

Linee di indirizzo per la strutturazione dei Servizi per la Tutela della Salute in Carcere

Premessa

Le linee di indirizzo presentate si articolano in quattro sezioni differenti:

- a) Linee di indirizzo finalizzate alla definizione delle caratteristiche del sistema dei Servizi per la Tutela della Salute in Carcere. Partendo da un'analisi delle prestazioni sanitarie erogate dal 2007 al 1° trimestre 2009 alla popolazione detenuta presente nella regione Piemonte e sulla base di alcune considerazioni di carattere generale, vengono definite le linee generali per la strutturazione delle attività dei Servizi Aziendali per la Tutela della Salute in Carcere, nonché le indicazioni fondamentali per l'individuazione dei circuiti sanitari di riferimento per i ricoveri ospedalieri dei detenuti, sulla base delle caratteristiche di sicurezza degli istituti di pena e della popolazione detenuta che vi affinisce.
- b) Una sezione definita dal gruppo di lavoro interaziendale dei Dipartimenti di Salute Mentale, che definisce le linee di indirizzo per gli interventi rivolti alla popolazione detenuta affetta da disturbi psichici, da adottare nell'ambito dei DSM delle ASL sedi di carcere.
- c) Le linee di indirizzo per l'erogazione dell'assistenza ai tossicodipendenti detenuti negli istituti penitenziari piemontesi, redatte dal Tavolo Tecnico regionale sulla Tossicodipendenza in ambito penitenziario.
- d) Le Linee di indirizzo per gli interventi psicologici rivolti ai soggetti, adulti e minori, in condizione di restrizione delle libertà personale e sottoposti a procedimenti penali, elaborate dall'Ufficio regionale per la sanità penitenziaria col contributo di esperti della materia, rappresentanti l'area specifica.

Introduzione

Gli obiettivi delle presenti linee di indirizzo sono a) la definizione del livello minimo di prestazioni sanitarie che deve essere garantito in ciascuna realtà penitenziaria, commisurato alle dimensioni e alla complessità dell'Istituto di pena di riferimento e b) la definizione delle caratteristiche funzionali della rete delle strutture sanitarie presenti negli istituti di pena che possa offrire prestazioni a complessità crescente e che possa fungere da riferimento per i trasferimenti dei detenuti in ambito regionale per motivi sanitari.

La definizione delle linee di indirizzo riportate ha seguito un preliminare e articolato lavoro di rilevazione e mappatura relativo al contesto operativo di riferimento;

In particolare, le linee di indirizzo proposte si basano su:

- numero di detenuti e distribuzione sul territorio;
- complessità organizzativa delle strutture penitenziarie e sanitarie di riferimento
- prestazioni sanitarie di base e specialistiche erogate dai servizi sanitari penitenziari nell'arco di tempo 2007-2008-1° trimestre del 2009;
- principali aree di criticità rilevate nel primo anno di lavoro sviluppato dalle ASL negli Istituti penitenziari della Regione;

1. Il contesto di riferimento

Le caratteristiche fondamentali del contesto di riferimento sono sintetizzate nelle tabelle allegate. In particolare:

La tab. 1 descrive gli istituti di pena della Regione per numero di detenuti, ospitati alla data del 15.05.2009; viene inoltre riportata la capienza regolamentare di ciascun istituto;

La tab.2 specifica le tipologie di detenuti ristretti sulla base dell'articolazione dei circuiti penitenziari attivati nella regione Piemonte.

La tab. 3 indica sinteticamente le risorse umane, i cui rapporti di lavoro sono transitati dall'Amministrazione Penitenziaria alle ASL e il numero di ore relativo alle diverse figure professionali coinvolte;

La tab. 4 riporta le convenzioni relative alle discipline mediche specialistiche presenti, al momento del transito delle funzioni al SSR, in ciascun istituto di pena;

La tab. 5 riporta il volume delle prestazioni sanitarie erogate in ciascun istituto nel periodo di tempo compreso tra il 1 gennaio 2007 ed il 31 marzo 2009.

La tab. 6 riporta la collocazione dei reparti ospedalieri per detenuti e relativi posti letto disponibili in ambito SSR;

La tab. 7 riporta le Sezioni detentive destinate a degenza con l'indicazione del numero dei posti letto disponibili in ciascuna sezione;

Per quanto riguarda i dati riportati in tabella 5, è da evidenziare la fatica riscontrata nel lavoro di raccolta, dovuta alla difficoltà del reperimento degli stessi dati; tale difficoltà è da attribuire principalmente alle seguenti criticità:

- 1) Eterogeneità nelle modalità di utilizzo dei supporti di registrazione dei dati;
- 2) Archiviazione dei dati, realizzata con strumenti obsoleti (cartaceo, compilati a mano);
- 3) Assenza o palese inadeguatezza degli strumenti gestionali presenti;
- 4) Difficoltà a reperire i dati richiesti da parte degli operatori delle organizzazioni sanitarie di riferimento;

I dati rilevati sono quindi parzialmente incompleti con particolare riferimento all'attività di alcuni Istituti Penitenziari da cui non è stato possibile ricevere il materiale richiesto.

Si segnala quindi l'opportunità, tenuto conto della difformità di interpretazione e/o rilevazione dei dati, di aggiornare e verificare anche nel breve termine, i dati raccolti.

