

**“Programma regionale  
per la salute negli Istituti Penitenziari”:  
prime indicazioni alle Aziende USL  
per la redazione dei Programmi Aziendali.**

**INDICE**

**indicazioni alle Aziende USL per la redazione dei Programmi Aziendali. Pag. 2**

**1) Assistenza primaria pag. 5**

**2) Attività infermieristica pag. 5**

**3) Sanità Pubblica pag. 8**

**4) Medicina specialistica pag. 11**

**4.1) Odontoiatria pag. 11**

**4.2) Infettivologia pag. 13**

**4.3) La cura dei detenuti affetti da dipendenze patologiche pag.13**

**4.4) Prevenzione, cura e riabilitazione nel campo della salute mentale pag. 15**

**5) La tutela della salute delle detenute e della loro prole pag. 18**

**6) La cura dei minori rientranti nel circuito penale pag. 19**

**7) La cura dei detenuti immigrati pag. 21**

**8) La medicina legale pag.22**

**9) Tecnologia/telemedicina pag.24**

**10) Farmaceutica pag. 24**

**11) Azioni di Sistema pag. 25**

**11.1) Cartella clinica informatizzata pag. 25**

**11.2) La Formazione pag. 26**

**11.3) Il Circuito sanitario penitenziario regionale pag. 26**

**PROGRAMMI DI RILIEVO NAZIONALE pag. 27**

**Allegato 1 pag. 28**

**Allegato 2 pag. 29**

## **“Programma regionale per la salute negli Istituti Penitenziari”: prime indicazioni alle Aziende USL per la redazione dei Programmi Aziendali.**

Le indicazioni riportate di seguito si basano sul lavoro del Comitato Esecutivo di Programma per la Salute nelle Carceri, istituito in conformità alla DGR 314/09, integrato da esperti e specialisti<sup>1</sup>. Esse dovrebbero facilitare la programmazione aziendale in materia di salute nelle carceri e costituire le coordinate attorno alle quali costruire il Programma regionale per la salute negli Istituti penitenziari, come previsto dalla DGR 314/09, che testualmente recita.

*“A livello regionale viene istituito il Programma regionale per la salute negli Istituti penitenziari con il compito di definire le linee di sviluppo organizzativo del settore, gli standard clinico-assistenziali, formulare una proposta di riparto delle risorse alle Aziende USL, curare il monitoraggio delle realizzazioni e la valutazione della politiche regionali in materia.*

*Il programma regionale ha valenza triennale, il primo deve essere approvato entro il 30.9.2009 e deve definire:*

- gli standard clinico assistenziali;*
- le modalità di collaborazione con il Provveditorato Regionale e con il Centro di Giustizia minorile;*
- le attività sovra aziendali;*
- le attività specialistiche (centri clinici);*
- il programma di superamento dell' O.P.G.;*
- le attività di formazione, ricerca e innovazione.*

*Esso deve, inoltre, favorire la dinamicità tecnico-organizzativa rispetto all'esistente attraverso la individuazione di linee programmatiche su alcune tematiche sanitarie di significativa valenza in ambito penitenziario.”*

---

<sup>1</sup> Il Comitato è composto da: Nadialina Assuero, Lucio Biscaglia, Roberto Cagarelli, Valeria Calevro, Elda Caldari, Alfonso Casadei, Francesco Ciusa, Vincenzo De Donatis, Maria Rita Ferretti, Maria Cristina Fontana, Vincenzo Gizzi, Vittorio Melega, Pasquale Paolillo, Carla Serra, Michele Serventi, Ione Toccafondi. Per la parte sulla salute mentale hanno contribuito i seguenti esperti: Raffaella Campalastri, Simona Di Marco, Gaddomaria Grassi, Agide Montenaggi, Filippo Piras, Chiara Persichella, Vincenzo Scalfari, Pietro Tagariello, Luigi Tagliabue, Francesca Tosti.

I programmi Aziendali assumono dunque un valore strategico in quanto rappresentano il processo attraverso il quale le Aziende recepiscono di fatto le nuove competenze 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 DPCM 1 aprile 2008.

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

- Deliberazione di Giunta Regionale n. 1063 del 16.7.2008, avente per oggetto: "Provvedimenti in ordine al trasferimento al Servizio Sanitario Nazionale dei rapporti di lavoro in materia di sanità penitenziaria, ai sensi del D.P.C.M. 1.4.2008";
- Determinazione del Responsabile del Servizio Sviluppo Risorse Umane in ambito sanitario e sociale – Affari generali e giuridici della Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali n. 10407 del 5.9.2008, avente per oggetto: "Provvedimenti in ordine al trasferimento al SSN dei rapporti instaurati ai sensi della L. n. 740/70 dal Dipartimento Amministrazione Penitenziaria e Giustizia Minorile";
- Determinazione del Responsabile del Servizio Sviluppo Risorse Umane in ambito sanitario e sociale – Affari generali e giuridici della Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali n. 10409 del 5.9.2008, avente per oggetto: "*Ricognizione dei rapporti di lavoro della sanità penitenziaria trasferiti al SSN ai sensi dell'art. 3 del D.P.C.M. 1.4.2008*";
- Deliberazione di Giunta Regionale n. 314 del 23.3.2009, 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 D.P.C.M. 1.4.2008*".

Quest'ultima prevede che le Aziende mettano in campo la propria organizzazione basata sulle attività dei tre dipartimenti territoriali coordinate da un Medico referente per la salute nell'istituto penitenziario, individuato dalla direzione ASL. Questi è il responsabile clinico ed è l'interfaccia con la direzione dell'Istituto stesso per tutte le questioni attinenti alla salute e alla sicurezza in una prospettiva dialettica e di trasparenza.

Le Aziende, inoltre, esercitano le funzioni di programmazione, allocazione delle risorse e verifica delle attività svolte all'interno degli Istituti penitenziari. A tal fine individuano un proprio dirigente Responsabile del Programma Aziendale per la salute negli Istituti penitenziari incaricato di curare gli aspetti di committenza locale e la rispondenza alle linee organizzative regionali.

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, nel rispetto della Legge di ordinamento penitenziario n. 354/75 e del nuovo Regolamento di Esecuzione, emanato con D.P.R. 30/06/2000, n. 230.

