

Decreto n. del

OGGETTO: Conferenza Unificata n.3 del 22/1/2015. Approvazione del documento recante "Assistenza per la Tutela della Salute Mentale adulti in ambito penitenziario".

IL COMMISSARIO AD ACTA

VISTO lo Statuto della Regione Lazio;

VISTA la Legge Costituzionale 18 ottobre 2001, n.3;

VISTA la Deliberazione del Consiglio dei Ministri del 21 Marzo 2013 con la quale il Presidente *pro - tempore* della Regione Lazio dott. Nicola Zingaretti è stato nominato Commissario ad Acta per la prosecuzione del vigente Piano di Rientro dai disavanzi nel Settore Sanitario della Regione Lazio, secondo i Programmi Operativi di cui l'art.2, c.88, L.191/2009 e s.m.i.;

VISTE le Deliberazioni della Giunta Regionale n. 66 del 12 febbraio 2007 e n. 149 del 6 marzo 2007, rispettivamente di approvazione del Piano di Rientro e Presa d'atto dell'Accordo Stato-regioni;

VISTA la Determinazione n. G07283 del 27/6/2016 con la quale è stato conferito l'incarico di dirigente dell'Area Politiche per l'Inclusione della Direzione Regionale "Salute e Politiche Sociali" al Dr. Antonio Mazzarotto;

VISTA la Deliberazione della Giunta Regionale dell'11 dicembre 2017, n. 837, con la quale è stato attribuito al Segretario Generale *pro tempore* il potere di adozione di atti e di provvedimenti amministrativi inerenti la Direzione Regionale Salute e Politiche Sociali;

VISTO il DCA n. U00606 del 30/12/2016 di istituzione delle ASL "Roma 1" e "Roma 2", di soppressione delle ASL "Roma A", "Roma B", "Roma C" e "Roma E" e di ridenominazione delle ASL. "Roma D" come "Roma 3", "Roma F" come "Roma 4", "Roma G" come "Roma 5" e "Roma H" come "Roma 6";

VISTA la Legge n.354 del 26/7/75, e successive modifiche recante "*Norme sull'ordinamento penitenziario e sulla esecuzione delle misure privative e limitative della libertà*";

VISTA la Legge n.833 del 23/12/78 istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale;

VISTO il Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni concernente il "*Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421 e successive modificazioni*";

VISTA la Legge Regionale 16 giugno 1994 n.18, e successive modificazioni recante "*Disposizioni per il riordino del SSR ai sensi del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n.502 e successive modificazioni e integrazioni. Istituzioni delle aziende unità sanitarie locali*";

VISTO il D.lgs. 230/99 che all'art. 1 sancisce che "*I detenuti e internati hanno diritto, al pari dei cittadini in stato di libertà, alla erogazione delle prestazioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, efficaci ed appropriate, sulla base degli obiettivi generali e speciali di salute e dei livelli essenziali uniformi di assistenza individuati nel Piano sanitario nazionale, nei piani sanitari regionali e locali*";

VISTO il Decreto del Presidente della Repubblica n. 230 del 2000 ove si specifica che l'assistenza sanitaria in favore dei detenuti e degli internati debba essere assicurata all'interno degli istituti penitenziari, essendo possibile fare ricorso alle strutture sanitarie esterne solo quando "*siamo*

Decreto n. del

necessari cure o accertamenti diagnostici che non possono essere apprestati dai Servizi sanitari interni agli Istituti";

VISTO il DPCM 29 novembre 2001 che definisce i Livelli Essenziali di Assistenza, e s.m.i.;

VISTA la Legge Regionale 18 febbraio 2002, n.6 "*Disciplina del sistema organizzativo della Giunta e del Consiglio e disposizioni relative alla dirigenza e al personale regionale*" e s.m.i.;

VISTO il Regolamento Regionale 6 settembre 2002, n. 1 concernente il "*Regolamento di organizzazione degli uffici e dei servizi della Giunta regionale*" e s.m.i.;

VISTA la Legge Regionale 6 ottobre 2003, n.31 "*Istituzione del Garante delle persone sottoposte a misure restrittive della libertà personale*";

TENUTO CONTO che la popolazione detenuta è rappresentata da un'utenza complessa e con specifici bisogni di salute;

VISTA la Legge Regionale 8 giugno 2007, n. 7 "*Interventi a sostegno dei diritti della popolazione detenuta*";

VISTO il D.P.C.M. 1 aprile 2008 avente ad oggetto "*Modalità e criteri per il trasferimento al Servizio Sanitario Nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria*" e che attribuisce alle Aziende Sanitarie Locali il compito di garantire ai detenuti, agli internati ed ai minorenni sottoposti a provvedimento penale il soddisfacimento dei bisogni di salute attraverso le prestazioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione di cui hanno bisogno (pubblicato sulla G.U del 30 Maggio 2008);

VISTA la DGR del 4 luglio 2008, n. 470 avente per oggetto: "*Presenza d'atto del D.P.C.M. 1 aprile 2008*" di cui sopra;

VISTA la C.U. n. 81 del 26/11/2009 "*Accordo, ai sensi dell'art.9 del Decreto Legislativo 1997, n.281, sul documento proposto dal Tavolo di consultazione permanente sulla sanità penitenziaria recante: Strutture Sanitarie nell'ambito del sistema penitenziario italiano*";

VISTA la Conferenza Unificata del 13/10/2011 che ha sancito l'Accordo sul documento recante "*Integrazioni agli indirizzi di carattere prioritario sugli interventi negli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG) e le Case di Cura e Custodia (CCC) di cui all'Allegato C al DPCM 1° Aprile 2008*" (Rep. Atti n. 95/CU; pubblicato su G.U. n.256 del 3/11/11);

VISTO l'Accordo n. 5/CU del 19 gennaio 2012, recante, "*Accordo, ai sensi dell'articolo 9 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, sul documento proposto dal Tavolo di consultazione permanente sulla sanità penitenziaria recante «Linee di indirizzo per la riduzione del rischio autolesivo e suicidario dei detenuti, degli internati e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale»*";

VISTA la Legge n.9 del 17/2/2012 "*Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 22 dicembre 2011, n. 211, recante interventi urgenti per il contrasto della tensione detentiva determinata dal sovraffollamento delle carceri*" e in particolare l'art.3 ter della suddetta legge, "*Disposizioni per il definitivo superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG)*";

VISTA la DGR n. 277 del 15/6/2012 avente per oggetto: *DPCM 1 aprile 2008. Attuazione dell'Accordo in Conferenza Unificata recante "Integrazioni agli indirizzi di carattere prioritario sugli interventi negli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG) e le Case di Cura e Custodia (CCC)*

Decreto n. del

del 13 ottobre 2011, recepito con DGR n.4 del 13/01/2012. Approvazione schema di Accordo di Programma tra la Regione Lazio – Assessorato alla Salute e il Ministero di Giustizia – DAP Provveditorato Regionale del Lazio per l'applicazione dell'Allegato A del suddetto accordo. (All.1) VISTA la D.G.R. n. 592 del 14 dicembre 2012 "Attuazione dell'articolo 4 comma 2 del DPCM 1 aprile 2008. Convalida degli inventari, validati e trasmessi dalle Aziende Sanitarie Locali del Lazio, dei locali adibiti all'esercizio delle funzioni sanitarie per la concessione in uso a titolo gratuito alle Aziende";

VISTA la Determinazione Dirigenziale n. B01258 del 2/4/2013 concernete: "Attuazione dell'articolo 4 comma 2 del DPCM 1 aprile 2008 "Linee Guida essenziali per la gestione dei locali ad uso sanitario nelle strutture penitenziarie della Regione Lazio";

VISTA la legge n.81 del 30/5/2014 che stabilisce la data di chiusura definitiva degli OPG ovvero il 31 marzo 2015;

VISTA l'Intesa Stato- Regione Province autonome del 10 luglio 2014, rep. N. 82/CSR concernente il Patto per la salute – per gli anni 2014 –2016;

VISTO il Piano Nazionale per la Salute Mentale (PANSM) recepito con D.C.A. n. U00287 del 16/09/2014 recante "Recepimento dell'Accordo 2013 n. 4/CU approvato dalla Conferenza Unificata in data 24 gennaio 2013 relativo al "Piano di Azioni Nazionale per la Salute Mentale";

CONSIDERATO che il suddetto Accordo concernente il PANSM, impegna le Regioni e le Province autonome a recepirne i contenuti con propri provvedimenti, nei limiti delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili;

VISTO l'Accordo "Linee guida in materia di modalità di erogazione dell'assistenza sanitaria negli istituti penitenziari per adulti; implementazione delle reti sanitarie regionali e nazionali" approvato dalla Conferenza Unificata in data 22 gennaio 2015, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale Serie Generale n. 64 del 18.3.2015;

VISTO il DCA n. U00026 del 23 gennaio 2015 "Recepimento Accordo n. 5/CU del 19 gennaio 2012 e approvazione documento recante "Programma operativo di prevenzione del rischio autolesivo e suicidario dei detenuti, degli internati e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale nella Regione Lazio";

VISTO il DPCM 12 gennaio 2017 "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza" pubblicato su G.U. del 18/3/2017;

VISTO il DCA n. U00052 del 22 febbraio 2017 avente ad oggetto: "Adozione del Programma Operativo 2016-2018 a salvaguardia degli obiettivi strategici di rientro dai disavanzi della Regione Lazio nel settore sanitario denominato "Piano di riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario Regionale";

VISTO "L'Accordo ai sensi dell'art. 9 del D.lgs 28/8/1997, n. 281 sul documento recante "Piano Nazionale per la prevenzione delle condotte suicidarie nel sistema penitenziario per adulti" approvato dalla Conferenza Unificata n.81 in data 27 luglio 2017, pubblicazione sulla Gazzetta Ufficiale Serie Generale n. 189 del 14/8/2017;

VISTA la nota prot. 322353 del 15 giugno 2015 con la quale è stato rappresentato ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Locali, dove sono ubicate le strutture penitenziarie, che "...per quanto concerne l'ambito assistenziale alla Salute Mentale e alle Patologia delle Dipendenze

Decreto n. del

saranno istituiti tavoli di lavoro per la definizione di specifici percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali in ambito penitenziario”;

VISTA la DGR 375 del 28/07/2015 avete ad oggetto: Atto di recepimento dell’Accordo “*Linee guida in materia di modalità di erogazione dell’assistenza sanitaria negli istituti penitenziari per adulti; implementazione delle reti sanitarie regionali e nazionali*” approvato dalla Conferenza Unificata in data 22 gennaio 2015. (Rep. N. 3/CU del 22 gennaio 2015);

VISTA la Determinazione Dirigenziale n.11442 del 24/9/2015, "*Definizione di un percorso assistenziale integrato per la presa in carico e la cura dei detenuti tossicodipendenti degli istituti penitenziari della Regione Lazio*";

CONSIDERATO che la competente Area Servizio Informativo Sociosanitario della Direzione Salute e Politiche Sociali sta provvedendo come previsto dai Piani Operativi 2016, alla informatizzazione della Cartella Sanitaria per soggetti assistiti in ambito penitenziario, avvalendosi della collaborazione dei professionisti delle AASSLL sul cui territorio insistono gli Istituti Penitenziari del Lazio e del supporto tecnico di Laziocrea, per la realizzazione del software necessario per il funzionamento della cartelle clinica presso tutti gli Istituti Penitenziari del Lazio;

VISTA la Determinazione G11807 del 1/10/2015 con la quale è stata formalizzata la costituzione del gruppo di lavoro tecnico, composto da diverse professionalità (Psichiatra e/o Psicologo) individuate dai Direttori dei Dipartimenti di Salute Mentale di ciascuna ASL all’interno del cui territorio insistono gli Istituti Penitenziari del Lazio;

CONSIDERATO che il suddetto gruppo di lavoro si è avvalso del confronto tra esperienze, realtà, risorse ed organizzazioni differenti dando modo di condividere alcune indicazioni che potessero essere sufficientemente “trasversali” ai diversi contesti territoriali e, pertanto, potessero fungere da linea guida di orientamento organizzativo comune;

PRESO ATTO che il gruppo ha elaborato e approvato il documento oggetto di tale DCA per la “*definizione di un percorso assistenziale per la Tutela della Salute Mentale in ambito penitenziario*” con l’obiettivo di uniformare le modalità di accesso e di erogazione delle prestazioni sanitarie nei confronti della popolazione detenuta;

CONSIDERATO che lo scopo dell’azioni proposte dal documento parte integrante del presente provvedimento, è sintetizzabile nei due seguenti punti:

- Prevenzione e promozione del benessere mentale: la relazione tra individuo e ambiente determina il grado di salute-malattia di ogni persona. Agire con strategie appropriate, desumibili dalle evidenze scientifiche e dalle buone prassi operative, contribuisce a modificare quelle relazioni ambientale che abbiano assunto valenze patogene e non evolutive. Il lavoro di rete dei servizi per la Salute Mentale che operano in ambito penitenziario è pertanto essenziale e non delegabile.
- Presa in carico, precoce, appropriata e orientata ad obiettivi, dei singoli individui che manifestino disagio psichico. L’accessibilità al servizio, l’attenzione alla diagnosi e cura precoce, la personalizzazione del trattamento, l’appropriatezza, la multidisciplinarietà, la riabilitazione, il reinserimento sociale e la valutazione degli esiti clinici sono pertanto gli elementi essenziali del trattamento individuale.

RITENUTO OPPORTUNO di rimandare a successivo atto la definizione di uno specifico PDTA (Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale) per la salute mentale dei minori e giovani adulti in ambito penale;

Decreto n. del

CONSIDERATO che l'attuazione del percorso assistenziale e delle procedure previste nel documento parte integrante del presente provvedimento, necessita della fattiva collaborazione delle altre partiture organizzative delle aziende sanitarie, con particolare riferimento all'assistenza sanitaria in ambito penitenziario (medicina di base, continuità assistenziale, assistenza infermieristica, assistenza medica specialistica);

TENUTO CONTO che ogni ASL, sul cui territorio insiste uno o più Istituti Penitenziari, deve garantire una organizzazione dedicata, per assicurare la completa presa in carico del paziente detenuto e che le strutture organizzative individuate per l'assistenza sanitaria penitenziaria devono gestire tutte le prestazioni e le funzioni relative all'assistenza sanitaria di base, alla continuità assistenziale, all'assistenza medica specialistica ed all'assistenza infermieristica; che nell'ambito del Distretto deve essere garantita la piena collaborazione tra le strutture che assicurano le cure primarie e quelle che erogano assistenza sanitaria alla popolazione detenuta e che collaborano con le strutture organizzative afferenti all'area delle dipendenze, della salute mentale e dei reparti ospedalieri detenuti (Viterbo e Pertini) che svolgono autonomamente le proprie funzioni assistenziali dipendendo dai rispettivi Dipartimenti/Servizi;

TENUTO CONTO che le Aziende Sanitarie Locali, dove sono ubicate le strutture penitenziarie, dovranno adottare il documento parte integrante del presente atto, per garantire il percorso assistenziale per la presa in carico e la cura dei detenuti con problemi di salute mentale così come indicato nel documento stesso;

CONSIDERATO altresì che la diagnosi ed il trattamento dei pazienti con disagio e patologie psichiche in ambito detentivo rientra tra i compiti dei Dipartimenti di Salute Mentale che più in generale rappresentano il riferimento ed il garante clinico per la tutela della salute mentale;

CONSIDERATO che l'OMS ha identificato alcuni fattori che, più di altri, impattano negativamente sulla salute mentale dei detenuti, tra i quali il sovraffollamento, le varie forme di violenza, l'isolamento forzato, la mancanza di privacy, la mancanza di attività significative, l'isolamento dalle reti sociali, l'incertezza sulle prospettive future, sul lavoro e sulle relazioni e comunque l'inadeguatezza dei servizi sanitari per la salute mentale (*Prison and Health, 2014 WHO*);

TENUTO CONTO che con il miglioramento della presa in carico assistenziale si avrà un miglioramento dell'appropriatezza delle prestazioni erogate e, quindi, della salute dei detenuti;

RITENUTO quindi necessario emanare un programma operativo per la presa in carico del detenuto con problemi di salute mentale, così come descritto nel documento che costituisce parte integrante del presente provvedimento;

CONSIDERATO che l'all.1 del documento parte integrante del presente Decreto relativo alla "*Scheda per screening*", integra e modifica, solo per la parte riguardante lo screening, le corrispondenti schede di screening contenute sia nella Determinazione Dirigenziale n. G11442 del 24 settembre 2015 "*Definizione di un percorso assistenziale integrato per la presa in carico e la cura dei detenuti tossicodipendenti degli istituti penitenziari della Regione Lazio*" che nel DCA n. U00026 del 23 gennaio 2015 "*Recepimento Accordo n. 5/CU del 19 gennaio 2012 e approvazione documento recante "Programma operativo di prevenzione del rischio autolesivo e suicidario dei detenuti, degli internati e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale nella Regione Lazio"*";

