

Servizio Salute Mentale, Dipendenze Patologiche e Salute nelle Carceri

IL PERCORSO CLINICO-ASSISTENZIALE PER LE PERSONE DETENUTE

Attività e prestazioni rivolte alle persone detenute
negli Istituti Penitenziari
della Regione Emilia-Romagna

Indice

Guida alla lettura del documento	3
Introduzione	5
La sfida della riforma della medicina penitenziaria	6
Cosa ha fatto la Regione	8
Il percorso clinico-assistenziale delle persone detenute.....	9
PARTE I. Il percorso assistenziale – una visione di insieme.....	11
A. ACCOGLIENZA.....	11
B. PERIODO DI DETENZIONE.....	15
C. DIMISSIONE NEL TERRITORIO O IN ALTRE SEDI.....	22
PARTE II. Il percorso assistenziale - indicazioni operative.....	24
A. L'ACCOGLIENZA	24
A1 - Presentazione del presidio sanitario nel contesto penitenziario.....	24
A2 - Registrazione consenso privacy.....	25
A3 – Visita di Ingresso.....	26
A4 - Conclusione Visita di Ingresso	31
A5 - Screening di Primo Ingresso: Informazione e Counselling	31
A6 - Indicazioni e Raccordo con Direzione Istituto Penitenziario	34
A7 - Conclusione del Periodo di Accoglienza	35
B. IL PERIODO DI DETENZIONE	39
B1 – Presa in carico integrata	39
B2 – Percorso clinico-assistenziale in emergenza	54
C. LA DIMISSIONE.....	60
C1 - Trasferimento ad altro Istituto penitenziario.....	61
C2 – Uscita dall'Istituto penitenziario.....	64
SCHEDE DI APPROFONDIMENTO	75
Scheda 1 - Gli “eventi critici in carcere”	75
Scheda 2 – Attuazione dei modelli di assistenza primaria	81
Scheda 3 - Aspetti Epidemiologici e Caratteristiche della Popolazione detenuta	83

Guida alla lettura del documento

Questo documento è il risultato dei lavori di un gruppo, costituito a livello regionale (composto da medici referenti, coordinatori/referenti assistenziali, responsabili di programma, responsabili di livello regionale), avviati a dicembre 2010 e terminati nella primavera del 2012.

Si compone di due parti 'centrali' (I e II), precedute da una introduzione di carattere metodologico, ed è corredato da schede di approfondimento.

Data la complessità del documento, e tenuto conto del carattere innovativo dello stesso, si propone una 'guida alla lettura' che descrive i principali contenuti delle singole parti.

Introduzione

§ 'le ragioni' della costituzione del Gruppo di lavoro regionale che ha redatto le linee guida relative al percorso clinico-assistenziale, e alle azioni previste

§ i riferimenti normativi essenziali della riforma della medicina penitenziaria, proponendo anche alcuni dati sullo stato di salute della popolazione carceraria

Il percorso clinico-assistenziale delle persone detenute

§ tre fasi: accoglienza, detenzione, dimissione, rispetto alle quali il Gruppo di lavoro ha definito un'offerta di prestazioni all'utente, oggetto della parte II del documento

I PARTE – Il percorso assistenziale – una visione di insieme

Per ciascuna fase del percorso clinico- assistenziale, si forniscono indicazioni sulle caratteristiche dell'intervento sanitario rispetto alle esigenze del contesto in cui si esplica la sanità penitenziaria.

In particolare si definiscono i servizi di assistenza primaria:

§ in accoglienza con connotazione del contesto nel quale essi vengono erogati e riferimento alle caratteristiche dell'intervento sanitario rispetto ai cosiddetti 'nuovi giunti'; (paragrafo A - compilazione del PAI)

§ durante il percorso di detenzione, descrivendo fasi e azioni dell'arrivo in sezione, gli aspetti da considerare durante la permanenza (influenza del contesto detentivo), l'uso dei farmaci, la prevenzione e cura delle patologie in carcere, la gestione delle patologie acute e croniche, il disease management. Si delineano infine le caratteristiche del percorso in emergenza e del primo soccorso (paragrafo B)

§ nella dimissione, al termine del percorso di detenzione, con riferimento alle azioni da considerare per dare continuità al percorso clinico-assistenziale in fase di uscita dal carcere (paragrafo C)

II PARTE – Indicazioni operative

Per ciascuna fase del percorso clinico-assistenziale si definiscono standard di servizio e si danno indicazioni specifiche in merito alle procedure da adottare, ai ruoli e funzioni del personale sanitario, alle modalità di registrazione/verifica delle specifiche attività.

In particolare si definisce il percorso clinico-assistenziale:

- § in accoglienza, all'ingresso in carcere: questo processo viene diviso in sette diversi momenti, di ciascuno dei quali si definiscono le procedure: A.1 Presentazione del presidio sanitario nel contesto penitenziario; A.2 Registrazione consenso privacy; A.3 Visita di ingresso; A.4 Conclusione visita di ingresso; A.5 Lo screening di 1° ingresso: informazione e counselling; A.6 indicazioni e raccordo con direzione Istituto penitenziario; A.7 conclusione della fase di accoglienza (paragrafo A)
- § durante il periodo di detenzione considerando: B.1. percorso di presa in carico integrata (per paziente sano, per paziente con patologia acuta e per paziente con patologia cronica) e B.2. servizi in emergenza (paragrafo B)
- § per i detenuti in dimissione differenziando i percorsi in due possibili situazioni: C.1. la dimissione legata ad un trasferimento della persona ad un altro istituto e C.2. la dimissione coincide con l'uscita dall'istituto (paragrafo C).

Ciascuna delle tre fasi (ingresso, permanenza, dimissioni) si compone di una prima sezione discorsiva e propone poi una tabella in quattro colonne che definisce: ruoli e funzioni del personale sanitario e modalità di registrazione/verifica dell'azione svolta

Si propongono infine delle schede di approfondimento, a corredo del documento, quali strumenti utili per supportare la sanità penitenziaria nel contesto detentivo:

- § Scheda 1: "Eventi critici" nella popolazione detenuta nel 2010
- § Scheda 2: Chronic Care Model
- § Scheda 3: Aspetti epidemiologici e caratteristiche della popolazione detenuta

Introduzione

Il DPCM 1 aprile 2008 ha trasferito la competenza della sanità penitenziaria dal Ministero della Giustizia al Servizio Sanitario Nazionale, concludendo un percorso iniziato con il D.Lgs. 230/99.

In attuazione dell'articolo 32 della Costituzione le Regioni hanno acquisito il compito di tutela della salute delle persone detenute al pari di quelle libere.

Riconosciuta la piena parità di trattamento, in tema di assistenza sanitaria tra gli individui liberi e gli individui detenuti, internati, minorenni sottoposti a provvedimento penale, i principi di riferimento della riforma si fondano:

- § sulla necessità di una piena e leale collaborazione interistituzionale tra l'Amministrazione Penitenziaria, la Giustizia Minorile e le Regioni, tra le Direzioni degli Istituti penitenziari e le Aziende USL
- § sulla complementarietà degli interventi a tutela della salute del soggetto sottoposto a limitazione della libertà personale
- § sulla garanzia, compatibilmente con le misure di sicurezza, di condizioni ambientali, di vita e di benessere rispondenti ai criteri di rispetto della dignità della persona.

Gli obiettivi di salute della popolazione detenuta coincidono con quelli dei cittadini liberi, avendo entrambi pari dignità rispetto alla cura:

§ promozione

- salubrità degli ambienti e di condizioni di vita dignitose, pur in considerazione delle esigenze detentive e limitative della libertà
- benessere mirato all'assunzione di responsabilità diretta nei confronti della propria salute, in particolare all'interno dei programmi di medicina preventiva e di educazione sanitaria
- sviluppo psico-fisico dei soggetti minorenni sottoposti a provvedimento penale

§ prevenzione

- primaria, secondaria e terziaria, attraverso progetti specifici, per patologie e target diversificati di popolazione, in rapporto all'età, al genere, e alle diverse etnie
- del disagio e il contrasto dei fattori di rischio al fine di ridurre gli atti di autolesionismo e il fenomeno suicidario.

Analogamente, l'organizzazione ed il sistema dei servizi offerti devono corrispondere a quelli accessibili sul territorio, con le opportune integrazioni ed adattamenti al contesto di intervento.

In questo senso vale "il principio della equità nella differenza": equità di accesso, di prestazione, di orientamento alla fruizione dei servizi, ecc., pur in una situazione di differenza dovuta al luogo di restrizione.

La Regione Emilia-Romagna dopo le competenze già assunte negli anni in materia di tossicodipendenza, igiene pubblica, spesa farmaceutica e specialistica, con il DPCM 01/04/2008, diventa titolare anche dell'assistenza primaria negli Istituti penitenziari.

La Giunta Regionale ha definito i percorsi per il completo trasferimento delle competenze sanitarie ed il modello organizzativo, in base alle caratteristiche e alle tipologie degli Istituti penitenziari, dell'OPG, del Centro Diagnostico Terapeutico di Parma (CDT) e delle strutture del Centro di Giustizia Minorile.

Si richiamano le principali delibere regionali di riferimento:

- § DGR 1063/2008: trasferimento del personale sanitario dal Ministero della giustizia al Servizio Sanitario Regionale;
- § DGR 314/2009: modello organizzativo della sanità penitenziaria per le Aziende USL, titolari delle funzioni;
- § DGR 314/2009: istituzione dell'Osservatorio permanente sulla sanità penitenziaria che opera a supporto della Regione per il monitoraggio dell'attuazione del DPCM 1/04/2008;
- § DGR 2/2010: il Programma Regionale per la salute negli Istituti penitenziari e per i minori sottoposti a misure restrittive della libertà, atto di programmazione, che fornisce prime indicazioni alle Aziende USL per la redazione dei Programmi Aziendali che ogni Azienda USL deve garantire negli Istituti penitenziari del proprio territorio;
- § DGR 1135/2011: 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 e internati negli istituti penitenziari della regione e indicazioni per la definizione di protocolli locali.

L'assunzione di competenze in ambito di Sanità penitenziaria comporta per le Aziende USL funzioni di gestione, specifiche dell'assistenza sanitaria prestata alle persone detenute, da svolgersi in modo omogeneo in tutti gli Istituti Penitenziari.

La sfida della riforma della medicina penitenziaria

La medicina penitenziaria, ma è più opportuno parlare di sanità penitenziaria, trova "motivo di specificità per le caratteristiche degli ambienti in cui viene obbligatoriamente esercitata", caratteristiche che "determinano influenze sull'uomo che le subisce e che suscitano particolari manifestazioni di ordine psicologico, organico e reattivo".¹

Tra le "specificità" si evidenziano:

- § disagio psichico come caratteristica prevalente nella comunità penitenziaria, in quanto Istituzione totale
- § condizionamenti all'esercizio delle competenze sanitarie derivanti dalle norme di sicurezza
- § insufficienze logistico-strutturali
- § limiti del setting terapeutico
- § possibilità che per la persona reclusa la salute non costituisca un obiettivo primario ma uno strumento per modificare/migliorare la propria condizione detentiva.

Per il personale sanitario, quindi, erogare assistenza primaria in carcere significa anche:

- § disponibilità a misurarsi con la realtà carceraria e le sue specificità

¹ Citazione di Prof. Mastantuomo, da "Atti del XXX Congresso Nazionale di Medicina Penitenziaria", Sirmione, Maggio 2007, pag.5

- § capacità di comprensione dei difficili meccanismi che caratterizzano la comunità penitenziaria
- § difficile gestione delle emozioni di persone che, private della libertà, non fruiscono di quei sostegni che possono essere presenti nella vita "ordinaria" (frequentazione degli affetti, sessualità, affermazione sociale) e che, nel contesto detentivo, altri invece devono affrontare.

Pianificare l'assistenza primaria in carcere significa conoscere lo stato di salute di questa particolare popolazione, seguendone l'evoluzione.

Per comprendere lo stato di salute della popolazione detenuta nonché alcune specificità relative a patologie prevalenti si può fare riferimento ad una pubblicazione del 2007²:

- § almeno un detenuto su cinque si dichiarava consumatore di sostanze e tra questi la doppia diagnosi è probabile in almeno 5-6 su dieci
- § tra i tossicodipendenti, i portatori di epatopatie erano 1 su 4 e almeno 6 su 100 gli HIV positivi
- § almeno il 60% dei detenuti risultava fumatore
- § nel 50% dei detenuti prevaleva la patologia odontoiatrica
- § escludendo la depressione (tre detenuti su 10), erano 3-4 su 20 i detenuti con disagio psichico importante
- § ipertensione arteriosa era rilevabile in circa 5 detenuti su 100
- § per le altre patologie cardiovascolari circa 8 detenuti su 100 erano a rischio di eventi coronarici; su 100 detenuti cardiopatici, 30 erano anche malati psichiatrici; su 10 tossicodipendenti, almeno uno risultava cardiopatico
- § almeno 2 -3 detenuti su 100 erano diabetici
- § le patologie gastro-intestinali croniche erano presenti in 10 detenuto su 100
- § almeno 13 persone detenute su 100 risultavano portatrici di patologie osteo-muscolo-articolari
- § tra le malattie infettive i reclusi con infezione da HIV risultavano intorno al 3% (e solo il 30% circa dei reclusi si sottopone tuttora al test)
- § le malattie broncopolmonari riguardavano 3 - 4 detenuti su 100 (principalmente bronchite cronica e enfisema)
- § le patologie croniche dermatologiche e i disturbi sensoriali dell'udito e della vista erano presenti in almeno 1 soggetto su 10.

Il progressivo aumento della popolazione detenuta straniera ha posto e pone nuove specificità e nuove sfide alla sanità penitenziaria, il cui intervento deve comprendere sempre più la dimensione trans-culturale ed i diversi modelli culturali di salute di cui sono portatori i detenuti stranieri (circa il 50% della popolazione detenuta presente negli IIPP della Regione, di oltre 50 nazionalità differenti).

Le Aziende USL, con la necessaria partecipazione di tutti gli operatori sanitari, debbono ribadire, anche nel sistema penitenziario, l'obiettivo di promuovere le attività ed i programmi di:

- § prevenzione come individuazione del rischio: medicina predittiva sulla persona con la valutazione del rischio di insorgenza di una patologia

³ Maurizio Esposito "Malati in carcere", Franco Angeli, 2007

- § prevenzione quale tutela della salute: programmi di prevenzione primaria ovvero di informazione e controllo dei determinanti di malattia: ad esempio, malattie infettive, fumo, sedentarietà, alimentazione
- § prevenzione attraverso screening di popolazione: interventi di prevenzione secondaria rivolta al precoce riconoscimento diagnostico di una patologia
- § prevenzione come attenzione nei confronti della malattia e delle sue complicanze: attività di prevenzione terziaria sui soggetti malati con l'obiettivo di contenere l'aggravamento e/o le recidive.

Il quadro appena delineato, per garantire livelli essenziali di assistenza al pari dei cittadini liberi, determina la necessità di ampliare, almeno in parte, le prestazioni offerte precedentemente alla emanazione del DPCM 1/04/08 .

La gestione delle Aziende USL rappresenta una opportunità di cambiamento attraverso:

- § innovazione tecnologica in termini di strumentazioni
- § raccordo con le discipline specialistiche
- § lavoro di équipe sanitaria, che favorisce l'integrazione professionale multidisciplinare
- § monitoraggio più strutturato dei flussi informativi.

Il nuovo approccio deve favorire nella persona detenuta la consapevolezza del concetto di salute come benessere e non quale strumento di manipolazione, con auspicabili ricadute positive in termini di maggior compliance; ad esempio un minore uso e/o scambio di farmaci. Tutto ciò è realizzabile attraverso forme di collaborazione interistituzionale per il superamento della criticità derivanti dal sovraffollamento carcerario e l'individuazione di prassi operative che garantiscano il diritto alla salute .

Cosa ha fatto la Regione

Per definire linee operative omogenee a livello aziendale, la Regione ha avviato, a fine 2010, il progetto "Percorso di accompagnamento alla definizione congiunta di linee operative e di orientamento a livello regionale sulla salute nelle carceri", articolato nelle seguenti azioni:

- § Costituzione di un Gruppo di lavoro composto da personale sanitario, attualmente operante negli IIPP (medici referenti, coordinatori/referenti assistenziali, responsabili di programma) unitamente a funzionari di livello regionale³ che ha esaminato, condiviso e definito i contenuti del presente documento, con particolare riferimento alla parte II
- § ricerca qualitativa sullo stato di attuazione della riforma in alcune carceri
- § incontri intermedi di confronto e discussione con i referenti dell'Amministrazione penitenziaria in un'ottica di condivisione. Ciò anche al fine di stimolare occasioni di confronto e collaborazione tra le due Istituzioni che, con diversi mandati, operano a pieno titolo nello stesso ambito. Tale confronto e collaborazione sono risultati di grande importanza per l'effettuazione del percorso stesso.

³ Il gruppo di lavoro è stato condotto da esperti di Iress, con la supervisione scientifica di medici esperti nelle tematiche in oggetto: esso si è incontrato 12 volte (dal 2011 a maggio 2012). I contenuti elaborati dal gruppo di lavoro sono stati di volta in volta condivisi. L'intero percorso è stato anche monitorato ed orientato dal cosiddetto 'gruppo guida' di livello regionale, composto da responsabili della Regione, Servizio salute mentale - dipendenze patologiche - salute nelle carceri, da una rappresentanza di medici e infermieri operanti negli IIPP, da responsabili di Iress.

Il percorso clinico-assistenziale delle persone detenute

L'assistenza sanitaria a favore delle persone detenute è erogata dal Servizio Sanitario Regionale all'interno degli Istituti penitenziari e, quando necessario, per l'attività specialistica o per ricoveri ospedalieri, all'esterno dell'Istituto stesso.

In generale, l'assistenza sanitaria amplia la sua azione con un'intensa attività di promozione della salute come aspetto individuale e sociale fondamentale, secondo le linee guida indicate dall'OMS. Anche la detenzione può e deve divenire un momento di informazione sanitaria per far conoscere ai detenuti i pericoli connessi ad abitudini e/o patologie di cui sono portatori ed i rischi a livello sia individuale che comunitario.

Con la riforma il detenuto trova all'interno dell'Istituto un presidio sanitario pubblico in grado di accompagnarlo nell'arco dell'intera detenzione.

È possibile individuare 3 fasi della detenzione:

- § Accoglienza
- § Detenzione
- § Dimissione

Il Gruppo di Lavoro ha definito un percorso clinico-assistenziale per ogni fase. I percorsi, che prevedono un'offerta di prestazioni all'utente, sono specifici e mirati ai diversi bisogni di salute rilevati (Figura 1).

Figura 1 - Promozione della Salute e Assistenza Sanitaria ai detenuti



ACCOGLIENZA

- A - Servizi di Assistenza Primaria in Ingresso: attività e prestazioni rivolte a persone che entrano negli Istituti Penitenziari della Regione Emilia-Romagna (Nuovi Giunti o trasferiti da altro Istituto Penitenziario)

MODELLI DI ASSISTENZA

- B - Servizi di Assistenza Primaria durante il Periodo Di Detenzione - attività e prestazioni rivolte a persone sane, con patologia cronica, con patologia acuta, in caso di emergenza

DIMISSIONE

- C - Servizi Di Assistenza Primaria per le persone detenute in Dimissione: attività e prestazioni volte a dare continuità al percorso di salute della persona fino ad ora in carico al servizio sanitario intramoenia

Per ognuna delle tre macro-aree il documento individua e definisce le singole prestazioni/attività, con l'indicazione delle professionalità competenti per la realizzazione e indicatori di attività e risultato.

Il documento è strutturato in due parti:

- § Parte I: ragguagli sul particolare contesto e descrizione sintetica del percorso assistenziale della persona detenuta.
- § Parte II: indicazioni operative per l'attivazione del percorso assistenziale in ambito carcerario con individuazione delle figure professionali coinvolte, dei ruoli e delle attività svolte.

PARTE I. Il percorso assistenziale – una visione di insieme

A. ACCOGLIENZA

Nel percorso di ingresso il paziente Nuovo Giunto, espletate le procedure previste dall'Ordinamento penitenziario (L.354/76), viene accompagnato negli ambulatori dell'Azienda USL e accolto dal personale sanitario.

La visita del Nuovo Giunto rappresenta il primo approccio per il detenuto con l'assistenza primaria in carcere. In considerazione dell'elevato numero di soggetti immigrati che vengono tradotti in carcere, non di rado costituisce uno dei primi contatti in assoluto con il personale del sistema sanitario.

È un momento molto importante e delicato, in quanto occorre entrare in relazione con una persona confusa e frastornata dal succedersi di circostanze restrittive della libertà personale. Accoglierla significa dare sostegno al dramma personale innescato dalla detenzione e favorire la percezione che il Servizio sanitario può costituire una risorsa per affrontare l'attuale vicenda personale.

È importante che il Servizio sanitario penitenziario sia recepito come un riferimento qualificato per la promozione della salute, psichica e fisica, e riconosciuto come sistema autonomo e indipendente dall'Istituzione carceraria.

I nuovi
giunti

I "Nuovi giunti" sono:

- § persone provenienti dalla libertà alla prima esperienza detentiva o recidivi
- § persone trasferite da altro Istituto Penitenziario, compresi i giovani che, compiuta la maggiore età, transitano dagli Istituti minorili al circuito penitenziario degli adulti.

Oggi oltre il 50% dei Nuovi Giunti sono soggetti stranieri verso i quali intraprendere azioni di promozione della salute può risultare tanto problematico quanto mai importante: proprio in carcere può prendere avvio un percorso positivo con le relative ricadute sociali e di integrazione.

Si tratta di porsi a sostegno e di agire a contrasto della "fragilità" della popolazione detenuta, che spesso deriva proprio da condizioni di vita caratterizzate da basso reddito, povertà materiale e culturale, emarginazione sociale.

Tabella 1 - Nuovi Giunti dalla libertà o da altri Istituti negli Istituti Penitenziari - Emilia-Romagna - 2011

ISTITUTI	Nuovi giunti dalla libertà				Totale ingressi dalla libertà	Nuovi ingressi provenienti da altri istituti	Totale nuovi ingressi
	Italiani		Stranieri				
	Uomini	Donne	Uomini	Donne			
CC BOLOGNA	383	65	851	81	1.380	502	1.882
CR CASTELFRANCO E.	7	0	0	0	7	63	70
CC FERRARA	189	0	227	0	416	249	665
CC FORLI'	183	60	175	46	464	66	530
CC MODENA	197	36	454	55	742	151	893
CC PARMA	149	10	256	20	435	108	543
CR PARMA	12	0	5	0	17	291	308
CC PIACENZA	135	10	135	20	300	232	532
CC RAVENNA	147	0	223	0	370	86	456
OPG REGGIO EMILIA	24	0	3	0	27	171	198
CC REGGIO EMILIA	170	3	285	0	458	123	581
CC RIMINI	204	0	288	0	492	167	659
CL SALICETA S.G.	13	0	0	0	13	74	87
TOTALE	1.813	184	2.902	222	5.121	2.283	7.404

La visita del nuovo giunto

Per favorire l'instaurarsi, da subito, nel detenuto di un rapporto di fiducia nei confronti dell'intera équipe sanitaria, la visita richiede un atteggiamento rispettoso della persona, che può facilitare il colloquio e la relazione, con particolare attenzione a non suscitare diffidenza, timori, ostilità (ad esempio, se si indossano guanti spiegare che non si tratta di pregiudizi ma di regole sanitarie).

Occorre inoltre :

- § rendere disponibile e presentare un vademecum dei servizi offerti (la Carta dei Servizi Sanitari Penitenziari)
- § informare la persona per motivarla a partecipare agli screening offerti, con una intensa attività di counselling, sottolineando che tali procedure sono a vantaggio suo e dell'intera comunità
- § programmare con il soggetto le visite, nella settimana successiva, e gli accertamenti specialistici eventualmente necessari (ad esempio, il ricorso allo psicologo o allo psichiatra).

Nelle visite programmate nei giorni successivi gli obiettivi da raggiungere sono:

- § rafforzare nella persona detenuta la consapevolezza che la salute è un patrimonio e che per preservarla possono essere utili modifiche dello stile di vita
- § renderlo capace di partecipare positivamente ad un progetto di cura della propria persona che non è solo passivo ma deve vederlo protagonista di comportamenti tesi a migliorare anche la situazione complessiva di un ambiente difficile.

La fase di accoglienza

La fase di accoglienza sanitaria, che richiede in ogni caso luoghi adeguati, si deve comunque concludere, di norma, entro due settimane dall'ingresso e i risultati

costituiscono la base per il percorso clinico-assistenziale nella successiva fase di detenzione.⁴

Al termine della prima visita (ma anche durante il periodo di accoglienza) il Servizio sanitario, al fine di favorire un'adeguata sistemazione, fornisce eventuali indicazioni alla Direzione dell'Istituto penitenziario, in particolare relativamente a:

- § allocazione che escluda per i non fumatori il rischio di coabitazione forzata con fumatori⁵
- § alimentazione appropriata rispetto alle patologie riscontrate (utilizzo di eventuali indicazioni redatte da dietisti aziendali)
- § precauzioni rispetto alla logistica dei servizi sanitari: cardiopatici, soggetti fragili, soggetti in sciopero della fame o isolati dovrebbero essere alloggiati in celle con adeguate condizioni di microclima, prossime alla area sanitaria per consentire eventuali, celeri, interventi di pronto soccorso
- § svolgimento di attività fisica.