In particolare l'attività dei tre Dipartimenti non è limitata alle strutture sanitarie penitenziarie, anche se questi restano per elezione i luoghi deputati alla cura della salute, ma si svolge in tutto l'ambito penitenziario come si evince chiaramente ad esempio per la sanità pubblica.

Per poter svolgere le funzioni sanitarie nelle carceri, le AUSL devono poter contare sulla disponibilità di locali adeguati, così come previsto dall' art. 4 del DPCM, che prevedeva a tal fine l'utilizzo dei locali già adibiti a tali funzioni alla data del 31 dicembre 2007. Tale trasferimento non è ancora stato completato in quanto non sono ancora disponibili tutti gli inventari degli Istituti penitenziari. La Regione è impegnata a sollecitare la conclusione del passaggio nel più breve tempo possibile e chiede alle ASL di svolgere tutte le opportune attività di verifica, affinché venga preservata la possibilità di utilizzo di tutti i locali destinati, e di segnalare agli uffici regionali competenti eventuali indisponibilità dei locali che risultassero ostative all'espletamento delle funzioni sanitarie di sua competenza.

Una volta definito con le direzioni degli Istituti penitenziari l'utilizzo di luoghi adeguati alla produzione dei servizi sanitari, sarà possibile dare corso alle attività sanitarie, in tale contesto, con una organizzazione simile a quella dei poliambulatori territoriali garantendo l'integrazione di tutti i professionisti, che a vario titolo vi operano, e garantendo le seguenti attività e funzioni:

- visita di 1° ingresso in carcere, possibilmente, immediatamente dopo l'immatricolazione, promuovendo una efficace azione di accoglienza e informazione sanitaria. Particolare importanza riveste perciò il "polo d'accoglienza" che deve essere realizzato in ogni Istituto penitenziario come misura primaria di profilassi, assistenza di base e specialistica, rivedendo e valorizzando gli apporti delle diverse professioni e coordinandoli sulla base del bisogno assistenziale e delle evidenze scientifiche, secondo quanto successivamente specificato;

- continuità delle cure, anche attraverso lo sviluppo della trasmissione e la condivisione delle informazioni sul paziente utilizzando una cartella clinica ove andranno riportate le certificazioni secondo cronologia (cfr par. 10.1);
- intervento in urgenza/emergenza sanitaria, individuando risorse strumentali e umane, secondo protocolli condivisi con i servizi 118, costruiti sulle caratteristiche organizzative e strutturali del penitenziario;
- attività di sorveglianza sanitaria e profilassi a favore degli operatori sanitari;
- documentazione della attività in modo che sia utilizzabile per leggere i bisogni del carcere di riferimento, nelle sue diverse dimensioni, per essere di supporto alla committenza del “Programma aziendale per la salute negli Istituti Penitenziari” e come condizione per definire le priorità di intervento.

### **1) Assistenza primaria**

L'assistenza primaria nei penitenziari è funzionalmente afferente ai Dipartimenti di Cure Primarie. L'obiettivo è quello di erogare in modo integrato le diverse linee assistenziali attraverso il coordinamento delle diverse figure professionali coinvolte per favorire una visione complessiva della salute del detenuto e della comunità.

Il personale medico e il personale infermieristico transitato alle Aziende per effetto del D.P.C.M. 1° aprile 2008, integrato nelle aziende di riferimento attraverso gli atti adottati dalla Regione alla scadenza del 15.06.09, operano secondo l'organizzazione che sarà definita dal programma aziendale e assicura la visita di 1° ingresso, i servizi di assistenza primaria e la dimissione dall'istituto penitenziario.

Il Medico referente per la salute negli istituti penitenziari assicura coerenza con gli obiettivi ed i progetti assistenziali stabiliti dal Programma aziendale, facilitando e promuovendo il coinvolgimento e l'integrazione di tutte le figure professionali operanti nel presidio sanitario, contribuendo all'elaborazione del programma annuale, dei relativi obiettivi assistenziali e della verifica del raggiungimento degli stessi.

### **2) Attività infermieristica**

La Deliberazione di Giunta 314/2009 ha inteso valorizzare la funzione del personale infermieristico anche prevedendo in ogni I.P. un Referente assistenziale, e nelle situazioni complesse esplicitamente elencate, un Coordinatore assistenziale. I Professionisti dell'assistenza devono diventare il tessuto connettivo delle attività di presa

in carico e cura all'interno dell'intero I.P. Essi costituiscono il gruppo di contatto continuo con i detenuti e con il personale di Polizia penitenziaria. Attraverso la relazione quotidiana e l'adempimento dei compiti assegnati, il personale infermieristico è nella posizione ideale per recepire i bisogni di cura dei detenuti anche quando questi non sono esplicitamente espressi. Tale aspetto della vita professionale dell'infermiere( e ove presente dell'operatore sociosanitario ) può comportare criticità di vario tipo. Innanzitutto nei confronti dei detenuti immigrati, che ormai oscillano mediamente, tra il 50% e il 70%, nella quasi totalità degli Istituti penitenziari, e nei confronti dei quali è necessario possedere degli elementi di comunicazione transculturale per evitare di inquadrare messaggi e comportamenti in maniera errata. Inoltre il carcere in quanto luogo afflittivo è naturalmente sede di conflitto e di stress: il personale dunque dovrà essere in grado di gestire proficuamente relazioni problematiche e al tempo stesso di saper controllare il disagio emotivo. Tali aspetti dell'organizzazione andranno tenuti presente nella programmazione della formazione ed eventualmente anche negli aspetti organizzativi attraverso la previsione di specifici dispositivi quali ad esempio il turn over.

Il Referente o il Coordinatore assistenziale, a seconda dei casi, coordina il personale infermieristico secondo gli obiettivi e il modello organizzativo previsto dall'Azienda, curando al contempo l'integrazione con il lavoro dei diversi medici e specialisti e tra le diverse discipline e in tal senso gestisce i processi di assistenza con riferimento allo stato di salute e al programma terapeutico del singolo paziente.