CONSIDERATO che le schede di screening suddette confluiranno nella cartella clinica informatizzata penitenziaria che è in via di sperimentazione;

Decreto n. del

RITENUTO di approvare il documento "*Assistenza per la Tutela della Salute Mentale adulti in ambito penitenziario*" della Regione Lazio che costituisce parte integrante del presente provvedimento;

RITENUTO altresì opportuno stabilire che il P.D.T.A. oggetto del documento sopracitato sarà monitorato al fine di valutarne l'applicazione, anche con il contributo delle Aziende Sanitarie e dei professionisti di settore afferenti alle stesse Aziende;

RITENUTO opportuno trasmettere alle Direzioni delle Aziende sanitarie del Lazio e dei Dipartimenti di Salute Mentale il documento "*Assistenza per la Tutela della Salute Mentale adulti in ambito penitenziario*" parte integrante del presente Decreto per i successivi adempimenti di competenza;

DATO ATTO che l'applicazione del suddetto P.D.T.A. non genera alcun onere finanziario aggiuntivo per la Regione Lazio;

DECRETA

per le motivazioni di cui in premessa, che qui si intendono riportate quale parte integrante e sostanziale:

- di integrare e modificare, come riportato nell'All.1 del documento parte integrante del presente Decreto, nella parte relativa alla "*Scheda per screening*", esclusivamente per la parte riguardante lo screening, le corrispondenti schede di screening contenute sia nella Determinazione Dirigenziale n. G11442 del 24 settembre 2015 "*Definizione di un percorso assistenziale integrato per la presa in carico e la cura dei detenuti tossicodipendenti degli istituti penitenziari della Regione Lazio*" che nel DCA n. U00026 del 23 gennaio 2015 "*Recepimento Accordo n. 5/CU del 19 gennaio 2012 e approvazione documento recante "Programma operativo di prevenzione del rischio autolesivo e suicidario dei detenuti, degli internati e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale nella Regione Lazio"*";
- di approvare il documento che è parte integrante del presente Decreto recante: "*Assistenza per la Tutela della Salute Mentale adulti in ambito penitenziario*";
- di monitorare l'applicazione del PDTA oggetto del documento sopra citato anche con il contributo delle Aziende Sanitarie e dei professionisti di settore afferenti alle stesse Aziende;
- di trasmettere il presente Decreto, ai sensi dell'art. 3, comma 1, dell'Accordo del Piano di rientro, ai Ministeri competenti;
- di notificare il presente provvedimento, a cura della Direzione proponente, ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie, ai Direttori di Dipartimento di Salute Mentale del territorio regionale, per i provvedimenti di competenza;
- che l'applicazione del presente P.D.T.A. non genera alcun onere finanziario aggiuntivo a carico del bilancio regionale.

COMMISSARIO AD ACTA
(deliberazione del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013)

Decreto n. del

Avverso il presente provvedimento è ammesso ricorso giurisdizionale innanzi al Tribunale Amministrativo Regionale del Lazio nel termine di giorni 60 (sessanta) ovvero ricorso straordinario al Capo dello Stato entro il termine di giorni 120 (centoventi) decorrenti dalla data di notifica.

Il presente provvedimento verrà notificato alle Aziende interessate e pubblicato sul B.U.R.L. e sul sito www.regione.lazio.it.

NICOLA ZINGARETTI



Assistenza per la Tutela della Salute Mentale adulti in ambito penitenziario

Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale

Regione Lazio

INDICE

Premessa: Finalità del documento
A. INDICAZIONI STRATEGICHE
A.1. Il contesto
A.1.1. Normativa
A.1.2. Strutture penitenziarie e popolazione detenuta
A.1.3. Condizioni di salute della popolazione detenuta
A.2. Visione - Scopo
A.3. Obiettivi generali e specifici
A.4. Azioni prioritarie
A.5. Strategie e metodi
A.5.1. Lavoro di equipe
A.5.2. Integrazione/collegamento con Area Trattamentale, della Sicurezza e Direzione di Istituto
A.5.3. Comunicazioni informazioni sanitarie
B. GESTIONE DELLE RISORSE
B.1. Risorse umane
B.2. Risorse strutturali, strumentali e logistiche
B.3. Piano della formazione
C. REALIZZAZIONE DEL PRODOTTO: PROCESSI OPERATIVI
C.1. Il Percorso Diagnostico Terapeutico per adulti
○ 1. Intake
○ 2. Accoglienza
○ 3. Valutazione Diagnostica
○ 4. Piano di Trattamento (Assunzione in cura, Presa in carico integrata, Trattamento in urgenza)
○ 5. Monitoraggio
○ 6. Dimissioni dal percorso terapeutico
C.2. Interventi di comunità e di rete
C.3. Coordinamento con altre partiture aziendali
C.4. Interventi specifici in strutture dedicate
D. RISULTATI: ANALISI, MONITORAGGIO, MIGLIORAMENTO
D.1. Risultati attesi
D.2. Sistema Informativo
ALLEGATI
1. Scheda per Screening ed invio al Dipartimento di Salute Mentale
2. Registro di Segnalazione del Servizio Sanitario (Medicina di Base, Continuità Assistenziale, Medicina Specialistica) al DSM per rischio disturbo psichico e rischio autolesivo e/o suicidario
3. Scheda di Accoglienza
4. Obiettivi di trattamento (in riferimento a piano di trattamento integrato)

PREMESSA

Finalità del documento

La Regione Lazio – Direzione Regionale Salute e Politiche Sociali - ha governato il transito, avvenuto in differenti fasi, delle funzioni sanitarie, dalla gestione dell'Amministrazione Penitenziaria alla gestione da parte del Sistema Sanitario Regionale. Il transito è avvenuto in due fasi: nella prima (fine anni Novanta) sono transitate le funzioni per l'assistenza ai detenuti con patologia da dipendenza e per la prevenzione; nella seconda (2008) sono transitate tutte le altre funzioni sanitarie, in materia di medicina di base, medicina specialistica, assistenza infermieristica, nonché di assistenza per la tutela della salute mentale.

Proprio quest'ultimo aspetto, relativo all'assistenza per la tutela della salute mentale, ha determinato una delle maggiori difficoltà collegata alla resistenza ad apportare cambiamenti nel sistema. I Dipartimenti di Salute Mentale sono intervenuti nell'assistenza in ambito penitenziario con modalità, tempi, sensibilità ed organizzazioni diversi tra loro, anche in presenza di specifiche direttive regionali soprattutto di tipo organizzativo. A distanza di 9 anni dal DPCM 1 aprile 2008, che ha segnato il momento del transito delle funzioni sanitarie, l'acquisita esperienza professionale dei servizi e dei singoli operatori della salute mentale ha permesso di definire una "strategia" regionale e di individuare specifici percorsi diagnostico terapeutici.

Il presente documento, quindi, ha lo scopo di:

- orientare le politiche sanitarie in materia di tutela della salute mentale in ambito penitenziario;
- orientare i servizi per la salute mentale verso una adeguata pianificazione degli interventi di prevenzione, di cura e di riabilitazione;
- supportare i servizi ed i singoli clinici al fine di definire percorsi assistenziali condivisi e ritenuti dai professionisti del settore appropriati in funzione dei quadri clinici e dei contesti di vita e di cura;
- offrire un quadro unitario del percorso assistenziale, che incrementi l'omogeneità di trattamento tra Istituti Penitenziari, favorendo la continuità assistenziale per tutti i pazienti che, nell'ambito della pena detentiva, siano trasferiti tra più Istituti penitenziari;
- garantire un sistema di governo dell'assistenza orientato al miglioramento continuo della qualità e alla valutazione degli esiti clinici.

Organizzazione del Documento

Il documento è articolato in 4 sezioni, corrispondenti a 4 Macroprocessi, individuati dalle norme ISO 9001 e relativi a:

1. Responsabilità della Direzione - "Indicazione Strategiche": strategie determinate dalla lettura di contesti, dalla domanda di salute, dalla normativa e dai vincoli istituzionali ed istitutivi.
2. Gestione delle Risorse: individuazione delle risorse necessarie per il funzionamento del sistema e degli elementi essenziali per il governo e la gestione delle risorse stesse.
3. Realizzazione del Prodotto: con "prodotto" si intende, nel nostro caso, l'intervento individuale, di comunità e di sistema per la tutela della salute mentale; pertanto viene principalmente riferito alla definizione di Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA *come da definizione corrente*); ulteriori riferimenti sono effettuati in relazione agli interventi preventivi, agli interventi di rete intra ed extra sistema sanitario.
4. Misurazione, analisi e miglioramento; individuazione di un sistema di monitoraggio e valutazione dell'intero processo assistenziale, con il governo dei conseguenti processi di cambiamento.

Metodologia di realizzazione del documento

Il Documento è l'esito del confronto professionale nell'ambito di un Gruppo di lavoro tecnico scientifico (costituito ai sensi della Determina G11807 del 01.10.2015) finalizzato alla definizione di un Protocollo operativo per l'assistenza alla popolazione detenuta in ambito di salute mentale. Hanno partecipato attivamente ai lavori del gruppo, diverse professionalità (Psichiatra e/o Psicologo) individuate dai Direttori dei Dipartimenti di Salute Mentale di ciascuna ASL all'interno del cui territorio insistono gli Istituti Penitenziari del Lazio. Il confronto tra esperienze, realtà, risorse ed organizzazioni differenti ha dato modo di condividere alcune indicazioni che potessero essere sufficientemente "trasversali" ai diversi contesti territoriali e, pertanto, potessero fungere da linea guida di orientamento organizzativo comune.

Si intende evidenziare che alcuni componenti del Gruppo di lavoro, per riorganizzazioni interne alla propria Amministrazione Sanitaria, sono stati successivamente sostituiti e che pertanto hanno partecipato attivamente alla stesura del documento, oltre che l'Area delle Politiche per l'Inclusione della Direzione Regionale Salute e Politiche Sociali, per le ASL, anche, M. Bustini (ASL/DSM RI), N. Butera, M. Cozza e C. Leonardi (ASL/DSM RM2), C. Celozzi e P. Cervellini (ASL/DSM4), A. Di Stefano (ASL FR), A. Picello (ASL/DSM VT) e M. Sellacci (ASL/DSM LT).

La stesura del documento è stata redatta e curata da C. Celozzi (ASL/DSM RM4) e A. Di Stefano (ASL/DSM FR).

Si è ritenuto opportuno, di rinviare ad un successivo Atto, la definizione di uno specifico PDTA per la salute mentale dei minori e giovani adulti in ambito penale, continuando ad avvalersi della collaborazione di M.T. Gerace (ASL RM1 per l'IPM).

A. INDICAZIONI STRATEGICHE

A.1. Il contesto

L'istituzione penitenziaria rappresenta una delle ultime "istituzioni totali" (Goffmann) pubbliche, dopo la recente chiusura degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari, nelle quali la finalità della privazione delle libertà individuali deve essere conciliata con il principio sancito dalla Costituzione italiana dell'inalienabile diritto alla salute. È proprio in virtù di questo diritto che è stata apportata la riforma della sanità penitenziaria che, seppur con un processo durato molti anni, ha portato al riconoscimento delle competenze del Sistema Sanitario Regionale anche in ambito detentivo, modificando l'impostazione per la quale la funzione della cura era ambito di intervento della stessa amministrazione penitenziaria.

Tale processo di cambiamento, seppur lento e difficile per tutta la sanità, è stato ed è particolarmente critico in ambito di salute mentale: in questo caso, infatti lo stato di salute/malattia è ancor più collegato con le determinanti ambientali in cui si manifesta il disturbo stesso. In ogni caso, l'ambiente influenza fortemente l'evoluzione del disturbo psichico, nonché le possibilità di recupero e di trattamento. Operare in ambito di salute mentale in carcere difficilmente può non impattare, prima o poi, con i vincoli e le caratteristiche valoriali, organizzative e funzionali della stessa istituzione penitenziaria. Organizzare quindi l'assistenza per la salute mentale in carcere deve tener conto di tali vincoli e individuare le opportune strategie per la migliore garanzia della salute individuale e collettiva. Inoltre, nel processo di riorganizzazione dell'assistenza, è da tener conto anche delle resistenze che i Dipartimenti di Salute Mentale hanno manifestato nell'assumere prontamente la funzione loro assegnata, sia in relazione alle risorse disponibili sia in relazione alla difficoltà specifica dell'operare adeguatamente nel contesto carcerario.

Pertanto, al fine di individuare in modo appropriato la strategia per garantire la tutela della salute mentale in carcere è necessario considerare il contesto in cui si deve operare, con particolare riferimento alla normativa di settore, alla numerosità e composizione dell'utenza/popolazione target dei trattamenti e ai dati epidemiologici specifici disponibili.

A.1.1. Normativa

La normativa di riferimento utile per i decisori ed i professionisti sanitari che operano nel campo della salute mentale in ambito penitenziario deve tener conto del profondo cambiamento culturale che ha determinato la trasformazione del paradigma di fondo sulle competenze in materia di salute dei detenuti, portando all'attuale assetto organizzativo e funzionale.

L'art.11 della Legge n.354/75 "Ordinamento Penitenziario" e l'art.17 del relativo Regolamento di esecuzione, prevedono che l'Amministrazione Penitenziaria predisponga, in ogni Istituto penitenziario, l'organizzazione di un servizio sanitario, avvalendosi eventualmente di singole collaborazioni in convenzione con il servizio sanitario. Fino agli anni Ottanta anche il parere del Consiglio di Stato n.305 del 7 luglio 1987, confermò l'esclusiva competenza in materia sanitaria da parte dell'Amministrazione Penitenziaria, considerando la salute quale aspetto imprescindibile dal percorso di recupero e di trattamento educativo e sociale; inoltre tale confluenza di ruoli e funzioni permetteva di mantenere il controllo diretto sulla popolazione detenuta da parte di una unica Istituzione.

Solo negli anni Novanta si sono sviluppate visioni ed impostazioni differenti, a partire dall'assistenza ai detenuti tossicodipendenti, prevista dall'art. 96 D.P.R. 309\1990 che ha affidato alle unità sanitarie locali, d'intesa con le Direzioni degli istituti penitenziari, la cura e la riabilitazione di tali pazienti. Sempre nello stesso decennio si sono realizzate diverse esperienze locali di collaborazione/convenzioni

interistituzionali, che hanno portato alla emanazione della legge n.419 del 1998 (*“Delega al governo per la razionalizzazione del servizio sanitario nazionale.”*) che prevedeva anche la riforma dell’assistenza sanitaria nel sistema carcerario, da realizzare sulla base di una specifica norma (articolo 5) intitolata appunto “riordino della medicina penitenziaria”. Da tale Legge è scaturito quindi il successivo Decreto Legislativo 230 del 22 giugno 1999 *“Riordino della medicina penitenziaria a norma dell’articolo 5 della Legge 30 novembre 1998, n. 419”*. Con tale Atto si è definitivamente sancita la separazione delle competenze assegnando al Sistema Sanitario la competenza sulla salute anche in ambito penitenziario e mantenendo al Sistema della Giustizia penale la competenza relativa alla sicurezza. La prima fase di tale importante riforma, proprio per il suo forte impatto sul sistema, prevedeva che tale riforma fosse applicata solo nei settori della prevenzione e, sulla scorta di quanto già attivo in molti territori, dell’assistenza ai tossicodipendenti ed alcolodipendenti detenuti.

Dopo quasi un ulteriore decennio si è completato il processo trasformazione con il DPCM 1 aprile 2008 relativo al *“transito al Servizio Sanitario Nazionale delle funzioni sanitarie, delle risorse finanziarie, dei rapporti di lavoro, delle attrezzature, arredi e beni strumentali relativi alla sanità penitenziaria”*. Da quel momento sono stati avviati Accordi Stato Regioni e P.A. finalizzati alla definizione di modelli, strumenti ed organizzazioni condivise per il governo dell’assistenza sanitaria in ambito penitenziario.

La Regione Lazio - che già aveva svolto funzioni di programmazione, di governo e di orientamento del sistema sanitario per assistenza ai detenuti tossicodipendenti - ha puntualmente seguito tutte le fasi del transito dell’intera assistenza sanitaria in ambito penitenziario, anche attraverso l’Istituzione di tavoli Tecnici, di gruppi di lavoro, nonché del previsto Osservatorio Regionale.