Le attività messe in essere durante il periodo di accoglienza devono anche:

- § prevenire manifestazioni di disagio e rischio suicidario⁶
- § prevenire il rischio di eventi cardiovascolari, di malattie polmonari, di malattie infettive acute, con indicazioni utili per la prevenzione del contagio.

La fase di accoglienza si conclude con la definizione, da parte del personale sanitario addetto all'assistenza primaria, del Piano Assistenziale Individuale (P.A.I. vedi scheda pag. 38) realizzato in base a:

- § stato di salute fisico ed eventuali disabilità
- § stato di salute psichico ed eventuali fattori di stress (vedi scheda di valutazione per invio allo psichiatra)
- § fattori di rischio
- § patologie presenti
- § terapie ed eventuali interventi assistenziali programmati necessari
- § vaccinazioni raccomandate per fattori di rischio o condizioni individuali
- § indicazione all'esecuzione degli screening oncologici previsti
- § indicazioni fornite alla Direzione d'Istituto.

Il P.A.I. rappresenta la proposta assistenziale che il servizio offre all'assistito detenuto per raccogliergli l'adesione o i dubbi; sarà condiviso con l'assistito a cui ne sarà proposta la sottoscrizione, generando il Patto per la Salute, strumento di riferimento, sia per il Servizio che per l'assistito, per:

- § effettuare valutazioni successive sulle prestazioni assistenziali nella fase di detenzione e la continuità assistenziale

⁴ Cfr Protocollo d'intesa RER PRAP (DGR 1135/2011), ART. 3 AMBIENTI ATTI A FAVORIRE ATTIVITA' SANITARIE INTENSIVE

⁵ Cfr. Protocollo d'intesa RER PRAP (DGR 1135/2011) , ART. 2 AMBIENTI COMUNI: "Le Aziende USL si impegnano a segnalare alle Direzioni degli Istituti penitenziari i detenuti e internati non fumatori o che necessitano di essere tutelati dal fumo passivo per una idonea allocazione. Le Aziende Sanitarie Locali si impegnano a promuovere utili ed efficaci iniziative divulgative sugli effetti nocivi del fumo....".

⁶ Cfr in merito DGR 2/2010 "Programma regionale per la salute negli Istituti Penitenziari": prime indicazioni alle Aziende USL per la redazione dei Programmi Aziendali, Paragrafo 4.4) Prevenzione, cura e riabilitazione nel campo della salute mentale.

§ Fornire una sintesi finale al momento del ritorno in libertà dell'assistito, su tutti i servizi ricevuti e sui risultati ottenuti. Il Patto per la salute vuol dare trasparenza a tutta l'azione sanitaria e dare stimolo alla persona assistita per una reale partecipazione al programma proposto e accettato, favorendo lo sviluppo di una partecipazione consapevole da parte del detenuto e, anche in questo particolare contesto, una manifestazione di cittadinanza attiva.

B. PERIODO DI DETENZIONE

Prima di affrontare il tema dell'assistenza primaria durante il periodo detentivo, si vogliono sottolineare due punti di attenzione:

- § le prestazioni sanitarie vengono offerte all'interno di un particolare contesto, quello penitenziario, la cui direzione è dell'Amministrazione Penitenziaria, cui compete la custodia delle persone detenute; pertanto l'organizzazione delle attività sanitarie deve tener conto dell'ordinamento penitenziario e della condivisione con un'altra Amministrazione il cui mandato istituzionale pone al primo posto l'ordine e la sicurezza
- § la condizione di restrizione della libertà può favorire nel detenuto un atteggiamento di ambivalenza verso il proprio stato di salute per la possibilità di utilizzare la malattia ad altri fini (favorire l'uscita dal carcere); ciò può condizionare il rapporto medico-paziente rendendolo particolarmente complesso.

Durante il periodo di detenzione, il fine del percorso clinico-assistenziale deve essere quello di offrire appropriata assistenza sanitaria ed informazioni per la promozione della salute.

In questa fase il Servizio sanitario assicura:

- § attuazione del Patto per la salute individuale
- § gestione delle patologie acute e croniche
- § gestione del rischio infettivo
- § gestione delle urgenze/emergenze.

attraverso:

- § monitoraggio dello stato di salute del paziente sano
- § assistenza/monitoraggio del paziente con patologia acuta
- § assistenza/monitoraggio del paziente con patologia cronica, anche in termini di raccordo con attività specialistiche interne/esterne
- § integrazione di servizi offerti in caso di emergenza/urgenza (attività e prestazioni offerte come primo soccorso ed eventuale attivazione del raccordo con il 118).

L'arrivo e
vita in
sezione

Il disagio, in termini di sofferenza psichica, costituisce lo stato prevalente in carcere e su questo occorre esercitare azioni di riconoscimento, prevenzione e forme di trattamento alternativo.

La relazione medico/paziente diviene, contemporaneamente, strumento strategico di prevenzione e di terapia.

È di fondamentale importanza considerare il contesto detentivo, in quanto cornice in cui si sviluppa la relazione medico/paziente. Occorre pertanto porre attenzione ai seguenti fattori specifici del contesto di vita del paziente detenuto:

- § caratteristiche della sezione, sua vivibilità e sue criticità, primi fra tutti il fumo passivo, gli odori, lo stato dei bagni, delle docce comuni, degli spazi comuni, il microclima
- § compagni di cella, loro numero e loro storia, stanti soprattutto le attuali condizioni di sovraffollamento
- § "oggetti comuni" da condividere con i compagni di cella

- § frustrazioni derivate da condizioni emotive e di contesto, quali ad esempio privazione della libertà, degli affetti, della sessualità, personale situazione giudiziaria, convivenza coatta
- § ambito caratterizzato da gerarchia di ruoli, basata su parametri specifici della dimensione detentiva.

L'organizzazione della vita interna è scandita istituzionalmente sulla base di tempi e azioni quali, ad esempio, l'apertura della cella, le perquisizioni improvvise, l'orario di battitura delle inferriate, i ritmi previsti dal regolamento penitenziario, la convivenza fra soggetti con diverse abitudini e costumi, la possibile conflittualità nella gestione della vita quotidiana all'interno della cella. Tutti questi fattori possono trovare diversi gradi di accettazione/adattamento nella persona, soprattutto alla prima esperienza carceraria, e indurre sintomi e comportamenti mai comparsi precedentemente con la stessa intensità.

Ad esempio si verificano frequentemente alterazioni del ritmo "sonno-veglia", del tono umorale tra apatia e aggressività, disfunzionalità gastro-intestinali, "crisi di panico".

Di non minore importanza l'impatto di notizie ricevute nel corso dei colloqui con i familiari, i cui effetti possono essere rassicuranti, ma anche al contrario devastanti, come l'attesa della visita da parte di un congiunto che non si presenta per vergogna o rifiuto; parimenti non si possono trascurare le notizie ricevute con lettere e telefonate e dagli avvocati.

Fattori di criticità

Elementi verso cui prestare particolare attenzione sono:

- § i cambiamenti improvvisi di abitudini e della cura di sé: per esempio se la persona non usufruisce più dell'ora d'aria, se non partecipa alle attività fisiche ed altre attività istituzionali, se manifesta cambiamenti nelle abitudini alimentari. Questi eventi meritano attenzione e vanno monitorati, in particolare nelle persone riconosciute in fase di accoglienza in buone condizioni di salute
- § i cosiddetti eventi critici, espressione di disagio quali l'autolesionismo, i tentativi di suicidio, auto/etero aggressività . (Cfr. scheda di approfondimento 1)
- § il numero delle persone che assumono farmaci e loro tipologia. L'assunzione in carcere rappresenta una criticità che complica ulteriormente lo scenario:
 - possono essere accumulati per utilizzo, per esempio, quale merce di scambio o per autolesionismo, per la ricerca di situazione di "sballo". Morti improvvise senza apparente causa riguardano circa un terzo dei decessi dei detenuti e fra le possibili cause si deve tener conto di una ipotetica assunzione di cocktail farmacologici. I farmaci più prescritti appartengono alla categorie degli psicofarmaci, in particolare benzodiazepine spesso associate a antipsicotici, atipici e non, e spesso ad antiacidi inibitori della pompa protonica, FANS, metadone, antivirali, antiretrovirali, i cui effetti collaterali comprendono, fra gli altri, la possibilità di grave danno cardiocircolatorio.
 - possono essere non assunti per aggravare le condizioni fisiche e favorire le dimissioni o il ricovero in ospedale, per incompatibilità con il carcere.

Il personale sanitario deve, quindi, favorire la conoscenza sull'uso corretto dei medicinali e la loro modalità di assunzione, promuovendo al massimo la responsabilizzazione del paziente detenuto.

Quanto detto sin qui a proposito della difficoltà a costruire una proficua relazione medico/paziente, delle criticità del contesto detentivo e dell'uso dei farmaci induce ad evidenziare alcuni aspetti fondamentali che possono essere così sintetizzati:

- § imprescindibilità del lavoro di squadra, di una équipe che operi in modo multidisciplinare integrando i vari interventi
- § importanza della valorizzazione del PAI che ha come esito una maggiore appropriatezza degli interventi e una sempre maggiore responsabilizzazione del paziente/detenuto.

Promuovere l'intero percorso può favorire, in termini di ricaduta, un miglioramento complessivo anche della qualità della vita delle sezioni, ad esempio nella pulizia delle celle, nella riduzione eventi di auto-etero aggressività, nell'abbattimento dell'abitudine tabagica.

Le principali patologie

Le patologie, che caratterizzano la popolazione detenuta, possono essere distinte in:

- § patologie ad insorgenza acuta, come prima manifestazione o come complicanza improvvisa di una patologia cronica, che possono essere trattate nel penitenziario, anche con primi interventi in emergenza/urgenza, o richiedere ulteriori provvedimenti tramite accesso alle strutture sanitarie esterne di Pronto Soccorso, fino al ricovero
- § patologie croniche, di diversa complessità, ma tali da non determinare incompatibilità con il regime detentivo e poter essere trattate nell'Istituto penitenziario.

Il personale sanitario deve operare, in caso di patologia, in modo da evidenziarne il possibile decorso e stabilire, nel programma assistenziale, la prognosi, gli eventuali successivi controlli del medico o dell'infermiere, per monitorare la salute del detenuto e dare eventuali opportune indicazioni alle Direzioni, soprattutto nei casi di malattia ad alto contagio (corretta ubicazione, alimentazione, ecc)

Gestione delle patologie acute

Premesso che in generale la popolazione sana rappresenta circa il 30 - 40% dei detenuti mentre solo circa il 10% non richiede alcuna visita, possiamo ritenere che la comparsa di sintomi nella popolazione sana sia costituita, per lo più, da situazioni di disagio, patologie infettive, respiratorie e gastrointestinali, gastropatie, traumi.

Tabella 2 - Patologie acute nella popolazione carceraria

Infezioni prevalenti delle vie aeree, dell'apparato digerente, genito-urinario, della cute, della cavità orale e organi di senso	Patologie acute (non causate da malattie infettive) di cuore e circolo, apparato respiratorio, apparato digerente, apparato genito-urinario, ghiandole endocrine
Ipo- iperglicemie	Ipo- ipertermia e colpo di calore.
Cefalee	Disturbi della visione
Perdita di coscienza. stati eccitativi o confusionali,	Crisi ansiose, stati depressivi,
tentativi di suicidio.	Traumi accidentali o da auto - eterolesioni. Fratture, distorsioni, lussazioni, ematomi, contusioni ferite da taglio, da punta, da scoppio, lacero-contuse, emorragie.
Lesioni da aghi e altri taglienti.	Lesioni e traumi degli organi di senso.
Lesioni da violenze sessuali.	Punture di insetti o morsi di animali (topi).
Eritemi, ustioni.	Intossicazioni acute da stupefacenti, alcool, gas, farmaci, acidi, detersivi, solventi.
Ingestione volontaria di corpi estranei (utensili, lamette, batterie ..)	Sindrome da astinenza.
Allergie da inalanti, alimenti, farmaci	Conseguenze derivanti da sciopero della fame o/e della sete, condizione di isolamento

Si tratta spesso di evenienze su cui l'attività di prevenzione può incidere solo se caratterizzata dalla anticipata azione di sistema che possa consentire di ridurre le occasioni di disagio.

Allo stesso modo patologie ad insorgenza acuta come complicanze di malattie croniche possono essere prevenute, almeno in parte, modificando gli stili di vita.

Un piano di lavoro di questo tipo necessita della formulazione di Protocolli aziendali di livello locale con previsione di eventuali compiti operativi.

Gestione delle patologie croniche

Circa il 60% dei detenuti presenta almeno una patologia cronica.

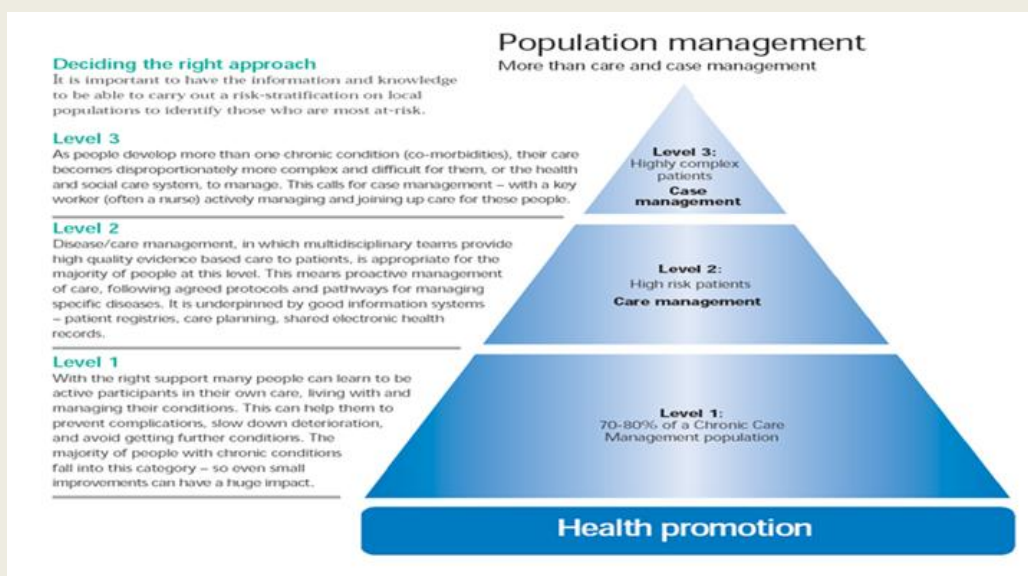
Si tratta prevalentemente di soggetti in giovane età per i quali occorre promuovere una assistenza sanitaria appropriata ed una presa in carico tesa ad agevolare un percorso di revisione sostanziale dello stile di vita, che inizia con la detenzione e deve proseguire sul territorio di appartenenza, una volta che il soggetto torni in libertà.

Le malattie croniche⁷ causano nel mondo il 60% (circa 35 milioni) dei decessi: una dimensione epidemica che ha determinato lo sviluppo di programmi basati sui principi della "primary health care" fortemente orientati alla prevenzione ed alla medicina di iniziativa.

Disease management

Negli anni sono stati sperimentati e sviluppati modelli di "disease management" mirati a migliorare la qualità dell'assistenza ai soggetti affetti da patologie croniche riducendo, contemporaneamente, i costi di gestione. Lo sviluppo delle cure territoriali rispetto a quelle ospedaliere per il controllo delle malattie croniche rappresenta infatti uno dei punti di forza dei modelli assistenziali basati sulla primary care.

Indicativo il modello, elaborato in Gran Bretagna dal Department of Health, che propone una strategia di "Population management" attraverso la stratificazione del bisogno su 3 livelli



LIVELLO 1 – Population Management (70-80% dell'assistenza ai pazienti cronici)

Con il giusto supporto molte persone possono imparare a partecipare attivamente prendendosi cura di loro stessi, convivendo e riuscendo a gestire la propria

⁷ WHO "Primary health care, now more than ever" - World Health Report, 2008

condizione. Questo può aiutarli a prevenire le complicanze, rallentare il deterioramento ed evitare di aggiungere altre patologie. La maggioranza della popolazione con una condizione cronica rientra in questa categoria – così che anche piccoli miglioramenti possono avere un enorme impatto.

LIVELLO 2 – Disease/Care Management (15-20% dell'assistenza ai pazienti cronici ad elevato rischio)

La gestione della cura/malattia, in cui un team multidisciplinare fornisce un'assistenza di elevata qualità basata sulle evidenze, è appropriata per la maggior parte delle persone incluse in questo livello. Questo significa una gestione proattiva dell'assistenza, che segua protocolli approvati e percorsi per la gestione di specifiche patologie. È sostenuta da un buon sistema informativo: registro dei pazienti, planning dell'assistenza, documentazione sanitaria in formato elettronico che sia condivisa da tutti.

LIVELLO 3 – Case Management (2-3 % dell'assistenza ai pazienti cronici ad elevata complessità)

Nel momento in cui la popolazione sviluppa più di una condizione cronica (comorbidità), la presa in carico diventa molto più complessa e difficile da gestire. È pertanto necessaria una gestione del caso con un operatore chiave (spesso un infermiere) che coordini attivamente l'assistenza per queste persone.

Il Chronic Care Model individua le variabili fondamentali per un approccio "sistemico" alle malattie croniche, pone in risalto 6 aree di intervento per migliorare l'assistenza ai pazienti affetti da patologia cronica e promuovere un approccio appropriato da parte degli operatori.(Cfr. scheda di approfondimento 2).

La cultura del "disease management" può essere trasferita nella gestione delle malattie croniche negli Istituti penitenziari: in ambito penitenziario il "disease management" deve essere inteso come presa in carico globale (socio-sanitaria) del cittadino detenuto, condivisa (da tutti gli attori, cittadino compreso) e trasparente nelle regole ed obiettivi.

L'introduzione di queste modalità comporta una forte connessione del servizio sanitario penitenziario con i servizi aziendali deputati all'attività di promozione della salute e in questo senso rafforza l'idea di una necessaria valorizzazione del ruolo infermieristico.

L'attività sanitaria, in definitiva, viene offerta secondo due direttrici:

- § assistenziale, individuale, fortemente indirizzata al controllo delle patologie in atto, con adeguati strumenti terapeutico-riabilitativi, secondo il programma definito all'ingresso con il PAI,
- § promozionale, sia a livello individuale che di gruppo.

Utile potrebbe essere anche il ricorso al volontariato o ad associazioni che accolgono soggetti portatori di specifiche patologie per favorire lo sviluppo dei programmi promozionali, creando una condizione favorevole anche al proseguimento delle cure quando il detenuto riacquista la libertà.

Trattare secondo questi principi una popolazione giovane, come quella detenuta, con patologie croniche e comorbidità importanti, può voler dire in prospettiva contenere i bisogni assistenziali e sociali, derivati dalle inevitabili complicanze nella loro aspettativa di vita, considerata anche la loro appartenenza a gruppi di popolazione a basso grado

culturale. Il 70% dei detenuti ha bassa scolarità e basso reddito; tali condizioni determinano di fatto una fragilità sociale importante, (Cfr. scheda di approfondimento 3).

Diviene evidente in tal modo il valore aggiunto di una azione di sistema su questa popolazione, con l'auspicabile conseguenza di una concreta ricaduta anche sulle loro reti di appartenenza.

Tabella 3 - Patologie croniche nella popolazione carceraria

Tossicodipendenza
Cardiovasculopatie:
Miocardiotipia ischemica
Ipertensione arteriosa
Aritmie
Diabete mellito
Broncopatie croniche
Malattie infettive:
MST
AIDS
TB
Epatiti
Depressione
Psoriasi
Dislipidemie
Cirrosi epatica
Psicosi – disturbi di personalita'
Disabilita' post-traumatiche o di altra eziopatogenesi

Interventi
di primo
soccorso

Nella comunità penitenziaria possono verificarsi episodi critici per la salute dei detenuti, che richiedono interventi di primo soccorso.

Si tratta di un aspetto non trascurabile dove concorrono e debbono efficacemente integrarsi le risorse professionali dell'Amministrazione Penitenziaria e delle Aziende Sanitarie.

Si possono distinguere, in base alla reale presenza di pericolo di vita, interventi in:

- § Emergenza: determinati da patologie crono-dipendenti per l'esito finale o per cut off temporali rigidamente definiti per l'applicazione della terapia, in cui il rischio per la vita del soggetto o per gli esiti invalidanti è serio e dove fondamentale è la rapida disponibilità dei soccorsi. Sono le situazioni in cui i sanitari potranno certificare alla Direzione di Istituto l'invio all'esterno, ai sensi dell'art. 17 del Regolamento di Esecuzione dell'Ordinamento Penitenziario (DPR 230/00), per l'imminente pericolo di vita
- § Urgenza: determinati da patologie che non sono definibili in maniera rigida crono-dipendenti, per i quali l'intervento può effettuarsi con un margine di tempo tale da non compromettere la vita del soggetto. Anche in questo caso può essere necessario il ricorso all'art. 17 citato.

Le patologie crono-dipendenti che determinano, anche sul territorio, con più frequenza, situazioni di emergenza sono:

- § Arresto cardiaco
- § Infarto miocardico acuto
- § Stroke
- § Poli-traumi gravi con emorragie, interne o esterne

Per questi, l'organizzazione dei Dipartimenti di Emergenza-Accettazione (D.E.A.), tramite il 118, garantisce l'arrivo della prima équipe di soccorso sul paziente in pochi minuti

dall'allertamento, integrando i propri interventi con quelli già messi in atto dal personale sanitario operante in carcere.

Anche nell'ambito penitenziario è fondamentale realizzare un efficace intervento del 118, tenendo in considerazione la probabilità che possano verificarsi, oltre a quelle citate, altre manifestazioni patologiche da trattare come tempo-dipendenti:

- § Episodi di Over-dose
- § Tentativi di Impiccagione
- § Avvelenamenti
- § Intossicazioni da gas
- § Ustioni

Per garantire la tempestività degli interventi in situazione di emergenza/urgenza, è necessario disporre di sistemi comunicativi interni ed esterni all'Istituto penitenziario, in grado di notificare rapidamente l'accadimento al personale sanitario.

Sistema di comunicazione interno per garantire che:

- § la notizia di un evento giunga tempestivamente al personale sanitario interno al penitenziario
- § sia chiaro il luogo in cui l'evento si è verificato, anche in relazione ai tempi necessari per raggiungerlo
- § vengano comunicati alcuni elementi di giudizio: le condizioni rilevabili visivamente, in particolare se il soggetto è immobile e apparentemente privo di coscienza
- § le modalità più efficaci per garantire la tempestività, in particolare se la situazione richiede specifica strumentazione.

La rapidità dell'intervento, da garantire in 5-10 minuti, è da considerare come salvavita.

Sistema di comunicazione esterno

Altrettanto importante è l'attivazione del 118, ed è opportuno che sia fatta da parte dei sanitari per una migliore descrizione del quadro clinico in corso. Contemporaneamente l'Amministrazione Penitenziaria può mettere in atto condizioni tali da facilitare il percorso e consentire all'ambulanza di raggiungere il luogo dove sono necessari i soccorsi, non trascurando la possibilità di poter individuare un luogo favorevole per un più rapido accesso e intervento. Nel frattempo il Servizio sanitario interno predisporrà gli interventi più appropriati per gestire l'attesa dell'arrivo del 118.

È fondamentale promuovere una crescita organizzativa e conoscenze comuni che possono essere più facilmente raggiunte con l'elaborazione e l'attuazione di protocolli locali per gli interventi in emergenza, fra Amministrazione Penitenziaria e Azienda USL, condividendo anche le modalità per affrontare le grandi emergenze, condizione di competenza del 118.

Attraverso i protocolli, nelle sedi dove non è presente un servizio sanitario interno attivo nelle 24 h, le Aziende USL definiranno con le Direzioni di Istituto le soluzioni alternative.

C. DIMISSIONE NEL TERRITORIO O IN ALTRE SEDI

Elemento qualificante l'intero percorso assistenziale è rappresentato dalla valutazione dell'esito del PAI assieme all'assistito e dalla consegna di una lettera di dimissione alla persona che:

- § ritorna in libertà
- § esce per andare in comunità o agli arresti domiciliari
- § viene inviata al Centro Identificazione ed Espulsione (C.I.E.)
- § viene trasferita in altro istituto.

Dare
continuità
alla salute

Nella lettera di dimissione debbono essere riportate:

- § storia clinica del soggetto
- § patologie di cui è portatore
- § terapie di cui necessita
- § vaccinazioni e esiti degli screening eseguiti in carcere
- § indicazioni a lui necessarie per la prosecuzione di specifiche modalità assistenziali.