Le principali attività specifiche dell'infermiere e gli ambiti in cui vengono esercitate all'interno del carcere sono:

- Valutazione dei bisogni di salute dei detenuti. L'osservazione quotidiana dello stato di salute dei detenuti deve favorire una più approfondita lettura dei bisogni espressi ed inespressi e contribuire a fornire la risposta assistenziale attraverso il coinvolgimento della competenza professionale più appropriata (medico, psicologo, educatore...) per rispondere allo specifico bisogno.
- Assistenza infermieristica nell'ambito della medicina generale. L'infermiere si attiva per una presa in carico integrata – definita insieme al medico - attraverso un piano individualizzato di cure che tenga conto della dimensione sanitaria e socio-assistenziale del detenuto, anche in funzione del termine della pena e del suo reinserimento nella società.

- Assistenza nelle situazioni di urgenza – emergenza. Le urgenze più frequenti sono conseguenti ad atti di auto ed etero aggressività accompagnate da sintomatologie psichiatriche. Vista la eterogeneità epidemiologica della popolazione detenuta, è necessaria la capacità - in collaborazione con il medico - di prendere in carico qualsiasi tipo d'urgenza, ferma restando la possibilità di rivolgersi al sistema di Pronto Soccorso cittadino e accedere, in fase acuta, ai reparti ospedalieri (con autorizzazione del direttore, così come previsto dall'art.11 dell'Ordinamento penitenziario).
- Assistenza infermieristica nell'ambito della medicina specialistica. Nell'ambito della presa in carico complessiva della persona detenuta diviene importante, e a volte complessa, la fase di approfondimento diagnostico - terapeutico di medicina specialistica che può essere svolto all'interno del carcere, con i medici specialisti presenti, o organizzato all'esterno.
- Assistenza dei detenuti con problemi di dipendenze patologiche e/o di disturbi mentali. E' assicurata in integrazione con il personale infermieristico del DSM-DP .
- Gestione del rischio infettivo. Lo stato di promiscuità in un ambiente confinato e chiuso è condizione favorente la trasmissione di malattie infettive, tanto di più per i detenuti che, spesso da prima dell'arresto, erano parte di una popolazione vulnerabile e facilmente esposta a situazione di rischio infettivo. L'infermiere organizzerà e favorirà interventi di educazione sanitaria collaborando con gli altri professionisti del DSP e DCP, mirata ad evitare la diffusione di malattie infettive (es. malattie sessualmente trasmesse o per scambio di materiale per l'assunzione di droghe per via iniettiva) e al riconoscimento precoce delle infestazioni più comuni (acariasi) della cute e del cuoio capelluto (pediculosi) in collaborazione col DCP e con i Servizi di Sanità Pubblica.
- Informazione ed educazione alla salute. Durante la detenzione dovranno essere organizzati interventi educativi sullo stile di vita, sulla prevenzione delle condizioni di rischio sanitario e sulla prevenzione delle patologie tumorali più aggredibili attraverso le campagne di screening.
- Cautele particolari in campo organizzativo. Particolare attenzione sarà riservata alla custodia e alla gestione dei taglienti e dei ferri chirurgici. Inoltre saranno operati attraverso un'attenta programmazione l'approvvigionamento, la gestione e la conservazione di materiali e farmaci, in quanto i rapporti con altri servizi dell'Azienda Usl (laboratorio analisi, farmacia, magazzino, lavanolo, servizi trasporti, ecc) non possono avere carattere di estemporaneità.

L'intervento sanitario sarà erogato nel rispetto delle procedure proprie dell'Istituzione Penitenziaria al fine di garantire un servizio sanitario rispettoso della persona ma anche delle norme di sicurezza previste. L'Infermiere, e l'operatore sociosanitario ove presente,

collaborerà attivamente con il personale di polizia penitenziaria al fine di poter erogare l'assistenza infermieristica in condizioni di sicurezza (propria e altrui).

Stante la complessità dell'ambiente di lavoro, dovuto alla presenza di più professionalità ed istituzioni, è necessaria una formazione mirata non solo all'acquisizione di conoscenza di specifici contenuti dell'attività ma anche ad acquisire competenze relazionali nell'approccio con i detenuti e nell'approccio con i molteplici professionisti necessariamente interdipendenti nel loro lavoro. Specifici aggiornamenti potranno essere mirati all'approfondimento di problematiche sanitarie presenti tra la popolazione detenuta, quali ad esempio la gestione dei trattamenti per le infezioni da HIV e HCV; l'acquisizione di competenze per interventi educativi mirati; il mantenimento delle pratiche di BLS e di rianimazione cardiocircolatoria; l'acquisizione di ulteriori competenze per la gestione delle ferite da taglio, delle ustioni; ridefinire la tipologia più appropriata di interventi in caso di ingestione di veleni o di abuso di farmaci.

### **3) Sanità Pubblica**

Di seguito si elencano e descrivono le varie attività che compongono il programma di sanità pubblica. Con l'esclusione dell'attività di vigilanza, che rientra fra i compiti esclusivi dei Servizi del Dipartimento di sanità pubblica, per tutte le altre attività sottoelencate ciascuna Azienda UsI individuerà le risorse e definirà i ruoli, le competenze e i livelli di collaborazione fra i Servizi interessati, necessari all'attuazione del piano.

Vigilanza. Le visite ispettive, in particolare quelle eseguite dai DSP ai sensi dell'art. 11 della L. 354/75, oltre a rispondere a finalità istituzionali, dovranno costituire l'occasione per effettuare (o aggiornare) l'analisi dei rischi per la salute e ambientali, alimentari, infettivi, ecc., della popolazione detenuta. L'Analisi dei rischi è, infatti, considerata lo strumento più idoneo ai fini della individuazione di soluzioni capaci di incidere positivamente sulla salute e sulla qualità della vita dei carcerati. L'analisi di rischi ambientali, ivi incluso il tema dell'etero aggressività, riguardanti l'ambiente di lavoro dei detenuti, del personale ASL e del personale dell'A.P. sarà oggetto di uno specifico approfondimento, che verrà divulgato in seguito.

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

Controllo e sorveglianza delle malattie infettive. Le Aziende dovranno stipulare, con gli Istituti di Pena, protocolli per la gestione dei casi di malattie infettive. Tali protocolli, che dovranno indicare le misure contumaciali da assumersi nei confronti del malato e gli interventi di profilassi da proporre ai contatti, vanno concordati con il DSP competente per territorio. Quest'ultimo è anche 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 e centrali,
- per la gestione degli interventi in ambito comunitario generati da segnalazioni provenienti dalla struttura carceraria.