Per quanto concerne la tutela della salute mentale, i due principali e più recenti atti, nazionali e regionali, fanno riferimento ai temi del “rischio autolesivo e suicidario” e delle “reti sanitarie” atte a garantire adeguati modelli organizzativi. Si riportano di seguito i riferimenti di tali Atti:

- Accordo n. 5/CU del 19 gennaio 2012, recante, *“Accordo, ai sensi dell’articolo 9 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, sul documento proposto dal Tavolo di consultazione permanente sulla sanità penitenziaria recante «Linee di indirizzo per la riduzione del rischio autolesivo e suicidario dei detenuti, degli internati e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale»”*.
- Accordo Stato Regioni, approvato in Conferenza Unificata in data 22 gennaio 2015. (Rep. N. 3/CU del 22 gennaio 2015), recante *“Linee guida in materia di modalità di erogazione dell’assistenza sanitaria negli istituti penitenziari per adulti; implementazione delle reti sanitarie regionali e nazionali”*.
- DCA U00026 del 13.01.2015 recante: Recepimento Accordo n. 5/CU del 19 gennaio 2012 e approvazione documento recante *“Programma operativo di prevenzione del rischio autolesivo e suicidario dei detenuti, degli internati e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale nella Regione Lazio”*. Gli esiti della sperimentazione di detto Programma, sono recepiti nel presente Atto per quanto concerne lo stretto ambito della valutazione e dell’intervento da parte del sistema sanitario.
- DGR 375 del 28.07.2015 *“Atto di recepimento dell’Accordo “Linee guida in materia di modalità di erogazione dell’assistenza sanitaria negli istituti penitenziari per adulti; implementazione delle reti sanitarie regionali e nazionali” approvato dalla Conferenza Unificata in data 22 gennaio 2015. (Rep. N. 3/CU del 22 gennaio 2015)”*.

In ambito di Tutela della Salute Mentale non si può non fare riferimento alle disposizioni relative alla riorganizzazione dell’intero sistema delle misure previste per la gestione di detenuti con grave patologia psichiatrica e/o di soggetti posti in Misura di Sicurezza detentiva. In tale ambito è quindi opportuno richiamare quanto disposto per:

- la chiusura degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari e la concomitante istituzione delle Residenze per l'Esecuzione in Misure di Sicurezza – REMS (con riferimento ai Decreti Legge 211/2012, 158/2012, 24/2013 e 52/2014, convertiti nei testi integrati nelle rispettive Leggi n. 9/2012, 189/2012; 57/2013; 81/2014). A tale scopo la Regione Lazio ha avviato il programma di presa in carico dei pazienti già ricoverati negli ex OPG, assicurando la corretta dimissione e definizione dei PTRI (Progetti Terapeutici Riabilitativi Individuali). Ha inoltre assicurato la programmazione, l'apertura ed il funzionamento di 5 REMS attualmente operative. Nell'ambito di questa linea è stato inoltre assicurata la formazione del personale sanitario regionale (DGR n.4 del 13.01.2012, DCA n. U00096 del 09.04.2013, DCA n.U00300 del 03.07.2013 e s.m.i., DCA U00233 del 18.07.2014 e s.m.i.);
- le sezioni sanitarie specializzate pensate per soggetti affetti da disturbi mentali con la finalità di assicurare appropriati trattamenti sanitari extraospedalieri, compatibili con il regime detentivo. Le indicazioni nazionali sono riportate in prima istanza nell'Accordo in Conferenza Unificata n.95 del 13 ottobre 2011, cui fa riferimento la DRG Lazio n.277 del 15.06.2012. Successivamente nella seduta della già citata Conferenza Unificata del 22/1/2015 viene approvato l'Accordo ai sensi dell'art.9, comma 2 lett. C) del D.L. 28/8/1997, n.281 sul documento *“Linee guida in materia di modalità di erogazione dell'assistenza sanitaria negli istituti penitenziari per adulti; implementazione delle reti sanitarie regionali e nazionali”*, in cui al punto 3 dell'allegato *“Servizi sanitari in ambito penitenziario”* sono definite le sezioni sanitarie specializzate per specifiche patologie, come di seguito descritto:

“La normativa vigente prevede che alcune categorie di detenuti, affetti da specifici stati psicologici, siano ospitate in sezioni penitenziarie a gestione sanitaria. Il primo riferimento normativo per l'istituzione di sezioni specializzate è la L.354/1975 che, all'art.65, prevede: “I soggetti affetti da infermità o minorazioni fisiche o psichiche devono essere assegnati ad istituti o sezioni speciali per idoneo trattamento. A tali istituti o sezioni sono assegnati i soggetti che a causa delle loro condizioni, non possono essere sottoposti al regime degli istituti ordinari”. Le tipologie previste di sezioni sanitarie specializzate prevedono: 1) sezioni per detenuti con malattie infettive; 2) sezioni per soggetti affetti da disturbi mentali; 3) Sezioni per detenuti tossicodipendenti.

Per le Sezioni sanitarie specializzate per soggetti affetti da disturbi mentali (da ora denominate *“sezioni per disturbi mentali”*) si prevede, al punto 3.2 del citato Atto, quanto segue:

“Sezioni per soggetti affetti da disturbi mentali”

“L'istituzione di sezioni specializzate per persone con disturbi mentali, oltre alla legge 354/1975, trova un ulteriore riferimento normativo nell'Accordo in Conferenza Unificata n.95 del 13 ottobre 2011 recante “Integrazione agli indirizzi di carattere prioritario sugli interventi negli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG) e nelle Casa di Cura e Custodia (CCC) di cui all'Allegato C al DPCM 1/4/2008”.

In tali sezioni gli interventi diagnostici e terapeutico riabilitativi sono assicurati dai dipartimenti di salute mentale delle Aziende sanitarie territorialmente competenti oltre che dagli altri specialisti del Servizio. L'inserimento in dette sezioni che comprendono e unificano le preesistenti sezioni penitenziarie per osservandi e minorati psichici, è riservato ai soggetti detenuti che presentano disturbi psichici gravi, con specifico riferimento ai soggetti di cui all'art.111 (commi 5 e 7) del DPR 230/2000 sull'ordinamento penitenziario, ai soggetti di cui all'art. 112 del DPR medesimo ed ai soggetti di cui all'art. 148 C.P.”¹

¹ *detenuti minorati psichici* (art. 111 DPR 230/2000, nuovo regolamento di esecuzione dell'ordinamento penitenziario);

Pertanto, come evidenziato anche negli Stati Generali per l'Esecuzione Penale, promossi dal Ministero di Giustizia, la attuale normativa determina una “*carezza di tutela nei confronti dei detenuti affetti da problemi psichiatrici, per i quali in caso di sopravvenienza della patologia, allo stato, esiste il solo rimedio previsto dall'art. 148 c.p. (che, di fatto, prevede la permanenza delle persone in regime detentivo) e non è contemplata una misura alternativa dedicata e con carattere di specificità.*” (Fonte: Tavolo di Lavoro sulla Salute Mentale). In altri termini le misure alternative come previste in casi di tossicodipendenza, di AIDS, o di gravi infermità fisiche non sono applicabili in casi di infermità psichiche sopravvenute, rimandando il trattamento al solo regime detentivo, eventualmente avvalendosi delle sezioni specializzate per disturbi mentali. Sezioni peraltro ancora non classificate come tali dal Dipartimento Amministrazione Penitenziaria nell'ambito del territorio regionale.

Ciò determina ancor più una particolare responsabilità da parte del SSR nella gestione del paziente con disturbo mentale detenuto, che la Regione Lazio intende supportare con quanto stabilito e programmato con il presente Atto.

A.1.2. Strutture penitenziarie e popolazione detenuta

Dai dati del Ministero di Giustizia emerge che alla data del *31 settembre 2017* in Italia sono attivi 190 Istituti Penitenziari, corrispondenti ad una capienza regolamentare di 50.508; i detenuti effettivamente presenti sono 57.661, di cui 19.809 stranieri (pari al 34,4% del totale dei detenuti).

Nella Regione Lazio, alla stessa data, sono attivi 14 Istituti per adulti, con una capienza regolamentare pari a 5.256 posti, che ospitano effettivamente 6.333 detenuti, di cui 2.704 stranieri (pari al 42,7% del totale dei detenuti).

Nello specifico per singolo Istituto, le presenze al *31 settembre 2017* sono come di seguito indicate in tabella:

ASL	ISTITUTO	TIPO DI ISTITUTO	CAPIENZA REGOLAM.	DETENUTI		
				Totale	Donne	Stranieri
RM1	Regina Coeli	CC	620	965	-	487
RM2	Rebibbia femminile	CCF	279	366	366	177
	Rebibbia N.C.1	CC	1172	1415	-	493
	Rebibbia Terza Casa	CC	172	74	-	6
	Rebibbia Reclusione	CR	443	319	-	61
RM4	Civitavecchia “Giuseppe Passerini”	CR	144	84	-	24
	Civitavecchia “N.C.”	CC	358	422	5	257
RM6	Velletri	CC	411	570	-	245
FR	Paliano	CR	140	89	4	12
	Frosinone “Giuseppe Pagliei”	CC	510	568	-	168
	Cassino	CC	203	321	-	153
LT	Latina	CC	77	135	28	39
RI	Rieti “N.C.”	CC	295	397	-	240
VT	Viterbo “N.C.”	CC	432	608	-	342
TOTALE			5256	6333	403	2704

Fonte: Ministero della Giustizia – Statistiche ²

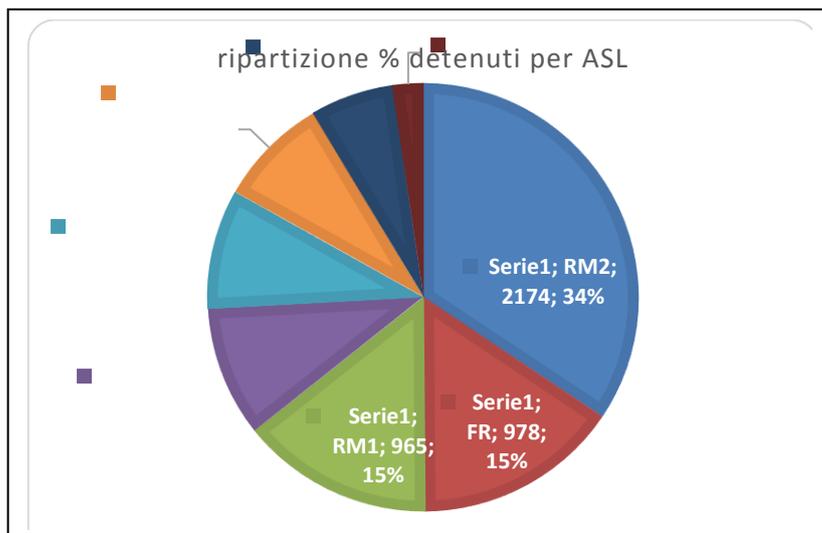
*detenuti condannati in cui l'infermità di mente sia sopravvenuta durante l'esecuzione della pena (art.148 c.p.);
detenuti dei quali deve essere accertata l'infermità psichica per un periodo non superiore ai 30 giorni (art.112 DPR 230/2000).*

² https://www.giustizia.it/giustizia/it/mg_1_14_1.page?facetNode_1=0_2&facetNode_2=0_2_10&facetNode_3=1_5_36&contentId=SST43408&previousPage=mg_1_14

Il carico assistenziale per ogni ASL è molto differenziato, con la ASL RM2 che assiste più di un terzo di tutti i detenuti degli istituti del Lazio e le ASL Frosinone e Roma 1 che assistono poco meno di un altro terzo della popolazione detenuta; inoltre la differenza del numero di Istituti per ogni ASL determina una seconda variabile importante per l'organizzazione del processo assistenziale, in relazione ai diversi accordi interistituzionali da realizzare con ogni Direzione di Istituto; infine la dislocazione e la distanza tra singoli Istituti insistenti in ogni ASL determina una terza variabile di complessità del processo assistenziale, non potendo automaticamente utilizzare su più istituti le risorse disponibili.

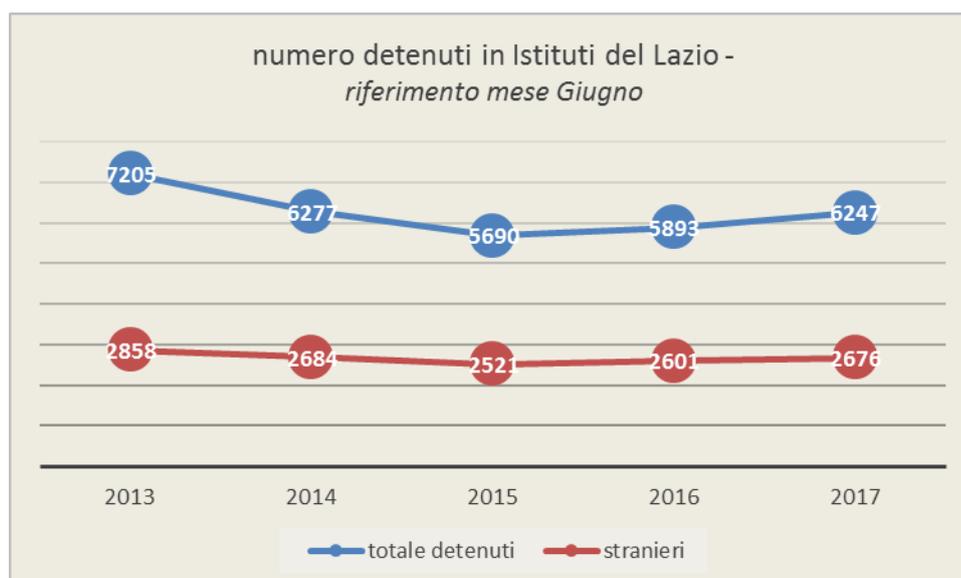
	n. detenuti al 31.09.2017	n. istituti
RM2	2174	4
FR	978	3
RM1	965	1
VT	608	1
RM6	570	1
RM4	506	2
RI	397	1
LT	135	1
TOT	6333	14

Fonte: Ministero della Giustizia – Statistiche



È da considerare inoltre il trend delle presenze di detenuti nel tempo: negli ultimi cinque anni si assiste ad un decremento della popolazione detenuta fino al 2015 ed a un successivo costante incremento. Analogamente è in aumento la percentuale di detenuti stranieri, che nel Lazio è superiore alla percentuale nazionale, determinando una complessità nel processo assistenziale, ancor più in relazione alla diagnosi e al trattamento di disturbi mentali.

In generale il sovraffollamento è ancora una criticità esistente, che impatta gravemente sulle condizioni di vita e, in molti casi, con ricadute negative sulle capacità di adattamento dell'individuo.



Fonte: Ministero della Giustizia – Statistiche³

Per quanto concerne le sezioni specialistiche per soggetti affetti da disturbi mentali, la programmazione regionale in accordo con l'Amministrazione Penitenziaria prevede la disponibilità di 37 posti (DGR 277/2012), così articolati in sezioni per uomini (U) e per donne (D):

Tab.1 – Individuazione sedi “Sezioni disturbi mentali”

	ASL	SEDE	Denominazione	n.	U/D	Prima destinazione
1	Roma 1	Roma	C.C. “Regina Coeli” - CDT	2	U	destinato anche al 41bis - A.S. <i>art. 112 DPR 230/2000</i>
2	Roma 2	Roma	C.C. “Nuovo Complesso” di Rebibbia	6	U	<i>art. 112 DPR 230/2000</i>
3	Roma 2	Roma	Casa Reclusione Roma Rebibbia	18	U	<i>art.111 del DPR 230/2000</i>
4	Roma 4	Civitavecchia	C.C. “Nuovo Complesso”	3	D	<i>art. 112 DPR 230/2000</i>
5	Roma 6	Velletri	C.C.	8	U	<i>art. 112 DPR 230/2000</i>
Totale				37		

A.1.3. Condizioni di salute della popolazione detenuta

Gli studi sulle condizioni di salute in carcere sono molteplici, ma basate su metodologie, strumenti di rilevazione ed obiettivi diversi: tale difformità di analisi ha determinato una variabilità sulle stime della diffusione delle patologie mentali in ambito penitenziario.

Cionondimeno, tutte le analisi rimarcano la maggiore (o molto maggiore) prevalenza di disturbi mentali tra la popolazione detenuta piuttosto che tra la popolazione generale.

Nelle indagini effettuate dall'OMS si riporta che circa la metà dei soggetti detenuti è affetta da un qualche disturbo di personalità, mentre un decimo soffre di serie patologie mentali, quali psicosi e depressione grave. Quasi tutti i detenuti e i minori entrati nel circuito penale presentano episodi di umore depresso, che non necessariamente coincide con una patologia e/o sindrome depressiva

³ Rielaborazione dati mensili “Detenuti italiani e stranieri presenti e capienze per istituto” mesi di riferimento, Giugno dal 2013 al 2017

Il tasso di suicidi fra i detenuti più elevato rispetto alla popolazione generale. Dai dati del DAP relativi al 2015 emerge che un tasso di suicidi in carcere pari a 7.4 ogni 10.000 detenuti mediamente presenti, e a 3,6 detenuti in custodia nel corso dell'anno (transitati)⁴. Tale tasso risulta comunque superiore a quello della popolazione generale italiana con un tasso di 0.65/10.000 abitanti⁵.