Tab. 1: capienza degli Istituti e numero di detenuti presenti al 15.05.2009 (fonte PRAP Piemonte)

Regione:	PIEMONTE						
ISTITUTO	TIPO	CAPIENZA REGOLAMENTARE			DETENUTI PRESENTI		
		D	U	Tot	D	U	Tot
ALBA	CC	0	124	124	0	188	188
ALESSANDRIA "N.C. DON SORIA"	CC	12	275	287	0	326	326
ALESSANDRIA "SAN MICHELE"	CR	0	245	245	0	344	344
ASTI	CC	0	207	207	0	288	288
BIELLA	CC	0	216	216	0	309	309
CUNEO	CC	5	232	237	0	231	231
FOSSANO	CR	0	162	162	0	124	124
IVREA	CC	0	192	192	0	249	249
NOVARA	CC	8	178	186	0	224	224
SALUZZO	CR	0	262	262	0	371	371
TORINO "LORUSSO E CUTUGNO"	CC	80	743	823	presenti	1693	1693
VERBANIA	CC	0	94	94	0	96	96
VERCELLI	CC	23	184	207	presenti	373	373
Totale regione	13	128	3114	3242		4960	4960

Presenti: i dati sono riportati unitamente agli uomini

Tabella 2: REGIONE PIEMONTE - CIRCUITO PENITENZIARIO

C.C. ALBA	APPELLANTI	CONDANNATI RICORRENTI	protetta Omosex/Transsex	protetta ex appartenenti F.F.O.O.	ISOLAMENTO	INFERMERIA	SEMILIBERTA' art. 21 o.p.
C.C. ALESSANDRIA	IMPUTATI	APPELLANTI	CONDANNATI RICORRENTI	IMPUTATI APPELLANTI giovani adulti	FEMMINILE chiusa	art. 21 o.p.	
C.R. ALESSANDRIA	CONDANNATI	APPELLANTI RICORRENTI	COLLABORATORI I^ fascia	E.I.V. / A.S.	Polo UNIVERSITARIO	ISOLAMENTO	SEMILIBERTA' art. 21 o.p.
C.C. ASTI	IMPUTATI	APPELLANTI	CONDANNATI RICORRENTI	A.S.	protetta PROMISCUA	protetta RIPROVAZIONE SOCIALE	INFERMERIA SEMILIBERTA' art. 21 o.p.
C.C. BIELLA	IMPUTATI	APPELLANTI	CONDANNATI RICORRENTI	protetta RIPROVAZIONE SOCIALE	I° LIVELLO toss.nti	E.I.V.	SEMILIBERTA' art. 21 o.p.
C.C. CUNEO	IMPUTATI	CONDANNATI	CONDANNATI giovani adulti	protetta RIPROVAZIONE SOCIALE	41 " BIS "	ISOLAMENTO	INFERMERIA -CARDIOLOGIA- SEMILIBERTA' art. 21 o.p.
C.R. FOSSANO	CONDANNATI	ISOLAMENTO	INFERMERIA	DISABILI	SEMILIBERTA' art. 21 o.p.		
C.C. IVREA	IMPUTATI	CONDANNATI	IMPUTATI giovani adulti	APPELLANTI RICORRENTI giovani adulti	protetta PROMISCUA	I° LIVELLO toss.nti	COLLABORATORI I^ fascia ISOLAMENTO SEMILIBERTA' art. 21 o.p.
C.C. NOVARA	IMPUTATI	CONDANNATI	41 " BIS "	area riservata "DAP"	SEMILIBERTA' art. 21 o.p.		
C.R. SALUZZO	Arrestati a disp. locale A.G.	CONDANNATI	protetta RIPROVAZIONE SOCIALE	A.S.	ISOLAMENTO	SEMILIBERTA' art. 21 o.p.	
C.C. TORINO	GIUDIZIARIO	RECLUSIONE	FEMMINILE + asilo nido	A.S. / 41bis / E.I.V	COLLABORATORI I^ fascia	OSSERVAZIONE PSICHIATRICA	custodia attenuata "arcobaleno" I° LIVELLO toss.nti Polo UNIVERSITARIO SEMILIBERTA' art. 21 o.p. "H.I.V." prometeo C.D.T.
C.C. VERBANIA	IMPUTATI	APPELLANTI	CONDANNATI RICORRENTI	protetta RIPROVAZIONE SOCIALE	SEMILIBERTA' art. 21 o.p.		
C.C. VERCELLI	IMPUTATI	CONDANNATI RICORRENTI	FEMMINILE + asilo nido	protetta PROMISCUA	protetta RIPROVAZIONE SOCIALE	A.S.	COLLABORATORI I^ fascia ISOLAMENTO SEMILIBERTA' art. 21 o.p.

Tab 2 continua... Legenda sigle riportate Circuiti Massima Sicurezza: A.S.: Alta Sorveglianza; 41/bis: area riservata "DAP"; altissima sicurezza a gestione centralizzata; EIV: Elevato Indice Vigilanza; Collaboratori I e II fascia; Protetta ex appartenenti Forze dell'Ordine

Tab.3: Personale sanitario e relativo monte ore

ISTITUTI	MONTE ORARIO GIORNALIERO				MONTE ORARIO Mensile			
	Medici incaricati	Servizio medico	Servizio infermieristico	Servizio infermieristico	Medici incaricati	Servizio medico	Servizio infermieristico	Servizio infermieristico
C.C. ALBA	3	12	12	12	75	372	372	372
C.C. ALESSANDRIA	3	24	18	18	75	744	558	558
C.C. ASTI	3	24	18	18	75	744	558	558
C.C. BIELLA	3	24	18	18	75	744	558	558
C.C. CUNEO	3	24	24	24	75	744	744	744
C.C. IVREA	3	24	18	18	75	744	558	558
C.C. NOVARA	3	24	18 ¹	18	75	744	558 ²	558 ²
C.C. TORINO	24	96	180	180	600	2976	5580	5580
C.C. VERBANIA	3	12	12	12	75	372	372	372
C.C. VERCELLI	3	24	18	18	75	744	558	558
C.R. ALESSANDRIA	6	24	18	18	150	744	558	558
C.R. FOSSANO	3	6	6	6	75	186	186	186
C.R. SALUZZO	6	24	18	18	150	744	558	558
TOTALE	66	338	378	378	2046	10478	11718	11718

¹ Attualmente utilizzato monte orario giornaliero di 14 ore e monte orario mensile di 434 ore;

² ibidem

Tab.4: Branche specialistiche attivate all'interno degli Istituti al momento della transizione al SSN