La Direzione generale Sanità e Politiche sociali curerà la diffusione dei protocolli esistenti e il coordinamento degli addetti ai lavori al fine di produrre linee di indirizzo omogenee e coerenti con le situazioni locali a livello regionale.

Vaccinazioni. A ciascun detenuto dovranno essere offerte le vaccinazioni raccomandate in relazione all'età, condizione, appartenenza a categorie di rischio, o perché previste da piani o campagne di vaccinazione (allegato 1). Analogamente ci si comporterà nei confronti degli operatori penitenziari. Agli interessati, inoltre, va fornito materiale informativo, anche tradotto in lingua se necessario, riguardante i rischi e i benefici delle vaccinazioni proposte. Le vaccinazioni effettuate vanno registrate sulla cartella personale e sul tesserino di vaccinazione degli interessati e comunicate al DSP competente per territorio.

### Screening

#### Tubercolosi

In applicazione del "Documento di Linee guida per il controllo della malattia tubercolare" (G.U. n.40 del 18.02.1999) e della Circolare regionale n.11 del 24.06.1999 lo screening con test tubercolinico cutaneo secondo Mantoux va offerto a tutti i detenuti in relazione al tempo di permanenza nella struttura, che deve essere sufficiente ad effettuare i controlli di secondo livello, quali radiografia e visita specialistica, ed eventuali accertamenti biumorali e immunologici, e possibilmente anche la chemioprofilassi, qualora necessari. Nel caso in cui non sia reperibile il PPD è necessario offrire a tutti lo screening di malattia. Per le permanenze brevi è indicato solo lo screening di malattia. Le Aziende devono comunicare la presenza di eventuali condizioni ostative al Sindaco,

quale autorità sanitaria locale, ed agli uffici regionali (Servizio salute mentale, dipendenze patologiche, salute nelle carceri e Servizio Sanità Pubblica) per quanto di loro rispettiva competenza. La periodicità dello screening deve essere definita in base alla situazione epidemiologica locale.

#### Malattie a trasmissione sessuale e/o iniettiva

All'ingresso in struttura va proposto a tutti i detenuti, nell'ambito di un adeguato counselling teso ad ottenere il consenso informato, lo screening per HIV, HBV, HCV e lue.

#### Oncologici

Alla popolazione femminile detenuta devono essere offerti gli screening oncologici, 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  $\geq 50$  anni va offerto lo screening per la prevenzione del tumore del colon-retto, secondo le modalità generali previste dai programmi regionali.

#### Educazione alla salute

Le Aziende dovranno curare interventi e programmi di informazione/educazione alla salute, in ambito penitenziario, estendo le iniziative già attive sul territorio, studiando nello specifico le esigenze degli II.PP.

#### Formazione

I reclusi 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).

#### Programmi particolari

Piano di prevenzione dei possibili effetti delle ondate di calore all'interno degli Istituti di pena: per l'anno 2009 è già stato divulgato un documento contenente le prime indicazioni per contenere il disagio e ridurre la possibilità di danno nella popolazione detenuta.

Piano pandemia influenzale: la Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali ha fornito con circolare n.18 del 13/11/2009 specifiche linee guida per affrontare le situazioni di emergenza; per quelle ordinarie si rimanda alla normativa di settore.

#### **4) Medicina specialistica**

Il trasferimento in capo alle Aziende dell'assistenza specialistica ambulatoriale richiede una programmazione integrata che tenga conto della attuale offerta di prestazioni specialistiche all'interno degli Istituti di pena, come da DGR 746/07, che viene riportata nella tabella, di cui all'allegato 1. Si chiede alle Aziende di verificare se tale offerta è adeguata e di valutare, in base al rapporto costi/benefici, la opportunità di ampliamento dell'offerta laddove ci fosse una richiesta consistente.

Una riprogrammazione delle prestazioni specialistiche dovrà essere effettuata anche tenendo conto della necessità di evitare il più possibile spostamenti dei detenuti dal carcere verso strutture esterne. Le Aziende USL garantiranno attraverso i presidi ospedalieri o territoriali le richieste di visite specialistiche non assicurate all'interno degli Istituti penitenziari.

Inoltre, negli Istituti in cui non è prevista la presenza del cardiologo, è opportuno assicurare l'intervento del suddetto specialista almeno due volte al mese, secondo le esigenze verificate, o in alternativa utilizzare servizi di telemedicina.

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.

Nell'ambito delle prestazioni specialistiche, dovrà essere posta particolare attenzione alle seguenti, che saranno garantite in tutti gli Istituti di pena, con minor ricorso possibile all'esterno.

##### **4.1) 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<sup>2</sup> (che pone a carico dell'assistito il costo dei manufatti protesici ed ortesici) ed alla normativa regionale<sup>3</sup> (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<sup>4</sup>, il detenuto ha il diritto di richiedere la fornitura protesica a proprie spese ed in tal caso le Ausl 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.

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.

---

<sup>2</sup> Decreto del Ministro della sanità del 22 luglio 1996 – Nomenclatore Tariffario delle prestazioni di specialistica ambulatoriale

<sup>3</sup> 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.

<sup>4</sup> 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.

## **4.2) Infettivologia**

L' infettivologo è già ora presente in ogni Istituto penitenziario ed opera in integrazione con la assistenza primaria, il coordinatore infermieristico e la sanità penitenziaria.

Stante l'alta presenza di patologie infettive nella popolazione detenuta dovute in gran parte a patologie acquisite prima dell'ingresso nell'Istituto penale (HIV, epatopatie, TBC, MST, ecc.) oppure a patologie particolarmente diffuse (scabbia, pediculosi, ecc.) legate alla trasmissione provocata da un soggetto portatore che entra nel carcere, è indispensabile una particolare attenzione alle misure cautelative e di profilassi, specialmente per i nuovi giunti, al fine di evitare fenomeni epidemici che possono essere favoriti dalla ristrettezza dei luoghi e dal cronico sovraffollamento.