L'OMS identifica alcuni fattori che, più di altri, impattano negativamente sulla salute mentale dei detenuti. Tali fattori sono:

- Sovraffollamento
- Forme varie di violenza
- Isolamento forzato
- Mancanza di privacy
- Mancanza di attività significative
- Isolamento dalle reti sociali
- Incertezza sulle prospettive future, sul lavoro e sulle relazioni
- Inadeguatezza dei servizi sanitari per la salute mentale⁶

Su scala nazionale è stato condotto un importante studio nell'ambito dei Progetti CCM del Ministero della Salute, i cui esiti sono stati pubblicati nel Report *“La Salute dei detenuti in Italia: I risultati di uno studio multicentrico”*. La ricerca è stata compiuta attraverso l'analisi dei dati riportati nelle cartelle cliniche dei detenuti ristretti in Istituti penitenziari di alcune Regioni, tra cui il Lazio ove lo studio è stato effettuato in tutti gli Istituti presenti.

Nell'anno di rilevazione (2013-2014) nel Lazio l'età media dei detenuti è pari a 39,7 anni, con circa il 42% di stranieri e con più del 40% dei detenuti che proviene dalla libertà (circa metà degli stessi non ha avuto precedenti reclusioni). Nell'ambito dei disturbi mentali emerge che più del 40% della popolazione detenuta è affetta da almeno una patologia mentale, secondo la classificazione internazionale dell'ICD9. La media di diagnosi per soggetto è pari a 1,5 (pertanto in molti casi si è in presenza di patologie associate). È da notare, però, che circa la metà delle diagnosi riportate è riferita a Dipendenza da Sostanze (circa il 24 % della popolazione detenuta) che non riguarda pertanto lo stretto ambito del presente Documento.

⁴ Eventi critici negli Istituti Penitenziari - Anno 2015. Ministero della Giustizia. Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria

Ufficio per la Gestione e lo Sviluppo del S.I.A.

⁵ Dati ISTAT <https://www.istat.it/it/archivio/203353>

⁶ *Prison and Health, 2014 WHO*

Tabella 4.1
Distribuzione (N e %) dei disturbi psichici nei detenuti in alcune regioni italiane - Analisi sul totale delle diagnosi e sul totale dei detenuti sottoposti a visita medica - Anno 2014

Categorie diagnostiche SIRSM	N	% sul totale dei disturbi psichici	% sul totale dei detenuti arruolati
Disturbi mentali da dipendenza da sostanze	4.902	49,6	23,6
Disturbi nevrotici e reazioni di adattamento	2.733	27,6	17,3
Disturbi mentali alcol-correlati	885	9,0	5,6
Disturbi affettivi psicotici	433	4,4	2,7
Disturbi della personalità e del comportamento	262	2,7	1,6
Disturbi depressivi non psicotici	139	1,4	0,9
Disturbi mentali organici (senili, presenili, altro)	113	1,1	0,7
Disturbi da spettro schizofrenico	94	1,0	0,6
Oligofrenie e ritardo mentale	6	0,1	0,0
Disturbi del comportamento alimentare	5	0,1	0,0
Altro	314	3,2	2,0
Totale	9.886	100,0	41,3

Fonte: La Salute dei detenuti in Italia: I risultati di uno studio multicentrico, 2015

Il disturbo di competenza dei servizi di salute mentale in carcere a più ampia diffusione riguarda, pertanto, il “disturbo nevrotico e reazione di adattamento (17,6% dei detenuti), seguito dal “disturbo affettivo psicotico” (2,7 % dei detenuti) e dai disturbi di personalità (1,6%).

Indubbiamente, nelle lettura dei dati, va tenuto in conto che le diagnosi sono state estratte da quanto già riportato nelle cartelle cliniche, in altri termini fotografano quanto rilevato e registrato dai sanitari nel tempo e non gli esiti di specifica valutazione clinica. Tale rilevazione, pertanto, non corregge i bias legati a valutazioni effettuate anche da non specialisti della salute mentale, ovvero a difetti (mancanza) di refertazione in cartella clinica.

In ogni caso, da questi dati si evince la necessità di articolare l’offerta di trattamento su specifiche direttrici cliniche: l’una diretta a popolazione con disturbo c.d. “minore” e/o transitorio fortemente correlato alle condizioni ambientali e l’altra diretta a popolazione che necessita di presa in carico integrata e multidisciplinare.

Nel primo caso sarebbe opportuno prevedere anche interventi di “comunità”, concordati con le Direzioni e le Aree Trattamentali e di Sicurezza dell’Istituto Penitenziario, finalizzati a costruire ambienti relazionali più salubri, nei quali contrastare i fattori di rischio rilevati dall’OMS (violenza, mancanza di attività significative, perdita di relazioni, ecc.).

Nel secondo caso diventa prioritaria sia la gestione clinica del singolo paziente da parte dell’intera equipe per la salute mentale, sia la condivisione degli obiettivi di trattamento sanitario con l’Area Educativa e con la Sicurezza per la gestione del caso. Tale collaborazione ha una duplice finalità: a) prevenire e limitare casi di aggravamento, di scompenso e di crisi; b) favorire la corretta attuazione dei Piani terapeutici in ottica di obiettivi terapeutici.

A.2. Visione – Scopo

Lo scopo della riforma, realizzata come già illustrato, in diverse fasi e nel corso di molti anni, è stato di garantire i diritti di salute ai cittadini privati della libertà, nella stessa qualità e misura di quanto previsto dai Livelli Essenziali di Assistenza per i cittadini liberi.

Ciò nel rispetto della Costituzione Italiana, in cui vengono sanciti i due principi: il primo fa riferimento ai *“diritti inviolabili dell'uomo sia come singolo sia nelle formazioni sociali ove svolge la sua personalità”* (art. 2) ed il secondo alla *“tutela”* della salute come *“fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività”* (art. 32). La duplice direzione di diritto inviolabile sia del singolo che di interesse pubblico per la collettività è pertanto indicata sin nei principi fondanti la Repubblica.

Durante il lungo iter della realizzazione di tale principio in ambito penitenziario forte attenzione è stata posta al diritto alla salute dell'individuo, dando minore enfasi all'“interesse per la collettività”, quando la stessa è riferibile alla collettività dei detenuti ristretti nel medesimo Istituto.

La stessa indicazione relativa alla partecipazione/responsabilità dei Dipartimenti di Salute Mentale per garantire la tutela della salute mentale in carcere dovrebbe essere finalizzata a trattare il carcere come un nodo della rete territoriale in cui (e con cui) costruire legami e politiche di integrazione.

In altri termini la vera sfida che il Servizio Sanitario dovrebbe porsi è non solo di garantire un adeguato livello di cura ai singoli individui con appropriate valutazioni e trattamenti precoci della patologia, quanto agire in ottica di salute pubblica e di collettività promuovendo una visione di *“ambiente di vita”* (anche temporaneo) quale luogo e tempo di trasformazione.

È utile al riguardo, riprendere le indicazioni provenienti dall'Organizzazione Mondiale della Sanità relativamente al *Piano di azione Globale Salute Mentale 2013-2020*, in cui si enunciano i seguenti principi generali:

- **Copertura sanitaria universale:** indipendentemente dalla loro età e sesso, dalla loro situazione socio-economica, della loro razza, della loro appartenenza etnica o del loro orientamento sessuale, e secondo il principio di equità: le persone sofferenti di disturbi mentali dovranno avere accesso, senza rischio di impoverimento, ai servizi sanitari e sociali essenziali che consentano loro la possibilità di recupero [recovery] e di godere del migliore stato di salute possibile.
- **Diritti umani:** le strategie, le misure e gli interventi terapeutici, profilattici e di promozione in materia di salute mentale devono essere conformi alla Convenzione sui diritti delle persone con disabilità e agli altri strumenti internazionali e regionali sui diritti umani.
- **Pratiche basate sulle evidenze:** le strategie e gli interventi terapeutici di promozione, in materia di salute mentale, devono basarsi su prove scientifiche e/o sulle migliori pratiche e tenere conto delle considerazioni di carattere culturale.
- **Approccio orientato ad ogni stadio della vita:** le politiche, i piani e i servizi di salute mentale devono tener conto dei bisogni sanitari e sociali in tutte le tappe del ciclo vitale: prima infanzia, seconda infanzia, adolescenza, età adulta e vecchiaia.
- **Approccio multisettoriale:** una risposta globale e coordinata riguardo la salute mentale presuppone un partenariato con molteplici settori pubblici, quali quelli della salute, della scuola, del lavoro, della giustizia, della casa, dell'azione sociale e di altri settori coinvolti, così come con il settore privato, in funzione dell'andamento della situazione del paese.
- **Emancipazione** delle persone sofferenti di disturbi mentali e di disabilità psicosociali: le persone sofferenti di disturbi mentali e di disabilità psicosociali devono emanciparsi e poter partecipare ad azioni di sensibilizzazione, alle politiche, alla pianificazione, alla legislazione, alla prestazione dei servizi, al controllo, alla ricerca e alla valutazione nel campo della salute mentale.

In ambito nazionale, il Piano di Azione Nazionale Salute Mentale (2013) sottolinea che i LEA in salute mentale vengono intesi come “percorsi di presa in carico e di cura esigibili”, e non come singole prestazioni, tenuto conto della particolare complessità, multifattorialità e necessità di trattamenti integrati per i disturbi psichiatrici maggiori, ma anche in relazione ai fattori di rischio biopsicosociale e agli interventi di riabilitazione ed inclusione sociale. In sintesi, viene raccomandato un modello di approccio che dovrebbe garantire:

- Accessibilità, presa in carico, continuità delle cure, personalizzazione del progetto.
- Percorsi a differente intensità assistenziale, in rapporto ai bisogni di cura.
- Servizi flessibili, orientati sui bisogni e sulle persone, “recovery-oriented”.
- LEA garantiti dalla ASL nel suo complesso, sulla base della sua organizzazione dei servizi, e non solo dal DSM nelle varie articolazioni ed espressioni organizzative.
- Percorsi esigibili individualmente, anche quando inseriti in attività di gruppo o in attività comunitarie.

Pertanto, riprendendo la logica della duplice direttrice di tutela della salute mentale individuale e di promozione di evolutività dell’ambiente di vita, lo scopo delle azioni proposte dal presente documento è sintetizzabile in:

- **Prevenzione e promozione del benessere mentale:** la relazione tra individuo e ambiente determina il grado di salute-malattia di ogni persona. Agire con strategie appropriate, desumibili dalle evidenze scientifiche e dalle buone prassi operative, contribuisce a modificare quelle relazioni ambientali che abbiano assunto valenze patogene e non evolutive. Il lavoro di rete dei servizi per la Salute Mentale che operano in ambito penitenziario è pertanto essenziale e non delegabile.
- **Presa in carico, precoce, appropriata e orientata ad obiettivi,** dei singoli individui che manifestino disagio psichico. L’accessibilità al servizio, l’attenzione alla diagnosi e cura precoce, la personalizzazione del trattamento, l’appropriatezza, la multidisciplinarietà, la riabilitazione, il reinserimento sociale e la valutazione degli esiti clinici sono pertanto gli elementi essenziali del trattamento individuale.

La strategia prioritaria per tali finalità si basa sulla competenza professionale, in cui la visione del trattamento sia condivisa dagli operatori sanitari e sia da essi gestibile attraverso strumento e metodologie professionali adeguate.

A.3. Obiettivi generali e specifici

Alla luce di quanto esposto nelle finalità generali, gli obiettivi generali per la Tutela della salute mentale in carcere sono:

1. Prevenzione e promozione del benessere mentale
 - 1.1. Promozione del lavoro di rete, intra ed extra murario, con coinvolgimento delle Istituzioni, degli Enti ed Organismi territoriali, nonché delle famiglie dei detenuti.
 - 1.2. Prevenzione e lotta allo stigma.
 - 1.3. Promozione di attività significative, che assumano valenza riabilitativa per la collettività.
 - 1.4. Prevenzione dei comportamenti di violenza ambientale.
2. Miglioramento, cura dei quadri clinici patologici.
 - 2.1. Prevenzione del rischio auto-eterolesivo e suicidario.
 - 2.2. Identificazione precoce dei pazienti con disturbi psichici gravi, con successiva presa in carico

integrata e multidisciplinare, anche in connessione con i servizi ospedalieri psichiatrici di Diagnosi e Cura.

2.3. Definizione ed attuazione dei percorsi clinici in relazione ai bisogni dei soggetti in carico.

2.4. Promozione della salute fisica del paziente con disturbo psichico.

In funzione delle risorse disponibili e delle priorità/criticità locali, saranno pertanto periodicamente definiti su scala Aziendale gli obiettivi perseguibili in ogni arco temporale, a breve-medio e lungo termine.

L'impegno, e la sfida, dei Dipartimenti di Salute Mentale è quindi di contribuire alla reale applicazione della riforma, assicurando non solo i dovuti LEA ai singoli detenuti, ma agendo nel circuito penitenziario su alcuni determinanti fondamentali della salute mentale. Gli obiettivi clinici che riguardano i singoli pazienti non sono pertanto separabili dagli obiettivi di interazione con la rete, la cultura e l'ambiente penitenziario.

A.4. Azioni prioritarie

Le azioni di seguito elencate sono riprese di massima da quanto previsto dal DPCM 1 aprile 2008 e dal P.O. Salute Mentale, e messe in relazione ai singoli obiettivi declinati (*in corsivo le azioni non riprese letteralmente dalle indicazioni nazionali*).

In tal modo ogni servizio può definire la propria pianificazione su scala aziendale per il raggiungimento degli obiettivi stabiliti localmente, in funzione delle risorse assegnate o disponibili e delle priorità dello specifico contesto dell'Istituto in cui si opera.

Obiettivo generale: 1. Prevenzione e promozione del benessere mentale

Obiettivi specifici	Azioni <i>(in corsivo le azioni non derivanti da piani nazionali)</i>
1.1. Promozione del lavoro di rete, intra ed extra murario, con coinvolgimento delle Istituzioni, degli Enti ed Organismi territoriali, nonché delle famiglie dei detenuti	Implementare la cooperazione tra area sanitaria e area trattamentale, in modo che gli obiettivi trattamentali propri dell'amministrazione penitenziaria e dell'amministrazione minorile si possano coniugare con quelli della tutela e della promozione della salute mentale, attraverso gli interventi più adeguati, sia a tutela della salute della persona, sia a tutela della sicurezza sociale <i>(riunioni intersistemiche, protocolli operativi locali, ecc)</i>
1.2. Promozione di attività significative, che assumano valenza riabilitativa per la collettività	<i>Concorrere alla programmazione del piano annuale di Istituto per l'offerta trattamentale</i>
1.3. Prevenzione dei comportamenti di violenza ambientale	Attivare fra i detenuti e i minorenni sottoposti a provvedimento penale, la nascita e lo sviluppo di gruppi di auto mutuo aiuto
1.4. Prevenzione e lotta allo stigma	Curare la formazione e l'aggiornamento degli operatori coinvolti, ivi compreso il personale penitenziario, secondo moduli che tengano conto delle specificità del contesto in cui si opera

Obiettivo generale: 2. Miglioramento, cura dei quadri clinici patologici

Obiettivi specifici	Azioni <i>(in corsivo le azioni non derivanti da piani nazionali)</i>
2.1. Prevenzione del rischio auto-eterolesivo e suicidario	– <i>Definire ed applicare Protocollo locale sul rischio auto ed eterolesivo e suicidario, in linea con indicazioni regionali</i> – Programmi mirati alla riduzione dei rischi di suicidio, come: <ul style="list-style-type: none">○ <i>Gruppi di peer supporter</i>○ <i>Gruppi di supporto per i detenuti di nuovo ingresso</i>○ <i>Gruppi focali a tema</i>
2.2. Identificazione precoce dei pazienti con disturbi psichici gravi, con successiva presa in carico integrata e multidisciplinare, anche in connessione con i servizi ospedalieri psichiatrici di diagnosi e cura	– Attivare un sistema di sorveglianza epidemiologica, attraverso l'osservazione dei nuovi giunti e la valutazione periodica delle condizioni di rischio – Attivare interventi di individuazione precoce dei disturbi mentali, stati mentali a rischio con particolare attenzione ai soggetti minorenni
2.3. Definizione ed attuazione dei percorsi clinici in relazione ai bisogni dei soggetti in carico	– Attivare la cura e riabilitazione, attraverso la presa in carico con progetti individualizzati, sia all'interno dell'Istituto di pena che all'esterno, nel caso di pazienti che fruiscono di misure trattamentali all'esterno ovvero in esecuzione penale esterna. – Collegamento con il Servizio di Salute Mentale del territorio di residenza delle persone con patologia mentale, ai fini della continuità della presa in carico al ritorno in libertà – Realizzazione di appropriati interventi psichiatrici, psicologici, psicoterapeutici presso Istituto penale per i minori, centro di prima accoglienza e comunità, per i soggetti con disturbi mentali;
2.4. Promozione della salute fisica del paziente con disturbo psichico	– <i>Collegamento con il servizio di Medicina di Base e Specialistica in ambito penitenziario per azioni di prevenzione e cura dedicate</i>

Ogni azione programmata e realizzata deve tener conto delle evidenze scientifiche e delle buone prassi riconosciute e consolidate.