Queste informazioni possono riguardare il medico di base, i servizi specialistici, quelli socio-sanitari dell'Azienda USL locale, regionale o extra-regionale.⁸

Soddisfare tale opportunità significa confermare e dare continuità all'azione di promozione della salute e assistenza sanitaria avviata con la presa in carico al momento dell'accoglienza in Istituto, realizzata nel corso della detenzione anche attraverso la preparazione di una dimissione protetta nei casi in cui questa sia necessaria sia dal punto di vista assistenziale che sociale.

Uscita dal
carcere

L'assistenza primaria si sviluppa in una serie di attività e prestazioni, poste in atto dal momento dell'ingresso e durante il corso della detenzione, che trovano importanza alla dimissione. Favoriscono infatti la continuità assistenziale attraverso un efficace collegamento con le strutture sanitarie territoriali quali, ad esempio, il medico di base, i servizi per le tossicodipendenze, i dipartimenti di salute mentale, le divisioni di malattie infettive, la sanità pubblica.

Da un punto di vista operativo, il PAI redatto all'ingresso si conclude con la consegna alla persona in uscita della lettera di dimissione: tale passaggio, che rappresenta la chiusura della cartella clinica, costituisce un momento significativo nella relazione medico/paziente.

La dimissione richiede particolare attenzione per quanto riguarda

- § le persone tossicodipendenti per i quali il rischio dell'over-dose è alto
- § le persone che hanno vissuto una lunga detenzione e che possono sviluppare il "timore della libertà" al punto di vivere questo avvenimento con ansia crescente, arrivando anche a commettere dei gesti estremi

⁸ Si ricorda l'articolo 4 del Protocollo d'intesa Regione Emilia-Romagna-PRAP (DGR 1135/2011): "Le Aziende USL e le Direzioni degli Istituti Penitenziari si impegnano a definire a livello locale modalità operative che garantiscano la consegna ai soggetti in procinto di essere riammessi in libertà o trasferiti in altre strutture di una relazione sanitaria circa lo stato clinico complessivo e i farmaci eventualmente necessari per la prosecuzione, nell'immediatezza, della terapia in corso".

§ le persone prive di riferimenti esterni socio-familiari.

Trasferimento

In caso di trasferimento in altri Istituti occorre, inoltre, la compilazione del Nulla Osta Sanitario, redatto dopo la visita del detenuto, facendo attenzione alla presenza di possibili lesioni cutanee, articolari, ossee che vanno certificati e/o alla presenza di altre patologie in atto per cui sono previsti esami diagnostici già prenotati e che rendono il trasferimento procrastinabile. Questo atto assume particolare rilevanza in quanto definisce lo stato di salute del paziente nel momento in cui la persona viene trasferita ad altra Istituzione.

PARTE II. Il percorso assistenziale - indicazioni operative

A. L'ACCOGLIENZA

I servizi di assistenza primaria in ingresso sono articolati in 7 diverse fasi che possono svilupparsi in modo sequenziale nell'arco di circa due settimane modulabili, se soddisfatti i principi di riferimento, secondo necessità.

Ognuno di essi prevede la realizzazione di diverse attività e prestazioni rivolte alla singola persona in ingresso direttamente (es. visita di ingresso) o indirettamente (ad esempio le indicazioni ed il raccordo con la Direzione dell'Istituto).

Di seguito si forniscono la declinazione e descrizione di ogni fase, il sistema delle responsabilità e quello del controllo dell'operato (standard ed elementi di verifica rispetto all'attività/prestazione svolta).

A1 - Presentazione del presidio sanitario nel contesto penitenziario

Apertura della cartella clinica assistenziale multiprofessionale (costituzione di un unico documento sulla persona in carico, di riferimento non solo per i medici ma anche per gli infermieri e gli specialisti) e la registrazione delle informazioni previste. La figura responsabile delle attività è l'infermiere. Questi apre una nuova Cartella informatizzata e inserisce i dati forniti (attualmente in cartaceo) dall'Ufficio Matricola, o se chiuso, dal capoposto.

I dati raccolti sono di tipo non clinico (dati anagrafici, relazioni familiari, lavoro, disagio....) utili alla pianificazione sanitaria e per il confronto a livello multi professionale.

È compito dei sanitari registrare l'orario di apertura della cartella, le eventuali interruzioni della visita (es. per cambio turno agenti o allontanamento del personale sanitario per situazioni di emergenza/urgenza) e l'orario di fine visita.

Segue un momento strutturato di colloquio nel quale viene effettuata una prima illustrazione delle caratteristiche e finalità del servizio sanitario. È un colloquio informativo che deve toccare i seguenti punti:

- § descrizione del Servizio sanitario
- § spazi, pertinenza di azione/ambito di attività, figure professionali presenti
- § obiettivi del Servizio, organizzazione, tipologia di servizi erogati.

Si registrano in tal modo prime valutazioni sull'atteggiamento e la capacità di comprensione del soggetto.

Fasi	Figure coinvolte	Funzioni	Modalità di 'registrazione' delle informazioni raccolte; dati di attività/verifica; esempi di indicatori; suggerimenti per l'informatizzazione
A.1.1 Apertura della Cartella Clinica Assistenziale-Multi professionale	Infermiere	Apertura nuova cartella	§ Controllo correttezza dei dati forniti: corrispondenza con la realtà (es. giorno dopo o alla visita successiva, compilazione di una check list di controllo) § Esempio di Indicatore: % dati corretti su totale dati
A.1.2 Registrazione dati	Infermiere	Registrazione dati	§ Controllo su correttezza dei dati forniti (cfr sopra) § Esempio di Indicatore: % di cartelle aperte entro le 24h dall'ingresso per nuovi ingressi/totale nuovi ingressi
A.1.3 Prima illustrazione delle caratteristiche e finalità del servizio sanitario	Infermiere	§ Colloquio informativo § Consegna di informativa in lingua e illustrazione	§ Verifica della capacità di comprensione del soggetto

A2 - Registrazione consenso privacy

Registrazione del consenso al trattamento di dati sanitari e indicazione degli aventi diritto alle notizie sanitarie (familiari, legali).

Il responsabile delle attività è l'infermiere, che si occuperà di acquisire la firma dell'assistito sulla modulistica: consenso (da conservare in AUSL) e registrazione degli aventi diritto alla conoscenza delle notizie sanitarie.

In Cartella sono presenti i moduli da stampare per la firma e occorre, anche, registrarvi quali moduli non sono stati firmati.

I contatti e colloqui con gli aventi diritto non possono avvenire per telefono e devono essere pianificati dal medico referente all'interno del Servizio sanitario.

Fasi	Figure coinvolte	Funzioni	Modalità di 'registrazione' delle informazioni raccolte; dati di attività/verifica; esempi di indicatori; suggerimenti per l'informatizzazione
A.2.1 Registrazione del consenso al trattamento di dati sanitari (utilizzati)	Infermiere	Compilazione modulistica	§ Registrazione in cartella
A.2.2 Indicazione degli aventi diritto alle notizie sanitarie (familiari, legale)	Infermiere	Compilazione modulistica	§ Registrazione in cartella

A3 – Visita di Ingresso

In questo momento è necessario acquisire i documenti sanitari presentati, chiedendo l'autorizzazione a farne copia, vidimarla come copia conforme all'originale e registrarli in cartella clinica.

Prima dell'esame obiettivo, l'infermiere, tramite colloquio, raccoglie informazioni sulle vaccinazioni svolte e sulle allergie documentate, acquisisce la documentazione disponibile o individua quale documentazione è da acquisire in copia conforme. Inoltre verifica:

- § l'utilizzo di occhiali
- § la presenza di protesi mobili, tutori o presidi ortopedici
- § l'utilizzo di farmaci
- § l'altezza, il peso, la pressione arteriosa, la circonferenza dell'addome, il body mass-index

Queste informazioni consentono di prestare attenzione a oscillazioni nel corso della detenzione, tali da rendere opportune ulteriori indagini; da questo punto di vista è importante prevedere la possibilità di contatto con il medico curante nel territorio, se autorizzati dall'avente diritto.

Successivamente spetta al medico (con infermiere presente o informato se assente) l'anamnesi, con raccolta delle patologie dichiarate e delle allergie (l'anamnesi dovrebbe precedere ed orientare la visita medica). In questa fase deve essere compilato il questionario di anamnesi previsto dalla nota regionale del 9 maggio 2011 sulla TBC (Allegato 1).

Il medico fa richiesta di iniziare la visita chiedendo alla persona di spogliarsi, garantendo il rispetto della dignità. Un approccio rispettoso al corpo della persona può facilitare il colloquio e la relazione. Il riscontro di lesioni evidenti sul corpo e la formulazione di domande (quando e come sono state procurate), costituisce un elemento di garanzia diretta per la persona, e di conseguenza per l'istituzione.

L'esame obiettivo generale permette di evidenziare possibili fattori di rischio (per il singolo e la comunità) a carico dell'apparato loco-motore, cardiovascolare, respiratorio gastroenterologico, urinario e di individuare disturbi psichici manifesti o latenti.

In questa fase deve essere effettuata una sintesi della prima visita con particolare riferimento a riscontro di:

- § abitudini o abusi: fumo - alcool – sostanze
- § cardiovascolopatie/diabete e altre patologie endocrine
- § pneumopatie/gastropatie/uropatie
- § malattie infettive
- § valutazione udito/visus/dentatura
- § capacità motoria/invalidità accertate o meno, necessità di protesi o presidi (l'aspetto dell'invalidità viene comunque rilevato in modo compiuto in visite successive sia dall'infermiere che dal medico)

Se si riscontrano:

- § abitudini o abusi (fumo - alcool – sostanze) e invalidità o necessità di protesi o presidi sanitari è necessario indicarlo in Cartella
- § cardiovascolopatie/diabete, altre patologie endocrine, pneumopatie/gastropatie e malattie infettive riportare in Cartella la necessità eventuale di allocazione opportuna/in vicinanza dell'area sanitaria (locali destinati a Polo di osservazione)

Un altro momento importante, in questa fase, riguarda:

- § le terapie in corso
- § l'eventuale sostituzione di farmaci, assunti in libertà previa informazione e acquisizione del consenso da registrare in cartella.

È fondamentale, inoltre, illustrare la modalità di distribuzione e somministrazione delle terapie nelle sezioni e gli obblighi nella gestione dei farmaci nella comunità penitenziaria.

Occorre anche sensibilizzare rispetto alla non opportunità dell'accumulo, della cessione, del commercio dei farmaci e sulla non opportunità di richieste improprie al personale infermieristico, tali da rendere evidente il non rispetto delle funzioni esercitate dal professionista e delle regole vigenti nel penitenziario.

Non si può pretendere che l'adesione a tale indicazione sia immediata ma deve essere raggiunta nei giorni successivi, con la proposizione continua delle motivazioni e dell'opportunità a seguire queste indicazioni.

La visita di ingresso prevede anche la presentazione e programmazione nei giorni successivi: dello screening d'ingresso, delle visite e degli accertamenti specialistici eventualmente necessari.

Tra questi assume particolare importanza la valutazione della richiesta di visita dello specialista psichiatra, da attuarsi attraverso la compilazione della scheda riportata nella pagina successiva. Se il punteggio è uguale o superiore a 5 è necessario richiedere la visita; se inferiore, lascia al medico, se lo ritiene, la possibilità di richiederla comunque.

REGISTRO ANAMNESTICO E DEI SEGNI E SINTOMI DI PERTINENZA
PSICHIATRICA DA COMPILARE PER EVENTUALE INVIO ALLO SPECIALISTA

Anamnesi

1. Ha avuto, o hanno avuto i suoi familiari, contatti con la psichiatria e/o ha (hanno) assunto psicofarmaci
 - no (0)
 - sìse ha risposto sì, si procede con le 5 domande seguenti:
 - a) Ha parenti con malattie psichiatriche sì (1) no (0)
Specificare la patologia.....
 - b) Accessi in P.S per motivi psichiatrici sì (2) no (0)
Tipo di disturbo presentato.....
Dove.....
 - c) Ha avuto ricoveri in reparti di psichiatria sì (4) no (0)
Dove.....
 - d) Ha mai assunto psicofarmaci antidepressivi e/o antipsicotici sì (3) no (0)
 - e) È in cura da uno psichiatra sì (6) no (0)
2. Ha mai avuto l'intenzione di suicidarsi sì (2) no (0)
3. Ha mai messo in atto tentativi di suicidio sì (6) no (0)

Segni rilevati obiettivamente:

4. Appare inibito, mutacico, rallentato in modo anomalo sì (8) no (0)
5. Appare eccitato, logorroico, agitato in modo anomalo sì (4) no (0)
6. Presenta disorganizzazione ideativa (è confuso e/o sconnesso) sì (4) no (0)
7. Presenta deliri e/o allucinazioni sì (8) no (0)

Sintomi soggettivi:

8. Si sente angosciato sì (3) no (0)
9. Si sente disperato sì (4) no (0)
10. Si sente in colpa sì (3) no (0)
11. Si sente avvilito sì (1) no (0)

N.B. punteggio:

Ø • 5 : visita psichiatrica;

Ø da 0 a 4 : valutazione medica. Il medico potrà richiedere la consulenza psichiatrica accompagnando la richiesta stessa con la precisa descrizione delle motivazioni.

Fasi	Figure coinvolte	Funzioni	Modalità di 'registrazione' delle informazioni raccolte; dati di attività/verifica; esempi di indicatori; suggerimenti per l'informatizzazione
A.3.1 Registrazione peso, altezza – F.C. - T.A. - BMI-circonferenza addome	Infermiere	Registrazione dati	§ Registrazione in cartella
A.3.2 Vaccinazioni svolte e allergie documentate - Acquisizione documentazione disponibile o individuazione documentazione da acquisire, Porta occhiali, apparecchi acustici, Presenza di protesi mobili, tutori o presidi ortopedici. Presenza di farmaci (porta con sé farmaci)	Infermiere	Registrazione dati e osservazione	
A.3.3 Anamnesi -Patologie dichiarate –Allergie	Medico Infermiere presente o informato	Colloquio	§ Registrazione in cartella e valutazione coerenza delle affermazioni rispetto ai campi lasciati vuoti
A.3.4 Esame obiettivo - Evidenza di fattori di rischio (per il singolo e comunità)	Medico	Visita e anamnesi	§ Registrazione in cartella
3.4.1 Riscontro di segni di lesioni/tumefazioni recenti o pregresse a varia etiopatogenesi. Aspetti medico-legali (denuncia, rapporto, referto)	Medico Infermiere	Descrizione	§ Individuazione spazio in cartella nel quale informare la Direzione dell'Istituto
3.4.2 Evidenza di disturbi psichici manifesti o latenti, noti o non noti ai servizi territoriali. Acquisizione documentazione soggetto/servizi territoriali	Medico	Descrizione	§ Redazione della scheda per eventuale visita psichiatrica § Individuazione spazio in cartella nel quale informare Direzione dell'Istituto
3.4.3 Riscontro di abitudini o abusi: fumo - alcool – sostanze	Medico: comunicazione Sert Infermiere: Direzione per allocazione	Descrizione	§ Verifica completezza della compilazione § Valutazione coerenza fra campi con "nulla da segnalare" e "campi con q.c da segnalare"

Fasi	Figure coinvolte	Funzioni	Modalità di 'registrazione' delle informazioni raccolte; dati di attività/verifica; esempi di indicatori; suggerimenti per l'informatizzazione
3.4.4 Riscontro di cardiovasculopatie/diabete e altre patologie endocrine	Medico	Codifica	
3.4.5 Riscontro di pneumopatie/gastropatie/uropatie	Medico	Codifica	
3.4.6 Riscontro di malattie infettive e parassitarie (scabbia – pediculosi)	Medico	Codifica	
3.4.7 Valutazione udito/visus/dentatura	Medico Infermiere	Codifica	
3.4.8 Inquadramento capacità motoria/invalidità accertate o meno, necessità di protesi o presidi sanitari (documentazione relativa e Ausl di riferimento)	Medico Infermiere	Codifica	
A.3.5 Terapie in corso, eventuale sostituzione di farmaci precedentemente assunti	Medico	Prescrizione della terapia	§ Registrazione in cartella
A.3.6 Illustrazione delle modalità di distribuzione e somministrazione delle terapie e degli obblighi nella gestione dei farmaci nella comunità penitenziaria	Infermiere	Informazione	§ Registrazione in cartella
A.3.7 Programmazione dello screening d'ingresso	Infermiere	Informazione	§ Registrazione in cartella § Esempio di indicatore: n° procedure completate/n° procedure avviate
A.3.8 Programmazione delle visite nella prima settimana e degli accertamenti specialistici	Infermiere	Prenotazione (in assenza del personale amministrativo)	§ Registrazione in cartella

A4 - Conclusione Visita di Ingresso

Il colloquio di esito e la registrazione di elementi qualitativi/percettivi da parte del personale sanitario (ad esempio, impatto, comportamento) sono raccolte assieme a informazioni di carattere sanitario in una Relazione di inquadramento assistenziale e sanitario (Compilazione in cartella di una relazione di inquadramento dello stato di salute).

Fasi	Figure coinvolte	Funzioni	Modalità di 'registrazione' delle informazioni raccolte; dati di attività/verifica; esempi di indicatori; suggerimenti per l'informatizzazione
A.4.1 Colloquio di esito e registrazione elementi qualitativi/percettivi (impatto, comportamento....)	Medico e infermiere	Colloquio a due voci di inquadramento assistenziale per la persona	§ Registrazione in cartella
A.4.2 Compilazione in cartella di una relazione di inquadramento dello stato di salute	Medico e infermiere	Registrazione dati	§ Registrazione in cartella

A5 - Screening di Primo Ingresso: Informazione e Counselling

La persona va resa partecipe del fatto che le procedure sono a suo vantaggio e a vantaggio dell'intera comunità. Abbiamo già evidenziato come i risultati consentano di stabilire priorità di intervento e destinazioni mirate di risorse.

L'obiettivo dello screening è quello di valutare il soggetto rispetto a

- § abuso da stupefacenti
- § TBC
- § Epatiti
- § Lue
- § HIV
- § MST

In aggiunta al prelievo ematico, alla raccolta delle urine per la ricerca degli stupefacenti ed alla Mantoux, in caso di indicazioni cliniche rilevate, si può introdurre una spirometria di base per misurare il flusso espiratorio (Piano Nazionale della Prevenzione 2010 – 2012, capitolo 4.5 Le malattie respiratorie croniche⁹).

⁹ Le malattie respiratorie croniche rappresentano una vasta gamma di gravi condizioni patologiche che include l'asma, le riniti allergiche, la broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) e la "sleep apnea sindrome". Nel loro insieme costituiscono un serio problema di salute pubblica. La lotta alle malattie respiratorie si realizza quindi in primo luogo attraverso interventi finalizzati alla prevenzione sia primaria (come la lotta al fumo e la lotta agli inquinanti presenti negli ambienti di vita e di lavoro), sia secondaria. In questo ultimo campo, estremamente importante è la diagnosi precoce che nella maggior parte dei casi può essere eseguita con la spirometria (ad esempio nei soggetti fumatori) per individuare la patologia cronica in fase iniziale ed impedire la progressione della patologia respiratoria verso livelli di patologia più severi .

È inoltre particolarmente utile un ECG, perché è stato dimostrato che il 17% delle morti sotto i 35 anni è causato da disturbi del ritmo non riscontrabili con l'esame obiettivo¹⁰, e le classi di età più rappresentate nella popolazione detenuta riguardano soggetti fra i 25 e i 40 anni.

Il detenuto "medio" è un soggetto fumatore, tossicodipendente, in trattamento con psicofarmaci (la terapia con psicofarmaci può essere riscontrata in oltre il 60% dei detenuti): gli effetti sul ritmo cardiaco di queste sole categorie sono noti e amplificati da un'anamnesi familiare positiva per morti improvvise da cause cardiache.

Alle detenute in età fertile viene offerto l'esame delle urine per il test di gravidanza.

Vengono, inoltre proposti a tutta la popolazione gli screening, secondo le linee guida regionali:

- § Pap test
- § mammografia
- § ricerca sangue occulto

che vengono programmati, per poi essere realizzati dopo il periodo di accoglienza.

Infine, al termine di questa fase è prevista per tutti la consegna ed illustrazione di opuscoli informativi e di sensibilizzazione in lingua. Il contenuto degli opuscoli/informative può essere proposto anche in poster plastificati da appendere nelle sezioni e nei locali del presidio sanitario.

Altrettanto rilevanti - allorquando si sia in presenza di uno stato morboso - sono l'informazione a pazienti e familiari, che devono essere formati a conoscere le caratteristiche della malattia, a far seguire correttamente la terapia prescritta e a reagire prontamente in caso di riacutizzazione e la continuità della presa in carico. (Il documento è scaricabile da: www.salute.gov.it)

¹⁰ Christian van der Werf, Irene M. van Langen and Arthur A.M. Wilde 'Sudden Death in the Young : What Do We Know About It and How to Prevent?' *Circ Arrhythm Electrophysiol* 2010;3;96-104.;

Fasi	Figure coinvolte	Funzioni	Modalità di 'registrazione' delle informazioni raccolte; dati di attività/verifica; esempi di indicatori; suggerimenti per l'informatizzazione
A.5.1 Illustrazione, informazione, counselling	Infermiere Medico se infermiere assente (Istituti senza infermiere h/24)	Informazione Indirizzo	§ Registrazione in cartella della verifica della comprensione del messaggio (ha capito? Si/No) e motivazione del deficit di comprensione (lingua, cognitivo, altro..)
A.5.2 Screening : Epatiti HIV LUE MST	Medico Infermiere	M: prescrizione I: programmazione	§ Registrazione del dato "Assenza" (uscito/trasferito) e "Rifiuto" § Es. indicatore: N° visite eseguite/programmate
A.5.3 Esame urine per ricerca stupefacenti (se ci sono indicazioni anamnestiche e cliniche rilevate) se proviene dalla libertà	Medico Infermiere	M: prescrizione I: raccolta a vista urine	§ Esempio di indicatore: n° rifiuti+n° eseguiti = n° dichiarati tossicodipendenti
A.5.4 Ecg (se ci sono indicazioni anamnestiche e cliniche rilevate)	Medico Infermiere	M: prescrizione I: programmazione	§ Registrazione in cartella (accetta si/no)
A.5.5 Spirometria (se ci sono indicazioni anamnestiche e cliniche rilevate)	Medico Infermiere	M: prescrizione I: programmazione	§ Registrazione in cartella (accetta si/no)
A.5.6 Prevenzione TB (Mantoux/ RX TORACE/Esame espettorato)	Medico Infermiere	M: prescrizione I: programmazione	§ Compilazione Questionario regionale (Allegato 1)
A.5.7 Esame urine per Test di gravidanza	Medico Infermiere	M: prescrizione I: esecuzione	§ Registrazione in cartella (accetta si/no)
A.5.8 Consegna Opuscoli informativi e di sensibilizzazione in lingua	Infermiere	Consegna/illustrazione opuscolo in lingua	§ Registrazione in cartella (consegnato si/no)
A.5.9 Programmazione/richiesta Pap test (indicazioni anamnestiche/programma regionale)	Medico Infermiere	M: prescrizione I: programmazione	§ Esempio di indicatore: N° proposti/n° donne nella fascia di età prevista
A.5.10 Programmazione/richiesta mammografia (secondo linee guida regionali)	Medico Infermiere	M: prescrizione I: programmazione	§ Esempio di indicatore: N° proposti/n° donne nella fascia di età prevista
A.5.11 Programmazione/richiesta Ricerca sangue occulto nelle feci (secondo linee guida regionali)	Medico Infermiere	M: prescrizione I: programmazione	§ Esempio di indicatore: N° proposti/n° detenuti nella fascia di età prevista

A6 - Indicazioni e Raccordo con Direzione Istituto Penitenziario

Al termine della prima visita e durante il periodo di accoglienza il servizio sanitario fornisce indicazioni utili, anche in termini organizzativo-logistici, alla Direzione del penitenziario.

In particolare, mediante anamnesi ed esame obiettivo svolti, è possibile fornire una valutazione (in un campo obbligatorio in Cartella) ed indicazioni utili rispetto:

- § alla prevenzione del rischio suicidario
- § al rischio di eventi cardiovascolari
- § al rischio di trasmissione di malattie infettive.

È inoltre possibile fornire altre indicazioni o informazioni attinenti il disagio mentale, la disabilità, la tossicodipendenza, l'abuso di alcool, lo stato respiratorio e l'abitudine tabagica, l'alimentazione, l'attività psico-motoria.