Più in generale dovranno essere attuate azioni di:

- efficace informazione sulle infezioni/malattie infettive al fine di ridurre eventuali comportamenti a rischio;
- valutazione anamnestico-clinica associata ad esami diagnostici per le principali patologie infettive all'ingresso e prima dell'immissione nelle sezioni di pena;
- definizione ed applicazione di protocolli per l'inquadramento e la gestione delle infezioni/malattie infettive per le misure di barriera e le procedure di isolamento;
- utilizzo di programmi di immunizzazione primaria (ad esempio epatite A e B) e terapie preventive per soggetti già infetti (TBC);
- cure appropriate ai soggetti affetti da patologie infettive croniche;
- preparazione, tramite la collaborazione del servizio di assistenza primaria e continuità assistenziale, della dimissione dal carcere di soggetti che debbono poter proseguire i controlli necessari nei servizi territoriali.

## **4.3) La cura dei detenuti affetti da dipendenze patologiche**

Il Sert è responsabile dell'intervento curativo e riabilitativo dei tossico/alcol-dipendenti e della realizzazione dei programmi terapeutici e socio-riabilitativi. Gestisce inoltre il coordinamento tecnico-professionale degli interventi complessivi in merito al problema.

L'equipe Sert interna agli Istituti assume gli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione mediante propri operatori nel quadro di un intervento multidisciplinare che vede coinvolte quantomeno le figure di medico, infermiere, psicologo, assistente sociale.

Sono presi in carico dall'equipe Sert tutti i detenuti dichiaratisi TD all'ingresso in istituto o per i quali è emersa una problematica d'abuso, indipendentemente dalla loro certificabilità di tossicodipendenza.

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

E' raccomandata l'individuazione di locali a valenza esclusivamente sanitaria per lo svolgimento delle attività terapeutiche intra-murarie, istituendo un'area detentiva, distinta da quelle di normale permanenza dei detenuti, idonea al trattamento della sindrome d'astinenza in fase acuta, garantendo così interventi terapeutici tempestivi, anche al fine di gestire, oltre la necessaria osservazione clinica, il disagio dell'arresto ed i potenziali atti di autolesionismo.

Tra i compiti del Sert, in collaborazione con la struttura penitenziaria, si prevedono:

- 1) Assessment della persona reclusa che si dichiara tossico o alcol-dipendente o riferisce problematiche legate all'abuso di sostanze o alcol tramite:
  - colloqui di accoglienza al detenuto e informazione sulle opportunità offerte;
  - valutazione e diagnosi di alcol/tossico-dipendenza e produzione di eventuale certificazione di TD;
  - definizione di un programma terapeutico personalizzato con impostazione e/o prosecuzione di terapia farmacologica sostitutiva;
  - coordinamento con eventuali programmi svolti all'esterno precedentemente all'arresto;
  - individuazione di programmi terapeutico-riabilitativi intra/extra-murari.
- 2) Definizione del percorso terapeutico e riabilitativo del paziente recluso che sia certificato dipendente da sostanze/alcol (secondo il D.M. 186/90) :
  - favorire la fruizione di misure di affidamento particolare alternative alla detenzione, territoriali o residenziali;
  - fornire 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;
  - 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;

- realizzare il coordinamento nell'ambito della collaborazione tra i Sert di competenza territoriale, le comunità terapeutiche o altre strutture, l'UEPE e la Magistratura di Sorveglianza, gli avvocati, gli operatori dell'Area Trattamento dell'Istituto Penitenziario;
  - favorire il diritto del detenuto tossicodipendente ad essere ospitato in Istituti idonei per lo svolgimento dei programmi terapeutici o in sezioni a custodia attenuata.
- 3) Presa in carico intra-muraria di prevenzione, osservazione, valutazione, sostegno per tutti i detenuti con problematiche connesse all'abuso di sostanze/alcol che non accedono a misure terapeutiche alternative alla detenzione, che hanno comunque diritto a ricevere cure a scopo riabilitativo.
  - 4) Collaborazione con la Magistratura di sorveglianza, in applicazione al protocollo d'intesa RER-Tribunale di Sorveglianza di Bologna, in caso di misure di affidamento ordinario alternative alla detenzione, concesse a pazienti non tossicodipendenti ma con problematiche connesse all'abuso di sostanze/alcol, che prevedano prescrizioni al riguardo.
  - 5) Realizzazione di specifici piani di prevenzione sia della ricaduta che della recidiva penitenziaria con percorsi di uscita guidata dal carcere in accordo con i Sert territoriali.
  - 6) Organizzazione di attività, individuali o di gruppo, di informazione, educazione e promozione della salute attraverso un percorso di promozione del prendersi cura di sé, per favorire scelte consapevoli e comportamenti responsabili.
  - 7) Promozione di una formazione specifica che coinvolga trasversalmente sia operatori sanitari che operatori dell'area trattamento dell'Amministrazione penitenziaria.

#### **4.4) Prevenzione, cura e riabilitazione nel campo della salute mentale**

Con il passaggio dalla Sanità Penitenziaria al Servizio Sanitario Nazionale occorre che si creino modalità di intervento, procedure, obiettivi uniformi a livello regionale. A tale scopo è stato creato un gruppo di lavoro, composto dagli psichiatri operanti all'interno delle carceri e da alcuni responsabili di DSM. La definizione di modalità operative, così come di seguito descritte, consentirà al gruppo di lavoro di svolgere un'attività di monitoraggio e, attraverso una conoscenza e stima più definita della presenza di patologia psichiatrica e della evoluzione del disturbo mentale in ambito carcerario, di elaborare linee e indicazioni adeguate alle reali esigenze. Il gruppo di lavoro si impegna, anche, a programmare attività formative specifiche rivolte al personale dei DSM-DP, competenti nelle carceri, con particolare riferimento alle competenze che devono essere

possedute dal personale medico ed ai percorsi formativi e di aggiornamento congiunti tra infermieri, dei servizi di base e dei servizi dei DSM-DP.