Deve essere attivato specifico programma di monitoraggio e miglioramento continuo della qualità, anche in collaborazione tra più ASL.

A.5.Strategie e metodi

A.5.1. Lavoro di equipe

La presa in carico del paziente complesso prevede un lavoro in équipe, che permetta letture multidimensionali della domanda (espressa, implicita, non consapevole) di salute del detenuto e la possibilità di utilizzare le diverse professionalità per il superamento del disagio psichico, garantendo il rispetto dell'unicità dell'individuo e il riconoscimento delle sue potenzialità.

Il lavoro in équipe favorisce inoltre il superamento di una visione ambulatoriale e prettamente medica, al fine di personalizzare l'intervento assistenziale e di ottimizzare le risorse disponibili.

Dal punto di vista operativo, fondamentale è il momento della riunione d'équipe, che deve essere programmata e attuata con cadenza regolare, almeno mensile, con la presenza di tutte le figure professionali coinvolte nell'elaborazione del progetto terapeutico. E' consigliabile che sia definita una organizzazione specifica per la revisione, il monitoraggio e la discussione di equipe (calendario,

argomenti, strumenti).

L'attenzione del lavoro di equipe, deve essere posta su due focus:

- a) Gestione del caso: l'equipe deve giungere ad una condivisione della valutazione del paziente e, conseguentemente, del Piano di Trattamento. La realizzazione del trattamento è favorita dalla individuazione di un case manager, responsabile della continuità del percorso di cura e riferimento per l'organizzazione delle informazioni e dei vari processi decisionali. La funzione di case manager, che può essere svolta da qualsiasi figura professionale, è quella di garantire il raccordo e il coordinamento tra le varie azioni, di verificare il raggiungimento degli obiettivi e di monitorare il piano assistenziale.
- b) Governo e Gestione dell'equipe: il responsabile del servizio deve assicurare un programma di gestione delle dinamiche tra operatori, di prevenzione del burn-out, di valorizzazione risorse e di innovazione.

A.5.2. Integrazione/collegamento con Area Trattamento, della Sicurezza e Direzione di Istituto

Come messo in evidenza anche dal DPCM 1 aprile 2008 “*gli interventi a tutela della salute sono strettamente complementari agli interventi mirati al recupero sociale del reo*”.

L'integrazione con le Aree Trattamento e della Sicurezza risponde alla necessità di operare sia sui contesti sia sui singoli individui.

In relazione all'obiettivo “Promozione del benessere mentale”, le azioni di integrazione tra competenze sanitarie e penitenziarie sono finalizzate al miglioramento dei contesti di vita che impattano sulla salute mentale, tra i quali, come già evidenziato nei precedenti paragrafi, sono annoverati i seguenti fattori: Sovraffollamento, Forme varie di violenza, Isolamento forzato, Mancanza di privacy, Mancanza di attività significative, Isolamento dalle reti sociali, Incertezza sulle prospettive future, sul lavoro e sulle relazioni (*Prison and Health, 2014 WHO*).

Pertanto l'integrazione con le Aree del Trattamento, della Sicurezza e della Direzione dell'Istituto dovranno prevedere:

- formazione congiunte del personale,
- condivisione di linee di intervento specifiche, anche con loro inserimento nel Piano Annuale dell'Offerta Trattamento,
- iniziative per la promozione e supervisione di peer supporter e/o di supporto a gruppi più vulnerabili (nuovi ingressi, collaboratori, sex offender, ecc.),
- incontri con la Direzione dell'Istituto per condividere strategie e programmazioni,
- accordi con la rete esterna di servizi (UEPE, Enti Locali, Associazionismo, ecc.).

Per quanto concerne il secondo obiettivo generale “Miglioramento, cura dei quadri clinici patologici”, è opportuno che il DSM promuova l'istituzione di una riunione almeno mensile cui partecipino l'area sanitaria per la Salute Mentale, l'Area Educativo Trattamento, l'Area della Sicurezza e la Direzione dell'Istituto. Sarebbe opportuna la partecipazione anche dell'area sanitaria dedicata alle patologie da dipendenza, per i casi di comune competenza.

Tali riunioni periodiche, denominate “intersistemiche”, sono finalizzate alla condivisione degli obiettivi e degli interventi specifici di ogni Area (sanitaria, educativa, sicurezza) per i casi di particolare criticità, soprattutto se il detenuto è posto in misura di Sorveglianza o per monitorare e, soprattutto, prevenire tale misura.

L'individuazione dei singoli casi da discutere nelle riunioni è demandata all'organizzazione locale, pur nella garanzia di monitorare in tal modo sia i casi di nuovi ingressi in Istituto dalla libertà o per trasferimento, sia i casi di soggetti già detenuti nel medesimo Istituto.

È comunque opportuno e necessario che il collegamento con le Aree Trattamento e della Sicurezza assuma le caratteristiche di continuità operativa attraverso comunicazioni dirette tra gli operatori ed i professionisti dei diversi sistemi per i detenuti in carico all'area della salute mentale, nel rispetto degli specifici vincoli legati al segreto professionale. Tale comunicazione è ancor più necessaria in concomitanza di specifiche fasi critiche, che è opportuno siano congiuntamente monitorate. Tali fasi possono coincidere con:

- ingresso
- sentenza
- trasferimento/dimissioni
- cambiamenti familiari esterni

e possono determinare, o riattivare, vulnerabilità che necessitano di supporto integrato sia clinico che trattamentale.

A.5.3. Comunicazioni informazioni sanitarie

L'Autorità Giudiziaria e l'Amministrazione Penitenziaria possono avere uno specifico interesse nell'acquisire notizie cliniche in relazione alla valutazione di molti aspetti relativi alla salute mentale dei detenuti: capacità di stare in giudizio, compatibilità con la detenzione in carcere, applicazione di misure di sicurezza, etc.

I sanitari che operano negli Istituti penitenziari possono comunicare informazioni sullo stato di salute dei detenuti che hanno visitato, ma tali certificazioni non dovrebbero sostituire le analisi tecniche per le quali è previsto il ricorso ad operatori inseriti nell'Albo dei Periti del Tribunale, in particolare per quanto riguarda la valutazione della capacità di intendere e volere. Tale distinzione tra certificazione clinica e consulenza tecnica trova la sua utilità nel preservare la natura terapeutica dell'assistenza sanitaria offerta e nel garantire il rispetto del segreto professionale.

Ogni informazione sui dati sanitari deve essere commisurata alla finalità per la quale la stessa viene condivisa, nell'esclusivo interesse del paziente, fermo restando i vincoli normativi cui fanno riferimento le richieste provenienti dalla Autorità Giudiziaria.

B. GESTIONE DELLE RISORSE

B.1. Risorse umane

La disponibilità di risorse umane fa riferimento sia alla quantità (numero persone addette all'assistenza), sia alla qualità, in termini di tipologia di qualifiche presenti e di specifiche competenze professionali.

Pertanto il numero degli addetti e la loro articolazione in singole qualifiche è l'elemento base, dal quale sviluppare competenze adeguate a garantire gli standard assistenziali previsti.

Le risorse umane immesse nel sistema di assistenza per la salute mentale in carcere provengono in parte direttamente dai Dipartimenti di Salute Mentale ed in parte dalla Assistenza sanitaria penitenziaria con singoli specialisti convenzionati. Questi ultimi in alcune ASL sono stati assegnati ai DSM, mentre in altre ASL sono rimasti ancora in organico della generale Assistenza Sanitaria Penitenziaria e pertanto devono ancora essere completate le azioni di transito verso il DSM.

Le ASL hanno la responsabilità di articolare il personale disponibile in funzione delle priorità assistenziali, ivi comprese quelle di assistenza sanitaria ai detenuti; la Regione ha la responsabilità di fornire le risorse necessarie, nel rispetto dei vincoli di bilancio e di programmazione generale.

Il fabbisogno di risorse umane sarà definito ed approvato con successivo atto, coerente con la generale politica sulle risorse assunta dalla Regione.

In questo ambito si indicano quindi esclusivamente i quattro criteri, e non gli standard, che devono essere considerati per la definizione del suddetto fabbisogno. Un ulteriore criterio è indicato esclusivamente per le sedi previste per le sezioni specialistiche per i disturbi mentali:

	critério	specificata	razionale
1	Numero detenuti	La media del numero di detenuti in giornate indice (il 30 giugno e il 31 dicembre), corretto dal numero di detenuti transitati nell'anno	il numero di detenuti presenti giornalmente determina la popolazione media potenzialmente da assistere; tale dato va però corretto dal numero di detenuti transitati nell'anno, in considerazione del fatto che le prime settimane di permanenza in un Istituto determinano maggior peso assistenziale (prime visite in ingresso, prevenzione rischio autolesivo e suicidario, maggiori eventi critici); pertanto a parità di numero di detenuti presenti il carico assistenziale è superiore negli Istituti con alto turn over.
2	Tipologia Istituto	Casa Circondariale, Casa di Reclusione	i detenuti in Casa di Reclusione hanno maggiore stabilità nel percorso penale e fruiscono di maggiori opportunità trattamentali; pertanto costituiscono minor carico assistenziale per la tutela della salute mentale, presentando con minor frequenza e gravità disturbi da adattamento.
3	Istituti per ASL	Numero di Istituti per ASL e loro dislocazione territoriale	a prescindere dal numero assoluto di detenuti, in caso di presenza su scala Asl di più Istituti la quantità di risorse necessarie risulta superiore rispetto al caso di presenza di unico Istituto; ciò è ancor più rilevante nel caso di Istituti territorialmente distanti (diversità di accordi con Direzioni multiple, tempi di spostamento del personale tra Istituti, accumulo dei tempi di attesa da parte del personale sanitario dei detenuti chiamati a visita, ecc).

4	Posizione giuridica	n. detenuti per posizione giuridica (media annuale)	la diversa posizione giuridica (in attesa di giudizio, appellante, definitivi, collaboratori di giustizia, ecc.) corrisponde a diversa esposizione ai disturbi di adattamento, al quadro clinico prevalente nella richiesta di assistenza per la salute mentale.
	Sezioni Specialistiche	n. posti di sezione specialistica per disturbo mentale	la presenza di posti per sezioni specialistiche determina la necessità di assistenza sanitaria in h 24. Per queste sezioni andrà identificata la specifica dotazione organica, in base ai posti

Le qualifiche professionali necessarie ad assicurare la completa applicazione delle azioni previste in questo atto in relazione al PDTA per i singoli detenuti presenti negli Istituti sono:

- Psichiatri (accoglienza, valutazione diagnostica, trattamento, monitoraggio, dimissioni).
- Psicologi clinici (accoglienza, valutazione diagnostica, trattamento, monitoraggio, dimissioni).
- Assistenti sociali (valutazione e – nei casi di presa in carico integrata per raccordo di rete e consulenza sociale: trattamento, monitoraggio, dimissioni con piano di reinserimento).
- Infermieri (valutazione, trattamento: preparazione, somministrazione terapia; monitoraggio, dimissioni).
- Tecnici della riabilitazione psichiatrica (trattamento, monitoraggio, dimissioni).

Al fine di assicurare le azioni in relazione all’obiettivo di “prevenzione e promozione del benessere mentale” potranno essere previste ulteriori competenze professionali, specifiche per gli interventi di comunità.

Nelle more della definizione del fabbisogno del personale, ogni ASL assicura la migliore distribuzione delle risorse esistenti.

Ogni singolo DSM assicura il rispetto del percorso diagnostico terapeutico assistenziale in relazione alle risorse disponibili, ottimizzando comunque le modalità organizzative, anche coordinando altri Enti/Servizi eventualmente coinvolti nei progetti personalizzati, a titolo istituzionale o volontario.

L’attuale allocazione di risorse umane è rappresentata dalla successiva tabella, da cui emerge che sono presenti 61 operatori impegnati nell’assistenza sanitaria penitenziaria per la salute mentale, che equivalgono a **27 Unità di personale** (calcolate su un monte ore medio da contratto a tempo pieno):

Tabella 1- n. operatori impegnati in assistenza per la salute mentale (in quota oraria anche parziale)

QUALIFICHE	DIPENDENTE DI RUOLO	DIPENDENTE A T.D.	SPECIALISTA A CONVENZIONE	LIBERO PROFESSIONISTA	Manca informazione	n.h	N.
Psichiatra	9	5 (di cui 3 a progetto e 1 DGR 980)	15 (di cui 5 Sumai)	2	1		32
Neuropsichiatra	1	-	-	-	-		1
Psicologo	14	4 (di cui 1 a progetto e 1 DGR 980)	3	1	-		22
Assistente sociale	1	1	-	-	-		2
Tecnico della riabilitazione psichiatrica	-	1	-	-	-		1
Infermiere	1	2	-	-	-		3
M.M.G. penitenziaria	-	-	1	-	-		1
Ed. Comunità	-	-	-	-	-		0
TOTALE	26	13	18	3	1		61

Tabella 2- ripartizione del personale per ASL, per qualifica e conteggio complessivo di unità equivalenti (n. 27,2 su intera Regione)

ASL	I.P.	Psichiatri	h	Neuro psichiatri	h	Psicologi	h	Assistenti Sociali	h	Tecnico r. psichiatrica	h	Infermieri	h	M.M.G. penitenziaria	h	totale ore mensili	Unità equivalenti
RM1	Regina Coeli					1	152									152	1,1
	Casal del Marmo	2	40			3	410									450	3,2
RM2	Rebibbia -4	8	192			2	72			1	38	1	38			340	2,4
RM3	CPA			1	5	7	884					1	144	1	96	1129	8,1
RM4	Civitavecchia -2	4	280			2	252									532	3,8
RM6		4	252			2	264					1	144			660	4,7
LT		1	20			1	64									84	0,6
FR	-3	5	199			3+1 Senza indicazione ore	100	1	35							334	2,4
RI		1	15					1	24							39	0,3
VT		7	81													81	0,6
	TOTALE	32	1079	1	5	21+1 senza indicazione ore	2198	2	59	1	38	3	326	1	96	3801	27,2

B.2. Risorse strutturali, strumentali e logistiche

Ai sensi del DPCM 1 aprile 2008 che ha stabilito le modalità, i criteri e le procedure per consentire il trasferimento al Servizio Sanitario Nazionale, di tutte le funzioni sanitarie svolte dall'Amministrazione Penitenziaria, la regione Lazio per dare attuazione all'articolo 4, comma 2 del suddetto DPCM, ha convalidato gli inventari trasmessi dalle Aziende Sanitarie Locali del Lazio, dei locali adibiti all'esercizio delle funzioni sanitarie per la concessione in uso a titolo gratuito da parte del Dipartimento dell'Amministrazione penitenziaria e del Dipartimento della Giustizia Minorile del Ministero della Giustizia", con la D.G.R. n. 592 del 14 dicembre 2012.

Inoltre, la regione Lazio al fine di assicurare l'avvio di un'organizzazione omogenea dei servizi e di garantire in modo uniforme i livelli essenziali delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie, ha ritenuto necessario fornire indicazioni utili per la gestione dei locali ad uso sanitario in ambito penitenziario, elaborando il documento "*Linee Guida essenziali per la gestione dei locali ad uso sanitario nelle strutture penitenziarie della Regione Lazio*" che prevede il corretto programma di intervento per la gestione di detti locali da parte delle Asl nel cui territorio sono ubicati gli istituti e servizi penitenziari di riferimento (Determinazione Dirigenziale B01258 02/04/2013).

Nel 2015 la Regione ha quindi effettuato una rilevazione dei locali transitati per tutta l'assistenza sanitaria, di seguito riportata. Essa pertanto fotografa la disponibilità di spazi complessiva e NON quella degli spazi dedicati alla salute mentale

Tabella 3- N. locali transitati per ASL nel cui territorio sono ubicati gli istituti e servizi penitenziari di riferimento

ASL	ISTITUTO	TIPO DI ISTITUTO	LOCALI TRANSITATI
RM1	Regina Coeli	CC	
RM2	Rebibbia femminile	CCF	41
	Rebibbia N.C.1	CC	48
	Rebibbia Terza Casa	CC	21
	Rebibbia Reclusione	CR	38
RM4	Civitavecchia "Giuseppe Passerini"	CR	5
	Civitavecchia "N.C."	CC	20
RM6	Velletri	CC	21
FR	Paliano	CR	23
	Frosinone "Giuseppe Pagliei"	CC	38
	Cassino	CC	3
LT	Latina	CC	11
RI	Rieti "N.C."	CC	22
VT	Viterbo "N.C."	CC	37

B.3. Piano della formazione

È opportuno e necessario programmare azioni informative e formative rivolte al personale dei Dipartimenti di Salute Mentale che opera in favore dei detenuti nel Lazio, nonché promuovere la formazione del personale dell'Amministrazione Penitenziaria per la gestione del paziente con disturbo psichico e sui determinanti che impattano sulla salute mentale.