Tutte queste indicazioni ed informazioni possono essere finalizzate all'allocazione più appropriata per una più efficace azione sanitaria

Fasi	Figure coinvolte	Funzioni	Modalità di 'registrazione' delle informazioni raccolte; dati di attività/verifica; esempi di indicatori; suggerimenti per l'informatizzazione
A.6.1 Prevenzione del rischio suicidario - indicazioni utili per l'allocazione	Medico Infermiere	Registrazion e dati	§ Registrazione in cartella
A.6.2 Rischio di eventi cardiovascolari- indicazioni utili per l'allocazione			
A.6.3 Rischio di trasmissione di malattie infettive - indicazioni utili per la prevenzione del contagio (Zona filtro)			
A.6.4 Altre indicazioni o certificazioni (disagio mentale, disabilità, tossicodipendenza, alcool, stato respiratorio e abitudine tabagica, indicazioni relative all'alimentazione, all'attività psico-motoria, indicazioni su alloggi appropriati per una più efficace azione sanitaria. Polo di osservazione)			

A7 - Conclusione del Periodo di Accoglienza

Le visite programmate nei giorni successivi all'entrata dovrebbero favorire nel Nuovo Giunto una riflessione tesa a riconoscere la validità delle procedure sanitarie cui ha partecipato, con l'obiettivo di far maturare nella persona detenuta la consapevolezza che la salute è un patrimonio prezioso da salvaguardare. A questo proposito è previsto un momento dedicato e delicato, il colloquio di presa in carico/patto per la salute/patto assistenziale individuale, in cui viene tra l'altro ribadito il ruolo del medico e il ruolo dell'infermiere oltre che della persona stessa. La consegna e presentazione della Carta dei Servizi sanitari interni, la lettura e la discussione di questo documento può rafforzare il senso di questo 'patto'.

La conclusione del periodo di accoglienza ha anche riflessi di tipo documentale: occorre sintetizzare e registrare in cartella le risultanze dei colloqui, delle visite, delle valutazioni/percezioni sull'impatto, ma anche predisporre formalmente, come output di accoglienza, una Sintesi finale sanitaria di tipo multidisciplinare.

La fase di accoglienza si conclude, quindi, con la definizione, da parte del personale sanitario addetto all'assistenza primaria, del Piano Assistenziale Individuale (P.A.I. – box al termine della sezione).

Il PAI viene elaborato sulla base dei seguenti elementi:

- § Lo stato di salute fisico ed eventuali disabilità
- § Lo stato di salute psichico ed eventuali fattori di stress
- § I fattori di rischio
- § Le patologie presenti
- § L'indicazione all'esecuzione degli screening oncologici previsti
- § Le vaccinazioni raccomandate per fattori di rischio o condizioni individuali
- § Le terapie ed eventuali interventi assistenziali programmati necessari
- § Indicazioni fornite alla Direzione d'Istituto.

Il P.A.I. rappresenta la proposta assistenziale che il servizio offre all'assistito detenuto per raccogliergli l'adesione o i dubbi. Sarà condiviso con l'assistito a cui sarà proposta la sottoscrizione, generando il Patto per la Salute, strumento di riferimento, sia per il Servizio che per l'assistito, per:

- § valutazioni successive sulle prestazioni assistenziali nella fase di detenzione e la continuità assistenziale
- § sintesi finale al momento del trasferimento in altro Istituto o del ritorno in libertà dell'assistito, su tutti i servizi ricevuti e sui risultati ottenuti

Il Patto per la salute vuol dare trasparenza a tutta l'azione sanitaria e dare stimolo alla persona assistita per una reale partecipazione al programma proposto e accettato, favorendo lo sviluppo di una partecipazione consapevole da parte del detenuto.

Fasi	Figure coinvolte	Funzioni	Modalità di 'registrazione' delle informazioni raccolte; dati di attività/verifica; esempi di indicatori; suggerimenti per l'informatizzazione
A.7.1. Colloquio di presa in carico/patto per la salute/patto assistenziale integrato: il ruolo del medico e il ruolo dell'infermiere (redazione PAI).	Medico ed infermiere	Definizione presa in carico	§ Esempi di descrittori: - N° di colloqui - N° di patti stabiliti - N° di relazioni
A.7.2 Consegna e presentazione della carta dei servizi sanitari interni/vademecum dei servizi in prospettiva...	Medico o infermiere	Registrazione della consegna avvenuta	N° di carte servizi consegnate
A.7.3 Registrazione di tutte le risultanze dei colloqui e delle visite	Medico infermiere	Valutazione e Registrazione	§ Output di cartella che raccoglie elementi da A.4.1; A.5; A.6
A.7.4 Registrazione in cartella di una Sintesi riepilogativa finale multidisciplinare (output di accoglienza)	Medici, specialisti, psicologo, infermiere	Valutazione e Registrazione	§ Raccoglie gli elementi di A.7.3 + evidenze di altre figure sanitarie che compilano in cartella (es. psichiatra)

Azienda Sanitaria Locale (LOGO) Casa Circondariale di.....

PIANO ASSISTENZIALE INDIVIDUALE

Proposto al Sig./Sig.ra _____ data _____

proveniente da: m libertà m altro istituto

Presenta :

mFattori di rischio	m Disagio	m Peso kg.....	m Fumo	m Isolamento	m.....
mBuona salute					
mSintomi/patologie				grado di compenso	
				m buono	m precario
				m	m
				m	m
				m	m
				m	m
				m	m

Obiettivo Clinico Assistenziale

TRATTAMENTO PERSONALIZZATO

Infermiere	Counseling ed interventi educativi comunitari		q
	Counseling ed interventi educativi individuali		
	Monitoraggio individuale programmato		q
	Attività personalizzata		q
			q
medico	Visita periodica	accesso settimanale	q
		accesso quindicinale	q
		accesso mensile	q
		accesso trimestrale	q
PROGRAMMAZIONE VERIFICHE		verifica trimestrale	q
		verifica semestrale	q
		verifica annuale	q

NOTE _____

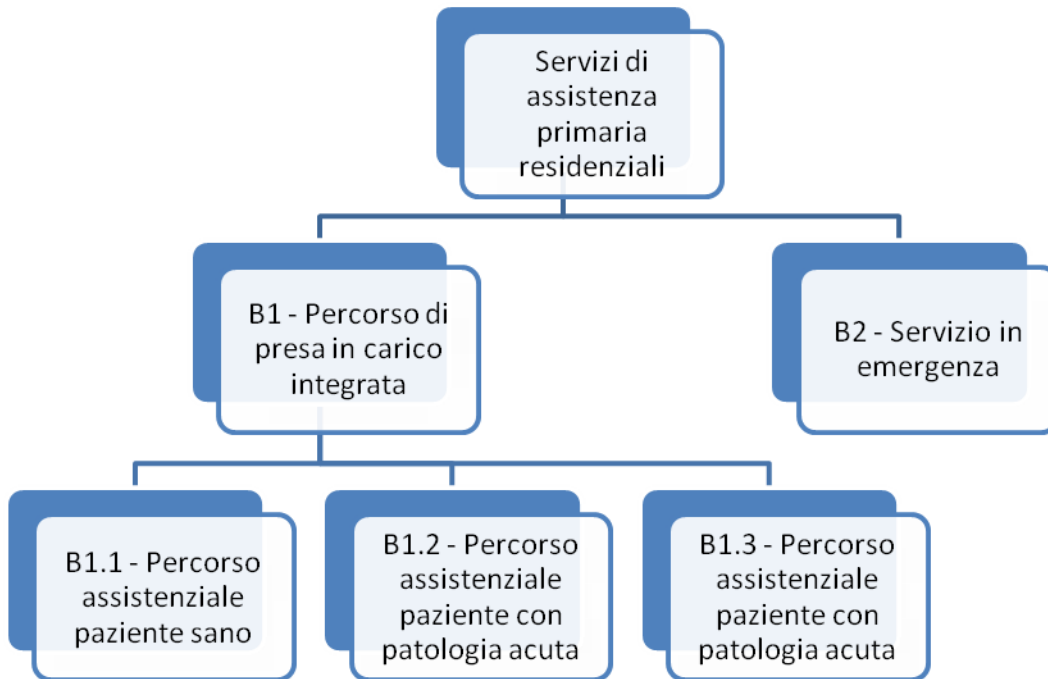
Firma del Referente del PAI:	Firme delle figure professionalmente coinvolte nella predisposizione del PAI:
_____	_____

OBIETTIVI/ASPETTATIVE DEL PAZIENTE _____

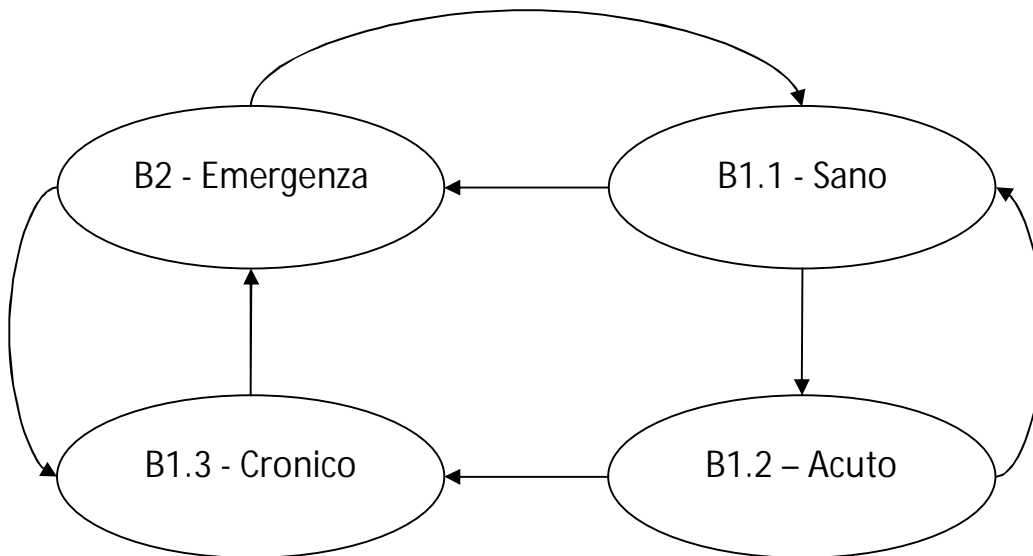
m accetta m rifiuta L'assistito

B. IL PERIODO DI DETENZIONE

I servizi di assistenza primaria durante il periodo di detenzione riguardano sia la presa in carico integrata che il servizio in emergenza.



I percorsi possono essere collegati tra loro in relazione ad eventuali eventi sanitari che possono verificarsi durante la detenzione.



B1 – Presa in carico integrata

Sono previsti tre diversi percorsi di presa in carico integrata:

- § paziente sano
- § paziente con patologia acuta
- § paziente cronico

B.1.1. Percorso clinico-assistenziale paziente sano

Per la persona sana il percorso si sviluppa in stretta coerenza con quanto programmato nella fase di accoglienza ed in base al Piano Assistenziale Individuale definito come output del percorso in ingresso.

Si tratta di un percorso rivolto a tutta la popolazione e differenziato per tipologia di utenza: attività e servizi in ambito di promozione e tutela della salute per pazienti sani, prevenzione e monitoraggio dello stato di salute della singola persona.

Il Piano Assistenziale Individuale deve tener conto anche dei tempi di permanenza al fine di prevedere diversi sviluppi nella programmazione dei piani di trattamento.

É prevista la distribuzione di materiale informativo (se non già avvenuto durante la fase A, oppure aggiuntivo e mirato alla singola casistica, mirato alle caratteristiche dell'utenza detenuta), attività curata dall'infermiere, che consegna e illustra la documentazione.

L'attività di prevenzione non si limita alla distribuzione di materiale informativo, ma si deve articolare in un Piano Annuale redatto in maniera multidisciplinare dal Responsabile di Programma, dal Medico referente, dal coordinatore infermieristico con il coinvolgimento dei Servizi territoriali competenti. Potrà essere previsto per detenuti con fine pena lungo, con le dovute cautele, l'utilizzo della "peer education" e del contributo del volontariato di settore.

Il Programma Prevenzione in carcere deve tenere presente la permanenza della persona in carcere in relazione alla posizione giuridica. Deve prevedere le seguenti azioni rivolte prioritariamente a soggetti con sentenza definitiva e secondo necessità a quelli con sentenza non definitiva:

- § Interventi educativi individuali di educazione su uso di fumo/alcool e farmaci. Si ipotizzano azioni dirette di informazione ma anche a carattere educativo. Queste azioni sono comunque di supporto ad altre di tipo strutturale – es. spazi idonei per il fumo
- § Conferenze aperte o in piccolo gruppo sui temi della prevenzione rispetto a pregresse abitudini e costumi di popolazione e potenziali fattori di rischio (ambientale, alimentazione, fumo, alcool, malattie infettive, sedentarietà...); informazione su corretti stili di vita; uso corretto dei farmaci
- § Azioni di promozione della costituzione di Gruppi di auto-aiuto o psico-educazionale rivolti allo scambio e al supporto reciproco sul tema dell'impatto, del malessere/disagio, ecc.
- § Interventi di riduzione del danno, per quanto possibile in ambito penitenziario.

Il monitoraggio dello stato di salute del paziente sano prevede la rilevazione e verifica del bisogno di salute, da 1 a 3 mesi dall'ingresso qualora il detenuto non abbia fatto richiesta di visita.

É una attività da modulare rispetto al PAI definito con la persona nella fase di accoglienza.

L'Infermiere svolge un confronto tra i dati raccolti in ingresso (es. peso, dentatura...) e quanto rilevato a 1 - 3 mesi .

Il monitoraggio sullo stato di salute prevede anche:

- § una attività specifica relativamente al 'Percorso odontoiatria': in questo caso si tratta di un monitoraggio sulle problematiche odontoiatriche, e la rilevazione avviene non a

1-4 mesi ma a 1 anno. Da evidenziare che questo percorso sarà assicurato secondo i criteri indicati nella DGR 2/10.

§ L'esecuzione della visita medica, eventualmente programmata in precedenza e l'esecuzione di esami/screening a 6 – 12 mesi che vengono ripetuti secondo specifica programmazione.

Di seguito vengono riportate le prestazioni previste indicate successivamente in B.1.1.3, B.1.1.5, B.1.1.6, B.1.1.8 devono tener conto di queste differenze.

Fasi - PREVENZIONE	Figure coinvolte	Funzioni	Modalità di 'registrazione' delle informazioni raccolte; dati di attività/verifica; esempi di indicatori; suggerimenti per l'informatizzazione
B1.1.1 - Esecuzione di quanto riportato nel PAI (Sezione A)	Medico Infermiere	Continuità	§ Registrazione in cartella di ogni attività/prestazione programmata nella fase A e riportata in cartella alla voce PAI con indicazione di: - esecuzione (data) - mancata esecuzione (con spazio libero per inserire motivazioni e prossima scadenza per l'esecuzione)
B1.1.2 - Distribuzione materiale informativo (se non fatto in A, oppure aggiuntivo e mirato alla singola casistica)	Infermiere	Consegna e illustra opuscolo	§ Registrazione in cartella (consegnato sì/no)
B1.1.3 - Interventi educativi individuali di educazione sanitaria su uso di fumo/alcool e farmaci in IIPP (si ipotizzano azioni dirette di informazione ma anche a carattere educativo. Queste azioni sono di supporto ad altre di tipo strutturale – es. spazi idonei per il fumo)	Infermiere	In collaborazione con il Dipartimento di Sanità Pubblica (DSP)	§ Registrazione delle informazioni mediante software collegato alla cartella clinica informatica poiché si tratta di riportare informazioni di gestione di una attività non rivolta ad un singolo ma a un gruppo
B1.1.4 - Conferenze aperte o in piccolo gruppo sui temi della prevenzione rispetto a pregresse abitudini e costumi di popolazione e potenziali fattori di rischio (ambientale, alimentazione, fumo, alcool, sedentarietà...); informazione su corretti stili di vita; uso corretto dei farmaci	Infermiere	In collaborazione con il Dipartimento di Sanità Pubblica (DSP)	§ Esempi di indicatori: - N° persone coinvolte distinte per sesso, età, nazionalità - N° ore erogate - Elenco dei sanitari del servizio e casella che indichi chi partecipa
B1.1.5 - Azioni di promozione della costituzione di Gruppi di auto-aiuto o di tipo psico-educazionale rivolti allo scambio e al supporto reciproco sul tema dell'impatto, del malessere/disagio, ecc	Responsabile di Programma Medico referente Infermiere, Psicologo	Direzione di Istituto Volontariato,	§ Documentazione in esito: - Report annuale sulle attività prestate - Relazione conclusiva che evidenzia i temi affrontati, le professionalità coinvolte, l'impatto e gli esiti dell'attività.
B1.1.6 - Interventi di riduzione del danno, per quanto possibile in ambito penitenziario	Servizi specifici dell'ASL (es. educazione alla salute)		

Fasi - PREVENZIONE	Figure coinvolte	Funzioni	Modalità di 'registrazione' delle informazioni raccolte; dati di attività/verifica; esempi di indicatori; suggerimenti per l'informatizzazione
B1.1.7 - Rilevazione e verifica del bisogno di salute a 1-3 mesi dall'ingresso e da modulare rispetto al PAI definito con la persona nella fase A. In esito programmare eventuale Visita Medica	Infermiere	Confronto tra i dati raccolti in ingresso (es. peso, dentatura) e quanto rilevato a 1- 3 mesi .	§ Registrazione in cartella: - warning rispetto alla scadenza di 1- 3 mesi dall'ingresso - necessità di visita medica (necessaria/non necessaria) - se non necessaria si rimanda la rilevazione al quadrimestre successivo, sempre con il warning in cartella)
B1.1.8 - Percorso odontoiatria: monitoraggio problematiche odontoiatriche (rilevazione a 1 anno)	Medico	Visita odontoiatrica e programmazione piano odontoiatrico, anche eventualmente solo per controlli.	§ Registrazione in cartella: - warning che appare in cartella rispetto alla scadenza di 1 anno dall'ingresso - necessità di visita medica (necessaria/non necessaria) - se non necessaria si rimanda la rilevazione ai 12 mesi successivi, sempre con il warning in cartella) § L'accesso alla prestazione specialistica viene svolto in coerenza con DGR 2/2010
B1.1.9 - Visita medica (come da B.1.1.7 programmazione di visita)	Medico Infermiere		§ Aggiornamento cartella con evidenza dei cambiamenti significativi rilevati da medico e/o infermiere (eventualmente psicologo, psichiatra) § Esempi di indicatori: N° visite eseguite/programmate

B.1.2 - Percorso Clinico-Assistenziale Paziente Con Patologia Acuta

Il percorso si struttura in:

- § Inquadramento: visita medica, indicazioni comportamentali al paziente, indicazioni per provvedimenti all'Istituto Penitenziario, eventuale attivazione di servizi specifici (ad esempio, i centri antiveleni)
- § Monitoraggio dello stato di salute
- § Prestazioni/attività offerte in caso di possibili evoluzioni della patologia acuta, ad esempio invio specialistica interna o esterna o ricovero ospedaliero programmato.

In questo ultimo caso, si fa riferimento al Programma Regionale per la salute negli Istituti penitenziari (DGR 2/2010) e al Protocollo d'intesa RER - PRAP (DGR 1135/2011).

Sul tema "Medicina specialistica", la programmazione delle prestazioni specialistiche deve essere svolta anche tenendo conto della necessità di organizzare la presenza di branche specialistiche interne, in modo di soddisfare le esigenze di salute dei detenuti ed evitare l'uso improprio di risorse sanitarie e penitenziarie, razionalizzando la necessità di spostamenti dei detenuti dal carcere verso strutture esterne.

Il Protocollo d'intesa RER - PRAP (DGR 1135/2011)

- § all'ART. 1 ATTIVITA' ORGANIZZATIVA, fornisce indicazioni per quanto riguarda la programmazione delle visite esterne: "le AUSL garantiscono la prenotazione delle visite presso luoghi esterni di cura, concordandone con la Direzione dell'Istituto una razionale programmazione della tempistica; le Direzioni degli Istituti penitenziari, qualora sussistano, o già solo sopravvengano difficoltà imprevedute, si impegnano, anche preventivamente, a comunicarle per iscritto per trovare in sinergia possibili soluzioni alternative".
- § all'ART. 8 RICOVERI E DIMISSIONI DALL'OSPEDALE indica che "Nel caso di ricoveri presso luoghi esterni di cura le dimissioni del paziente dovranno comunque essere valutate dal personale sanitario dell'ospedale d'intesa con il Servizio sanitario dell'Istituto penitenziario per una migliore garanzia di efficacia della continuità clinico-assistenziale".

La visita medica permette:

- § la programmazione di eventuali controlli medici ed infermieristici
- § la produzione di richiesta di Esami di 1° livello
- § la prescrizione della terapia
- § istruzioni comportamentali al paziente
- § indicazioni alla Direzione dell'Istituto Penitenziario, per specifici provvedimenti o ausili necessari quali ad esempio:
 - indicazioni per la tutela della salute del personale dell'AP a contatto con gli assistiti per alcune infezioni
 - patologie che necessitano collocamento in un letto non sopraelevato
 - eventuali indicazioni alimentari.

Lo strumento di registrazione della attività sanitaria è la cartella clinica, strumento di conoscenza epidemiologica, in cui devono essere annotati:

- § i sintomi prevalenti
- § eventuale sospetto diagnostico

§ la diagnosi, con codifica (attualmente ICD9 e nel prossimo futuro ICD10).

È necessario differenziare la patologia/sintomo acuto riscontrato rispetto:

§ alla prognosi, espressa in giorni, che dovrà essere evidenziata e prevedere una verifica rispetto alla prima valutazione

§ all'intensità della manifestazione in una classificazione lieve, media, grave (anche in rapporto ad eventuali comorbidità)

§ all'evoluzione del quadro clinico, che rispetto alla patologia potrà essere RISOLTO o ATTIVO, anche per i successivi controlli che potranno evolvere verso il passaggio alla cronicità.

È possibile realizzare percorsi intramurari efficaci ed efficienti in area acuzie solo se in ogni Istituto siano disponibili le necessarie attrezzature.

Si tratta di strumenti ed attrezzature necessarie per svolgere prestazioni adeguate rispetto ad alcune patologie acute di frequente riscontro in carcere e attualmente non sempre presenti intramoenia:

§ aerosol

§ barella, ausili per la deambulazione, carrozzina

§ Borsa/zaino/carrello delle urgenze

§ ECG, meglio se in telemedicina

§ Emoglucotest - Pulsossimetro

§ Defibrillatore,

§ Aspiratore

§ Macchina fotografica digitale

Il monitoraggio dello stato di salute e possibili evoluzioni delle patologie stesse

§ invio alla medicina specialistica interna

§ eventuale necessario invio alla specialistica esterna, con attivazione procedure locali in relazione agli accordi definiti tra AUSL e direzione IP.

Ciò può presupporre, una eventuale preparazione del paziente e della documentazione sanitaria ed eventuali contatti con i colleghi ospedalieri.

È fondamentale l'attività di registrazione degli interventi sanitari esterni e una programmazione della eventuale assistenza post-ospedaliera.

Fasi – INQUADRAMENTO	Figure coinvolte	Funzioni	Modalità di 'registrazione' delle informazioni raccolte; dati di attività/verifica; esempi di indicatori; suggerimenti per l'informatizzazione
B1.2.1 - Visita medica; indirizzo diagnostico	Medico Infermiere	Valutazione	§ Registrazione in cartella di: - prestazioni svolte sulle acuzie - sistema di visibilità della programmazione interna delle visite (es. foglio/agenda dove vengono registrate le visite programmate). - richieste e esecuzione di esami di primo livello - terapie prescritte - indicazioni prognosi - tipologia o contenuto delle indicazioni comportamentali fornite all'assistito Nei seguenti casi: - Infezioni: programmazione Visita di controllo - Punture, morsi di animali: verifica vaccinazione anti-tetanica - Sciopero della fame o/e della sete: o visite di monitoraggio quotidiano per verifica andamento o visite in crescendo in modo proporzionale all'aggravarsi delle condizioni cliniche del soggetto (registrare i controlli svolti anche più di una volta al giorno) o eventuale controllo con definizione della cadenza temporale nell'arco della giornata - Ipo- iperglicemie, Ipo - ipertermia, Perdita di coscienza : o parametri rilevati o esami svolti/da svolgere o programmazione o visite di controllo o eventuale controllo con definizione della cadenza temporale
B1.2.2 - Programmazione di eventuali controlli medici ed infermieristici	Infermiere	Valutazione	
B1.2.3 - Richiesta o esecuzione di Esami di 1° livello (dove possibile)	Medico	Valutazione	
B1.2.4 - Prescrizione terapia	Medico	Valutazione	
B1.2.5 - Prognosi	Medico	Valutazione	
B1.2.6 - Indicazioni comportamentali al paziente	Medico e/o infermiere	Valutazione	
B1.2.7 - Indicazioni a Dir IP per specifici provvedimenti o ausili necessari	Medico	Valutazione	§ Registrazione in cartella delle indicazioni a Direzione Istituto Penitenziario (si/no, e specifica)

Fasi – INQUADRAMENTO	Figure coinvolte	Funzioni	Modalità di 'registrazione' delle informazioni raccolte; dati di attività/verifica; esempi di indicatori; suggerimenti per l'informatizzazione
B1.2.8 - EVENTUALE ATTIVAZIONE di altri servizi specifici (es. medicina legale, igiene pubblica, centri antiveneni)	Medico	Collegamento	§ Registrazione in cartella con indicazione modalità operative concordate
Fasi – MONITORAGGIO STATO DI SALUTE	Figure coinvolte	Funzioni	Modalità di 'registrazione' delle informazioni raccolte; dati di attività/verifica; esempi di indicatori; suggerimenti per l'informatizzazione
B1.2.9 - Visita medica di controllo	Medico	Programmazione	§ Registrazione in cartella
B1.2.10 - Controlli infermieristici	Infermiere		
B1.2.11 - Gestione terapia/cura			

Fasi – POSSIBILI EVOLUZIONI	Figure coinvolte	Funzioni	Modalità di 'registrazione' delle informazioni raccolte; dati di attività/verifica; esempi di indicatori; suggerimenti per l'informatizzazione
B1.2.12 - Invio a specialistica interna	Medico Infermiere	Procedura per l'invio alla consulenza/presa in carico della specialistica interna	§ Registrazione in cartella di tutte le richieste di invio a specialistica interna - sistema di monitoraggio sui tempi di esecuzione della specialistica interna
B1.2.13.1 - Invio a specialistica esterna	Medico	Procedura per l'invio alla consulenza/presa in carico della specialistica esterna	§ Registrazione in cartella di tutte le richieste di invio a specialistica interna - sistema di monitoraggio sui tempi di esecuzione della specialistica esterna
B1.2.13.2 - Ricovero ospedaliero programmato	Infermiere (amministrativo) Medico	Contatto telefonico per prendere accordi la programmazione dell'intervento Eventuale preparazione paziente; eventuale preparazione documentazione sanitaria per i colleghi ospedalieri; contatti con i colleghi	§ Registrazione in cartella § Annotazione della preparazione al ricovero e degli esami richiesti prima del ricovero.