### Creazione Equipe psichiatrica negli Istituti penitenziari

La indicazione principale da cui dovrebbe discendere una modalità più articolata della attività psichiatrica in carcere è quella di passare dalla modalità maggiormente in uso nelle carceri, dello psichiatra che svolge da solo l'attività di consulenza alla medicina generale alla istituzione di minièquipe psichiatriche, composte almeno da uno psichiatra e da un infermiere, da un sostituto fisso di queste 2 figure professionali, ed eventualmente dallo psicologo, dall'educatore professionale e dal tecnico della riabilitazione psichiatrica. E' necessario, inoltre, per dare maggiore consistenza e continuità all'èquipe una integrazione con l'èquipe del SerT, operante all'interno degli II.PP. Particolare rilievo assume il ruolo dell'assistenza infermieristica: in tal senso il gruppo di lavoro costituito a livello regionale, per occuparsi della psichiatria in carcere, fornirà nell'immediato futuro specifiche indicazioni.

### Attività di screening

Uno dei punti maggiormente problematici nell'attività generale dello psichiatra in carcere è quello costituito dalla segnalazione e dall'invio del caso. Tenuto conto che la assistenza primaria resta lo snodo principale attorno a cui ruota tutta la attività di prima valutazione e presa in carico in carcere, si ritiene che la segnalazione e l'invio allo psichiatra debbano essere disposti sempre dalla assistenza primaria, la cui valutazione dovrà essere effettuata in 2 momenti distinti:

#### 1. visita medica di primo ingresso

Nell'ambito della visita medica effettuata a tutti i detenuti, al momento dell'ingresso in Istituto, sarà effettuato uno screening volto ad evidenziare l'eventuale necessità di valutazione psichiatrica, dotando il medico che effettua la prima visita di strumenti di rilevamento specifici;

#### 2. richiesta di visita psichiatrica nel corso della detenzione

Dovrà giungere allo psichiatra su invio del medico di assistenza primaria, anche tramite l'assistenza infermieristica, tenuto conto che l'infermiere è la figura a più diretto contatto e con maggiore facilità di comunicazione con il detenuto, ad esempio attraverso la distribuzione della terapia farmacologia.

### Presca in carico

Una volta che il detenuto segnalato giunge all'osservazione psichiatrica, due saranno le modalità di risposta:

a) *Consulenza* al medico di assistenza primaria dell'istituto, con il consiglio, eventualmente, di una terapia farmacologica e di un atteggiamento generale di modalità di gestione del caso. In questo caso il paziente resta di competenza della assistenza primaria, così come la somministrazione della terapia consigliata.

b) *Vera e propria presa in carico*, nel caso in cui si ravvisi la esistenza di un problema psichiatrico più complesso, secondo le modalità ordinarie di un intervento psichiatrico corretto, garantendo in tal modo, attraverso opportuni contatti con i servizi territoriali, anche la continuità terapeutica al momento della dimissione. In questo secondo caso si dovrà prevedere una sezione della cartella clinica che descriva in modo articolato la diagnosi, il trattamento e la evoluzione del quadro clinico.

La presa in carico di tipo psichiatrico non sostituisce la continuità assistenziale assicurata dai Servizi di cure primarie ma la integra a tutti gli effetti, garantendo anche la continuità al momento della dimissione.

Si auspica in questa maniera un cambiamento delle modalità di intervento che dovrebbero passare da una risposta al disagio generico della condizione carceraria ad una maggiore attenzione alla patologia psichiatrica vera, che rischia altrimenti di rimanere sommersa nell'universo del carcere.

### Urgenza

Tenendo conto che lo psichiatra o l'équipe psichiatrica non è presente tutti i giorni in carcere, o almeno non in tutti, la urgenza psichiatrica sarà affrontata con le modalità organizzative che ciascun DSM ha istituito al proprio interno. In caso di impossibilità di risposta, sul luogo, da parte della équipe psichiatrica esiste la possibilità di invio alla accettazione d'urgenza presente presso il pronto soccorso o i servizi territoriali.

### Invii in OPG

Un problema particolare della psichiatria carceraria, e negli ultimi tempi preoccupante sia per quantità che qualità degli invii, è quello dell'invio di pazienti detenuti senza misura di sicurezza all' OPG per osservazione psichiatrica, ex art. 112 co.2 D.P.R. 230/00, o per sopravvenuta infermità mentale, ex art. 148 C.P..

Il trasferimento da un Istituto penitenziario all'OPG deve essere preventivamente valutato dall'èquipe psichiatrica che dovrà esperire tutte le modalità alternative, dal trattamento in carcere, all'invio ad un centro medico, all'invio in strutture psichiatriche civili onde ridurre drasticamente e, al limite, annullare questa procedura.

#### Collaborazione con l'Area educativa

Dato che all'interno degli II.PP., sono presenti operatori dell'Amministrazione penitenziaria che si occupano della persona detenuta da un punto di vista educativo e psicologico, dovranno essere previsti, attraverso la stipula di protocolli con l'Amministrazione penitenziaria, procedure che favoriscano la collaborazione e l'integrazione di interventi tra gli operatori dei Servizi di salute mentale e quelli dell'Area Trattamento. Il gruppo di lavoro di livello regionale si occuperà, nell'ambito del monitoraggio, di verificare contenuti ed attuazione dei protocolli.

### **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 II.PP. di Bologna, Modena, Piacenza, Forlì. 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 sottoposte a provvedimento penale 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;

- espletamento del parto in ospedale o in altra struttura diversa dal luogo di reclusione;
- sostegno e accompagnamento al normale processo di sviluppo psico-fisico del bambino (0-3 anni).

Il Programma è attuato, coinvolgendo i medici della continuità assistenziale e il referente per la salute negli Istituti penitenziari, 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 2, il programma svolto dalla Azienda USL di Bologna.

### Assistenza alla prole

La normativa vigente consente alle donne detenute di tenere in carcere i propri figli minori fino all'età di 3 anni. Nella regione 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.

## **6) La cura dei minori rientranti nel circuito penale**

I provvedimenti penali in ambito minorile sono più complessi e articolati rispetto al settore penale adulti, e il Sistema dei Servizi Minorili dell'Amministrazione della Giustizia in Emilia-Romagna è costituito da una serie di strutture, tutte collocate nel territorio bolognese, che con finalità diverse garantiscono l'esecuzione dei provvedimenti penali emessi dall'Autorità Giudiziaria Minorile: Centro di Giustizia Minorile (CGM), Ufficio di Servizio Sociale Minorenni USSM), Centro di Prima Accoglienza, Comunità Ministeriale per Minori, Istituto Penale per Minorenni (IPM).