Risulta quindi necessario incrementare le competenze organizzative e professionali di medici, psicologi, terapisti della riabilitazione, infermieri ed assistenti sociali che si trovino a svolgere la propria attività lavorativa in strutture carcerarie. In tale ottica è opportuno fornire agli operatori dei servizi coinvolti, il supporto per l'applicazione delle indicazioni di cui al presente atto e l'aggiornamento scientifico specialistico, appropriato per interventi in ambito penitenziario.

Particolare attenzione è da dedicare alla normativa relativa agli autori di reato con patologia psichica e al Regolamento Penitenziario, nonché alla responsabilità professionale affinché i dipendenti siano messi nella condizione di svolgere il proprio lavoro in modo sereno e professionale.

La metodologia formativa sarà incentrata su una didattica attiva, possibilmente interaziendale, allo scopo di migliorare il livello di qualificazione e sviluppo dei discenti, di favorire prassi da essi stessi discusse e condivise e che sia concepita come apprendimento permanente e sul campo che si avvale, cioè, delle competenze dei professionisti impegnati nelle attività cliniche e assistenziali e delle occasioni di lavoro. Va, dunque, incoraggiato lo scambio di saperi ed il monitoraggio continuo dei livelli di professionalità e conoscenze con l'obiettivo di individuare buone pratiche operative come strumenti per raggiungere migliori obiettivi di assistenza, cura e qualità della vita delle persone detenute.

Si prevedono tre Programmi formativi rivolti al personale sanitario finalizzati a:

1) **DIFFUSIONE** del presente atto e formazione sul PDTA e sulle azioni di sistema.

2) **FORMAZIONE TEMATICA**, che verterà sui seguenti argomenti:

- Aggiornamento sulla normativa vigente, sull'ordinamento penitenziario e Istituti Penitenziari e sulle problematiche inerenti il passaggio della sanità penitenziaria al SSR e il superamento degli OPG.
- Interconnessioni tra sanità e sistema giudiziario, con riferimento a: responsabilità professionale, posizione di garanzia degli operatori della salute mentale, infermità di mente, imputabilità e simulazione, compatibilità con il sistema carcerario.
- Aggiornamento sui dati riguardanti la situazione carceraria, le caratteristiche della popolazione carceraria, in generale, e le condizioni di salute dei detenuti, con una particolare attenzione ai dati sulla salute mentale, sul consumo ed abuso di sostanze e sui fenomeni di autolesionismo e suicidari.
- Il rischio suicidario in carcere: i dati, le modalità e le esperienze sulla gestione.
- Approfondimenti sui determinanti sociali della salute mentale e sui determinanti di contesto carcerario come elementi favorevoli al disagio psichico ed i comportamenti autolesionistici e suicidari.
- Approfondimenti clinici ed esperienziali sugli aspetti relativi alla gestione dell'aggressività e le tecniche di de-escalation.
- Aggiornamenti su aspetti clinico-terapeutici, tra cui: utilizzo degli psicofarmaci in carcere (compreso il ricorso all'uso *off-label*), gestione delle emergenze e delle urgenze, riabilitazione.
- Approfondimenti teorici e metodologici sugli interventi di tipo comunitario e di rete.

- Il lavoro in equipe, il coordinamento con gli operatori dell'Amministrazione Penitenziaria, la gestione di conflitti, l'esercizio della leadership e la gestione delle responsabilità.

3) VERIFICA periodica dell'applicazione del documento in base alle esperienze realizzate (anche con metodologia di Audit) e condivisione delle revisioni periodiche del PDTA e delle azioni di sistema.

- FORMAZIONE PER AMMINISTRAZIONE PENITENZIARIA

E' noto che la gestione in sinergia e condivisa, tra competenze diverse e complementari, delle condizioni di salute/malattia della popolazione carceraria porti a migliori risultati non solo in termini di qualità della vita degli stessi detenuti, ma anche in termini organizzativi-gestionali.

Se prima del 2008 essere un unico *corpus* (penitenziario-sanitario) ha potuto favorire gli aspetti gestionali organizzativi, è pur vero che il rischio era anche una "dissolvenza" di competenze, ruoli, responsabilità.

Sebbene sia trascorso quasi un decennio da quella trasformazione le due nuove realtà gestionali (sanitaria e penitenziaria) devono essere in grado di migliorare la propria capacità di interagire, organizzare, operare ed agire nel rispetto delle proprie competenze e responsabilità.

Risulta, quindi, necessario, prevedere la partecipazione degli operatori dell'Amministrazione Penitenziaria ad una formazione che tenga conto non soltanto degli aggiornamenti riguardanti lo specifico del proprio ruolo e delle proprie competenze, ma che sia orientata ad un'apertura verso saperi limitrofi che consentano loro di conoscere meglio le questioni riguardanti la salute mentale (in generale e della popolazione carceraria), riducendo i pregiudizi, di essere in grado di distinguere i confini delle competenze e delle responsabilità proprie ed altrui, ma, nello stesso tempo, imparare a percorrere territori comuni insieme ad altri attori con i quali occorre sviluppare processi di apprendimento comune e condivisione nell'agire.

Anche in questo caso, la metodologia didattica, possibilmente interaziendale, è attiva, continua e sul campo; la formazione dovrà agire sui comportamenti, le convinzioni e le rappresentazioni sociali anche implicite del personale, spesso già impegnato da anni nello specifico ambito. Infatti gli operatori rispondono anche a logiche non sempre chiare e sono condizionati da credenze, a volte infondate o non corrette, potenti sul piano culturale e comportamentale. Lo scopo della formazione è pertanto di ampliare i livelli di conoscenza e di consapevolezza, nonché di promuovere i processi di cambiamento del sistema attraverso l'agire degli addetti, essi stessi portatori di sapere.

Le proposte formative che verranno inoltrare al PRAP e ai singoli Istituti penitenziari verteranno su:

- A. Presentazione dell'organizzazione del Servizio per la Salute Mentale e del Programma di cui al presente Atto (Azioni di sistema per la promozione del benessere mentale e specifico PDTA).
- B. Elementi sul trattamento dei disturbi mentali in ambito penitenziario:
 - Elementi di psicologia e psicopatologia, caratteristiche del paziente con disturbo mentale in ambito penitenziario.
 - Aggiornamento sulla riforma della sanità penitenziaria, anche in relazione alla chiusura OPG, e sulla normativa vigente in materia di trattamento dei disturbi mentali (TSO, ASO, ecc).
 - Aggiornamento sui dati riguardanti le condizioni di salute dei detenuti, con una particolare attenzione ai dati sulla salute mentale, sul consumo ed abuso di sostanze e sui fenomeni di autolesionismo e suicidari. Compatibilità con il sistema carcerario.
 - Approfondimento su modalità ed esperienze di gestione di casi complessi e di casi con rischio autolesivo e suicidario.

- Approfondimenti sui determinanti sociali della salute mentale e sui determinanti di contesto carcerario come elementi favorenti il disagio psichico ed i comportamenti autolesionistici e suicidari.
- Approfondimenti sulla gestione delle dinamiche e degli stili relazionali (tra operatori, tra detenuti, tra operatori e detenuti), con particolare riferimento alla gestione dell'aggressività e alle tecniche di de-escalation.
- Il gruppo di lavoro intersistemico e le modalità di collaborazione tra operatori sanitari, dell'Amministrazione penitenziaria e delle Istituzioni territoriali.

C. REALIZZAZIONE DEL PRODOTTO: PROCESSI OPERATIVI

C.1. Il percorso diagnostico terapeutico per adulti

Premessa

La definizione del Percorso Diagnostico Terapeutico è finalizzata a garantire ai detenuti con problematiche di salute mentale una adeguata presa in carico, omogenea tra servizi e, al contempo, a supportare i professionisti sanitari nell'organizzazione del servizio e nelle scelte operative.

Obiettivo della presa in carico continuativa e globale è di assistere il detenuto, sia per prevenire possibili scompensi sintomatologici e comportamentali, particolarmente gravosi in ambiente detentivo, sia per assicurare il diritto alla salute nei casi in cui la patologia mentale aggravi le condizioni di vita del singolo soggetto.

Alcuni elementi favoriscono, come già illustrato, una maggiore esposizione della popolazione detenuta a disturbi mentali con rischio di scompenso, anche in considerazione di:

- Continui ingressi di Nuovi Giunti, quindi alto turnover della popolazione detenuta.
- Situazioni di stress connaturate all'esperienza della detenzione (fasi critiche dell'iter giudiziario, separazioni e allontanamenti affettivi, traumi situazionali legati alla convivenza forzata e confinata nonché alle conflittualità del sistema di vita carcerario e alle differenze culturali che caratterizzano la popolazione ristretta e facilitano le condizioni di maladattamento).
- Difficoltà di ricostruzione anamnestica della storia clinica dei detenuti.

Il percorso viene descritto nelle sue singole fasi dalla prima segnalazione alla dimissione.

Per ogni fase sono indicate le finalità, la descrizione del processo, le attività previste e la documentazione di riferimento e/o da produrre.

1. INTAKE

Finalità

Strutturare uno screening e/o una valutazione del rischio psicopatologico e/o del rischio autolesivo, eterolesivo, suicidario nei soggetti:

- in ingresso dalla libertà,
- trasferiti da altro Istituto,
- già ristretti (per richiesta di prima visita per disturbi psichici, per sopravvenuta problematica psicopatologica),

al fine di individuare i casi da segnalare al Dipartimento di Salute Mentale per una valutazione multidisciplinare ed eventuale successivo trattamento.

Processo

Per i soggetti in ingresso dalla libertà o trasferiti da altro Istituto, la valutazione iniziale viene effettuata da parte del Medico di Medicina Generale/Medico Incaricato e/o di Continuità Assistenziale, adeguatamente addestrati, tramite utilizzo della sezione di Intake/Primo ingresso della cartella clinica informatizzata, ovvero tramite utilizzo delle schede cartacee allegate al presente atto.

La scheda relativa a questa fase prevede una integrazione con le valutazioni effettuate per rischio autolesivo e suicidario e per rischio di disturbo da uso di sostanze. Infatti le tre aree indagate tramite screening hanno molti aspetti di sovrapposizione in relazione alla tipologia dei fattori di rischio e/o predittivi che risultano essere identici per i tre diversi quadri clinici. Pertanto la scheda di screening integra e modifica esclusivamente le corrispondenti parti di:

- Determinazione Dirigenziale n. G11442 del 24 settembre 2015 "*Definizione di un percorso assistenziale integrato per la presa in carico e la cura dei detenuti tossicodipendenti degli istituti penitenziari della Regione Lazio*".
- DCA n. U00026 del 23 gennaio 2015 "*Recepimento Accordo n. 5/CU del 19 gennaio 2012 e approvazione documento recante "Programma operativo di prevenzione del rischio autolesivo e suicidario dei detenuti, degli internati e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale nella Regione Lazio"*".

La bassa specificità dei fattori di rischio, anche laddove sensibili, è correlata alla evoluzione non lineare e non deterministica della patologia mentale, dei disturbi da uso di sostanze e degli episodi suicidari. In altri termini alcuni fattori predittivi e/o di rischio risultano essere correlati con tutti e tre i quadri indagati e quindi risulta importante cogliere la configurazione di insieme dei fattori presenti piuttosto che la presenza/assenza di ognuno di essi. Tale configurazione di insieme può essere adeguatamente valutata dal giudizio complessivo del clinico.

Lo screening, in quanto tale, deve quindi costituire il primo atto sanitario in ingresso che discrimini i soggetti i quali dovranno accedere ad una valutazione specialistica. Non rappresenta quindi l'atto con il quale si valuta lo specifico quadro clinico del soggetto, quanto l'atto che avvia il sistema di tutela per il soggetto a rischio di patologia o con particolari fragilità.

È inoltre da sottolineare che non vi siano "*dati di ricerca che consentano di affermare l'identificazione di variabili certe o clinicamente valide per identificare il rischio di suicidio, anche in persone che hanno già compiuto un tentativo di suicidio*"⁷. Ciò non esime certamente il sistema a mettere in atto tutti i programmi e le azioni che possano, da un lato rimuovere (o perlomeno contenere) i determinanti ambientali che impattano sul rischio suicidio e dall'altro monitorare nel migliore dei modi possibili le condizioni di sofferenza delle persone ritenute a rischio, a cui offrire un sostegno che contribuisca a contrastare i vissuti che possono condurre all'atto suicidario o a disturbo mentale.

⁷ M. Biondi, A. Iannitelli, S. Ferracuti *Sull'imprevedibilità del suicidio*, in *Rivista di Psichiatria* 2016; 51(5)

Pertanto la valutazione del Medico di Medicina Generale (MMG), al momento dell'ingresso in carcere o in concomitanza di screening periodici ovvero in concomitanza di eventi critici, deve essere finalizzata a individuare i soggetti che (più di altri) presentano un insieme di fattori concorrenti ad esporre maggiormente l'individuo ad un determinato rischio. L'osservazione del MMG ed il suo giudizio clinico daranno avvio al percorso di valutazione specialistica. In questo sistema, quindi, non può essere applicato un criterio di determinismo lineare (come per altri quadri clinici per i quali lo screening determina già la presenza/assenza di patologia).

Con queste premesse la Scheda di screening si articola in più parti, come di seguito indicato:

- una prima parte è relativa ai dati socio anagrafici (questi dati in genere sono già rilevati in altra parte della cartella clinica individuale, ma vengono trascritti perché concorrono nel loro insieme a esprimere il giudizio clinico finale sul rischio);
- una seconda parte è il vero e proprio **SCREENING** che deve essere compilato in ogni sua parte dal medico di prima visita. Deve essere prevista in ogni caso la compilazione di ogni campo (il *missing* – o non compilazione cartacea - non deve essere confuso con risposta negativa; pertanto deve eventualmente essere riportato “non rilevato” - NR);
- una terza parte contiene le **CONCLUSIONI** della valutazione (una per ognuno dei tre screening). Queste conclusioni sono precedute dalla lista degli item correlati al possibile rischio, che non va quindi nuovamente compilata, ma funge solo da promemoria dei fattori da considerare. Non sussiste quindi alcun automatismo tra presenza/assenza di uno o più fattori di rischio e giudizio finale del clinico. Il clinico, in questa sezione, deve compilare **ESCLUSIVAMENTE** le sue conclusioni di valutazione. Pertanto questa parte si conclude con 4 riquadri:
 - VALUTAZIONE RISCHIO AUTOLESIVO E/O SUICIDARIO
 - VALUTAZIONE RISCHIO DISTURBO MENTALE
 - VALUTAZIONE RISCHIO DISTURBO DA USO SOSTANZE
 - ULTERIORE ADOZIONE MISURE IMMEDIATE per urgenza/emergenzaNella cartella informatizzata potranno comparire a video gli item risultati positivi della specifica lista di rischio.

Pertanto, la Scheda per screening, che accompagna la visita medica generale, deve intendersi come traccia, per il sanitario, al fine di esplorare alcune aree della vita della persona che giunge all'osservazione nel contesto carcerario, per individuare coloro che necessitino di una ulteriore e più approfondita analisi delle proprie condizioni psicofisiche.

- I dati della sezione A (Anamnesi) rilevati, non vanno intesi, riduttivamente, come mera spunta di una check-list ma il frutto di un colloquio clinico che tenda a costruire una relazione con la persona, che si interessi della sua storia personale, che rilevi le informazioni in un confronto dialettico e non soltanto come risposta alle singole domande. Nel riquadro sui precedenti trattamenti sanitari (A1) si riporterà se il dato è stato riferito dal paziente ovvero desunto dalla documentazione clinica disponibile.
- I dati della sezione B (Esame obiettivo psicofisico) devono intendersi sia come esito di una accurata visita medica sia come la sintesi di un colloquio clinico che indaghi: abitudini di vita della persona, comportamenti, stati emotivi, condizione attuale, segni di un eventuale stato di malessere.

L'utilizzo della MINI⁸ sull'ideazione suicidaria è da intendersi come ulteriore ausilio per la valutazione complessiva del rischio suicidario; pertanto la valutazione e segnalazione per rischio suicidario non deve essere determinata esclusivamente dall'esito del punteggio rilevato dalla scala stessa.