Fasi – POSSIBILI EVOLUZIONI	Figure coinvolte	Funzioni	Modalità di 'registrazione' delle informazioni raccolte; dati di attività/verifica; esempi di indicatori; suggerimenti per l'informatizzazione
		ospedalieri durante il ricovero e in fase di dimissione	
B1.2.13.43 - Registrazione interventi sanitari esterni e programmazione della eventuale assistenza post-ospedaliera	Infermiere Medico	Programmazione	§ Registrazione in cartella
B1.2.14 - Diagnosi finale	Medico .	evidenzia la guarigione dalla acuzie oppure l'aggravamento della patologia, oppure la sua cronicizzazione	§ Registrazione in cartella della diagnosi finale § Check su: - Guarigione - Cronicizzazione - Aggravamento - Spazio disponibile per commenti e valutazioni mediche ed infermieristiche

B.1.3 - Percorso Clinico-Assistenziale Paziente con patologia cronica

Il percorso deve tener conto del Programma Prevenzione già indicato per il paziente sano che deve prevedere, anche in relazione alla posizione giuridica, le seguenti azioni rivolte prioritariamente a soggetti con sentenza definitiva e secondo necessità a quelli con sentenza non definitiva:

- § Interventi educativi individuali di educazione su uso di fumo/alcool e farmaci negli Istituti Penitenziari. Si ipotizzano azioni dirette di informazione ma anche a carattere educativo. Queste azioni sono comunque di supporto ad altre di tipo strutturale – es. spazi idonei per il fumo
- § Conferenze aperte o in piccolo gruppo sui temi della prevenzione rispetto a pregresse abitudini e costumi di popolazione e potenziali fattori di rischio (ambientale, alimentazione, fumo, alcool, malattie infettive, sedentarietà); informazione su corretti stili di vita; uso corretto dei farmaci
- § Azioni di promozione della costituzione di Gruppi di auto-aiuto o psico-educazionale rivolti allo scambio e al supporto reciproco sul tema dell'impatto, del malessere/disagio, ecc.
- § Interventi di riduzione del danno, per quanto possibile in ambito penitenziario.

E si struttura in:

- § Inquadramento e monitoraggio dello stato clinico (dal reclutamento dell'assistito all'individuazione del case manager, nella logica di un piano di assistenza integrata)
- § Attività di supporto e di valutazione (Incontri di équipe multidisciplinare, attività in piccolo gruppo, oltre all'eventuale invio a specialistica esterna o al ricovero ospedaliero programmato).

Il percorso si sviluppa in stretta coerenza con quanto programmato nella fase di accoglienza ed in base al Piano Assistenziale Individuale definito come output del percorso in ingresso.

I passaggi fondamentali per la efficacia del percorso sono:

- § compliance dell'assistito che presuppone un suo effettivo coinvolgimento nel programma di gestione della patologia cronica
- § formulazione del Piano di Assistenza Integrata, con previsione di elementi di verifica periodica
- § individuazione del case manager per il coordinamento dei percorsi assistenziali. L'obiettivo è affidare l'assistito ad un responsabile che lo prenda in carico, lo orienti e responsabilizzi, rispetto al proprio stato di salute, con lo scopo di accrescere la consapevolezza del suo stato clinico, aiutandolo nelle scelte. Il case manager promuove il coinvolgimento del personale sanitario nell'applicazione delle indicazioni operative e la cooperazione assistenziale, rappresentando eventuali carenze al referente per la salute. La figura professionale che svolge la funzione di case manager varierà in funzione del diverso grado di gravità/stabilità della patologia.

Fasi – INQUADRAMENTO E MONITORAGGIO STATO CLINICO	Figure coinvolte	Funzioni	Modalità di 'registrazione' delle informazioni raccolte; dati di attività/verifica; esempi di indicatori; suggerimenti per l'informatizzazione
B1.3.1 - Screening preliminare per inquadramento clinico .	Medico	In questo momento si tratta di svolgere, in base alla patologia cronica rilevata o presunta, un controllo di secondo livello.	§ Registrazione in Cartella (data dell'avvio della presa in carico) § Tracciabilità delle comunicazioni: - interne (aggiornamento della documentazione sanitaria) tramite Cartella - esterne (ad esempio, predisporre il registro delle telefonate o un applicativo per registrare quando e a chi sono state fatte comunicazioni su cosa)
B1.3.2 - Compliance dell'assistito: suo coinvolgimento nel programma di gestione	Infermiere Medico/specialista (eventuale supporto)	Responsabilizzazione motivazione, counselling	§ Esempi di descrittori: - N° adesioni e nome counsellor - N° non adesioni e nome counsellor
B1.3.3 - Attuazione del Piano di Assistenza Integrata	Medico Infermiere Specialista	Programmazione Pianificazione	§ Periodica registrazione in Cartella: format PAI. Definizione indicatori clinici per verifica. § Registrazione accertamenti da svolgere, terapie ed, eventualmente, dieta/ attività motoria, ecc.
B1.3.4 - Individuazione del case manager per il coordinamento dei percorsi assistenziali.	La figura professionale che svolge la funzione di case manager varia in funzione del livello di gravità/stabilità della cronicità		§ Nomina da parte del referente per la salute e assistenziale § Registrazione nominativo in Cartella - patologia cronica stabile: generalmente infermiere coordinatore referente (es. TBC, psoriasi) - patologia cronica scompensata: generalmente medico - nei casi di particolare gravità o di instabilità della cronicità: specialista con medico di medicina generale e infermiere § Verifica trimestrale
B.1.3.5 - Esecuzione di quanto programmato nel PAI	Infermiere Medico		§ Registrazione in cartella: - confronto fra eseguito/programmato, referti, ecc.; - utilizzo e registrazione di indicatori specifici per patologia cronica (es. Indicatore HIV: viremia CD4; TB: indicatore di

Fasi – INQUADRAMENTO E MONITORAGGIO STATO CLINICO	Figure coinvolte	Funzioni	Modalità di 'registrazione' delle informazioni raccolte; dati di attività/verifica; esempi di indicatori; suggerimenti per l'informatizzazione
			<p>monitoraggio assunzioni terapia con supervisione diretta per motivi clinici; DIABETE: monitoraggio glicemia, tp orale o insulina, ecg, esami ematici, peso, PSORIASI: controlli ematici/ se necessari da terapia assunta)</p> <p>§ In casi complessi e non: adesione terapia</p> <p>§ Audit clinico in itinere e non solo finale</p> <p>§ Verifica degli interventi effettuati (misurazione della qualità dell'assistenza erogata rispetto agli obiettivi prefissati)</p>

Fasi – INQUADRAMENTO E MONITORAGGIO STATO CLINICO	Figure coinvolte	Funzioni	Modalità di 'registrazione' delle informazioni raccolte; dati di attività/verifica; esempi di indicatori; suggerimenti per l'informatizzazione
B1.3.6 - Incontri di équipe multidisciplinare	Equipe	Discussione dei casi presentati dal case manager .	§ Esempi di descrittori: N° di casi discussi; N°di validazioni ottenute
B1.3.7.- Sviluppo di canali comunicativi alternativi e attività in piccolo gruppo	Equipe Multidisciplinare per il Programma Prevenzione in Carcere. Attività: ideare modalità di approccio, oltre alla relazione diretta, come opuscoli, cartelloni, materiale audiovisivo, ecc.; promuovere gruppi di	Progettazione	<p>§ Registrazione in cartella: partecipa ad attività di piccolo gruppo di supporto e trattamento? (si/no)</p> <p>§ Registrazione delle informazioni mediante software collegato alla cartella clinica informatica poiché si tratta di riportare informazioni di gestione di una attività non rivolta ad un singolo ma a un gruppo</p> <p>§ Esempi di descrittori: - N° persone coinvolte distinte per sesso, età, nazionalità</p>

Fasi – INQUADRAMENTO E MONITORAGGIO STATO CLINICO	Figure coinvolte	Funzioni	Modalità di 'registrazione' delle informazioni raccolte; dati di attività/verifica; esempi di indicatori; suggerimenti per l'informatizzazione
	<p>incontro e di discussione organizzati per tematica/patologia e sul ricorso al farmaco; promuovere gruppi di supporto e di trattamento sulle patologie: AIDS, cardiovasculopatie, diabete mellito, mts, despressione, psicosi, tdp, epatiti, ipertensione arteriosa, broncopatie croniche, in relazione alla prevalenza</p>		<ul style="list-style-type: none"> - N° ore erogate; - Elenco dei sanitari del servizio e casella che indichi chi partecipa; <p>§ Report annuale sulle attività prestate/Relazione conclusiva che evidenzia i temi affrontati, le professionalità coinvolte, l'impatto e gli esiti dell'attività.</p>
B1.3.8 - Invio a specialistica esterna	Medico	Attivazione della procedura per l'invio alla consulenza/ presa in carico dalla specialistica esterna	<p>§ Registrazione in cartella di tutte le richieste di invio a specialistica esterna.</p> <p>§ Creazione di un sistema di monitoraggio sui tempi di erogazione della specialistica esterna</p>
B1.3.9.1 - Ricovero ospedaliero programmato	Medico Infermiere	Preparazione del paziente, della documentazione sanitaria per i colleghi ospedalieri e contatti con i colleghi ospedalieri durante il ricovero e in fase di dimissione	<p>§ Registrazione in cartella; annotazione della preparazione al ricovero e degli esami richiesti prima del ricovero.</p> <p>§ NB: non previsto per DEPRESSIONE; PSICOSI; PSORIASI</p>
B1.3.9.2 - Registrazione degli interventi sanitari esterni e	Infermiere Medico	Trascrizione in cartella della dimissione e	§ Registrazione in cartella degli interventi sanitari esterni richiesti e svolti

Fasi – INQUADRAMENTO E MONITORAGGIO STATO CLINICO	Figure coinvolte	Funzioni	Modalità di 'registrazione' delle informazioni raccolte; dati di attività/verifica; esempi di indicatori; suggerimenti per l'informatizzazione
assistenza post-ospedaliera		dell'esito del ricovero	§ Registrazione in cartella della programmazione dell'eventuale assistenza post-ospedaliera § Programmazione di eventuali controlli esterni suggeriti in dimissione.
B1.3.9.3 - Diagnosi/audit finale	Medico	Evidenza dell'aggravamento della patologia oppure stabilizzazione a livello di cronicizzazione	§ Registrazione in cartella della diagnosi finale/audit: spazio disponibile per commenti e valutazioni mediche ed infermieristiche

B2 – Percorso clinico-assistenziale in emergenza

A questo proposito occorre soffermarsi nuovamente sull'analisi del contesto ambientale e in particolare sulle specifiche variabili che influenzano lo stato di salute fisico e mentale dei detenuti. Innanzitutto, in carcere le cause di morte prevalenti sono il suicidio e la morte improvvisa per cause cardiache (su questi aspetti si rimanda anche all'introduzione al documento). È pertanto necessario formulare percorsi di formazione continua appropriata per il personale sanitario, per gli operatori penitenziari e per gli stessi detenuti.

Il servizio in emergenza fa riferimento alla popolazione detenuta e a situazioni nelle quali si ha effettivo pericolo di vita (l'emergenza in questo senso viene ad essere l'effettiva circostanza in cui il detenuto è in pericolo imminente di vita).

Il percorso si struttura in due momenti:

- § avvio delle procedure di emergenza e attivazione del servizio
- § ricezione della persona in rientro da Pronto Soccorso o da Ospedale

Innanzitutto è importante soffermarsi sull'aspetto della gestione della raccolta della segnalazione dell'emergenza: chi rileva l'evento e dove si realizza.

La maggior parte dei casi non si verifica alla presenza del personale sanitario. Spesso l'emergenza si attiva in cella e sono gli agenti di polizia penitenziaria a contattare i sanitari. Da ciò la necessità di rafforzare le capacità di chi vede per primo l'evento di individuare alcune macro componenti che distinguono l'intervento in emergenza dall'intervento tempestivo. A livello locale le singole Aziende USL promuovono percorsi e momenti di formazione e di orientamento comune tra personale sanitario e personale della polizia penitenziaria per condividere criteri e per capire alcune principali situazioni che si configurano, dal punto di vista clinico, di grave emergenza.

In caso di emergenza, una condizione per lo sviluppo operativo delle attività e prestazioni previste è la possibilità di rintracciare il personale sanitario.

Ogni Azienda USL provvede, in relazione alla specificità del singolo Istituto Penitenziario, a favorire una tempestiva rintracciabilità del personale sanitario di turno, anche eventualmente dotandolo di linea o mezzo di comunicazione dedicato alle emergenze (ad esempio, cordless, cellulare, radiofrequenza già a disposizione) per chiamate che provengono dalle sezioni, creando anche un sistema di attribuzione per turno del referente sull'emergenza.

Le telefonate ricevute devono essere tempestivamente registrate dal personale sanitario in turno per la tracciabilità a livello informatico o cartaceo,

La verifica dell'emergenza presso la cella viene garantita dal Medico e/o Infermiere sulla base delle informazioni raccolte dalla segnalazione (ad esempio se il detenuto è privo di sensi, se il detenuto non si può spostare).

Procedure da adottare:

- § dotarsi dello zaino o carrello dell'emergenza
- § messa in sicurezza dello stesso operatore/i, anche a cura del personale della polizia penitenziaria, in modo tale da poter intervenire in modo appropriato ed efficace
- § primi interventi.

Verificata l'effettiva condizione di pericolo di vita vengono attuati i primi interventi sul paziente. Sulla base della diagnosi svolta dai sanitari è possibile individuare due possibili percorsi:

- § gestione interna del caso
- § chiamata del 118 e invio con risposta esterna

Nel secondo caso viene prevista la seguente procedura:

- § il sanitario telefona al 118 per fornire i dettagli
- § nel caso sia impossibilitato in quanto occupato ad assistere la persona, sarà l'agente a telefonare (spesso si passa dal centralino dell'Istituto Penitenziario) e a comunicare gli estremi della richiesta, facilitando la comunicazione, relativa alla diagnosi, da parte del personale sanitario.

Contestualmente è necessario dare tempestiva comunicazione dell'emergenza alla Direzione dell'Istituto; se il Direttore non è presente si dovrà fare riferimento al Capoposto. Questo passaggio, che deve essere contestuale alla chiamata del 118, è di fondamentale importanza rispetto alla capacità di risposta al pericolo di vita: solo il Direttore dell'Istituto può infatti autorizzare il mezzo all'entrata e, a tal fine, è necessario comunicare la sigla di identificazione dell'ambulanza e la targa; è pertanto necessario un raccordo diretto tra 118 e Direzione dell'Istituto per la possibilità di accesso dell'ambulanza e la comunicazione della sigla del mezzo in arrivo.

Fasi – AVVIO, RACCOLTA, ATTIVAZIONE	Figure coinvolte	Funzioni	Modalità di 'registrazione' delle informazioni raccolte; dati di attività/verifica; esempi di indicatori; suggerimenti per l'informatizzazione
B2.1.1 - Segnalazione	Agente all'Area sanitaria/referente emergenza	Comunicazioni	§ Registrazione: <ul style="list-style-type: none"> - chiamate ricevute con richiesta sanitaria di intervento - ora chiamata e data - stato di coscienza - esito domanda (il detenuto/a può scendere/ non può) - nome detenuto e sezione
B2.1.2 - Verifica dell'emergenza presso cella	Medico e/o Infermiere	Giungere tempestivamente con zaino/carrello dell'emergenza	§ Registrazione in cartella clinica: <ul style="list-style-type: none"> - orario di effettuazione della verifica emergenza e data - descrizione situazione di emergenza
B2.2.1 - Primo soccorso	Medico e/o Infermiere	Messa in sicurezza del detenuto	§ Registrazione in cartella della/e prestazione/i effettivamente svolte (es. registrazione parametri vitali, diagnosi - Trauma, malattia, infortunio) § Nella nuova cartella informatizzata sarà presente un "Help/memo" che spiega la scheda utilizzata dal 118 per riferire il livello di gravità di un evento segnalato con chiamate esterne
B2.2.2. - Gestione dell'emergenza	Medico e/o Infermiere	Valutazione clinica Risposta interna o Attivazione risposta esterna, con definizione tipo di trasporto	§ Registrazione in cartella prestazione/i effettivamente svolte
B2.2.3 – Procedure raccordo 118	Medico e/o Infermiere in linea con il 118 Se impossibilitati AGENTE (passa al centralino e chiama)	Attivazione	§ Registrazione in cartella <ul style="list-style-type: none"> - ora chiamata e data - riferimenti targa e nominativo operatori in arrivo (da privilegiare comunque la comunicazione della sigla di identificazione dell'ambulanza) § Esistenza di Protocolli aziendali con intervento di auto medicalizzata in accordo con il 118 per chiamate decodificate ed in caso di assenza di medico. In questo caso è l'infermiere che richiede l'intervento di auto medicalizzata.

Fasi – AVVIO, RACCOLTA, ATTIVAZIONE	Figure coinvolte	Funzioni	Modalità di 'registrazione' delle informazioni raccolte; dati di attività/verifica; esempi di indicatori; suggerimenti per l'informatizzazione
B2.2.4 - Contestuale comunicazione dell'emergenza a Direzione ai sensi dell' art.17, DPR 230/00	Medico e/o infermiere o Agente		

Le modalità di dimissione dall'Ospedale sono definite a livello locale attraverso Protocolli Operativi, fatto salvo il rispetto dell'art.11 O.P. che evidenzia come il detenuto sia in una condizione di trasferimento per cure/accertamenti diagnostici in ambiente ospedaliero e come tale possibilità venga disposta dall'autorità giudiziaria competente.

In modo analogo, le dimissioni dall'ospedale devono essere successive alla autorizzazione dell'autorità giudiziaria: il detenuto, quando ricoverato, può rifiutare di essere assistito, ma le dimissioni devono rispettare quanto previsto dall'O.P e dall'art. 8 del Protocollo di Intesa tra la Regione Emilia-Romagna e il Provveditorato Regionale dell'Amministrazione Penitenziaria, che riporta: "...le dimissioni del paziente dovranno comunque essere valutate dal personale sanitario dell'ospedale d'intesa con il Servizio sanitario dell'Istituto penitenziario per una migliore garanzia di efficacia della continuità clinico-assistenziale."

Le azioni di ricezione dal Pronto Soccorso o dall'Ospedale prevedono:

- § registrazione della documentazione in entrata da PS o da Ospedale: contatto e accordo sulle dimissioni tra il medico della struttura sanitaria interna all'Istituto penitenziario e il personale sanitario dell'Ospedale (art 8 Protocollo intesa sopra richiamato). Il raccordo deve anche prevedere una valutazione delle capacità di risposta della struttura sanitaria interna all'Istituto Penitenziario di provenienza del detenuto, con la conseguente eventuale richiesta di trasferimento formulata dal medico che opera in Istituto
- § visita medica di rientro: 'ripresa in carico' della persona con nuova valutazione medico assistenziale dalla quale riparte la programmazione sanitaria; può portare in esito alla revisione del PAI
- § variazione nella prescrizione/gestione terapia o presidi se necessari: nel caso di nuove prescrizioni farmacologiche la struttura sanitaria che dimette l'assistito deve garantire una copertura di almeno sette giorni, in analogia a quanto accade per le dimissioni protette
- § indicazioni e raccordo con Direzione dell'Istituto penitenziario per allocazione, nel caso in cui sia necessario ai fini del percorso clinico-assistenziale della persona un ambiente maggiormente appropriato alle nuove condizioni sanitarie; è necessario che il medico comunichi anche in forma scritta alla Direzione dell'Istituto le motivazioni, esplicitando quali indicazioni successive al ricovero devono essere perseguite.

Fasi – INQUADRAMENTO E MONITORAGGIO STATO CLINICO	Figure coinvolte	Funzioni	Modalità di 'registrazione' delle informazioni raccolte; dati di attività/verifica; esempi di indicatori; suggerimenti per l'informatizzazione
B2.3.1 - Registrazione documentazione in entrata da PS/Ospedale	Medico Medico ospedaliero	V. Art. 8 Protocollo intesa PRAP-RER	§ Registrazione in cartella informatizzata dei documenti (scannerizzati) in entrata: - autorizzazione del magistrato al rientro - documentazione su dimissioni (referti, interventi infermieristici svolti ecc)
B2.3.2 - Visita medica di rientro	Medico Infermiere	Nuova valutazione medico assistenziale dalla quale riparte la programmazione sanitaria	§ Registrazione in cartella di nuovi elementi sanitari § Registrazione delle eventuali variazioni al PAI
B2.3.3 - Prescrizione/gestione terapia o presidi	Medico Infermiere	M: prescrizione I: gestione	§ Registrazione in cartella delle nuove prescrizioni farmacologiche o nuovi presidi
B2.3.4 - Indicazioni e raccordo con Direzione Istituto per allocazione	Medico	Lettera di comunicazione della motivazione di nuova allocazione con indicazioni successive al ricovero	§ Registrazione in cartella del documento

C. LA DIMISSIONE

Il percorso si differenzia in relazione a due possibili situazioni:

- § dimissione per trasferimento della persona ad un altro Istituto (PERCORSO C1):
 - trasferimento all'interno della Regione (C1.1)
 - trasferimento ad altra Regione (C1.2)
- § dimissione coincidente con l'uscita dall'Istituto (PERCORSO C2)
 - detenuti residenti in Regione (C2.1)
 - detenuti non residenti in Regione (C2.2)
 - Soggetti irregolari (senza permesso di soggiorno) (C2.3)
 - Detenuti senza fissa dimora (SFD) (C2.4)

Nelle dimissioni si dovranno impostare attività e prestazioni differenziate, a seconda che si verifichi una delle seguenti casistiche:

- § trasferimento in un Istituto della Regione Emilia-Romagna (maggiore praticabilità del contatto diretto e scambio tra équipe sanitarie, garanzia di una offerta omogenea e decodificata, ecc.)
- § trasferimento in Istituto di altra regione
- § uscita dal carcere e residente in un territorio della Regione Emilia-Romagna (omogenea offerta di servizi territoriali, possibilità di inserire la persona in network sanitari e socio-sanitari, ecc.)
- § uscita dal carcere e non residente in un territorio della Regione Emilia-Romagna
- § uscita dal carcere e immigrata e irregolare
- § uscita dal carcere e senza fissa dimora

Per ciò che concerne le persone che vanno in comunità si faccia riferimento, a seconda della singola casistica, alle procedure previste per C1 o C2.

Tutte le prestazioni connesse alle dimissioni si incentrano su tre principali attività:

- § programmazione delle dimissioni
- § dimissioni
- § attività per la continuità sanitaria e assistenziale della persona dimessa.

Programmazione delle dimissioni: innanzitutto occorre distinguere prestazioni/attività per le dimissioni di soggetti sani da quelle per persone con patologie croniche o con acuzie in atto e, all'interno di queste casistiche, occorre modulare le attività a seconda che il momento delle dimissioni sia stato programmato rispetto all'uscita/trasferimento della persona. Sull'attività di programmazione incide quindi la possibilità che intercorra un certo lasso di tempo tra la comunicazione dell'uscita e l'uscita stessa, elemento organizzativo non direttamente gestibile dall'équipe sanitaria. A tal fine è necessario condividere con la Direzione dell'Istituto un Protocollo operativo che permetta di mettere a regime la programmazione delle dimissioni del paziente, soprattutto nei casi di cronicità o acuzie.