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.

Il Presidio sanitario presente all'interno del CGM garantisce le prestazioni di assistenza primaria e assistenza infermieristica e psicologica. Le prestazioni specialistiche, le

modalità organizzative della loro erogazione all'interno della struttura o presso strutture sanitarie esterne, debbono essere commisurate alla quantità e frequenza delle richieste. In ogni caso è opportuno che all'interno del presidio sanitario vengano erogate prestazioni odontoiatriche, i servizi di neuropsichiatria (NPIA) e dipendenze patologiche (SERT). Quelle di NPIA e delle Dipendenze patologiche assumono una valenza particolare in relazione al provvedimento che può assumere l'Autorità Giudiziaria Minorile.

In funzione di quanto previsto dall'art. 2 del DPCM 1° aprile 2008, vista la specificità e la complessità della situazione, l'Azienda USL di Bologna predisporrà uno specifico Progetto Aziendale, sulla base di un accordo con il CGM di Bologna in merito alle funzioni sanitarie erogate nel circuito penale dei minori con particolare riferimento agli inserimenti in strutture residenziali.

Più in specifico, per quanto riguarda l'inserimento di minori in strutture residenziali, la AUSL di Bologna ha stipulando uno specifico accordo con il CGM attraverso cui dovrà essere definita una lista di Strutture residenziali, che presentino i requisiti specifici e garanzie di competenza, in accordo col CGM, e 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 e per i tossicodipendenti 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.

La Regione Emilia-Romagna rimborserà alle AUSL la spesa sostenuta, una volta l'anno ed a consuntivo.

Per tutti gli inserimenti presso comunità socio-educative l'onere economico non è a carico delle AUSL.

Per gli inserimenti pregressi avviati ai sensi dell'art. 2 del DPCM 1° aprile 2008, attuati dal 1° gennaio 2009 alla data di entrata in vigore del Protocollo di cui sopra, le Aziende sanitarie locali dovranno, comunque, assolvere l'impegno economico, secondo gli accordi definiti al momento dell'inserimento, che verrà rimborsato dalla Regione, a fine anno a consuntivo.

Fino a che non saranno stipulate le convenzioni da parte della AUSL di Bologna con le strutture residenziali da individuare, si procederà con le modalità di inserimento a tutt'oggi adottato e per il relativo rimborso secondo le modalità sopra esposte.

A seguito di firma del presente Protocollo potranno essere previsti ulteriori accordi per la individuazione di procedure operative specifiche di raccordo tra gli operatori dei Servizi coinvolti.

## **7) La cura dei detenuti immigrati**

Premesso che la normativa nazionale assicura anche agli stranieri irregolari le stesse prestazioni sanitarie previste per i cittadini italiani, bisogna operare affinché tale diritto divenga effettivo. Per quanto premesso i presidi sanitari penitenziari non devono limitarsi ad affrontare le situazioni emergenti ma passare ad essere servizi che si attivano per funzione di presa in carico del bisogno globale di salute del detenuto immigrato.

Ciò significa garantire:

- globalità e unitarietà delle prestazioni preventive, curative e riabilitative;
- dal momento dell'ingresso in Istituto screening ad ampio raggio esteso a tutti gli immigrati nuovi giunti, con particolare attenzione ai casi di rifiuto per motivarli a sottoporsi ai controlli;
- cure ambulatoriali continuative e all'occorrenza ospedaliere;
- interventi di medicina preventiva e prestazioni di cura ad esse correlate;
- tutte le cure previste dal Testo Unico di disciplina degli stupefacenti (DPR 309/90) e sue successive modifiche, quindi tutto ciò che concerne i Servizi per le Tossicodipendenze e gli interventi curativi e riabilitativi;
- Counseling, individuale o di gruppo, finalizzato alla consapevolezza dei problemi, all'informazione e orientamento sulle risorse specifiche per percorsi terapeutico-riabilitativi, ad interventi di tipo educativo e di informazione sanitaria, possibilmente con la realizzazione di opuscoli informativi multilingue e sportelli d'ascolto;
- ottimizzazione dei flussi informativi per l'analisi delle diverse etnie, requisito essenziale per la realizzazione dei piani terapeutici ed operativi; eventi formativi specifici, di medicina trans-culturale ed in particolare etno-psichiatria, rivolti trasversalmente sia al personale che opera negli Istituti di Pena che al personale dei Dipartimenti sanitari territoriali, sulle tematiche inerenti l'immigrazione, la condizione dello straniero coinvolto nel circuito penale e le problematiche socio-sanitarie connesse.

### 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 affittivo 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 ricercare la maggior collaborazione tra i Servizi Sanitari, le Direzioni degli Istituti di pena, gli Enti Locali e il Volontariato, per la messa a disposizione di mediatori culturali affinché la funzione di mediazione culturale possa risultare utile ed efficace anche ai fini sanitari.

### **8) La 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. Per dare corpo allo spirito della riforma, l'attività dei Servizi di Medicina Legale 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 II.PP..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 S.M.L. 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 ai Presidenti di Tribunale delle varie sedi regionali ed extraregionali. I Collegi saranno composti da un medico legale dell'Azienda U.S.L. 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.

I professionisti operanti negli II.PP.( identificati secondo i criteri espressi nella prima parte del presente punto 8 ) garantiranno, inoltre, le seguenti prestazioni:

- partecipazione alle Commissioni sul regolamento interno dell'Istituto;
- partecipazione al consiglio di disciplina;
- 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 L.R. 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.

Per quanto attiene le attività medicolegali a favore della Polizia Penitenziaria è stato recepito l'Accordo, approvato in data 29 ottobre 2009 con rep. n. 51/CU, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, e le Autonomie Locali in merito allo "Schema tipo di convenzione per le prestazioni medico legali in favore del Corpo della polizia penitenziaria", con deliberazione di Giunta Regionale che sarà approvata entro l'anno 2009 .