Specialità	CASE CIRCONDARIALI													CASE DI RECLUSIONE				
	Alba	Alessandria	Asti	Biella	Cunco	Ivrea	Novara	Torino	Verbania	Vercelli	Alessandria	Fossano	Saluzzo					
Specialità																		
Cardiologia					x		x	x				x	x					
Chirurgia					x	x	x	x										
Dermatologia	x	x			x		x	x				x						
Ecografia					x			x										
Endocrinologia							x	x										
Fisiokinesiterapia					x		x	x										
Gastroenterologia							x	x										
Ginecologia							x	x										
Infettivologia	x			x	x		x	x				x	x					
Neurologia							x	x										
Oculistica		x			x		x	x										
Odontostomatologia	x	x		x	x		x	x		x		x	x					
Oncologia							x	x										
Ortopedia					x		x	x				x	x					
Otorinolaringoiatria							x	x										
Patologia clinica							x	x										
Pediatria							x	x										
Pneumotisiologia					x		x	x										
Psichiatria	x	x		x	x		x	x		x		x	x					
Radiologia					x		x	x										
Urologia							x	x										

Tab. 6: Collocazione dei reparti ospedalieri per detenuti e relativi posti letto disponibili;

ASL /ASO	Istituti di riferimento	Presenza “repartino”	N° posti letto
ASL AL	C.C. Don Soria	No	0
	C.R. San Michele		
ASL AT	C.C. Asti	Si	2 ³
ASL BI	C.C. Biella	No	
ASL CN1	C.C. Cuneo	Si	4 ⁴ + 4 ⁵
	C.R. Fossano	No	
	C.C. Saluzzo	No	
ASL CN2	C.C. Alba	No	
ASL NO	C.C. Novara	no	
ASL VC	C.C. Vercelli	si	2 ⁶
ASL VCO	C.C. Verbania	si	2 ⁷
ASL TO4	C.C. Ivrea	No	
ASL TO2	C.C. Torino	si	19 ⁸

N.B. I “repartini” negli ospedali del territorio usufruiscono di Servizi e Specialità presenti negli Ospedali in cui sono collocati.

Tab. 7: Sezioni detentive destinate a degenza con indicazione del n° dei posti letto disponibili

ASL /ASO	Istituti di riferimento	Presenza “sezioni degenza”	N° posti letto
ASL AL	C.C. Don Soria	No	
	C.R. San Michele		
ASL AT	C.C. Asti	No	
ASL BI	C.C. Biella	No	
ASL CN1	C.C. Cuneo	Cardiologia - FKT ⁹	2 + 2
	C.R. Fossano	No	
	C.C. Saluzzo	No	
ASL CN2	C.C. Alba	No	
ASL NO	C.C. Novara	No	
ASL VC	C.C. Vercelli	No	
ASL VCO	C.C. Verbania	Sezione I livello TD	
ASL TO4	C.C. Ivrea	No	
ASL TO2	C.C. Torino “Lo Russo e Cotugno”	Centro Diagnosi e Terapia	23
		Infermeria	36
		Fisiokinesiterapia	10
		“Sestante” – osservazione ex art.112	23
		Sezione trattamento psichiatrico	27
		Arcobaleno – sezione attenuata - II Liv. TD	Circa 100
Prometeo “HIV”	Circa 20		

³ Ospedale ASL AT “Cardinal Massaia”

⁴ ASO Cuneo – Malattie Infettive, Psichiatria, Nefrologia presso la struttura Carle

⁵ ASO Cuneo - Tutte le altre discipline presso la struttura ospedaliera Santa Croce

⁶ Ospedale ASL VC - Sant’Andrea - Vercelli

⁷ Ospedale ASL VCO di Verbania

⁸ ASO Policlinico “Le Molinette” di Torino

⁹ Sia Cardiologia che FSK strutture poliambulatoriali per detenuti temporaneamente trasferiti nelle altre sezioni dell’I.P

2. Osservazioni sui dati rilevati

I dati riportati nelle tabelle precedenti permettono di formulare alcune osservazioni:

- 1) Le prestazioni specialistiche rilevate come maggiormente rappresentative per numero di prestazioni erogate in ciascun Istituto sono quelle relative alle seguenti branche:
 - a. Psichiatria
 - b. Odontoiatria
 - c. Clinica delle dipendenze patologiche
 - 2) E' presente un difforme numero di prestazioni relative alla branca specialistica "malattie infettive" erogate negli istituti di pena regionali rispetto alla rilevanza riconosciuta alla problematica e alla diffusione di tali patologie per come rilevata da altri flussi informativi epidemiologici;
 - 3) Il numero ridotto di ricoveri ospedalieri negli ospedali del territorio, ad eccezione di Torino;
 - 4) Il numero ridotto di invii, da parte del territorio regionale, verso il CDT di Torino; a questo dato corrispondono due caratteristiche proprie del flusso di accesso alla struttura: a) accesso governabile quando di provenienza da Istituti della regione; b) accesso non governabile quando di provenienza dal restante territorio nazionale;
 - 5) Il numero di ricoveri in ospedale effettuati dalla CC Lo Russo e Cotugno di Torino: quanto incidono i trasferimenti gestiti direttamente dal PRAP di Torino e/o dal DAP?;
 - 6) L'ingente numero di prestazioni sanitarie, di base e specialistiche erogate presso i Servizi della CC Lo Russo e Cotugno di Torino unitamente alla sua complessità organizzativa, all'elevato numero di ingressi annuale e all'entità della popolazione detenuta.
 - 7) In generale, il numero di visite specialistiche esterne, ricoveri al DEA e ospedalieri corrispondente all'impegno nelle traduzioni "a valenza sanitaria" che coinvolgono i Nuclei Traduzioni del Corpo degli Agenti di Polizia Penitenziaria; ciò in particolare rappresenta una criticità organizzativa segnalata dalle Direzioni degli Istituti Penitenziari;
 - 8) Il numero di visite specialistiche esterne sembra essere maggiormente rappresentato dalle prestazioni di ecografia e di radiologia, quando non presenti le strumentazioni diagnostiche specifiche;
3. Definizione di un modello "a rete" che: a) individui le attività sanitarie di base e specialistiche; b) che sia atto a garantire, nei vari livelli di complessità del Sistema Penitenziario Regionale, i collegamenti funzionali tra i nodi della rete; c) da utilizzare come riferimento per i trasferimenti con motivazioni sanitarie.