Dimissioni: la persona si presenta in area sanitaria, dove vengono offerte indicazioni e prestazioni volte a favorire la continuità assistenziale e sanitaria, sia in caso di trasferimento che di uscita dal carcere. A seconda dei percorsi:

- § effettuazione di visita medica (a questo proposito è necessario esplicitare il motivo della visita) e di un colloquio finale, che preveda:

- o sintesi congiunta sul Patto per la Salute
 - o 'programmazione delle cose in sospeso' (ad esempio, esami da svolgere, accertamenti in essere)
 - o eventuale informativa appropriata per le terapie e/o profilassi in corso e da proseguire
 - o informativa sui contatti – nel caso di uscita dal carcere – rispetto ai servizi socio-sanitari e sanitari territoriali di riferimento
- § rilascio alla persona di Lettera di Dimissioni o Relazione clinica di sintesi (quale output della Cartella Informatizzata) o altra documentazione necessaria
- § in caso di trasferimento presso altro Istituto Consegna della cartella, in busta chiusa, al personale di polizia penitenziaria e consegna della terapia farmacologica.

Garantire attività per la continuità sanitaria e assistenziale della persona dimessa è reso problematico dalla assenza di una rete familiare, che spesso caratterizza la popolazione tossicomana, immigrata ecc. per cui è opportuno prevedere l'attivazione della rete socio-assistenziale pubblica e privata.

Di seguito si forniscono i dettagli delle attività e prestazioni da fornire quando:

- § la dimissione è legata ad un trasferimento della persona ad un altro Istituto (PERCORSO C1)
- § la dimissione coincide con l'uscita dall'Istituto (PERCORSO C2)

C1 - Trasferimento ad altro Istituto penitenziario

La traduzione in altro Istituto presuppone le seguenti attività/prestazioni da parte dell'équipe sanitaria:

- § visita medica per nulla osta sanitario alla traduzione
- § compilazione Nulla Osta
- § consegna Cartella Clinica
- § colloquio con l'assistito e valutazione congiunta dei risultati rispetto al PAI
- § consegna copertura farmacologica e presidi.

Nel caso di trasferimento presso un Istituto presente sul territorio della Regione Emilia-Romagna è prevista anche una attività per la continuità assistenziale-network (connessioni e contatti con rete sanitaria).

Fasi – TRASFERIMENTO AD ALTRO ISTITUTO REGIONALE ED EXTRA-REGIONALE	Figure coinvolte	Funzioni	Modalità di 'registrazione' delle informazioni raccolte; dati di attività/verifica; esempi di indicatori; suggerimenti per l'informatizzazione
C1.1.1/C1.2.1 - Visita medica per nulla osta sanitario alla traduzione; compilazione Nulla Osta	Medico	Valutazione congiunta sui risultati conseguiti rispetto al Patto per la Salute, sottoscritto in Accoglienza comprendente. Visita è rivolta a tutti (pz. sano, acuto, cronico). Il nulla osta deve essere firmato in presenza della persona	§ Registrazione in cartella: check nulla osta firmato
C1.1.2/C1.2.2 - Consegna Cartella Clinica	Medico	Consegna in busta chiusa alla Direzione I.P. della copia autenticata della Cartella	§ La Cartella in originale viene conservata con evidenza di: - numero archivio - data da..a.. - numero atti allegati
C1.1.3/C1.2.3 - Colloquio	Medico Infermiere	Colloquio rivolto a pz. cronici/acuti; si tratta in prevalenza di fornire una comunicazione di tipo assistenziale mirata ad una adeguata informazione sulle terapie e sulle attività assistenziali in essere.	
C1.1.4/C1.2.4 - Consegna copertura farmacologica; presidi.	Medico Infermiere	Viene svolto affidamento del farmaco alla persona, con fornitura per i 3 giorni successivi. La fornitura quotidiana viene data alla persona, quella per i giorni successivi agli agenti che effettuano la traduzione. Le indicazioni e le quantità vengono fornite in forma scritta. Nel caso di metadone: viene somministrata la dose giornaliera e garantito il periodo dei 3gg. Nel caso di presidi: questi vengono consegnati agli agenti di scorta assieme al piano di trattamento.	§ Registrazione in cartella del check e della presenza del Piano di Trattamento
C1.1.5/C1.2.5 - Attività per la continuità assistenziale - network	Infermiere	Attività da realizzarsi dopo le dimissioni. Si tratta di inviare copia Cartella Informatizzata e di prendere contatti con coordinatore	

Fasi – TRASFERIMENTO AD ALTRO ISTITUTO REGIONALE ED EXTRA-REGIONALE	Figure coinvolte	Funzioni	Modalità di 'registrazione' delle informazioni raccolte; dati di attività/verifica; esempi di indicatori; suggerimenti per l'informatizzazione
(non valido TRASFERIMENTO ALTRA REGIONE)		infermieristico/INF di altro Istituto della Regione rispetto ai pz. cronici/acuti	

C2 – Uscita dall'Istituto penitenziario

L'uscita dal carcere presuppone attività/prestazioni differenziate per:

- § soggetti sani
- § soggetti con patologia acuta/cronica
- § residenti (in territorio/ambito del servizio sanitario regionale)
- § non residenti
- § persone immigrate senza permesso di soggiorno
- § senza fissa dimora

Di seguito sono evidenziate le prestazioni/attività individuate in stretta coerenza con i bisogni socio-sanitari e con le opportunità di accesso ai servizi che si determinano a seconda delle diverse casistiche definite.

USCITA: SOGGETTO RESIDENTE SANO	Figure coinvolte	Funzioni	Modalità di 'registrazione' delle informazioni raccolte; dati di attività/verifica; esempi di indicatori; suggerimenti per l'informatizzazione
C2.1.1S - Colloquio	Medico	Valutazione congiunta e presentazione dei risultati conseguiti, al detenuto, rispetto a quanto definito nel Patto per la Salute; indicazioni rispetto ai servizi socio-sanitari e/o sanitari territoriali di riferimento	
C2.1.2S - Consegna Lettera chiusura Cartella	Medico	Consegna documento scritto circa gli elementi principali della Cartella che possono essere utili alla persona (in riferimento alla sua storia sanitaria) = Lettera chiusura cartella	§ Registrazione in cartella: Output lettera chiusura cartella § Copia documento consegnato con firma ricevuta
C2.1.3S - Attività per la continuità assistenziale - network	Infermiere Medico	a) Consegna della Carta dei Servizi Azienda Sanitaria Locale: se la persona è residente in Comune- Distretto di afferenza della stessa ASL - sede dell'Istituto Penitenziario. b) Indicazioni e informazioni sul Punto Unico di Accesso della propria città: se la persona è residente in Comune-Distretto di altra ASL rispetto a quella dell'IP di provenienza	§ Copia documento consegnato con firma ricevuta

USCITA: SOGGETTO RESIDENTE CON PATOLOGIA ACUTA/CRONICA	Figure coinvolte	Funzioni	Modalità di 'registrazione' delle informazioni raccolte; dati di attività/verifica; esempi di indicatori; suggerimenti per l'informatizzazione
C2.1.1A/C – Visita medica	Medico	Registrazione in cartella visita medica dimissioni	
C2.1.2A/C - Colloquio e Lettera Dimissioni	Medico	Valutazione congiunta sui risultati conseguiti rispetto al Patto per la Salute, sottoscritto in Accoglienza comprendente: Consegna Lettera Dimissioni, ed eventualmente il Piano Terapeutico/di Trattamento o certificati specialistici con le	§ Registrazione in cartella dell'Output lettera dimissioni § Copia documento consegnato con firma ricevuta

USCITA: SOGGETTO RESIDENTE CON PATOLOGIA ACUTA/CRONICA	Figure coinvolte	Funzioni	Modalità di 'registrazione' delle informazioni raccolte; dati di attività/verifica; esempi di indicatori; suggerimenti per l'informatizzazione
		indicazioni per garantire la continuità terapeutica e assistenziale.	
C2.1.3A/C - Attività per la continuità assistenziale - network	Infermiere	a) indicazioni per la riattivazione del medico di base; b) eventuale appuntamento servizi sanitari territoriali o reparto ospedaliero; eventuale segnalazione diretta a servizio infermieristico: se la dimissione è programmabile e se la persona è residente in Comune- Distretto di afferenza della stessa ASL - sede dell'Istituto Penitenziario. b) indicazioni e informazioni sul Punto Unico di Accesso della propria città: se la persona è residente in Comune-Distretto di altra AUSL rispetto a quella dell'IP di provenienza; in alternativa, fornire indicazioni per i riferimenti CUP.	§ Copia documento consegnato con firma ricevuta

USCITA: SOGGETTO NON RESIDENTE SANO	Figure coinvolte	Funzioni	Modalità di 'registrazione' delle informazioni raccolte; dati di attività/verifica; esempi di indicatori; suggerimenti per l'informatizzazione
C2.2.1S - Colloquio	Medico	Valutazione congiunta e presentazione dei risultati conseguiti, al detenuto, rispetto a quanto definito nel Patto per la Salute; indicazioni rispetto ai servizi socio-sanitari e/o sanitari territoriali di riferimento Consegna sintesi congiunta sul Patto per la Salute ed eventuali informazioni sui servizi socio-sanitari e/o sanitari territoriali di riferimento	
C2.2.2S - Consegna Lettera	Medico	Consegna documento scritto circa gli elementi principali della	§ Registrazione in cartella: Output

USCITA: SOGGETTO NON RESIDENTE SANO	Figure coinvolte	Funzioni	Modalità di 'registrazione' delle informazioni raccolte; dati di attività/verifica; esempi di indicatori; suggerimenti per l'informatizzazione
chiusura Cartella		Cartella che possono essere utili alla persona (in riferimento alla sua storia sanitaria) = Lettera chiusura cartella	lettera chiusura cartella § Copia documento consegnato con firma ricevuta
C2.2.3S - Attività per la continuità assistenziale - network	Infermiere	Verifica se la persona ha medico di base/residenza e fornitura indicazioni	§ Copia documento consegnato con firma ricevuta

USCITA: SOGGETTO NON RESIDENTE CON PATOLOGIA ACUTA/CRONICA	Figure coinvolte	Funzioni	Modalità di 'registrazione' delle informazioni raccolte; dati di attività/verifica; esempi di indicatori; suggerimenti per l'informatizzazione
C2.2.1A/C – Visita medica	Medico	Registrazione in cartella visita medica dimissioni	
C2.2.2A/C - Colloquio e Lettera Dimissioni	Medico	Valutazione congiunta sui risultati conseguiti rispetto al Patto per la Salute, sottoscritto in Accoglienza comprendente: Consegna Lettera Dimissioni, ed eventualmente il Piano Terapeutico/di Trattamento o certificati specialistici con le indicazioni per garantire la continuità terapeutica e assistenziale.	§ Registrazione in cartella dell'Output lettera dimissioni § Copia documento consegnato con firma ricevuta
C2.1.3A/C - Attività per la continuità assistenziale - network	Infermiere	Eventualmente attivazione della rete dei volontari del carcere per il sostegno/collegamento servizi socio-sanitari del territorio di destinazione	§ Copia documento consegnato con firma ricevuta

Rispetto alle possibilità di offrire percorsi appropriati rispetto ai complessi bisogni sociali, socio-sanitari e sanitari di persone irregolari che escono dal carcere e di senza fissa dimora, occorre tenere presente:

- § carico funzionale attribuito all'équipe sanitaria (in particolare all'infermiera) per le attività connesse alla continuità assistenziale – network, più propriamente attribuibili a figure del sociale (es. assistente sociale)
- § scarsa possibilità di accesso alle risorse territoriali – network, senza una effettiva residenza/domicilio (condizione che incide profondamente anche sull'efficacia dell'azione di networking sopra richiamata).

USCITA: SOGGETTO IRREGOLARE SANO	Figure coinvolte	Funzioni	Modalità di 'registrazione' delle informazioni raccolte; dati di attività/verifica; esempi di indicatori; suggerimenti per l'informatizzazione
C2.3.1S - Colloquio e Lettera chiusura cartella/Sintesi Sanitaria	Medico	Valutazione congiunta sui risultati conseguiti rispetto al Patto per la Salute, sottoscritto in Accoglienza comprendente. Vengono riepilogate le visite e gli esami fatti; vengono fornite anche informazioni ed orientamento sull'eventuale utilizzo del SSN. Consegna di documento scritto circa gli elementi principali della Cartella che possono essere utili alla persona = Lettera chiusura cartella	§ Registrazione in cartella dell'Output lettera chiusura cartella § Copia documento consegnato con firma ricevuta

USCITA: SOGGETTO IRREGOLARE CON PATOLOGIA ACUTA/CRONICA	Figure coinvolte	Funzioni	Modalità di 'registrazione' delle informazioni raccolte; dati di attività/verifica; esempi di indicatori; suggerimenti per l'informatizzazione
C2.3.1A/C – Visita medica	Medico	Verifica risultati raggiunti	§ Registrazione in cartella visita medica dimissioni
C2.3.2A/C - Colloquio e Lettera Dimissioni	Medico	Valutazione congiunta sui risultati conseguiti rispetto al Patto per la Salute, sottoscritto in Accoglienza comprendente. Consegna Lettera Dimissioni, ed eventualmente il Piano Terapeutico/di Trattamento o certificati specialistici con le indicazioni per garantire la continuità terapeutica e assistenziale. Eventualmente si invia al P.S. o al Servizio per STP (se le dimissioni sono programmabili)	§ Registrazione in cartella dell'Output lettera dimissioni § Copia documento consegnato con firma ricevuta
C2.3.3A/C - Eventuale consegna copertura farmacologica	Medico Infermiere	Viene fornito il farmaco alla persona, con quantitativo necessario ai 3 giorni successivi le dimissioni. Le indicazioni e le	§ Registrazione in cartella del ceck e presenza Piano di Trattamento

USCITA: SOGGETTO IRREGOLARE CON PATOLOGIA ACUTA/CRONICA	Figure coinvolte	Funzioni	Modalità di 'registrazione' delle informazioni raccolte; dati di attività/verifica; esempi di indicatori; suggerimenti per l'informatizzazione
		quantità vengono fornite in forma scritta	§ Copia documento consegnato con firma ricevuta
C2.3.4A/C - Attività per la continuità assistenziale - network	Infermiere	Indicazioni circa la modalità di potere usufruire di prestazioni (es. Pronto Soccorso; rete dei volontari del carcere; associazioni per la salute delle persone immigrate)	

USCITA: SOGGETTO SENZA FISSA DIMORA SANO	Figure coinvolte	Funzioni	Modalità di 'registrazione' delle informazioni raccolte; dati di attività/verifica; esempi di indicatori; suggerimenti per l'informatizzazione
C2.4.1S - Colloquio e Lettera chiusura cartella/Sintesi Sanitaria	Medico	Valutazione congiunta sui risultati conseguiti rispetto al Patto per la Salute, sottoscritto in Accoglienza comprendente. Vengono riepilogate le visite e gli esami fatti; vengono fornite anche informazioni ed orientamento sull'eventuale utilizzo del SSN. Si fornisce documento scritto circa gli elementi principali della Cartella che possono essere utili alla persona (in riferimento alla sua storia sanitaria) = Lettera chiusura cartella	§ Registrazione in cartella dell'Output lettera chiusura cartella § Copia documento consegnato con firma ricevuta

USCITA: SOGGETTO SENZA FISSA DIMORA CON PATOLOGIA ACUTA/CRONICA	Figure coinvolte	Funzioni	Modalità di 'registrazione' delle informazioni raccolte; dati di attività/verifica; esempi di indicatori; suggerimenti per l'informatizzazione
C2.4.1A/C – Visita medica	Medico	Nel caso in cui la persona abbia una acuzie in atto, inviare a Pronto Soccorso	§ Registrazione in cartella visita medica dimissioni
C2.4.2A/C - Colloquio e Lettera	Medico	Valutazione congiunta sul Patto per la Salute, una informativa	§ Registrazione in cartella dell'Output

USCITA: SOGGETTO SENZA FISSA DIMORA CON PATOLOGIA ACUTA/CRONICA	Figure coinvolte	Funzioni	Modalità di 'registrazione' delle informazioni raccolte; dati di attività/verifica; esempi di indicatori; suggerimenti per l'informatizzazione
Dimissioni		appropriata per le terapie in corso e da proseguire. Consegna della Lettera Dimissioni, eventualmente il Piano Terapeutico/di Trattamento o certificati specialistici	lettera dimissioni § Copia documento consegnato con firma ricevuta
C2.3.3A/C - Eventuale consegna copertura farmacologica	Medico Infermiere	Viene fornito il farmaco alla persona, con quantitativo necessario ai 3 giorni successivi le dimissioni. Le indicazioni e le quantità vengono fornite in forma scritta	§ Registrazione in cartella del ceck e presenza Piano di Trattamento § Copia documento consegnato con firma ricevuta
C2.4.4A/C - Attività per la continuità assistenziale - network	Infermiere	Attivazione della rete dei volontari del carcere (e tramite l'associazionismo, contatto con i servizi sociali) ; informazione sulle possibilità di accesso ai servizi socio-sanitari e sanitari e sulla scelta del medico di base (fornire riferimenti Urp)	

Allegato 1 – Tuberculosi: check-list per la raccolta dell'anamnesi

Cognome e nome _____

Luogo e data di nascita _____

Data di ingresso nell'Istituto penitenziario/...../..... Data dell'intervista/...../.....

SEZIONE A: Sintomi compatibili con TB delle vie respiratorie in fase attiva

	No	Sì
1. tosse persistente da almeno 2-3 settimane	0	2
2. produzione di espettorato	0	2
3. emoftoe e/o dolore toracico senza causa nota	0	1
4. perdita di peso negli ultimi 3 mesi e/o perdita di appetito recente	0	1
5. febbre da oltre 7 giorni e/o sudorazioni notturne e/o astenia senza causa nota	0	1

Nel caso di score • 3 richiedere sempre Rx del torace e ricerca MTB nell'espettorato.

SEZIONE B: Condizioni e patologie che aumentano il rischio di TB

a.	pregressa TB di cui non si conosce la forma e l'esito	no	sì
b.	precedente trattamento antitubercolare non adeguato o dubbio (durata, tipologia dei farmaci)	no	sì
c.	acquisizione recente (ultimi due anni) di infezione tubercolare latente, documentata e non trattata	no	sì
d.	contatto stretto recente (ultimi due anni) con un caso di TB attiva bacillifera o sospetta tale	no	sì
e.	provenienza da Paese a elevata endemia tubercolare	no	sì
f.	esiti fibrotici all'Rx del torace; silicosi	no	sì
g.	tossicodipendenza per via e.v.; abuso di alcool	no	sì
h.	età <5 anni	no	sì
i.	infezione da HIV	no	sì
l.	trapianto di organo solido o di midollo	no	sì
m.	immunosoppressione iatrogena (es.: farmaci antineoplastici, antirigetto, biologici°, cortisonici*)	no	sì
n.	diabete mellito; insufficienza renale cronica	no	sì
o.	gastrectomia o by pass digiuno-ileale	no	sì
p.	leucemia o linfoma	no	sì
q.	neoplasia della testa o del collo; neoplasia del polmone	no	sì
r.	malnutrizione, Indice Massa Corporea <15% del valore ottimale	no	sì

Si richiedono: Rx del torace sì • no • Ricerca MTB nell'espettorato sì • no •

Si dispone la misura dell'isolamento respiratorio sì • no •

Si propone l'effettuazione dello screening della ITBL sì • no •

Timbro e firma del medico

°anti-TNF•, anti interleuchine, * dose equivalente a 20 mg/die o a 2 mg/kg/die di prednisone per oltre 2 settimane per via sistemica

Il Documento è stato elaborato dal Gruppo di Lavoro regionale nell'ambito del progetto:
'Percorso di accompagnamento alla definizione congiunta di linee operative e di orientamento sulla salute nelle carceri'

Documento redatto da:

Anna Cilento	Dirigente professional Servizio Salute Mentale, Dipendenze Patologiche, Salute nelle Carceri - Regione Emilia-Romagna
Vincenzo De Donatis	Medico collaboratore Servizio Salute Mentale, Dipendenze Patologiche, Salute nelle Carceri Regione Emilia-Romagna
Maria Cristina Fontana	Medico collaboratore Servizio Salute Mentale, Dipendenze Patologiche, Salute nelle Carceri Regione Emilia-Romagna e Responsabile di programma AUSL Piacenza
Giovanni Cortesi	Collaboratore Servizio SaluteMentale,DipendenzePatologiche Salute nelle Carceri Regione Emilia-Romagna
Monica Abruscia	Servizio Salute Mentale, Dipendenze Patologiche,Salutenelle Carceri - Regione Emilia-Romagna

Con la collaborazione di :

Daniela Farini	Formatrice IRESS Bologna
Marisa Anconelli	Responsabile IRESS Bologna

e con la collaborazione e condivisione dei Servizi regionali:

Servizio assistenza distrettuale, medicina generale, pianificazione e sviluppo dei servizi sanitari
Servizio sanità pubblica
Servizio presidi ospedalieri

Ringraziamenti

Questo lavoro non sarebbe stato possibile senza la continua e motivata partecipazione dei componenti del gruppo di lavoro composto da:

Assueri Nadialina	AUSL Bologna Coordinatore Infermieristico
Bertolini Giuliano	AUSL Reggio Emilia Coordinatore Infermieristico
Bertoni Roberto	AUSL Ravenna
Bigoni Antonio	AUSL Ferrara Medico
Caprari Elisabetta	AUSL Reggio Emilia Medico Referente OPG
Casadei Alfonso	AUSL Forlì Responsabile di Programma e Medico Referente
Ciusa Francesco	AUSL Parma Responsabile Di Programma
Corradini Maria Concetta	AUSL Modena Medico Referente Castelfranco Emilia
Donati Daniele	AUSL Rimini Medico Referente
Fabbri Fausto	AUSL Rimini Responsabile di Programma
Federzoni Guido	AUSL Modena Responsabile di Programma
Ferraresi Fabio	AUSL Ferrara Coordinatore Infermieristico
Foglietta Letizia	AUSL Rimini Coordinatore Infermieristico
Gandolfi Alberto	AUSL Piacenza Medico Referente
Marziano Salvatore	AUSL Reggio Emilia Coordinatore Infermieristico
Missiroli Marinella	AUSL Forlì Coordinatore Infermieristico
Panebianco Angela	AUSL Reggio Emilia Responsabile di Programma
Paolillo Pasquale	AUSL Bologna Medico Referente
Patrini Massimiliana	AUSL Ravenna Coordinatore Infermieristico
Pazzaglia Stefano	AUSL Bologna Responsabile di Programma
Proto Matilde	AUSL Ferrara Responsabile di Programma
Rimini Elisabetta	AUSL Ravenna Coordinatore Infermieristico
Roffi Maria Cristina	AUSL Piacenza Coordinatore Infermieristico
Sartini Loredana	AUSL Rimini Coordinatore Infermieristico
Serra Maurizio	AUSL Ravenna Medico Referente
Spezia Carlo	AUSL Modena Medico Referente Saliceta S.Giuliano
Varliero Roberto	AUSL Ravenna Responsabile di Programma
Vallicelli Loretta	AUSL Forlì Coordinatore Infermieristico
Zucchi Federica	AUSL Modena Coordinatore Infermieristico

SCHEDE DI APPROFONDIMENTO

Scheda 1 - Gli "eventi critici in carcere"

La storia del carcere, da sempre, è stata caratterizzata da molteplici manifestazioni con cui le persone detenute esprimono la sofferenza e il disagio dovuto ai fattori caratterizzanti la detenzione (la privazione della libertà, la vicenda giudiziaria, la convivenza coatta con altre persone nella stessa cella, con i regolamenti dell'istituzione, con gli operatori penitenziari, la sospensione dagli affetti, dalla sessualità e tutto quanto connesso alla privazione della libertà personale).

Tali manifestazioni sono elencate con il termine "Eventi critici" usato dall'Amministrazione Penitenziaria nella registrazione degli atti e nella loro divulgazione con un Bollettino annuale.

Vi sono compresi:

- § Atti di autolesionismo di varia natura, ad esempio: tagli, ingestione di corpi estranei, auto intossicazioni e avvelenamenti, assunzione incongrua di farmaci.
- § Tentati suicidi
- § Suicidi
- § Morti per cause naturali
- § Scioperi della Fame e della Sete
- § Ferimenti
- § Aggressioni
- § Manifestazioni Collettive di Protesta
- § Rifiuto o accumulo da mancata assunzione della Terapia
- § Mancata partecipazione a attività ricreative, culturali promosse dall'Amministrazione Penitenziaria
- § Evasioni, mancati rientri da permessi

Tali eventi, sebbene non abbiano tutti una stretta attinenza con aspetti sanitari, possono avere un interesse specifico anche per il Servizio sanitario in quanto costituiscono un "indice dello stato di tensione" esistente in ogni Istituto Penitenziario.

L'interesse del Servizio sanitario, inoltre, riguarda la ricaduta che il verificarsi di tali eventi comporta per il Servizio stesso, chiamato ad intervenire, spesso in situazione di urgenza, rendendosi necessario nella maggior parte dei casi un intervento sanitario immediato, con conseguenze nell'operatività e organizzazione che ogni Servizio sanitario deve prevedere nella specifica realtà.