L'individuazione della persona che necessita di una ulteriore e più approfondita analisi del proprio stato psicofisico non deve intendersi come somma algebrica di più elementi che compaiano alla fine del colloquio e della visita medica, bensì come la sintesi della valutazione clinica complessiva da parte del medico.

In ogni caso, al termine del colloquio clinico e della visita, va compilata da parte del medico ogni parte delle tre sezioni indicate nella scheda (dati anagrafici + scheda screening + conclusione valutazioni e ulteriori misure adottate).

Inoltre, il Medico laddove ravvisi una attualità di serio rischio etero-autolesivo e/o suicidario deve provvedere ad assumere immediate decisioni nelle more del successivo intervento di valutazione di secondo livello. In questi casi il Medico adotta provvedimenti per la tutela del paziente detenuto, anche attraverso la richiesta di Misure di Sorveglianza. Si rimanda a questo scopo quanto determinato dalla Regione alla luce della sperimentazione effettuata ai sensi del DCA n. U00026 del 23/01/2015.

Per i soggetti già presenti in Istituto per i quali il personale sanitario (Medici di medicina generale/medico incaricato, medici specialisti, personale del Servizio per le Dipendenze) ravvisi durante la detenzione una problematica psicopatologica, il medesimo personale procede analogamente alla compilazione della Scheda per screening.

Gli esiti di questa prima valutazione (screening di ingresso o visite per sopravvenuti problemi psicopatologici durante la detenzione) saranno segnalati al personale del DSM, su apposito *Registro segnalazioni* (vedi Allegato n.2), che ne prenderà visione ad inizio turno.

Le segnalazioni di altro personale non sanitario (Direzione Istituto, Polizia Penitenziaria, Area Trattamento) saranno trasmesse alla Medicina di Base che adotterà le procedure già indicate.

Si raccomanda di prevedere modalità operative locali per accogliere eventuali segnalazioni di stati di disagio riferite all'area della sanità di base anche da altri detenuti, compagni di cella o di sezione.

I soggetti comunque segnalati usufruiranno di un piano di accoglienza (triage) ed eventuale percorso diagnostico, con particolare attenzione al rischio suicidario e alle gravi alterazioni psicopatologiche.

Cionondimeno i Medici di medicina generale (Medico incaricato o Medici di Continuità Assistenziale) possono avviare direttamente provvedimenti per Misure di Sorveglianza.

Attività previste

- a cura di Medicina di Base o Guardia Medica
 - Visita medica
 - Compilazione Sezione cartella informatizzata/Scheda di Screening
 - Segnalazione su apposito Registro DSM
- A cura del Servizio per le Dipendenze
 - Segnalazione su apposito Registro DSM
- A cura del DSM
 - Controllo delle segnalazioni su Registro e firma per presa visione

⁸ The Mini International Neuropsychiatric Interview, Sheehan et al., 1998

Documentazione

- Scheda di Screening (integrata per rischio autolesivo/suicidario e rischio di uso sostanze) (Allegato n.1)
- Registro Segnalazioni DSM (Allegato n. 2)

2. ACCOGLIENZA

Finalità

Effettuare prima valutazione (trage) della pertinenza ed urgenza della segnalazione al fine di predisporre eventuale valutazione/trattamento in urgenza ovvero, di norma, di avviare la fase di valutazione diagnostica specialistica. Informare il paziente sull'offerta e l'organizzazione del servizio.

Processo

Successivamente alla fase di screening e/o valutazione di rischio psicopatologico, tutti i soggetti segnalati sull'apposito registro segnalazioni saranno valutati dallo psicologo o psichiatra del DSM, che definirà con maggiore precisione la presenza di disagi psichici ed il livello di rischio comportamentale, individuando la pertinenza e l'urgenza degli interventi da adottare.

Per la valutazione dell'urgenza è opportuno prestare particolare attenzione agli elementi che hanno preceduto l'episodio critico, quale ad esempio:

- momenti significativi dell'iter giudiziario;
- eventi relativi al nucleo familiare di appartenenza;
- cambiamenti nei comportamenti abituali: riduzione interazioni sociali con gli altri detenuti o con il personale penitenziario, sanitario e non; comparsa o incremento di atteggiamenti rivendicativi; aumento o insorgenza di irritabilità e/o aggressività; manifestazioni di conflittualità con specifiche persone; emergenza di particolari difficoltà legate alla cultura di appartenenza.

In questa fase il sanitario che valuta il carattere di urgenza rileva elementi clinici specifici, anche in termini di rischio autolesivo. L'analisi della specificità dell'urgenza viene descritta nel successivo paragrafo relativo alla "Valutazione diagnostica".

Nei casi in cui non si ravvisi il carattere di urgenza, durante il colloquio/visita di accoglienza lo psicologo/psichiatra compilerà la Scheda di accoglienza, indicando le proprie conclusioni, come specificato:

CONCLUSIONI

- non necessario, al momento, valutazione diagnostica e presa in carico
- necessario l'avvio del percorso di valutazione diagnostica
- necessario l'avvio di un trattamento in urgenza e di una valutazione diagnostica.

Nei casi reputati pertinenti, si predispongono la fase di valutazione diagnostica: il personale DSM informa il paziente circa il percorso valutativo, con indicazione degli incontri / visite / trattamenti previsti. Al termine dell'incontro di accoglienza viene richiesto il consenso informato al trattamento sanitario e al trattamento dei dati sensibili.

Vengono fornite eventuali indicazioni particolari per la sorveglianza e nel caso di grave rischio psicopatologico si attiva la procedura specifica per l'urgenza (vedi fase 4. Trattamenti).

Attività previste

- Colloquio psicologico e/o visita psichiatrica
- Valutazione di pertinenza e di urgenza
- Compilazione scheda di accoglienza e/o relativa parte della cartella clinica (informatizzata laddove adottata)
- Informazione al paziente con firma del consenso al trattamento sanitario e dei dati

Documentazione

- Scheda di accoglienza da inserire in cartella clinica (o sezione cartella informatizzata) (Allegato n. 3)
- Modulo consenso informato (Allegato n. 4)

3. VALUTAZIONE DIAGNOSTICA

Finalità

Individuare, attraverso il confronto multidisciplinare, un Profilo Clinico descrittivo dell'ipotesi diagnostica, intesa sia nelle sue componenti psicopatologiche sia nella sua manifestazione funzionale, ovvero definire la necessità di un trattamento in emergenza/urgenza finalizzato a contenere i rischi clinici contingenti.

Definire la diagnosi nosografica con relativo codice, reinviabile solo in particolari situazioni di emergenza.

Proporre un appropriato Piano di Trattamento Individualizzato da esporre e concordare con il paziente.

Processo

La valutazione in condizione di "emergenza", quale "*situazione acuta e grave che richiede un intervento terapeutico immediato*" per grave rischio clinico, prevede un rapido orientamento diagnostico con l'individuazione delle condizioni compatibili con uno Stato di Necessità (art.54 C.P.), reinviando al primo momento utile il necessario ulteriore approfondimento diagnostico.

La valutazione diagnostica più approfondita può avvenire invece sia in condizioni di urgenza che in condizioni di non acuzie.

Per "urgenza" in ambito di disturbo psichico si fa riferimento alle condizioni di acuta sofferenza psichica che comporti la necessità di una valutazione clinica per impostare comunque un immediato programma terapeutico ("programma" e non "intervento", come nel caso dell'emergenza).

Pertanto in ambito penitenziario i differenti percorsi diagnostici in condizioni di "urgenza" o in condizione di "non-acuzie" possono seguire le indicazioni di seguito riportate.

CASO 1. Valutazione diagnostica in acuzie/urgenza

Particolare attenzione va posta nei confronti delle richieste di interventi urgenti, su cui è necessario operare una attenta differenziazione tra situazioni pseudo-cliniche, situazioni di urgenza sanitaria organica con compromissione del quadro psichico e situazioni di urgenza prettamente clinica specialistica

Tutte le situazioni di urgenza si manifestano con comportamenti che, in diversa maniera, possono mettere in crisi il sistema penitenziario e possono porre rischi sulla incolumità del paziente, degli altri detenuti e del personale penitenziario e sanitario. Sono pertanto situazioni su cui la pressione ambientale (istituzionale e dei singoli operatori coinvolti nel sistema di sorveglianza-educazione-assistenza) ad "agire" può diventare molto elevata, soprattutto laddove il detenuto assuma comportamenti antisociali e/o manipolativi.

È quindi opportuno in prima istanza poter differenziare le tre tipologie di "urgenza" al fine di attuare successivi comportamenti professionali appropriati e corretti, non deformati dagli elementi confondenti legati alla contingenza della richiesta.

L'inquadramento clinico attraverso il colloquio, laddove possibile e, in ogni caso, attraverso l'osservazione clinica comportamentale, deve esitare nella identificazione di una delle seguenti fattispecie:

- a) *Pseudo urgenza clinica*: situazione di crisi ambientale non legata a fattori propriamente clinici, evidenziabile anche con apporto delle osservazioni e dei riferiti del personale dell'amministrazione penitenziaria (polizia ed educatori); in questi quadri si possono ravvisare, anche in modo alternativo, eventi significativi delle ultime 24/48 ore (comunicazioni dai familiari, esiti di udienze, referti medici, provvedimenti penali, ecc), ovvero comportamenti agiti a scopo protestatario e/o manipolativo. Pertanto è basilare non solo una diretta osservazione comportamentale ma anche una

ricostruzione anamnestica prossima rilevabile da differenti fonti dirette ed indirette, tra cui la cartella clinica.

- b) *Urgenza Pseudopsichiatrica o Mista*: condizioni secondarie ad un disturbo organico, ovvero copresenza di sintomi somatici e psichici con priorità della componente somatica. In questo caso il sanitario valuta se si tratti di una condizione di Emergenza per la quale occorre invocare lo Stato di Necessità (art.54 C.P.). Per tale approfondimento diagnostico è opportuno fare riferimento ai dati clinico-organici rilevabili anche dalla cartella sanitaria individuale e alle fasi/momenti dell'esame obiettivo praticabile. In questo raggruppamento rientrano (a titolo esemplificativo, ma non esauriente) le seguenti condizioni cliniche:
- Intossicazione o astinenza da sostanze o alcool
 - Distonie acute iatrogene
 - Stati confusionali di origine organica: malattie neurologiche, diabete, insufficienza renale o epatica, BPCO.
- c) *Urgenza di pertinenza dei Servizi per la Salute Mentale*, corrispondente ai quadri clinici direttamente correlati a disturbi mentali. Di seguito vengono elencate le diagnosi nosografiche che più frequentemente possono corrispondere a tali quadri, evidenziabili in urgenza (acuzie):
- Gravi attacchi di panico con somatizzazioni
 - Quadri di conversione somatica (urgenza pseudosomatica)
 - Disturbo d'ansia generalizzato
 - Reazioni acute da disadattamento: dissociazioni, stati crepuscolari
 - Gravi sindromi depressive
 - Disturbi di Personalità con discontrollo comportamentale
 - Mania Acuta
 - Psicosi delirante-allucinatoria (Bouffée Delirante)
 - Psicosi Schizofrenica o Schizoaffettiva in fase di scompenso
 - Psicosi paranoide
 - Sindrome di Ganser (rara)
 - Vertigine da Uscita (gravi stati d'ansia in prossimità della scarcerazione)
 - Disturbi Alimentari con grave rischio attuale di vita

In tutte le condizioni di urgenza, la principale ed immediata attenzione va posta nei confronti dell'identificazione del rischio suicidario. E' consigliabile tener conto del fatto che, in caso di ideazione autosoppressiva manifesta o deducibile dal comportamento, il rischio è aumentato, anche in assenza di una progettualità suicidaria, in presenza di agitazione psicomotoria, tratti di impulsività, vissuti radicati e impermeabili alla critica sul versante della colpa- rovina- vergogna.

CASO 2. Valutazione diagnostica non in condizioni di acuzie/urgenza

Viene effettuata di norma dall'équipe multidisciplinare per conoscere / comprendere le condizioni del paziente in ordine ad alcune dimensioni e formula una ipotesi di funzionamento psichico (diagnosi funzionale, nosografica, strutturale).

Le dimensioni indagate riguardano:

- Salute individuale generale. La salute intesa nelle sue diverse componenti, sia come effettive condizioni fisiche attuali e pregresse, sia come consapevolezza e rappresentazione del proprio stato fisico
- Stato psichico
- Relazioni affettive familiari sociali
- Situazione Giuridico penale
- Relazione terapeutica

Per ogni dimensione si fa riferimento alle condizioni attuali e pregresse.

I metodi di indagine prevedono:

- a. colloquio clinico,
- b. osservazione diretta (con eventuale esame obiettivo),
- c. somministrazione di test e questionari,
- d. analisi documentale.

Le azioni comprendono una gamma di atti clinici, che possono concorrere a indagare sulle dimensioni selezionate.

Il quadro sinottico tra dimensioni e azioni, di seguito riportato, può fungere da supporto e guida ai singoli professionisti e all'intera equipe per verificare la completezza del proprio operato; per valutare ogni dimensione, i singoli professionisti e l'equipe nel complesso, utilizzeranno i diversi metodi di indagine disponibili.

VALUTAZIONE DIAGNOSTICA, in funzione delle dimensioni osservate e delle azioni

DIMENSIONI	AZIONI (riferibili ai diversi metodi di indagine: <i>colloquio clinico, osservazione diretta con eventuale esame obiettivo, somministrazione di test e questionari, analisi documentale</i>)
Salute individuale generale	Anamnesi prossima e remota individuale, con attenzione su storie di abuso o dipendenza da sostanze Esame dei parametri vitali Valutazione condizioni organiche patologiche (deficit neurologici)
Stato psichico	Rivalutazione rischio suicidario Valutazione status Valutazione pregressi atti autolesionistici Scala diagnostica BPRS Eventuali altri strumenti psicodiagnostici ritenuti utili per approfondimento clinico su singolo caso
Relazioni affettive familiari sociali	Anamnesi familiare, con attenzione su patologie psichiche e disturbi da uso di sostanze Analisi reti e risorse esterne
Situazione Giuridico penale	Anamnesi storia legale / detentiva
Relazione terapeutica	Analisi dei precedenti trattamenti e delle diagnosi già formulate Richiesta di documentazione clinica presso altri servizi di salute mentale (CSM, Residenzialità e Semiresidenzialità, REMS, SPDC, TSMREE) Modalità di relazione con il clinico

L'equipe multidisciplinare si rapporterà sul singolo caso, se lo ritiene necessario, sia con il Servizio per le Dipendenze (SERD) che con i medici del servizio di assistenza sanitaria in ambito penitenziario (Medicina di base, Continuità Assistenziale, Specialistica).

Durante la fase diagnostica è particolarmente opportuna la presenza di Mediatori culturali, al fine di consentire un corretto inquadramento delle problematiche e di favorire il rapporto fiduciario tra il paziente straniero ed il servizio.

Al termine della valutazione si elabora l'orientamento diagnostico per la definizione del profilo individuale (con riferimento a diagnosi funzionale, strutturale e nosografica) e del Piano di Trattamento Individualizzato, nel caso di presa in carico, con discussione in équipe per i Trattamenti integrati. In questo caso vengono individuate le singole figure professionali ed il relativo case manager.

L'orientamento diagnostico, almeno per ciò che concerne i principali inquadramenti nosografici, deve essere evidentemente riportato in cartella clinica e nelle eventuali relazioni cliniche laddove richieste.

Pertanto la valutazione può esitare in:

CONCLUSIONI

Si propone

PIANO DI INTERVENTO:

- **CONSULENZA:** (Eventuali consulenze su richiesta; non necessario, al momento, Trattamento terapeutico continuativo)
- **ASSUNZIONE IN CURA:**
con Trattamento farmacologico sintomatico continuativo, con monitoraggio
con Trattamento psicologico, con monitoraggio
- **PRESA IN CARICO INTEGRATA:**
con Piano di Trattamento individualizzato ed integrato, con presa in carico multidisciplinare
- **SPECIFICHE, PRESCRIZIONI, SUGGERIMENTI:**
 - Richiesta invio/ trasferimento in sezioni specifiche ai sensi degli artt. 111, 112, 148
 - Suggerimenti di collocazioni in particolari collocazioni in Istituto (cella liscia, cella con peer supporter, infermeria, ecc...)
 - Richiesta di Misura di Sorveglianza

Nel caso di Presa in carico integrata, l'equipe di riferimento redige il Piano di Trattamento Individualizzato, comprensivo di obiettivi terapeutici, da comunicare e concordare con il paziente, laddove possibile. La condivisione dell'obiettivo di cura, infatti, aumenta il livello di compliance e di competenza del paziente rispetto al proprio stato di salute, tanto più in stato di restrizione della libertà. (ALLEGATO PTI)

Definizione degli Obiettivi di Trattamento (in funzione del Profilo clinico diagnostico) (Allegato n. 4):

- Area problema: **Relazione terapeutica** – Obiettivi:
 - Aumento compliance trattamento
 - Costruzione alleanza terapeutica
- Area problema: **Sintomatologia** – Obiettivi a breve e medio termine:
 - Miglioramento sintomatologia psicotica
 - Miglioramento equilibrio timico
 - Miglioramento sintomatologia ansiosa
 - Miglioramento controllo degli impulsi
 - Miglioramento ritmo sonno-veglia
 - Miglioramento sintomatologia da Disturbo Comportamento Alimentare (DCA)
- Area problema: **Sintomatologia** – Obiettivi lungo termine:
 - Individuazione dei problemi connessi a sintomatologia iniziale
 - Raggiungimento di un diverso equilibrio psichico
- Area problema: **Cognizione - affettività - relazionalità** – Obiettivi:
 - Miglioramento relazioni con ambiente interno
 - Miglioramento relazioni con ambiente esterno
 - Miglioramento capacità/stabilità cognitivo-affettiva
- Area problema: **Progettualità** – Obiettivi:
 - Apprendimento abilità tecnico professionali
 - Partecipazione a programmi di reinserimento
- Area problema: **Gestione della salute fisica** – Obiettivi:
 - Miglioramento cura del sé

- Miglioramento cura salute generale
- Riduzione misuso psicofarmaci

Le conclusioni valutative diagnostiche, la proposta del Piano di Trattamento Individualizzato collegata agli specifici obiettivi sono illustrati al paziente e condivisi con lo stesso.

