Sanità 17.7.2000."Vaccinazione antipolio in persone di età superiore a 7 anni sprovvisti di certificato vaccinale"

Circolare Regionale n.22 del 22 dicembre 2005 " Nuovo calendario regionale delle vaccinazioni dell'infanzia: indicazioni attuative e interventi conseguenti"

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 13 marzo 2009, n. 256 "Indicazioni alle Aziende sanitarie per promuovere la qualità delle vaccinazioni in Emilia-Romagna"

"Protocolli vaccinali nell'adulto, nell'anziano, nel viaggiatore internazionale" – Coordinamento Provinciale Settori Profilassi AUSL Bologna – Imola.

Piano Nazionale Vaccini anno 2005- 2007. "Schema dei recuperi (catch up) vaccinali del calendario dell'età evolutiva per i soggetti ritardatari, inadempienti parziali o totali nella somministrazione delle dosi previste"

Circolare Ministero Sanità n. 8 del 23/3/93. "Documenti di vaccinazione per minori immigrati"

Circolare Regione Emilia Romagna del 12 luglio 1991. "Minori provenienti da paesi stranieri"

F.Cavalco, I. Monsignori, E.Viviano, G.Bona "il bambino immigrato e le vaccinazioni: quali strategie adottare?" Editeam group editoriale Cento (FE), suppl 2009.

Rapporto del Comitato sulle malattie infettive 2009, VII edizione italiana, Pacini editore

Nota Regionale n.296014 del 26/11/2010

Piano Nazionale per l'eliminazione del morbillo e della rosolia congenita 2010-2015. Delibera Regionale GPG/2011/832

Circolare Regionale n° 19 del 23/12/2011 " Vaccinazione contro la pertosse – richiamo negli adolescenti"

Piano Nazionale Vaccini 2012-2014

Circolare Regione Emilia Romagna del 26/3/2012: "Aggiornamenti delle indicazioni sulle vaccinazioni per la prevenzione delle Malattie invasive batteriche nelle persone con condizioni di rischio"

Nota del Responsabile del Servizio Sanità pubblica della Regione Emilia-Romagna, prot. PG/2008/311018, del 29.12.2008: "Vaccinazione contro la varicella – offerta attiva e gratuita agli adolescenti suscettibili"