3.a Considerazioni preliminari

3.a.1: Le sollecitazioni pervenute dall'Amministrazione Penitenziaria e dall'Autorità Giudiziaria nelle sue diverse articolazioni, sono riconducibili fondamentalmente a tre aree problematiche:

- a. La sicurezza;
- b. L'esigenza di contenere il numero di traduzioni per motivi sanitari, anche per le carenze di personale dei Nuclei Traduzioni;

- c. circuiti 41/bis, di massima sorveglianza, collaboratori di giustizia, elevato indice di sorveglianza, ove le tematiche, di cui ai due punti a e b, assumono particolare rilevanza.

3.a.2: La progettualità definita dalle presenti linee di indirizzo è rivolta a massimizzare la qualità delle prestazioni da erogare; qualità che può essere raggiunta nei termini di valorizzare/ottimizzare l'efficienza ed efficacia del modello organizzativo da proporre, rapportandolo alle risorse economiche disponibili;

3.a.3: Si ritiene che, considerato l'ingente numero di prestazioni sanitarie di base e specialistiche erogate, unitamente alla complessità organizzativa, all'elevato numero di ingressi annuale e all'entità della popolazione detenuta, la CC Lo Russo e Cotugno di Torino vada considerata come a se stante. I servizi sanitari operanti al suo interno vanno riconosciuti per la loro peculiarità nell'ambito della rete dei Servizi del territorio regionale che operano a favore della Salute della popolazione detenuta, e che, come tali, debbono essere utilizzati, ed essere risorsa per il sistema della rete e che, parimenti, la rete stessa possa costituire una risorsa;

Si ritiene pertanto opportuno garantire agli Istituti Penitenziari del territorio regionale la possibilità di accesso al CDT Infermeria/Repertino Molinette, e che tale decisione venga rappresentata al Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria;

4.b Caratteristiche fondamentali della rete dei Servizi

Nel corso della definizione delle presenti linee di indirizzo sono emersi due approcci apparentemente contrapposti:

- il primo centrato sulla specificità del contesto e dell'utenza destinataria degli interventi, con la proposta di una strutturazione dei servizi e della rete centrata esclusivamente sul dimensionamento, complessità ed articolazione del servizio sul singolo istituto;
- il secondo centrata maggiormente sull'esigenza di ottimizzare e valorizzare l'efficienza ed efficacia del modello organizzativo a cui tendere per raggiungere adeguati standard di qualità;

Considerando quanto esposto è verosimile dedurre che i due approcci non siano da considerare antitetici, e che il modello cui tendere debba tenere conto di entrambi, prevedendo un modello in cui coesistano due "circuiti sanitari":

- uno, per l'utenza con elevate esigenze di sicurezza (41/bis, Alta Sorveglianza, Collaboratori, EIV, appartenenti alle forze dell'Ordine etc): esso viene definito *circuito sanitario "ad alta sicurezza"*; è rivolto ai detenuti che richiedono "elevate esigenze di sicurezza" e che coinvolge i Presidi per la Tutela della Salute presenti negli Istituti dove sono presenti sezioni o detenuti con tali caratteristiche;
- l'altro, definito *circuito sanitario a sicurezza ordinaria*, per l'utenza con ordinarie esigenze di sicurezza è rivolto ai detenuti che richiedono misure di sicurezza ordinaria e coinvolge i Presidi per la Tutela della Salute presenti negli Istituti in cui non sono presenti detenuti o sezioni con "elevate esigenze di sicurezza":

I suddetti circuiti a volte si intrecciano e possono coesistere in alcune realtà penitenziarie.

4.b.1 circuito sanitario "ad alta sicurezza" (41/bis, A.S., E.I.V., "riservati DAP", collaboratori):

L'organizzazione deve prevedere:

- **Funzioni sanitarie di base ed essenziali**
 - Medicina di base e primo soccorso per la popolazione detenuta;
 - Attivazione continuità assistenziale “h24”;
 - Assistenza infermieristica; da “h 12” minimo ad “h 18” o sup. secondo le necessità rilevate localmente;
 - Certificazioni ordinarie;
 - Relazioni per magistratura;
 - Primo soccorso al personale degli istituti di pena;

- **Funzioni specialistiche**
 - **Essenziali, cioè da strutturare come parte integrante di ogni Presidio:**
 - Psichiatria
 - Dipendenze Patologiche
 - Odontoiatria
 - Malattie Infettive
 - Ginecologia/Pediatria nelle sezioni con detenute e in quelle mamma/bambini
 - **II Livello:** cioè da erogare all’interno dell’Istituto da parte delle ASL competenti territorialmente:
 - Cardiologia
 - Dermatologia
 - Ortopedia
 - Oculistica
 - Otorinolaringoiatria
 - Urologia
 - Fisiatria
 - Fisiochinesiterapia
 - Gastroenterologia
 - Neurologia
 - Pneumologia
 - Radiologia/ecografia

- **Rete di ricovero**
 - **Ricoveri programmabili:** nei reparti ospedalieri indicati in tabella 7, con riferimento alle procedure di cui all’art. 11 dell’ordinamento penitenziario
 - **Ricoveri in urgenza emergenza:** a giudizio clinico, in situazioni di urgenza emergenza e secondo le procedure previste dall’art. 17 dell’ordinamento penitenziario e dal regolamento di esecuzione, si ricorre alle strutture ospedaliere esterne;

4.b.2 circuito sanitario a sicurezza ordinaria

L’organizzazione deve prevedere:

- **Funzioni sanitarie di base ed essenziali**
 - Medicina di base e primo soccorso per la popolazione detenuta;
 - Attivazione continuità assistenziale “h 24”;

- Assistenza infermieristica da minimo “h 12” ad “h 18” o sup., secondo le necessità rilevate localmente;
- Certificazioni ordinarie;
- Relazioni per magistratura;
- Primo soccorso al personale degli istituti di pena;