## **9) 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 (inserimento nella rete aziendale finalizzata alla costituzione di un server regionale delle immagini*
- *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*
- *ricezione e trasmissione in rete dedicata di documenti riferibili a dati sensibili riguardanti i detenuti.*
- *ricezione e trasmissione in rete dedicata di documenti riferibili a dati sanitari riguardanti i detenuti finalizzati alla mobilità sanitaria*

## **10) 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 febbraio 2005 sottoscritto dalla Regione Emilia-Romagna e dal Provveditorato Regionale dell'Amministrazione Penitenziaria, saranno comunque rimborsate dalla Direzione Generale "Sanità e politiche sociali" alle AUSL le spese relative ai i farmaci di fascia A, di fascia H e le tre categorie ritenute indispensabili di fascia C benzodiazepina, paracetamolo e acido acetilsalicilico, in applicazione della Deliberazione di Giunta Regionale n. 746 del 2007.

Dunque 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.

## **11) Azioni di sistema**

Le azioni che seguono sono da considerarsi di valenza strategica e unificanti per la sanità penitenziaria regionale. Per tale motivo la Regione, attraverso il Comitato Esecutivo di Programma (CEP), attraverso il rapporto con l'Osservatorio, attraverso rapporti organici con l'Agenzia Socio-Sanitaria ecc, svolgerà costante opera di sviluppo delle azioni seguenti, di coordinamento tra le Ausl e possibilmente di promozione. Con tale spirito, nell'immediato futuro, verrà posta attenzione alla individuazione di obiettivi e strumenti per la rilevazione epidemiologica.

### **11.1) Cartella clinica informatizzata**

La gestione dei dati sanitari personali delle persone detenute è attualmente oggetto di approfondimento a livello nazionale per affrontare problematiche di tutela della privacy e per la realizzazione di un Sistema Informativo Nazionale.

Nella fase attuale, pertanto, si chiede alle Aziende di valutare se il software, attualmente utilizzato negli Istituti penitenziari proveniente da un progetto dell'Amministrazione penitenziaria, finanziato dalla Regione nel 2003, sia utilizzabile, con le necessarie modifiche, quale interfaccia tra II.PP. e AUSL.

In tal caso si integreranno con gli applicativi aziendali per le parti di competenza.

Un sottogruppo di lavoro, facente capo al CEP, in contatto e accordo con le AUSL, produrrà entro un anno dalla adozione del presente documento, delle indicazioni in merito alla gestione delle copie della cartella clinica e dei flussi informativi nei confronti dell'AP, in attuazione o eventualmente nelle more di quanto previsto nell'accordo approvato dalla Conferenza Unificata n. 102/CU del 20/11/2008, punto e).

## **11.2) La Formazione**

E' forte l'aspettativa, da parte del personale operante negli II.PP. transitato dal Ministero della Giustizia al SSR, affinché la formazione, sia in ambito tecnico-professionale, sia per lo sviluppo di competenze di tipo organizzativo, possa costituire il 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 con le Aziende di appartenenza.

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 le attività a livello sovraziendale attraverso indicazioni o attività corsuali (es. corsi di alta formazione di psichiatria penitenziaria).

## **11.3) Il Circuito sanitario penitenziario regionale**

I servizi sanitari operanti negli Istituti penitenziari della regione rispondono ad un criterio organizzativo basato su 2 diversi livelli di capacità assistenziale determinati storicamente:

- dalla funzionalità, per l'Amministrazione Penitenziaria, di avere disponibili alcuni Istituti della regione dotati di maggiore capacità di diagnostica strumentale quali la Casa Circondariale di Bologna e la Casa Circondariale di Modena, 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 nelle 24h, 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 la Casa Circondariale di Modena per la Sezione Intermedia destinata agli affetti da infezione da HIV con grave deficit immunitario ma non ritenuti incompatibili con il regime penitenziario, e per la presenza di una diagnostica di 2° livello per patologie cardiovascolari;
- dalla necessità di contenimento dei costi di esercizio.

Tale organizzazione necessita della presenza presso il Provveditorato Regionale dell'Amministrazione Penitenziaria di un medico esperto nell'organizzazione sanitaria nei penitenziari, che collabori nell'assicurare una appropriata gestione dei trasferimenti dei detenuti nell'ambito del circuito sanitario penitenziario regionale e costituisca un elemento di funzionalità interistituzionale rispetto a possibili tematiche emergenti di carattere sanitario .

Le Aziende nel cui ambito sono inseriti tali Istituti dovranno tener conto nel relativo programma di tali funzioni.

### **PROGRAMMI DI RILIEVO NAZIONALE**

L'OPG di Reggio Emilia e il CDT di Parma saranno oggetto di programmi specifici, così come indicato negli allegati del DPCM 1° aprile 2008 e nella DGR 314/09.

## ALLEGATO 1

### ELENCO VACCINAZIONI

<b>Elenco Vaccinazioni raccomandate per i detenuti e per il personale</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• antiepatite B (per tutti)</li><li>• antidiftotetanica (per tutti)</li><li>• antimorbillosa (per i suscettibili)</li><li>• antipneumococcica (per coloro che hanno fattori di rischio per una malattia invasiva da pneumococco, es. cardiopatici, broncopneumopatici, diabetici, ecc.)</li><li>• antipneumococcica, antiemofilo b, antimeningococcica (per asplenic/iposplenic anatomici o funzionali)</li><li>• antinfluenzale stagionale (per tutto il personale e per i detenuti con fattori di rischio per complicanze da influenza)</li><li>• antivaricella (per i suscettibili:<ul style="list-style-type: none"><li>- che vivono con immunodepressi;</li><li>- che lavorano in ambito sanitario;</li><li>- 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 <math>\geq 25\%</math>)</li></ul></li></ul>
<b>Vaccinazioni raccomandate per le donne suscettibili in età fertile</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• antirubeolica</li><li>• antivaricella</li></ul>
<b>Vaccinazioni raccomandate o obbligatorie per i minori, detenuti o figli di detenute</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• tutte le vaccinazioni, secondo l'età, previste dal calendario vaccinale in vigore in Regione Emilia-Romagna</li></ul>
<b>Vaccinazioni raccomandate in post-esposizione a gruppi selezionati, a seguito di focolai, ad esempio:</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• antiepatite</li><li>• antimeningococcica</li></ul>

## ALLEGATO 2

### 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.