Possono essere indicatore utile anche ai fini della comprensione delle cause, sia dei gesti di autolesionismo che di eventi ancor più drammatici che si verificano nelle carceri, i suicidi, oggetto, ancora oggi, di una attenta rivisitazione a scopo preventivo.

L'analisi delle frequenze annuali delle varie tipologie di evento consente una prima distinzione rispetto ai tentativi di suicidio e al suicidio stesso. Gli scioperi della fame e autolesionismi, di vario genere, rappresentano l'evenienza più frequente.

Nella regione Emilia-Romagna, con una popolazione media di 4.454 detenuti nell'anno 2010, si è verificato in proporzione 1 suicidio, circa, ogni 1.000 detenuti presenti, e ancora

1 suicidio ogni 100 atti di sciopero della fame, 80 di autolesionismo e 10 di tentato suicidio.

Si tratta di proporzioni molto simili alla distribuzione nazionale. In ogni caso le tabelle rendono evidente la necessità di capire se possono essere approfonditi altri aspetti al fine di una maggiore possibilità di conoscenza rispetto a specifici programmi di promozione della salute attuabili in carcere.

La registrazione di questi eventi, a cura del Servizio sanitario, potrebbe consentire la discriminazione di soggetti a rischio di possibili eventi critici maggiori, tentati suicidi, suicidi, che potrebbero manifestarsi al culmine di una storia di autolesionismi o altri atti di reazione alla carcerazione.

La conoscenza di questi eventi, da parte degli operatori sanitari, inoltre, può facilitare e consentire la lettura di determinati sintomi o disturbi di carattere psicosomatico che altrimenti potrebbero sfuggire ad una specifica attenzione; tali aspetti assumono particolare rilevanza nel contesto in cui il Servizio sanitario si trova ad operare.

Tale osservazione può risultare utile anche per:

- § riconoscere disturbi caratterizzati da un diverso rapporto con il proprio corpo, tipici di popolazioni con diversa cultura sanitaria cui appartengono molti dei detenuti stranieri ospiti dei nostri Istituti penitenziari
- § individuare persone e gruppi a rischio
- § individuare una fase del periodo detentivo in cui maggiormente si verificano tali eventi.

Nella Regione Emilia-Romagna la popolazione detenuta è costituita da una percentuale di italiani e stranieri intorno al 50%; degli eventi critici ne sono, però, protagonisti in larga maggioranza cittadini stranieri, nei confronti dei quali è sicuramente necessario prevedere strategie e strumenti di superamento degli ostacoli linguistici e culturale.

Ne consegue che, oltre all'utilizzo di mediatori culturali, risorse non sempre disponibili, sia necessario prevedere una specifica formazione sulle diversità culturali che il personale sanitario si trova ad affrontare.

Questi episodi possono costituire una fonte di conoscenza importante e aiutare a valutare quale possa essere lo stato di tensione complessiva presente negli Istituti Penitenziari, comunque in stretta relazione con il costante sovraffollamento.

Si riportano di seguito le Tabelle fornite dall'Amministrazione penitenziaria.

Tabella 4 - Eventi critici registrati sul territorio nazionale – 2000-2010

AUTOLESIONISMI E DECESSI					
Anni		atti di autolesionismo	tentativi di suicidio	Suicidi	Decessi per cause naturali
2000	v.a.	6.788	892	56	104
	%	12,70%	1,70%	0,10%	0,20%
2001	v.a.	6.353	878	69	108
	%	11,60%	1,60%	0,10%	0,20%
2002	v.a.	5.988	782	52	108
	%	10,60%	1,40%	0,10%	0,20%
2003	v.a.	5.804	676	57	100
	%	10,40%	1,20%	0,10%	0,20%
2004	v.a.	5.939	713	52	104
	%	8,70%	1,00%	0,10%	0,20%
2005	v.a.	5.481	750	57	115
	%	9,30%	1,30%	0,10%	0,20%
2006	v.a.	4.276	640	50	81
	%	8,30%	1,20%	0,10%	0,20%
2007	v.a.	3.687	610	45	76
	%	7,60%	1,30%	0,10%	0,20%
2008	v.a.	4.928	683	46	96
	%	9,10%	1,30%	0,10%	0,20%
2009	v.a.	5.941	944	58	100
	%	9,40%	1,50%	0,10%	0,20%
2010	v.a.	5.703	1.137	63	117
	%	8,40%	1,70%	0,10%	0,20%

Nota: I tassi sono calcolati rispetto alla popolazione detenuta mediamente presente nell'anno

Fonte: D.A.P - Ufficio per lo Sviluppo e la Gestione del S. I. A. - SEZIONE STATISTICA

Tabella 5 - Popolazione detenuta per sesso, provenienza e posizione giuridica – 2000-2011

Detenuti presenti per posizione giuridica , sesso e nazionalità									
Serie storica semestrale degli anni: 2000 - 2011									
Data di rilevazione	Posizione giuridica				Sesso			Stranieri	
	Imputati	Condannati	Internati	Totale	Uomini	Donne			
						n° presenti	% sui presenti	n° presenti	% sui presenti
31/12/2000	24.295	27.414	1.456	53.165	50.849	2.316	4,36	15.582	29,31
30/06/2001	24.989	28.962	1.442	55.393	52.953	2.440	4,4	16.378	29,57
31/12/2001	23.302	30.658	1.315	55.275	52.854	2.421	4,38	16.294	29,48
30/06/2002	22.411	32.729	1.137	56.277	53.781	2.496	4,44	17.049	30,29
31/12/2002	21.682	32.854	1.134	55.670	53.201	2.469	4,44	16.788	30,16
30/06/2003	20.524	34.695	1.184	56.403	53.838	2.565	4,55	16.636	29,49
31/12/2003	20.225	32.865	1.147	54.237	51.744	2.493	4,6	17.007	31,36
30/06/2004	20.151	35.291	1.090	56.532	53.872	2.660	4,71	17.783	31,46
31/12/2004	20.036	35.033	999	56.068	53.479	2.589	4,62	17.819	31,78
30/06/2005	21.037	36.995	1.093	59.125	56.267	2.858	4,83	19.071	32,26
31/12/2005	21.662	36.676	1.185	59.523	56.719	2.804	4,71	19.836	33,32
30/06/2006	21.820	38.193	1.251	61.264	58.341	2.923	4,77	20.221	33,01
31/12/2006	22.145	15.468	1.392	39.005	37.335	1.670	4,28	13.152	33,72
30/06/2007	25.514	17.042	1.401	43.957	42.035	1.922	4,37	15.658	35,62
31/12/2007	28.188	19.029	1.476	48.693	46.518	2.175	4,47	18.252	37,48
30/06/2008	30.279	23.243	1.535	55.057	52.647	2.410	4,38	20.617	37,45
31/12/2008	29.901	26.587	1.639	58.127	55.601	2.526	4,35	21.562	37,09
30/06/2009	31.281	30.549	1.800	63.630	60.851	2.779	4,37	23.609	37,1
31/12/2009	29.809	33.145	1.837	64.791	62.040	2.751	4,12	24.067	37,15
30/06/2010	29.691	36.781	1.786	68.258	65.255	3.003	4,4	24.966	36,58
31/12/2010	28.782	37.432	1.747	67.961	65.031	2.930	4,31	24.954	36,72
30/06/2011	28.363	37.376	1.655	67.394	64.481	2.913	4,32	24.232	35,96
31/12/2011	27.325	38.023	1.549	66.897	64.089	2.808	4,2	24.174	36,14

Tabella 6 - Eventi critici per tipologia giuridica, sesso e provenienza - 2010

anno 2010	autolesionismi		tentati suicidi		suicidi		decessi per cause naturali		totale per categoria giuridica e sesso	
	italiani	stranieri	italiani	stranieri	italiani	stranieri	italiani	stranieri		
imputati	uomini	669	1462	268	199	23	5	25	5	2656
	donne	58	23	12	12	0	0	0	0	105
condannati	uomini	1161	1979	308	261	17	8	52	8	3794
	donne	167	38	27	7	0	0	1	0	240
internati	uomini	164	5	21	18	2	0	16	1	227
	donne	6	1	4	0	0	0	0	0	11
totale per sesso	uomini	1994	3446	587	478	42	13	93	14	6667
	donne	203	60	43	19	0	0	1	0	326
totale per tipologia evento critico e provenienza		2197	3506	640	497	42	13	94	14	7003

Per quanto riguarda gli atti di autolesionismo il gruppo più numeroso è costituito dai cittadini maschi stranieri, sia nella categoria imputati che condannati.

Tra le donne la frequenza è più alta tra le italiane imputate.

Per i tentativi di suicidio, i suicidi ed i decessi per cause naturali, le frequenze sono state maggiori negli italiani, sia fra gli imputati che fra i condannati.

Complessivamente la frequenza di eventi critici è prevalente fra i condannati maschi stranieri.

Gli eventi critici in Emilia Romagna nel 2010

Occorre considerare che al 31 dicembre 2011 i detenuti stranieri presenti superavano il 50% contro il 36% nazionale.

Tabella 7 - Capienza degli istituti, presenza dei detenuti e frequenze degli eventi critici - 2010

Principali eventi critici di interesse sanitario negli Istituti Penitenziari dell'Emilia Romagna aa. 2010											
ISTITUTI PENITENZIARI	capienza	presenti 30 giugno 2010	presenti 31 dicembre 2010	presenza media nel 2010	auto- lesionismi	tentati suicidi	suicidi	decessi per cause naturali	ferimenti	sciopero della fame	totale
REGIONE	2435	4535	4373	4454	419	47	5	7	175	520	1173
cc BOLOGNA	481	1155	1138	1146,5	103	11	1	2	74	152	343
cli CASTELFR. EMILIA	162	96	87	91,5	4	1	0	0	4	44	53
cc FERRARA	228	502	497	499,5	22	1	0	1	37	23	84
cc FORLÌ	135	276	195	235,5	14	3	0	0	0	17	34
cc MODENA	222	499	466	482,5	33	2	0	0	0	42	77
cc PARMA	446	159	159	159	54	5	0	1	1	31	92
cr PARMA		358	338	348	11	3	1	0	0	40	55
cc PIACENZA	178	413	424	418,5	100	3	0	0	1	76	180
cc RAVENNA	59	147	126	136,5	9	1	1	0	18	7	36
opg REGGIO EMILIA	120	279	286	282,5	33	7	0	3	22	3	68
cc REGGIO EMILIA	161	344	322	333	14	7	2	0	10	38	71
cc RIMINI	122	221	230	225,5	20	3	0	0	8	26	57
cli SALICETA S. G.	68	81	71	76	2	0	0	0	0	21	23

Il sovraffollamento è caratteristica costante e rilevante.

I fenomeni di autolesionismo e gli scioperi della fame sono i più frequenti.

Le differenze fra Istituti simili per presenza e sovraffollamento fanno ipotizzare la necessità di rilevare altri dati per focalizzare meglio gli episodi e valutare eventuali specifiche azioni di prevenzione anche da parte dei sanitari.

In particolare, da una lettura più specifica dei dati negli IIPP della Regione, qui non riportati, sono risultati le seguenti frequenze:

- § Piacenza: sono stati più frequenti gli autolesionismi e gli scioperi della fame, in particolare negli stranieri imputati e in minor misura negli stranieri condannati.
- § Parma: (Casa Circondariale e Casa di Reclusione) in entrambe sono prevalsi gli autolesionismi e gli scioperi della fame, ad opera di imputati e condannati stranieri. Sono stati registrati anche 8 tentati suicidi, di cui 5 da parte di uomini stranieri imputati.
- § Reggio Emilia: la frequenza maggiore ha riguardato gli scioperi della fame, in particolare per gli stranieri condannati; 5 tentati suicidi ad opera di stranieri imputati.
- § Reggio Emilia - Ospedale Psichiatrico: gli eventi più frequenti sono stati gli autolesionismi, frequenti anche i ferimenti tra gli italiani e stranieri internati

- § Modena: sono prevalsi complessivamente gli autolesionismi e gli scioperi della fame messi in atto, per lo più, da condannati stranieri o italiani.
- § Castelfranco Emilia: (Casa di Reclusione a Custodia Attenuata e Casa di lavoro) accoglie prevalentemente internati italiani; qui è stato frequente il ricorso allo sciopero della fame
- § Saliceta S. Giuliano: (Casa di Lavoro) gli eventi critici più frequenti sono stati gli scioperi della fame e i tentativi di suicidio in internati italiani
- § Bologna: la tipologia di detenuti più spesso protagonista di autolesionismi e scioperi della fame e ferimenti è stata quella degli uomini imputati stranieri
- § Ferrara: si è evidenziata la particolarità che oltre un terzo degli eventi critici è costituita da ferimenti, di cui circa il 50% ad opera di uomini stranieri condannati; questo dato rappresenta una peculiarità rispetto agli altri Istituti simili
- § Ravenna: il 50% degli eventi critici sono stati i ferimenti che hanno riguardato quasi nella totalità uomini italiani imputati
- § Forlì: il 50% degli eventi è rappresentato da sciopero della fame da parte di stranieri condannati o italiani imputati
- § Rimini: gli eventi più frequenti sono risultati scioperi della fame e autolesionismi, in particolare per stranieri imputati

Scheda 2 – Attuazione dei modelli di assistenza primaria

Tratto da AGE.NA.S “Stato di attuazione dei modelli innovativi di assistenza primaria nelle Regioni italiane” Maggio 2009)

Il Chronic Care Model individua le variabili fondamentali per un approccio “sistemico” alle malattie croniche, pone in risalto 6 aree di intervento per migliorare l’assistenza ai pazienti affetti da patologia cronica e promuovere un approccio appropriato da parte degli operatori.

I punti successivi sembrano particolarmente utili per una possibile implementazione nell’attività sanitaria nei penitenziari.

1) il SISTEMA ORGANIZZATIVO (Health System): Creare una cultura, un’organizzazione e meccanismi che promuovano un’assistenza sicura e di alta qualità:

- § miglioramento visibilmente supportato ad ogni livello dell’organizzazione, ad iniziare dai leader “anziani”;
- § promuovere efficaci strategie di miglioramento finalizzate ad un globale cambiamento del sistema;
- § incoraggiare una gestione degli errori e delle problematiche aperta e sistematica per migliorare l’assistenza;
- § fornire degli stimoli/incentivi basati sulla qualità dell’assistenza;
- § sviluppare intese che facilitino la coordinazione per l’assistenza entro e fra le organizzazioni.

2. IL DISEGNO DEL SISTEMA DI EROGAZIONE (Delivery System Design): Assicurare l’erogazione di un’assistenza clinica efficace ed efficiente e di un sostegno auto-gestito

- § definire i ruoli e distribuire i compiti fra i membri del team;
- § utilizzare interazioni pianificate per sostenere le cure basate sulle evidenze;
- § fornire servizi adeguati per la gestione dei casi clinici per i pazienti complessi;
- § assicurare un follow-up regolare da parte del team di cura;
- § assicurarsi che i pazienti capiscano e che le spiegazioni fornite corrispondano al loro background culturale.

3. I PROCESSI DECISIONALI (Decision Support): Promuovere un’assistenza clinica che sia in accordo alle evidenze scientifiche e alle preferenze del paziente

- § integrare le linee guida evidence-based con la pratica clinica quotidiana;
- § condividere le linee guida evidence-based e le informazioni con i pazienti per incoraggiare la loro partecipazione;
- § utilizzare metodi di insegnamento efficaci;
- § integrare la conoscenza specialistica con l’assistenza di base.

4. IL SISTEMA INFORMATIVO (Clinical Information Systems): Organizzare i dati relativi ai pazienti e alle popolazioni per facilitare un’assistenza efficace ed efficiente

- § fornire opportuni promemoria ai pazienti e ai providers;
- § identificare importanti sottopopolazioni per una assistenza proattiva;
- § facilitare piani di cura individuali per i singoli pazienti;

- § condividere informazioni fra pazienti e providers per coordinare l'assistenza;
- § monitorare la performance dell'attività del team e del sistema di cura;

5. IL SOSTEGNO ALL'AUTOGESTIONE (Self-Management Support): Potenziare e preparare i pazienti a gestire la loro salute e la loro assistenza

- § enfatizzare il ruolo centrale del paziente nella gestione della propria salute;
- § usare efficaci strategie di supporto auto-gestite che includano valutazione, definizione degli obiettivi, pianificazione delle azioni, risoluzione dei problemi e follow-up;
- § organizzare risorse interne e sociali per fornire un continuo sostegno auto-gestito ai pazienti.

6. LE CONNESSIONI CON LA COMUNITA' (The Community): Mobilizzare le risorse della comunità per incontrare i bisogni dei pazienti

- § incoraggiare i pazienti a partecipare ad efficaci programmi sociali;
- § formare delle partnerships con le organizzazioni sociali per sostenere e sviluppare interventi che riempiano le mancanze nei servizi necessari
- § sostenere politiche che migliorino l'assistenza al paziente.

Scheda 3 - Aspetti Epidemiologici e Caratteristiche della Popolazione detenuta¹¹

Il carcere, contenitore destinato alla difesa sociale, è una comunità in cui si deve garantire la salute dei detenuti; la pena non deve essere causa di riduzione di questo diritto.

Ne consegue un potenziale conflitto fra coloro che vi operano rispetto alla prevalenza fra gli obiettivi che lo caratterizzano, salute e sicurezza,.

Crisi economica, sovraffollamento, condizioni strutturali dei penitenziari, rendono ancora più arduo il compito di chi è chiamato a prestare la professionalità sanitaria, malgrado la Riforma della Medicina Penitenziaria e il suo passaggio al Servizio Sanitario Nazionale, Regionale, Aziendale.

Si è di fronte ad una svolta epocale che interessa la salute di una particolare "fragilità", quella che riguarda le persone detenute, pericolosamente esposte al rischio di malattie, contagiose e non, in relazione a "discutibili" stili di vita.

Parlare degli uomini detenuti, del loro stato psico-fisico, della loro salute, dei condizionamenti derivati dal contesto in cui vivono, al di là dei motivi per cui vi entrano e come ne escono, costituisce elemento di grande interesse culturale, scientifico, umano e professionale. Ai ristretti, attraverso l'evoluzione delle ideologie, religiose o meno, viene rivolta una attenzione che ha radici nelle teorie illuministe, positiviste di eguaglianza, riscatto, che negli ultimi decenni si è ramificata nel campo medico, in particolare per le malattie psichiche e contagiose.

Non è facile lavorare nel contesto carcere, non è semplice penetrarne la storia, i condizionamenti potenziali, senza la disponibilità ad arricchire il proprio bagaglio umano e professionale attraverso un viaggio verso questa particolare, complessa, condizione che influenza la vita delle attuali fragilità contenute, provenienti da diverse culture.

In generale all'assistenza primaria, alla psichiatria come per altre branche specialistiche, è affidato il compito di un ruolo efficace per la promozione, la diagnosi, cura, riabilitazione del soggetto detenuto, favorendo la continuità con il territorio di residenza sia in entrata che in uscita dal carcere.

Sulla identificazione degli obiettivi sanitari da raggiungere ci può aiutare qualche osservazione di carattere globale ed epidemiologico.

Oggi i sistemi sanitari vivono una trasformazione importante.

L'indirizzo più recente, individuato, per i cittadini liberi è quello di informarli in modo che possano divenire capaci di scelte consapevoli, utili a conservare il bene "salute".

La prevenzione attraverso l'individuazione dei principali fattori di rischio per la salute, l'informazione destinata a far riflettere sull'utilità di modificare i propri stili di vita, costituiscono obiettivi strategici dei servizi sanitari che vi indirizzano le proprie energie professionali, nella convinzione che da questo percorso possano trarre beneficio sia il singolo che la società, condizionati dalla crisi economica, dai costi dell'assistenza per i

¹¹ Vincenzo De Donatis – Corso di formazione "Psichiatria nei contesti penitenziari" – Bologna 25 febbraio 2012 - Bologna

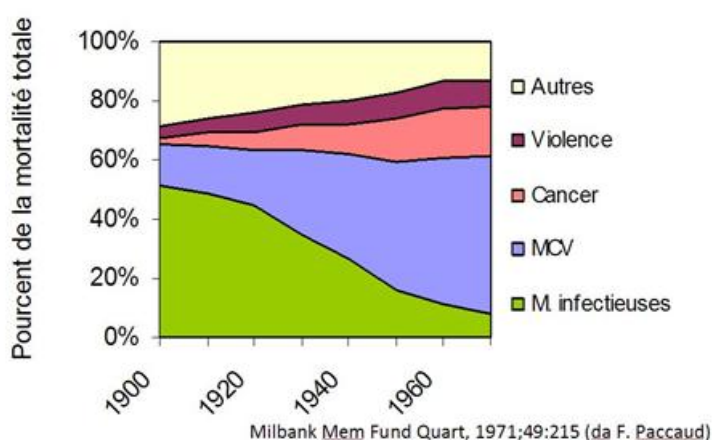
malati cronici. Il sapere ci esorta a cercare interventi precoci capaci di riconoscere i motivi di malattia, tentare di eradicarli o governarli.

Non più sistemi basati sulla centralità del sapere medico, reso disponibile in modo paternalistico, ma sistemi basati sull'uomo al centro delle informazioni che i professionisti della salute sono in grado di fornirgli e che lo possono aiutare a scegliere il proprio percorso di salute.

L'empowerment del cittadino è l'etichetta che accoglie gli obiettivi dei servizi verso la terra promessa di una vita più lunga, in una situazione di benessere prolungato con minori costi assistenziali.

L'ultimo secolo è stato caratterizzato, in sanità, da fondamentali osservazioni epidemiologiche.

Figura 1. La transizione epidemiologica nei paesi industrializzati (1900-1970)



All'inizio del '900 la mortalità era causata, principalmente, dalle malattie infettive, dalle guerre poi, con gli anni '70 una prima trasformazione ... è cresciuta la mortalità per malattie cardiovascolari, tumori e incidenti stradali.¹²

Il progresso tecnologico, le terapie farmacologiche, i periodi di pace in occidente, hanno contribuito per questo risultato.

Le malattie contagiose non rappresentano, oggi, la prima causa di morte.

Al centro dell'interesse globale è evidente una nuova epidemia Causata dalle malattie cardiovascolari, con i fattori di rischio che le determinano, malgrado l'avvento dell'AIDS e la ripresa in alcuni paesi dell'infezione tubercolare.

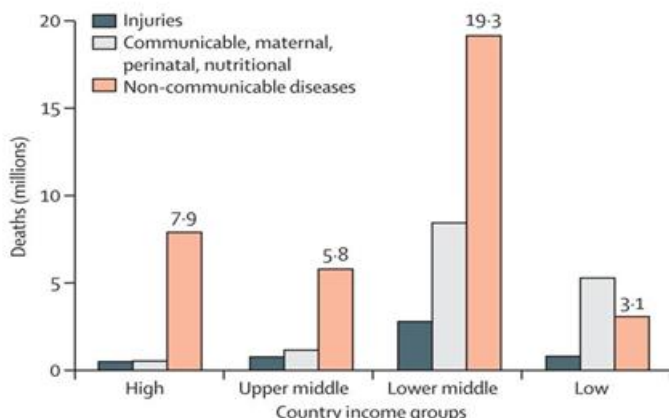
L'alimentazione, il moto, il fumo di tabacco, lo stress costituiscono i principali fattori di rischio.

Altre osservazioni, più recenti, confermano questo andamento.

¹² <http://saluteinternazionale.info/2011/05/la-pandemia-globale-delle-malattie-non-trasmissibili>

Figura 2. Principali cause di morte (milioni di decessi) per gruppi di paesi (da alto a basso livello di reddito), 2008.

Fonte: Lancet (Rif. bibl. 2)



§ Le malattie “non contagiose” costituiscono la prima causa di morte per i soggetti più poveri

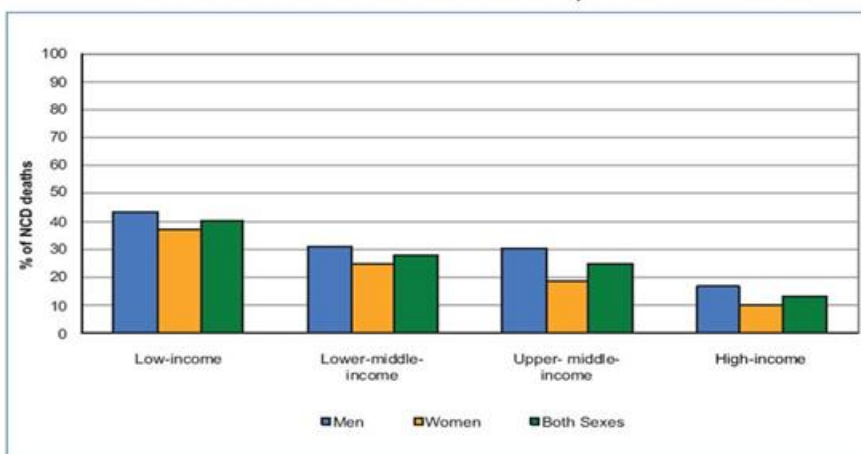
§ Per costoro è anche più elevato il numero di morti per malattie infettive, malnutrizione e violenze¹³.