- **Funzioni specialistiche**

- **Essenziali**, cioè da strutturare come parte integrante di ogni Presidio
 - Psichiatria
 - Dipendenze Patologiche
 - Odontoiatria
 - Malattie Infettive
 - Ginecologia/Pediatria nelle sezioni con detenute e in quelle mamma/bambini
- **II Livello**: cioè da erogare all'interno dell'Istituto su base ASL:
 - Cardiologia
 - Dermatologia
 - Ortopedia
 - Oculistica
 - Otorinolaringoiatria
 - Urologia
 - Fisiatria
 - Fisiocinesiterapia
 - Gastroenterologia
 - Neurologia
 - Pneumologia
 - Radiologia ed ecografia

Le attività specialistiche saranno erogate con riferimento all'esistente nonché con modalità organizzative in rete attingendo alle risorse specialistiche presenti negli Istituti della rete o negli ambulatori territoriali e/o ospedalieri;

- **Rete di ricovero**

- Se c'è il posto disponibile in tempi adeguati alla causa di ricovero, lo stesso circuito riservato ai detenuti con elevate esigenze di sicurezza (C.C. Cuneo- CDT Lo Russo Cotugno – repartino Le Molinette)
- In alternativa : reparti del territorio (Territorio /Quadrante)
- Se non ci fossero posti disponibili nelle strutture di cui sopra: reparti ospedalieri del territorio regionale;

4.b.3 Attrezzatura diagnostica:

- Sarà cura delle ASL territorialmente competenti la dotazione strumentale necessaria all'erogazione delle prestazioni specialistiche indicate.

Linee di indirizzo per gli interventi di assistenza psichiatrica negli istituti penitenziari della Regione Piemonte

Il documento risponde all'esigenza di esplicitare le caratteristiche dell'intervento che i Dipartimenti di Salute Mentale intendono garantire presso gli Istituti Detentivi di loro competenza.

Sono stati individuati i seguenti principi:

- a) i Dipartimenti di Salute Mentale ritengono sia loro preciso compito occuparsi della gestione clinica dei disturbi psichici evidenziati dalla popolazione detenuta;
- b) tale intervento clinico deve prevedere la prevenzione e il trattamento come da normativa nazionale sulla Salute Mentale nonché la collaborazione con il Servizio Aziendale per la Tutela della Salute in ambito penitenziario di riferimento nello screening del disagio psichico;
- c) non è da prevedere l'intervento dello psichiatra per il controllo delle anomalie comportamentali non chiaramente ascrivibili a patologia psichiatrica in atto;
- d) i Dipartimenti di Salute Mentale si impegnano a mantenere almeno il livello di assistenza attualmente esistente all'interno delle Strutture di loro competenza territoriale organizzandolo secondo le modalità operative proprie di ciascun Dipartimento;
- e) l'attività psichiatrica sarà organizzata a livello locale nei singoli Istituti uniformandosi a quanto contenuto nel presente documento e in funzione dei bisogni di cura espressi dalla popolazione detenuta di riferimento;
- f) Per ciascun Istituto sarà concordato il programma e le modalità dell'intervento psichiatrico tra il Direttore del DSM ed il Responsabile Aziendale del Servizio per la Tutela della Salute in ambito penitenziario;
- g) l'intervento dello specialista psichiatra del DSM in carcere avviene su richiesta e segnalazione del personale sanitario che presta servizio in carcere;
- h) per ciascun detenuto è prevista la presa in carico multidisciplinare, inoltre per i singoli detenuti affetti da disturbo psichico il personale del DSM opererà per garantire la continuità del percorso terapeutico;
- i) deve essere garantita la continuità terapeutica per le persone portatrici di disturbi psichici temporaneamente detenuti, a tale scopo si ritiene fondamentale che i curanti segnalino allo psichiatra che opera all'interno del carcere l'ingresso di un loro assistito, accompagnando la segnalazione con tutte le notizie utili sulla diagnosi e sui trattamenti in corso;
- j) fondamentale appare che i sanitari del Servizio Aziendale per la Tutela della Salute in ambito penitenziario segnalino allo Psichiatra che opera nel carcere l'emergere di problematiche psichiatriche in detenuti non precedentemente conosciuti;
- k) la richiesta della consulenza psichiatrica dovrà essere redatta da parte del sanitario che la richiede, corredandola con notizie anagrafiche e anamnestiche nonché con un'ampia descrizione della motivazione della richiesta; le richieste saranno formulate su apposita modulistica;

l) non sono previsti interventi di urgenza da parte dello psichiatra presso l'Istituto Detentivo di riferimento in orario diverso da quello concordato con il Servizio per la Tutela della Salute in ambito penitenziario; le urgenze vengono trattate dal personale sanitario in servizio ed eventualmente si ricorrerà al DEA dell'Ospedale di riferimento in caso di acuzie non risolvibile all'interno dell'Istituto;

m) si prevede la opportunità e la disponibilità di percorsi integrati di collaborazione con i SerT che intervengono negli Istituti Detentivi nel rispetto delle reciproche competenze; l'intervento clinico sui detenuti già in carico ai SerT territoriali rimane di esclusiva competenza dei Servizi per le Tossicodipendenze interni al Carcere; è prevista comunque la consulenza diagnostica e terapeutica nei casi in cui siano presenti elementi di psicopatologia associati a uso, abuso e dipendenza da sostanze psicotrope ;

n) gli psichiatri che operano per conto del DSM in carcere avranno esclusivamente compiti clinici, anche per quanto riguarda la redazione di relazioni sulle condizioni di salute psichica dei singoli detenuti eventualmente richieste dalle varie Autorità, ma non assumeranno compiti forensi tesi a soddisfare quesiti di natura peritale;

o) è necessario prevedere percorsi formativi adeguati per il personale che interverrà negli Istituti Detentivi che contengano anche elementi legali ed etno-culturali;

p) è necessario prevedere l'istituzione di una rete tra i DSM che operano negli istituti di pena regionali in modo da ottimizzarne gli interventi attraverso incontri periodici tra gli operatori;

q) presso la Casa Circondariale di Torino esiste un Reparto Osservazione Psichiatrica a cui gli psichiatri degli altri Istituti potranno far riferimento per ricoveri di breve durata tesi alla risoluzione della fase acuta di malattia ove non sia già necessaria la ospedalizzazione; a tale scopo si dovrà concordare con il Provveditorato Regionale dell'Amministrazione Penitenziaria una modalità rapida di trasferimento del detenuto;

r) l'invio al Reparto di Osservazione Psichiatrica presso la Casa Circondariale di Torino dovrà basarsi esclusivamente su necessità cliniche psichiatriche certificate dallo specialista del DSM che opera nell'Istituto di provenienza che richiederà il trasferimento per il tempo strettamente necessario e questo avverrà previa comunicazione della disponibilità del posto letto;

s) viene ovviamente mantenuta la possibilità di invio temporaneo al Reparto di Osservazione Psichiatrica da parte dell'Autorità Giudiziaria;

t) tutti i ricoveri presso il Reparto di Osservazione Psichiatrica di Torino dovranno essere a termine e durare il tempo necessario all'inquadramento diagnostico e al trattamento della fase di malattia emergente che ne ha determinato l'invio; successivamente il detenuto dovrà rientrare all'Istituto di provenienza o ad altra sede individuata dai competenti uffici;

u) dovranno prevedersi incontri periodici di integrazione con gli altri operatori della salute operanti negli Istituti Detentivi e tra operatori della Psichiatria di diversi Istituti;

v) riteniamo che i principi ed i contenuti di questo documento siano estensibili, nella specificità metodologica e progettuale all'intervento presso l'Istituto Penale Minorile Ferrante Aporti; la realtà minorile implica una forte integrazione con i servizi di residenza del minore per favorire la continuità di tutti i processi di crescita.

Linee di indirizzo per l'assistenza ai tossicodipendenti detenuti negli istituti penitenziari piemontesi

PREMESSA

Gli interventi per le tossicodipendenze costituiscono un'area cruciale della assistenza sanitaria ai detenuti sia dal punto di vista quantitativo (interessa da un terzo alla metà dei detenuti totali e la gran parte dei detenuti con problemi sanitari) sia dal punto di vista qualitativo.

Infatti, implicano una rigorosa continuità assistenziale tra "dentro e fuori" l'Istituto mentre, sul piano della gestione clinica, propongono significative differenze tra territorio e ambiente carcerario. Inoltre, comportano rilevanti responsabilità medico-legali con ricadute sulla pena e sui diritti del soggetto (di particolare delicatezza e difficoltà la valutazione della "tossicodipendenza" all'ingresso in Istituto e nelle "autosegnalazioni" tardive), articolano compiti discrepanti come controllo e cura, sono a bassa tecnologia e ad alto contenuto umano e quindi fortemente influenzate dalla filosofia generale dell'assistenza; tutto ciò inserendosi in altre e diverse necessità del detenuto, quali l'adattamento alla detenzione, l'ottenimento di benefici, l'adesione a particolari culture, la necessità di assistenza per altre problematiche sanitarie e sociali.

È pertanto necessario rivolgere alla assistenza ai tossicodipendenti in regime di detenzione la massima attenzione.

Le considerazioni sulla assistenza ai tossicodipendenti in ambito penitenziario, inoltre, si differenziano da quelle riguardanti ogni altra disciplina specialistica essendo in vigore una specifica normativa. Infatti, nella interpretazione del Legislatore la tossicodipendenza costituisce non una patologia concomitante al comportamento delinquenziale, ma una condizione che, considerata per lungo tempo un reato in sé, determina e caratterizza il reato. Pertanto, vi è, nelle norme, una enfasi del tutto particolare sull'investimento riabilitativo del tossicodipendente, nella ipotesi che gli interventi di cura, oltre che perseguire la salute della persona, siano efficaci nel ridurre le recidive anche nel delinquere. In specifico, l'art. 95 del D.P.R. n. 309/1990 prevede che i tossicodipendenti scontino la pena in "istituti idonei per lo svolgimento dei programmi terapeutici e socioriabilitativi". A conferma di ciò, l'art. 96 ribadisce il diritto del tossicodipendente a "ricevere le cure mediche e l'assistenza necessaria all'interno degli istituti carcerari a scopo di riabilitazione" e l'obbligo ad organizzare "istituti idonei per lo svolgimento di programmi terapeutici e socioriabilitativi"; per gli effetti del DLgs n.230/1999 si deve desumere che tale obbligo, prima riguardante il Ministero della Giustizia, riguardi ora il SSR. Le modalità secondo le quali le A.S.L. devono assicurare l'assistenza e istituire le strutture per il trattamento sono definite dalla Circolare n° 3317/5767 del 31/05/1991 (Ministero della Giustizia) e dalle Linee Guida del marzo 1994 elaborate dal Dipartimento Affari Sociali.

Il passaggio delle competenze di assistenza sanitaria dal Ministero della Giustizia al Ministero della Salute/Welfare ex DLgs 230/99, per quanto riguarda le tossicodipendenze, ha già visto il suo avvio dal luglio 2003, con piena attuazione dal gennaio 2004. Pertanto, le problematiche che la Sanità nel suo complesso sta attraversando in questi ultimi mesi sono già state in parte affrontate dai Servizi per le Dipendenze. Tuttavia, nonostante gli sforzi operati per integrare ed omogeneizzare gli interventi a livello regionale, attraverso la costituzione di un Tavolo regionale specifico, la stesura di un protocollo di intesa tra Regione e DAP e la realizzazione di una specifica formazione integrata SERT-Istituti penitenziari, la situazione attuale registra ancora notevoli difformità locali, non solo dovute al logico plasmarsi sulle specifiche realtà, ma anche alla diversa considerazione e sostegno che le ASL hanno destinato negli anni scorsi alla problematica. Sono quindi numerose le situazioni che richiedono ancora attenzione: l'attuale momento di grande impegno per la gestione di temati-

che ben più macroscopiche non deve far passare in seconda linea una questione come quella delle tossicodipendenze in carcere che merita, invece, una attenzione primaria.