Un reddito elevato sembra costituire la migliore forma di prevenzione possibile, particolarmente per i soggetti più giovani precocemente colpiti da malattie croniche.¹⁴ La povertà genera fragilità.

Il 70% delle morti in soggetti con meno di 60 anni riguarda le classi sociali meno abbienti, indipendentemente dal sesso.

Figura 3. Percentuale di mortalità per malattie croniche in soggetti di età < 60 anni, per gruppi di paesi con differenti livelli di ricchezza.

Fonte: Noncommunicable Diseases Country Profiles 2011. WHO



L' O.M.S. mostra la relazione fra reddito, globalizzazione, principali fattori di rischio per la salute e le malattie croniche¹⁵ fino a definire le malattie non trasmissibili come la nuova epidemia globale.

2,3 Non-communicable diseases country profiles 2011. WHO global report

Figura 4 – Malattie croniche e fattori di rischio

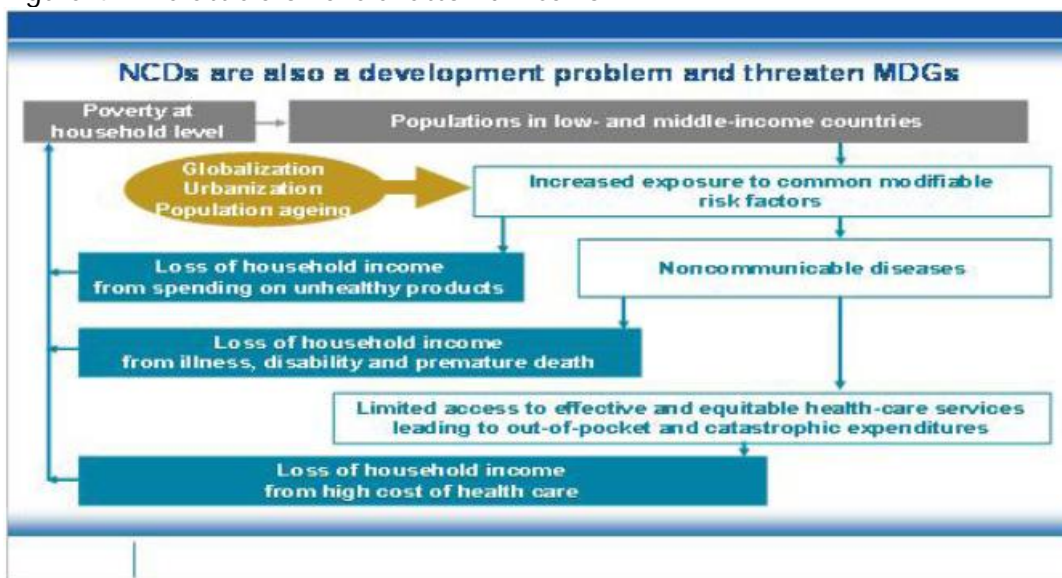


Figura 5 – Fattori che influenzano lo stato di salute della popolazione



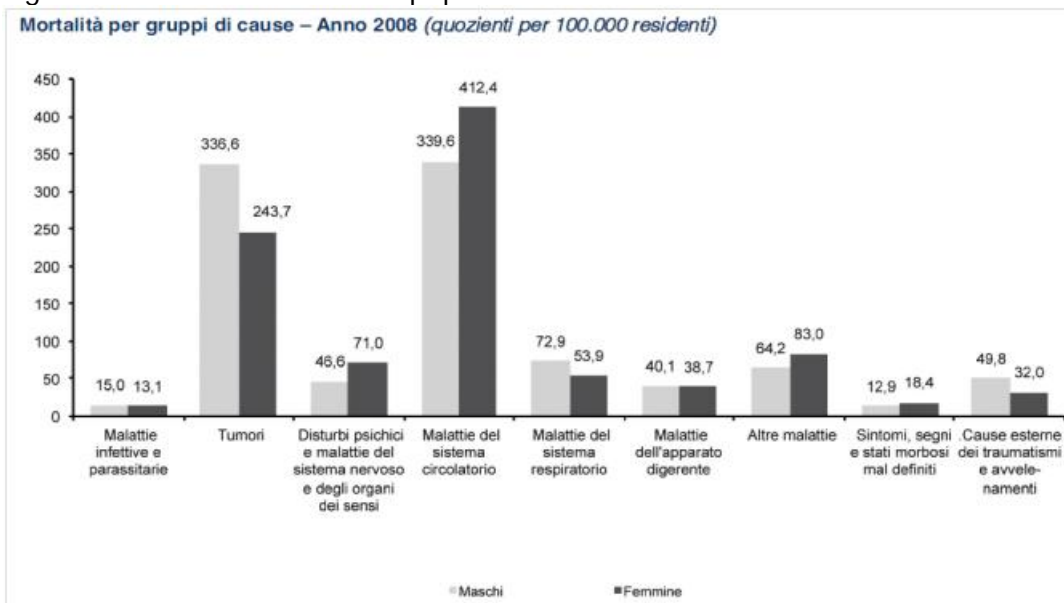
L'appartenenza alle carenze, nelle diverse aree rappresentate, tipica rende gli individui più "fragili".

Le cause di morte nella popolazione italiana¹⁶, distinte per sesso, sono rilevabili nella Figura 6, fra queste rilevanti anche quelle per disturbi psichici, malattie del sistema nervoso e degli organi di senso.

¹⁵ Fonte: Global Status Report on Non-communicable Diseases 2010.

¹⁶ Annuario ISTAT 2011

Figura 6 – Cause di morte nella popolazione italiana



Si può ragionevolmente ritenere che la popolazione detenuta, almeno in Italia, possa appartenere a diverse delle categorie rappresentate per il rilievo costante di patologie, tipiche della situazione di fragilità, di disagio, con una correlazione determinata sia dagli aspetti socio-economici, culturali che da stili di vita "non opportuni".

Quadro demografico della popolazione detenuta

Tabella 8 - Caratteristiche della popolazione detenuta negli istituti di Pena Italiani per presenza, provenienza e classi di età - 2011¹⁷

Regione di detenzione	Numero Istituti	Capienza Regolamentare	Detenuti Presenti		di cui Stranieri	Detenuti presenti in semilibertà (*)	
			Totale	Donne		Totale	Stranieri
Abruzzo	8	1.531	2.006	64	372	8	0
Basilicata	3	440	472	16	55	7	0
Calabria	12	1.875	3.043	59	604	16	0
Campania	17	5.766	7.922	313	990	207	3
Emilia Romagna	13	2.453	4.000	145	2.065	40	6
Friuli Venezia Giulia	5	548	854	30	518	18	6
Lazio	14	4.838	6.716	412	2.661	87	11
Liguria	7	1.130	1.807	85	1.023	39	8
Lombardia	19	5.416	9.360	594	4.080	86	10
Marche	7	775	1.173	34	506	9	3
Molise	3	401	520	0	65	3	0
Piemonte	13	3.628	5.120	158	2.602	42	10
Puglia	11	2.463	4.488	214	886	89	0
Sardegna	12	2.037	2.160	58	954	32	1
Sicilia	27	5.406	7.521	196	1.624	82	3
Toscana	18	3.186	4.242	183	2.130	83	17
Trentino Alto Adige	2	520	376	15	265	11	4
Umbria	4	1.134	1.679	72	715	9	1
Valle d'Aosta	1	181	282	0	203	0	0
Veneto	10	1.972	3.156	160	1.856	38	9
Totale nazionale	206	45.700	66.897	2.808	24.174	906	92

(*) Nota: i detenuti presenti in semilibertà sono compresi nel totale dei detenuti presenti.

¹⁷ Fonte: Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria - Ufficio per lo sviluppo e la gestione del sistema informativo automatizzato statistica ed automazione di supporto dipartimentale - Sezione Statistica

Tabella 9 - Detenuti presenti per posizione giuridica, sesso e nazionalità – 2000-2011

Data di rilevazione	Posizione giuridica				Sesso		Nazionalità	
	Imputati	Condannati	Internati	Totale	Donne	% rispetto ai presenti	Stranieri	% rispetto ai presenti
31/12/2000	24.295	27.414	1.456	53.165	2.316	4,36	15.582	29,31
30/06/2001	24.989	28.962	1.442	55.393	2.440	4,40	16.378	29,57
31/12/2001	23.302	30.658	1.315	55.275	2.421	4,38	16.294	29,48
30/06/2002	22.411	32.729	1.137	56.277	2.496	4,44	17.049	30,29
31/12/2002	21.682	32.854	1.134	55.670	2.469	4,44	16.788	30,16
30/06/2003	20.524	34.695	1.184	56.403	2.565	4,55	16.636	29,49
31/12/2003	20.225	32.865	1.147	54.237	2.493	4,60	17.007	31,36
30/06/2004	20.151	35.291	1.090	56.532	2.660	4,71	17.783	31,46
31/12/2004	20.036	35.033	999	56.068	2.589	4,62	17.819	31,78
30/06/2005	21.037	36.995	1.093	59.125	2.858	4,83	19.071	32,26
31/12/2005	21.662	36.676	1.185	59.523	2.804	4,71	19.836	33,32
30/06/2006	21.820	38.193	1.251	61.264	2.923	4,77	20.221	33,01
31/12/2006	22.145	15.468	1.392	39.005	1.670	4,28	13.152	33,72
30/06/2007	25.514	17.042	1.401	43.957	1.922	4,37	15.658	35,62
31/12/2007	28.188	19.029	1.476	48.693	2.175	4,47	18.252	37,48
30/06/2008	30.279	23.243	1.535	55.057	2.410	4,38	20.617	37,45
31/12/2008	29.901	26.587	1.639	58.127	2.526	4,35	21.562	37,09
30/06/2009	31.281	30.549	1.800	63.630	2.779	4,37	23.609	37,10
31/12/2009	29.809	33.145	1.837	64.791	2.751	4,12	24.067	37,15
30/06/2010	29.691	36.781	1.786	68.258	3.003	4,40	24.966	36,58
31/12/2010	28.782	37.432	1.747	67.961	2.930	4,31	24.954	36,72
30/06/2011	28.363	37.376	1.655	67.394	2.913	4,32	24.232	35,96
31/12/2011	27.325	38.023	1.549	66.897	2.808	4,20	24.174	36,14

Il sovraffollamento e la larga percentuale di stranieri presenti costituiscono un grande ostacolo ed una autentica sfida per lo sviluppo all'assistenza sanitaria nelle carceri e per la sua trasformazione in un presidio territoriale capace di promuovere la salute e l'integrazione di differenti culture e provenienze.

Affrontare questo problema è ineludibile, risolverlo difficile ma dovuto, in nome del principio di eguaglianza, equità, solidarietà per la caratteristica fragilità della popolazione detenuta.

Tabella 10 - Detenuti per classi di età - 2011

Regione di detenzione	18-20	21-24	25-29	30-24	35-39	40-44	45-49	50-59	60-59	70+	ND	Total
Detenuti Italiani + Stranieri												
Abruzzo	18	122	230	325	322	324	264	305	81	15	-	2.00
Basilicata	2	21	59	75	95	70	64	62	20	4	-	47
Calabria	40	227	440	507	459	426	350	434	135	25	-	3.04
Campania	149	530	1.018	1.319	1.302	1.254	950	1.005	325	70	-	7.92
Emilia Romagna	83	338	625	731	636	587	376	455	131	38	-	4.00
Friuli Venezia Giulia	19	84	164	144	135	102	79	96	25	6	-	85
Lazio	129	541	960	1.147	1.106	868	745	887	289	43	1	6.71
Liguria	24	183	320	328	257	238	172	212	67	5	1	1.80
Lombardia	181	733	1.338	1.545	1.439	1.357	945	1.224	491	106	1	9.36
Marche	18	97	165	205	202	149	128	155	48	6	-	1.17
Molise	6	46	64	100	91	83	47	62	17	4	-	52
Piemonte	112	537	786	842	806	686	488	612	200	42	9	5.12
Puglia	82	416	756	758	770	645	451	430	140	39	1	4.48
Sardegna	28	154	314	396	381	315	219	235	102	16	-	2.16
Sicilia	109	652	1.107	1.314	1.270	1.059	754	885	286	84	1	7.52
Toscana	52	315	701	770	680	619	465	464	142	32	2	4.24
Trentino Alto Adige	20	58	67	71	56	42	29	27	3	3	-	37
Umbria	21	125	239	309	271	255	174	207	58	20	-	1.67
Valle d'Aosta	7	42	58	44	55	25	23	18	8	-	2	28
Veneto	58	304	534	576	504	412	312	341	100	13	2	3.15
Detenuti Italiani + Stranieri	1.158	5.525	9.945	11.506	10.837	9.516	7.035	8.116	2.668	571	20	66.89

In Emilia Romagna il 75% dei detenuti ha meno di 45 anni e per i detenuti stranieri la percentuale sale quasi al 90% dei presenti. Questa osservazione implica degli aspetti fondamentali nella pianificazione dell'attività del servizio sanitario che possiamo immaginare come costruito secondo un modello con caratteristiche generali eguali per tutti ma anche con la capacità di affrontare alcune specificità determinate da cultura e diversa provenienza dei detenuti stranieri.

Tabella 11 - Detenuti stranieri per classi di età - 2011

Regione di detenzione	18-20	21-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-59	60-69	70+	ND	Totale
Detenuti Stranieri												
Abruzzo	5	42	86	97	55	45	29	12	1	-	-	372
Basilicata	-	5	13	11	16	5	3	2	-	-	-	55
Calabria	9	65	121	135	105	84	46	31	8	-	-	604
Campania	17	99	200	214	174	146	79	53	6	2	-	990
Emilia Romagna	75	274	498	510	332	211	96	64	5	-	-	2.065
Friuli Venezia Giulia	12	70	140	111	91	43	27	22	2	-	-	518
Lazio	77	341	573	552	412	283	221	166	33	2	1	2.661
Liguria	19	145	241	237	157	104	62	49	7	1	1	1.023
Lombardia	128	572	939	932	637	442	220	176	31	3	-	4.080
Marche	13	76	115	127	76	43	36	17	3	-	-	506
Molise	3	8	11	23	8	8	2	2	-	-	-	65
Piemonte	92	441	606	545	412	247	135	96	18	1	9	2.602
Puglia	21	104	196	171	157	122	57	46	9	2	1	886
Sardegna	15	93	204	228	192	110	65	36	11	-	-	954
Sicilia	28	180	350	351	309	198	114	75	16	2	1	1.624
Toscana	37	248	543	495	335	238	141	80	10	1	2	2.130
Trentino Alto Adige	17	44	58	60	38	19	17	10	1	1	-	265
Umbria	17	92	161	174	123	75	38	28	5	2	-	715
Valle d'Aosta	7	39	52	34	39	16	8	5	1	-	2	203
Veneto	44	254	453	413	327	190	103	58	12	-	2	1.856
Totale Detenuti Stranieri	636	3.192	5.560	5.420	3.995	2.629	1.499	1.028	179	17	19	24.174

Un' ulteriore osservazione deriva da altre rilevazioni che la stessa fonte bibliografica mette a disposizione, in particolare per la condizione culturale e l'attività lavorativa che si può svolgere in carcere.

Cultura e attività lavorativa costituiscono 2 strumenti essenziali per chi è già nella condizione di essere allontanato, sospeso, da un altri elementi essenziali della vita, affettività e sessualità, con le relative conseguenze.

In concreto meno del 50% dei detenuti ha una relazione affettiva in corso o ha dei figli, la percentuale si eleva notevolmente per gli stranieri che vivono, spesso, la condizione di non aver più nulla da perdere anche per la pochezza degli strumenti a disposizione per affrontare l'esperienza detentiva, in termini culturali e di reddito.

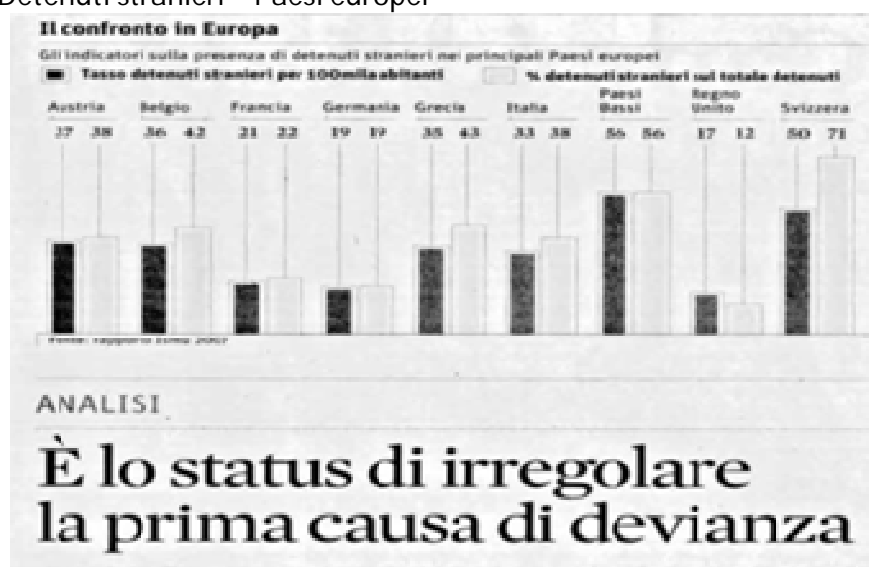
Tabella 12 - Detenuti per titolo di studio – 2005-2011

Anno	Laurea	Diploma di scuola media superiore	Diploma di scuola professionale	Licenza di scuola media inferiore	Licenza di scuola elementare	Privo di titolo di studio	Analfabeta	Non rilevato	Totale
2005	565	2.649	1.283	21.453	13.059	2.471	852	17.191	59.523
2006	448	1.784	632	13.735	7.580	1.499	592	12.735	39.005
2007	475	2.332	565	16.569	8.327	1.737	863	17.825	48.693
2008	576	2.784	561	19.749	9.052	2.200	929	22.276	58.127
2009	595	2.970	494	21.685	9.197	2.342	930	26.578	64.791
2010	661	3.397	490	22.658	9.127	2.396	859	28.373	67.961
2011	628	3.389	467	21.726	8.331	2.131	785	29.440	66.897

E' costante negli anni l'osservazione che oltre il 70% dei detenuti ha a disposizione un titolo di studio non superiore alla licenza di scuola media.

La caratteristica di fragilità culturale, associata a quella linguistica, comporta il dubbio che la nostra capacità di relazione, comunicazione già fortemente limitata sia amplificata negativamente dalla condizione di detenzione.

Figura 7 – Detenuti stranieri – Paesi europei¹⁸



¹⁸ Fonte: il Sole 24 ore – Lunedì 28 Aprile 2008 n° 117.

Le scelte politiche divengono ineludibili malgrado la crisi economica.

Tabella 13 - Detenuti lavoranti – 1991-2011

Data	Presenti	Dipendenze Amm.ne Penitenziaria	%	Non dipendenze Amm.ne Penitenziaria	%	Totale	% sui presenti
30/06/1992	44.424	10.698	91,21	1.031	8,79	11.729	26,40
31/12/1992	47.316	9.766	88,68	1.247	11,32	11.013	23,28
30/06/1993	51.937	9.861	88,34	1.301	11,66	11.162	21,49
31/12/1993	50.348	9.398	87,35	1.361	12,65	10.759	21,37
30/06/1994	54.616	9.995	86,98	1.496	13,02	11.491	21,04
31/12/1994	51.165	10.061	87,59	1.426	12,41	11.487	22,45
30/06/1995	51.973	9.979	83,83	1.925	16,17	11.904	22,90
31/12/1995	46.908	10.351	86,59	1.603	13,41	11.954	25,48
30/06/1996	48.694	9.989	85,11	1.747	14,89	11.736	24,10
31/12/1996	47.709	10.222	85,41	1.746	14,59	11.968	25,09
30/06/1997	49.554	10.156	84,45	1.870	15,55	12.026	24,27
31/12/1997	48.495	10.033	85,68	1.677	14,32	11.710	24,15
30/06/1998	50.578	10.691	86,55	1.661	13,45	12.352	24,42
31/12/1998	47.811	10.356	87,47	1.483	12,53	11.839	24,76
30/06/1999	50.856	10.253	85,66	1.717	14,34	11.970	23,54
31/12/1999	51.814	10.421	87,55	1.482	12,45	11.903	22,97
30/06/2000	53.537	10.978	87,19	1.613	12,81	12.591	23,52
31/12/2000	53.165	11.121	86,85	1.684	13,15	12.805	24,09
30/06/2001	55.393	11.784	85,30	2.031	14,70	13.815	24,94
31/12/2001	55.275	11.784	85,25	2.039	14,75	13.823	25,01
30/06/2002	56.277	12.110	84,36	2.245	15,64	14.355	25,51
31/12/2002	55.670	11.213	83,22	2.261	16,78	13.474	24,20
30/06/2003	56.403	11.198	82,16	2.432	17,84	13.630	24,17
31/12/2003	54.237	11.463	83,23	2.310	16,77	13.773	25,39
30/06/2004	56.532	11.951	84,08	2.263	15,92	14.214	25,14
31/12/2004	56.068	12.152	82,75	2.534	17,25	14.686	26,19
30/06/2005	59.125	11.824	81,01	2.771	18,99	14.595	24,68
31/12/2005	59.523	12.723	81,68	2.853	18,32	15.576	26,17
30/06/2006	61.264	12.591	81,23	2.910	18,77	15.501	25,30
31/12/2006	39.005	10.483	87,21	1.538	12,79	12.021	30,82
30/06/2007	43.957	11.005	87,29	1.603	12,71	12.608	28,68
31/12/2007	48.693	11.717	87,93	1.609	12,07	13.326	27,37
30/06/2008	55.057	11.633	86,73	1.780	13,27	13.413	24,36
31/12/2008	58.127	12.165	86,95	1.825	13,05	13.990	24,07
30/06/2009	63.630	11.610	86,59	1.798	13,41	13.408	21,07
31/12/2009	64.791	12.376	86,72	1.895	13,28	14.271	22,03
30/06/2010	68.258	12.058	85,42	2.058	14,58	14.116	20,68
31/12/2010	67.961	12.110	85,44	2.064	14,56	14.174	20,86
30/06/2011	67.394	11.508	83,60	2.257	16,40	13.765	20,42

Anche l'attività lavorativa è fortemente limitata riguarda un detenuto su 5 e spesso si tratta di attività temporanee che portano un occasionale sollievo economico per acquistare le sigarette. Aumentano di conseguenza i rischi derivati dalla differente possibilità economica fra i detenuti.

Utile l'osservazione delle tipologia di reato cui è stata o è protagonista la popolazione detenuta.

Tabella 14 - Detenuti per tipologia di reato - 2008 – 2011*

Tipologia di reato	2008	2009	2010	2011
ASSOCIAZIONE DI STAMPO MAFIOSO (416BIS)	5.257	5.586	6.183	6.467
LEGGE DROGA	23.505	26.931	28.199	27.459
LEGGE ARMI	8.652	9.360	9.938	10.069
ORDINE PUBBLICO	2.754	2.975	3.175	3.183
CONTRO IL PATRIMONIO	27.345	30.094	32.225	33.647
PROSTITUZIONE	981	1.066	1.152	1.089
CONTRO LA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE	6.151	7.230	7.692	8.072
INCOLUMITA' PUBBLICA	1.532	1.697	1.764	1.683
FEDE PUBBLICA	3.112	3.721	4.273	4.396
MORALITA' PUBBLICA	220	232	244	231
CONTRO LA FAMIGLIA	1.230	1.528	1.716	1.749
CONTRO LA PERSONA	19.551	21.854	23.109	23.693
CONTRO LA PERSONALITA' DELLO STATO	200	179	153	146
CONTRO L'AMMINISTRAZIONE DELLA GIUSTIZIA	4.569	5.367	6.043	6.383
ECONOMIA PUBBLICA	345	422	487	542
CONTRAVVENZIONI	3.300	3.628	3.962	4.094
LEGGE STRANIERI	2.357	3.066	4.244	2.442
CONTRO IL SENTIM.TO E LA PIETA' DEI DEFUNTI	1.043	1.067	1.082	1.116
ALTRI REATI	2.606	2.927	3.268	3.367

(*) Nota: La numerosità indicata per ogni categoria di reato corrisponde esattamente al numero di soggetti coinvolti. Nel caso in cui ad un soggetto siano ascritti reati appartenenti a categorie diverse egli viene conteggiato all'interno di ognuna di esse. Ne consegue che ogni categoria deve essere considerata a sé stante e non risulta corretto sommare le frequenze

Tale osservazione conferma la ragionevolezza della circolare dell'Amministrazione Penitenziaria GDAP 0445330-11 23 novembre 2011 diretta ai Provveditorati Regionali, a proposito della necessaria distinzione dei percorsi "trattamentali" da predisporre per la popolazione detenuta, viste le percentuali che mostrano differenti "spessori" criminali, ipotesi confermata dalla più recente circolare del 30 maggio 2012.