Indicazioni per la gestione e l'organizzazione dell'assistenza ai tossico alcol dipendenti detenuti

Devono essere garantite le attività assistenziali già previste dal protocollo Regione-PRAP per le dipendenze, quali la valutazione diagnostica e la presa in carico tempestive e l'offerta di una assistenza integrata e multidisciplinare, che sia in grado di fornire adeguate prestazioni mediche e sanitarie (dove la "adeguatezza" va riferita alle prestazioni che il SERT territoriale di quella specifica zona è in grado di garantire ai cittadini liberi), così come il supporto psicologico e motivazionale necessario e le opportunità riabilitative e alternative alla pena.

Ogni SERT penitenziario è tenuto al rispetto del protocollo per l'assistenza ai tossicodipendenti sottoscritto tra Regione e PRAP e, localmente, deve provvedere a declinare nella propria realtà il protocollo regionale inserendone le indicazioni nel protocollo locale ASL – Direzione dell'Istituto Penale.

La rete della assistenza ai tossicodipendenti a livello regionale deve essere strutturata ed integrata, tramite il Tavolo regionale dei SERT penitenziari, in modo da poter garantire lo svolgimento dei programmi terapeutici e socioriabilitativi in ambienti idonei e con personale specializzato.

Tale rete deve tener conto, inoltre, delle peculiarità dell'area penale minorile: minore età, articolazione interna ed esterna dell'Istituto Penale Minorile (C.P.A., I.P.M. e U.S.S.M), presenza preponderante di detenuti stranieri il cui trattamento necessita anche di mediazione con caratteristiche etnopsicologica ed etnopsichiatrica.

La struttura di secondo livello (struttura a custodia attenuata "Arcobaleno") presente presso la Casa Circondariale Lorusso e Cotugno deve consentire l'accesso agli assistiti inviati dai diversi SERT penitenziari regionali; le modalità per l'invio e l'accettazione saranno definite nel Tavolo regionale dei SERT penitenziari.

Le ASL sono tenute a destinare, nel budget complessivo per la medicina penitenziaria, una quota di finanziamento per l'assistenza ai tossicodipendenti come minimo pari alla spesa storica destinata dalla Regione ai SERT penitenziari e alla Struttura di secondo livello "Arcobaleno" dal 2004 in poi. L'attuale dimensione quantitativa dei servizi per le dipendenze messa a punto dal 2004 ad oggi è da considerare il riferimento minimo da mantenere.

Le ASL devono considerare, nella attribuzione ai Dipartimenti delle Dipendenze dei budget per gli inserimenti di pazienti tossicodipendenti in strutture residenziali, che il costo sarà incrementato dalla spesa per le rette degli arresti domiciliari in Comunità, che prima erano a carico del Ministero della Giustizia. Tali costi dovranno essere considerati anche per il Dipartimento delle Dipendenze che si fa carico dell'Istituto Penale Minorile. Infatti occorre tenere presente che l'area penale minorile prevede, proprio per favorire il recupero del minore, l'utilizzo delle misure alternative al carcere ("messa alla prova") nella maggior parte dei casi e, in particolare, percorsi in comunità terapeutica.

Il SERT penitenziario deve essere parte del Dipartimento funzionale delle Dipendenze presente nell'ASL di riferimento, al fine di garantire continuità temporale e coerenza di modalità e finalità di trattamento tra gli interventi territoriali e quelli carcerari rivolti, nella maggior parte dei casi, a soggetti che alternano periodi di detenzione e di libertà.

In relazione alla proposta che ciascuna ASL predisporrà del modello organizzativo che intende applicare per garantire l'assistenza sanitaria in ambito penitenziario, il SERT penitenziario sarà costituito con un livello di complessità organizzativa proporzionato alla realtà locale.

In ogni caso, deve essere lasciata ampia autonomia gestionale ed economica al SERT penitenziario qualsiasi sia il suo livello organizzativo: ad esempio, deve poter gestire le misure alternative e gli inserimenti in Comunità terapeutica con tempi e modi specifici e propri rispetto al territorio.

Il SERT penitenziario si dovrà collegare con le strutture organizzative sanitarie previste dalle ASL per ciascun Istituto penitenziario (Distretto, Struttura Complessa di Direzione Sanitaria) al fine di coordinare le iniziative di assistenza e di ricevere ed offrire ogni sostegno utile.

Analogamente, dovrà coordinarsi con le altre strutture sanitarie specialistiche (in particolare psichiatria e malattie infettive) per i bisogni assistenziali dei detenuti che presentano patologie molteplici.

Il SERT penitenziario e il Dipartimento Dipendenze di ogni ASL dovranno collegarsi e collaborare con il Servizio Aziendale per la Tutela della Salute in Carcere e con la Direzione dell'Istituto in cui intervengono; il primo atto di tale collaborazione con la Direzione dell'Istituto sarà, laddove non ancora fatto, la sottoscrizione del protocollo locale per l'assistenza ai tossicodipendenti in attuazione del protocollo regionale ed il suo invio per un opportuno monitoraggio al Tavolo regionale dei SERT penitenziari.

Deve essere attivato un Sistema Informativo dedicato, integrato con gli strumenti di rilevazione dei dati in atto nella Regione. Sono necessari, quindi, strumenti informatici e collegamenti alla rete idonei (anche per l'utilizzo di internet, della posta elettronica e degli applicativi delle diverse Aziende – protocollo, gestione contabile, gestione personale), che sono elementi di scambio, contatto e informazione dinamica irrinunciabili.

Deve essere posta particolare attenzione al problema del “burn-out” degli operatori dei SERT penitenziari, che opereranno in condizioni particolarmente difficili, con compiti spesso intrinsecamente conflittuali (terapia e controllo), esposti a pressioni e a gravi responsabilità cliniche e giuridiche, normalmente con livelli di riconoscimento e di gratificazione non commisurati a tali responsabilità. I Dipartimenti delle Dipendenze, in accordo con i Servizi Aziendali per la Tutela della Salute in Carcere e con gli Istituti Penitenziari di riferimento, dovranno, quindi, provvedere al loro sostegno utilizzando tutte le modalità possibili e prevedendo, di routine, un sostegno formativo e motivazionale continuativo.

Linee di Indirizzo per l'attivazione dell'Assistenza psicologica penitenziaria

l'Assessorato Regionale Tutela Salute e Sanità intende promuovere sul territorio della Regione Piemonte specifici interventi psicologici rivolti ai soggetti, adulti e minori, in condizione di restrizione delle libertà personale e sottoposti a procedimenti penali. Gli interventi verranno effettuati sia nei luoghi di restrizione sia sul territorio nel momento in cui il soggetto torna in libertà, garantendo in tal modo una specifica continuità degli interventi.

La condizione di privazione della libertà personale nelle attuali condizioni strutturali di sovraffollamento degli Istituti di Pena, rischia di compromettere pesantemente l'equilibrio psicologico della popolazione detenuta, creando un serio rischio per la salute individuale delle persone ristrette.

Il Protocollo d'Intesa tra l'Assessorato Regionale Tutela della Salute e Sanità, il Provveditorato Regionale dell'Amministrazione Penitenziaria per il Piemonte e la Valle D'Aosta ed il Centro Giustizia Minorile del Piemonte, Valle d'Aosta e Liguria, relativo alla definizione delle forme di colla-

borazione tra l'ordinamento sanitario e l'ordinamento penitenziario, approvato con deliberazione n. 21-11849 del 27 luglio 2009, prevede, all'articolo 10, l'assistenza psicologica penitenziaria nei confronti dei soggetti adulti, in condizione di restrizione delle libertà personale e sottoposti a procedimenti penali.

Verranno stipulate, in prima istanza, a livello locale specifiche convenzioni tra il Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria ed il Direttore dell'Istituto Penitenziario o dei Servizi della Giustizia Minorile, per l'utilizzo degli psicologi esperti ex art. 80 ed esperti ex art. 8, già convenzionati con il Ministero della Giustizia, in aggiunta ed al di fuori dell'area trattamentale propria

ATTIVITÀ DI PSICOLOGIA PENITENZIARIA DELLE AA.SS.LL.

Le AA.SS.LL. dovranno organizzare i propri servizi al fine di:

- garantire un livello omogeneo di assistenza psicologica alle persone detenute e ai minori/giovani adulti sottoposti a procedimento penale, prendendo comunque atto delle differenze e specificità a livello locale;
- garantire le prestazioni psicologiche ai soggetti sottoposti a carcerazione, preferibilmente all'interno degli Istituti Penitenziari (di seguito denominati II.PP.), dell'Istituto Penitenziario Minorile (di seguito denominato IPM) e del Centro di Prima Accoglienza (di seguito denominata CPA). Qualora non possano essere effettuate in ambito intramurario, le prestazioni dovranno essere effettuate presso le strutture sanitarie esterne, secondo quanto previsto dall'art. 11 della legge 354/75 e dell'art. 17 del DPR 230/2000
- garantire le prestazioni psicologiche per i minori e giovani adulti dell'area penale esterna;

STRUTTURAZIONE SERVIZI

Per l'erogazione delle prestazioni psicologiche di cui sopra, le AA.SS.LL., che sul proprio territorio hanno una sede di Istituto di Pena, si dovranno avvalere, in prima istanza, del personale dipendente transitato dall'Amministrazione Penitenziaria al Servizio Sanitario, nonché degli esperti psicologi ex art. 8 e 80, già convenzionati con il Provveditorato dell'Amministrazione Penitenziaria per il Piemonte e la Valle d'Aosta e con il Centro Giustizia Minorile del Piemonte, Valle d'Aosta e Liguria

Le AA.SS.LL., che NON hanno sul proprio territorio sedi di Istituti di Pena, dovranno comunque individuare personale psicologo quale affidare la cura psicologica dei soggetti minori e adulti dell'area penale esterna, anche avviando specifici contratti di specialistica convenzionale, in osservanza degli Accordi regionali, prioritariamente a esperti psicologi ex art. 8 e 80, che avevano rapporti di convenzione con il Provveditorato dell'Amministrazione Penitenziaria per il Piemonte e la Valle d'Aosta e con il Centro Giustizia Minorile del Piemonte, Valle d'Aosta e Liguria.

Gli psicologi devono essere collocati in specifica Area di clinica psicologica penitenziaria, secondo modalità strutturali organizzative demandate all'Azienda Sanitaria.

Tale Area, nell'ambito della quale andrà individuata una figura di coordinamento, dovrà essere collocata nei Servizi di Psicologia. Laddove non esistenti l'Area si rapporterà, secondo le necessità cliniche, al Servizio Tutela della Salute in carcere, al Servizio di NPI (DMI) al DSM ed al DPD, in base alla stesura di appositi protocolli aziendali

Sarà compito di questo Assessorato favorire l'acquisizione degli elenchi dei su citati esperti e renderlo disponibile alle AA.SS.LL. di competenza, affinché si possano attivare convenzioni con i suddetti esperti.

ORGANIZZAZIONE DELLE ATTIVITA'

L'Area di clinica psicologica penitenziaria dovrà interagire, se non incardinata nei Servizi di Psicologia, in maniera sinergica, con tutti i servizi interni ed esterni alla struttura penitenziaria.

Gli Psicologi collocati nell'Area di clinica psicologica penitenziaria, dovranno essere inseriti nei percorsi formativi, da attivare in collaborazione con il Dipartimento Funzionale Regionale di Tutela Salute in Carcere.

L'omogeneità degli interventi di psicologia penitenziaria sull'intero territorio regionale è garantita dal Dipartimento per la Tutela della Salute in ambito penitenziario, nell'ambito del quale viene istituita apposita area tematica