Al termine della fase sono pertanto fissati gli appuntamenti previsti dal Piano di Trattamento Individualizzato.

Attività previste

- Colloquio e osservazione psicologica
- Visita e colloquio psichiatrico
- Somministrazione questionari/test
- Colloquio sociale
- Discussione del caso in equipe
- Redazione profilo individuale con diagnosi
- Contatto con servizi territoriali di riferimento
- Redazione Piano di Trattamento Individualizzato, con indicazione del Case Manager
- Restituzione della valutazione al paziente e condivisione Piano di Trattamento Individualizzato
- Richieste di invio/trasferimento in altri Istituti/sezioni

Documentazione

- Scale e strumenti psicodiagnostici
- Modulo PTI a cura delle ASL di competenza territoriali con definizione Obiettivi (vedi Allegato n. 4)
- Cartella clinica
- Modulo richiesta di invio/trasferimento

4. PIANO DI TRATTAMENTO (Assunzione in cura, Presa in carico integrata, Trattamento di urgenza)

Finalità

Assicurare ai soggetti assunti in cura o con presa in carico integrata, un trattamento appropriato che possa prevedere pertanto una assegnazione del caso a singola competenza professionale, ovvero una presa in carico multidisciplinare.

Nel caso di presa in carico integrata si realizza quanto previsto nel Piano di Trattamento Individualizzato, concordato (laddove possibile) con il paziente ed articolato per tipologia di interventi nell'ottica di risultato.

Processo

Al termine della Valutazione diagnostica il caso viene assegnato a specifici professionisti, con individuazione del case manager (in caso di presa in carico integrata).

Ogni trattamento, sia monoprofessionale sia integrato, prevede un raccordo con le restanti aree sanitarie: area medico infermieristica generale e Servizio per le Dipendenze (SerD)

• **ASSUNZIONE IN CURA:**

Trattamento farmacologico sintomatico continuativo, con monitoraggio

Psichiatra:

- stabilisce il piano farmacologico, trascrivendolo anche nella cartella sanitaria generale del detenuto;
- comunica il piano prescritto al servizio infermieristico, al fine di assicurare la corretta somministrazione della terapia;
- stabilisce la frequenza delle visite/controlli, comunicando i successivi appuntamenti al paziente; per quanto possibile, garantisce la continuità del rapporto terapeutico;
- effettua le visite mediche, programmate o su richiesta;
- in ogni caso, ogni psichiatra in turno, risponde alle richieste emergenti negli intervalli tra gli appuntamenti, nel rispetto della relazione terapeutica laddove esistente; pertanto è raccomandata la comunicazione tra psichiatri per i cambiamenti terapeutici significativi;
- segnala allo psicologo eventuali necessità di consulenza occasionale o di necessità di nuova valutazione;
- prescrive accertamenti di laboratorio e strumentali, necessari al monitoraggio del Piano terapeutico;

Infermiere:

- prepara e somministra le terapie previste, assicurandosi della corretta assunzione;
- provvede a segnalare (con le modalità in essere in ogni Istituto penale) qualsiasi eventuale criticità / rifiuto / difficoltà nella somministrazione medesima;

Trattamento esclusivamente psicologico, con monitoraggio

Psicologo:

- stabilisce il piano di trattamento psicologico, trascrivendolo nella cartella sanitaria generale del detenuto;
- stabilisce la frequenza dei colloqui, comunicando i successivi appuntamenti al paziente;
- effettua colloqui individuali, supportivi o strutturati in trattamento psicoterapeutico, anche breve e/o focale;
- predispone ed attua, laddove possibile, trattamenti terapeutici / supportivi in gruppo;
- segnala allo psichiatra eventuali necessità di consulenza specialistiche occasionale o di necessità di nuova valutazione.

- **PRESA IN CARICO INTEGRATA**

Trattamento integrato, con presa in carico multidisciplinare

Nel Trattamento integrato, appropriato per i casi complessi, viene identificata la composizione dell'équipe e più figure professionali intervengono in modo coordinato tra loro, nel rispetto delle singole competenze.

Il trattamento è orientato ad obiettivi (vedi fase precedente di valutazione diagnostica) e contempla alcune linee di azioni ad essi collegati:

- **Relazione terapeutica – Obiettivi:** Aumento compliance trattamento, Costruzione alleanza terapeutica.

Si raccomanda:

- attenzione verso strategie mirate a favorire la costruzione di una relazione terapeutica (modalità di ascolto e di feedback);
- individuazione di specifiche figure di riferimento, con eventuali colloqui congiunti;
- programmazione di appuntamenti articolati sulle caratteristiche di funzionamento psicorelazionale del paziente (resistenza, disponibilità, sospettosità, reattività agli stimoli);
- attivazione mediazione culturale (attraverso l'intervento del mediatore culturale o la collaborazione di operatori o detenuti utilizzabili in tal senso);
- cura nella comunicazione con altre aree per favorire risposte a bisogni sanitari e sociali.

- **Sintomatologia – Obiettivi a breve e medio termine:** Miglioramento sintomatologia psicotica, equilibrio timico, ansia, controllo degli impulsi, ritmo sonno-veglia, disturbo del comportamento alimentare. **Obiettivi lungo termine:** Individuazione dei problemi connessi a sintomatologia iniziale, Raggiungimento di un diverso equilibrio psichico.

Si raccomanda:

- impostazione di un adeguato programma psicofarmacologico, con eventuale rivalutazione delle terapie farmacologiche precedenti, concordato, per quanto possibile, con il paziente nell'obiettivo di tenere in considerazione le eventuali necessità o intolleranze espresse dal detenuto stesso (rifiuto di specifici farmaci per precedenti esperienze, intolleranza alla sedazione, particolari timori di aumento ponderale);
- attenzione alla copresenza di altre patologie con conseguente necessità di polifarmacoterapia, con particolare riferimento a congiunti trattamenti in terapia agonista per oppiacei;
- impostazione di adeguato programma di supporto psicologico per sviluppo di capacità di gestione del sintomo e di controllo dei comportamenti disfunzionali;
- costante collegamento con le altre aree sanitarie (di base e specialistiche) e con le aree penitenziarie educative e della sorveglianza, per una gestione congiunta e coordinata del paziente complesso.

- **Cognizione - affettività - relazionalità – Obiettivi:** Miglioramento relazioni con ambiente interno, con ambiente esterno, capacità/stabilità cognitivo-affettiva.

Si raccomanda:

- elaborazione di un progetto di sostegno psicologico e, laddove realizzabile, di percorso psicoterapeutico, orientato a processi di cambiamento contestualizzati nell'ambiente carcerario;
- programmi di terapia di gruppo quale strumento trasformativo e migliorativo della qualità delle relazioni personali di particolare utilità nell'ambiente collettivo di vita;

- impostazione di adeguato programma di supporto psicologico per attivazione delle risorse, elaborazione dei vissuti, sviluppo di capacità di coping, di gestione degli eventi stressanti;
 - inserimento in liste di pazienti supportati da pari, che saranno formati, coordinati e supervisionati dagli specialisti in appositi programmi dedicati;
 - costante collegamento con le aree penitenziarie educative e della sorveglianza, per una gestione congiunta e coordinata del paziente complesso, per realizzazione di processi di cambiamento.
- **Progettualità – Obiettivi:** Apprendimento abilità tecnico professionali, Partecipazione a programmi di reinserimento.
Si raccomanda:
 - programmazione di un Trattamento Riabilitativo, fino alla formazione professionale vera e propria, in collaborazione con l'Area Trattamento e le Associazioni di volontariato per sviluppare abilità residue e riattivare capacità quiescenti o regredite, evenienza, quest'ultima, che si determina facilmente nel contesto restrittivo penitenziario. Nelle prime fasi è necessario sottoporre il paziente a stimoli progressivamente attivanti, dopo aver approfondito le capacità e le competenze in suo possesso, nonché la presenza di interessi specifici (ambito di attività manuali, piccole ambizioni culturali) e di necessità terapeutiche quali, ad es. l'esigenza di migliorare la socializzazione e di superare la paura dell'Altro;
 - supervisione clinica delle attività riabilitative, fondamentale per calibrare le stimolazioni e valutare le risposte individuali;
 - collaborazione, laddove possibile, alla elaborazione del Piano annuale di Istituto e partecipazione alle attività coerenti con le finalità di cura del paziente psichiatrico.
 - **Gestione della salute fisica – Obiettivi:** Miglioramento cura del sé e della salute generale, Riduzione misuso psicofarmaci.
Si raccomanda:
 - informazione ed educazione sanitaria alla cura di sé, anche con management infermieristico;
 - rilevazione parametri vitali e prescrizione accertamenti sanitari, in accordo con Area Sanitaria;
 - osservazione e monitoraggio, anche in collaborazione con personale di polizia Penitenziaria, dei comportamenti della vita quotidiana in relazione alla cura di sé e/o al misuso di farmaci;
 - verifica e monitoraggio infermieristico sulla corretta assunzione degli psicofarmaci prescritti, e laddove necessario, somministrazione a vista degli stessi;
 - collaborazione e coordinamento con i colleghi del SerD per verifica congiunta di misuso farmaci agonisti

Si raccomandano inoltre alcune linee di attività trasversali rispetto ai piani di intervento e di obiettivi specifici, quali:

- organizzazione dei contatti con i servizi sanitari di riferimento esterni, per garantire la continuità delle cure;
- cura dei rapporti con i familiari, previa autorizzazione da parte del paziente, per la comunicazione di notizie che lo riguardino; laddove necessario e possibile, supporto alla rete familiare per attivazione delle risorse di sostegno ambientale;
- organizzazione dei contatti con le istituzioni non sanitarie del territorio, con particolare riferimento all'UEPE;

- verifica e confronto sulla collocazione più idonea, a seconda delle fasi del disturbo: sezione comune, sezioni specifiche, cella con detenuto peer supporter;
- promozione e partecipazione a riunioni periodiche dell'equipe interistituzionale intese come essenziali momenti di confronto e coordinamento tra tutte le figure istituzionali interessate: équipe per la salute mentale, équipe SerD, area sanitaria, area Educativa Trattamentale, Polizia Penitenziaria e, laddove possibile, direzione di Istituto. Si tratta di momenti cruciali per il raggiungimento degli obiettivi di cura perché non solo permettono un monitoraggio reale del decorso clinico ed una revisione dinamica e significativa del PTI ma diventano luogo virtuale, e insieme concretissimo, di condivisione di intenti, di formazione sul campo e di integrazione evolutiva di aree funzionali altrimenti isolate: quindi, quale luogo di promozione del benessere di detenuti e operatori.

Trattamento in Urgenza

Linea aspecifica è rappresentata dagli interventi in regime di urgenza/emergenza che possono verificarsi sia in pazienti non già in carico sia in pazienti con trattamento monoprofessionale o integrato.

In funzione della valutazione effettuata in concomitanza dell'episodio in acuzie si delineano le seguenti tipologie di trattamento:

- Pseudo urgenza clinica (situazione di crisi ambientale non legata a fattori propriamente clinici): attraverso un intervento di ridefinizione del contesto, il sanitario può ricondurre l'ambiente ad una situazione di equilibrio, attraverso la decodificazione dell'evento critico in termini di reazione ad evento stressante, interno o esterno. Tale rilettura può essere condotta direttamente con il paziente, ma anche con il personale penitenziario (risignificazione del comportamento). Ciò può consentire al detenuto di ritrovare una condizione di padronanza comportamentale e al contesto di rilevare l'insussistenza di un fondamento psicopatologico e/o clinico in senso generale; tale intervento non esclude l'utilizzo contestuale e temporaneo di supporto psicofarmacologico.
- Urgenza Pseudopsichiatrica (condizioni secondarie ad un disturbo organico) o Mista (copresenza di sintomi somatici e psichici con priorità della componente somatica): il sanitario, a seguito della valutazione effettuata, attiva interventi sanitari di tipo non psichiatrico, che in condizione di Emergenza possano condurre ad invocare lo Stato di Necessità (art.54 C.P.) con accompagnamento coattivo del paziente c/o il nosocomio più vicino.
- Urgenza di pertinenza dei Servizi di salute mentale:
 - in caso di condizioni legate a patologia di tipo ansioso, con eventuali somatizzazioni: terapia farmacologica di tipo ansiolitico, laddove accettata, e/o colloquio psicologico-sanitario di supporto e tranquillizzazione. Successive valutazioni di area psicologico-psichiatrica;
 - in caso di condizioni legate a patologie di maggiore gravità, le opzioni decisionali possono essere orientate secondo il seguente schema:
 - a) *condizioni organiche accettabili e necessità di terapia psicofarmacologica urgente con consenso del paziente* e possibilità di rinvio ad un approfondimento diagnostico successivo per valutare la necessità di ricovero: se il paziente accetta la terapia, con esito positivo, o si riduce il livello di instabilità clinica grazie ad un colloquio psicologico mirato, si programma una Presa in carico integrata ed intensiva e si richiede una Misura di Sorveglianza (Grande, Grandissima o a Vista), possibilmente evitando la collocazione in cosiddetta "cella liscia" cioè

priva di qualsiasi suppellettile od oggetto atto a procurarsi danno. Si dovrebbe, invece, richiedere la collocazione in cella con altro detenuto disponibile e, possibilmente, “formato” sul versante del supporto psicologico (detenuto peer supporter);

- b) *condizioni organiche accettabili e necessità di terapia immediata in assenza di consenso del paziente*, per situazione di emergenza riconducibile allo Stato di Necessità: ricorso alla terapia farmacologica (vizio di consenso presunto) e richiesta di Misura di Grandissima Sorveglianza o Sorveglianza a Vista, con stretto monitoraggio clinico della situazione sindromica e dei parametri vitali;
- c) *condizioni organiche accettabili e necessità di ricovero urgente con intervento dilazionabile*: si programma ricovero volontario o TSO e si richiede Grandissima Sorveglianza o Sorveglianza a Vista (vedi sopra);
- d) *condizioni organiche sospette e/o condizioni psichiche gravemente alterate o non stabilizzate* dopo appropriata terapia di emergenza, con necessità di valutazione specialistica immediata (in caso di medico valutatore non psichiatra) oppure di ulteriore terapia da effettuare in condizioni di sicurezza o di monitoraggio clinico intensivo di tipo ospedaliero: richiesta di trasferimento in Pronto Soccorso, anche in assenza di consenso del paziente, con Ambulanza o traduzione a mezzo Polizia Penitenziaria. Ipotizzabile, in molti di questi casi, una contestuale programmazione di TSO.

Certamente l’obiettivo di qualsiasi presa in carico è l’ottenimento del consenso alle cure. Laddove esso sia irraggiungibile, ma si ravvisi la necessità di trattamento urgente, si deve ricorrere al Trattamento Sanitario Obbligatorio, come previsto dalla normativa vigente. L’iter procedurale per la realizzazione del TSO è analoga a quella prevista per tutte le urgenze psichiatriche territoriali ed ospedaliere e si compone dei seguenti passaggi:

- Proposta da parte di medico, anche non psichiatra.
- Convalida di medico struttura pubblica (dipendente, in convenzione specialistica interna, continuità assistenziale, medicina di base).
- Trasmissione delle certificazioni al Sindaco del comune su cui insiste l’Istituto.
- Ordinanza del Sindaco che provvede alla comunicazione al Giudice Tutelare e al Sindaco del comune di residenza dell’infermo, in caso il comune di residenza sia diverso.
- Comunicazione al Ministero dell’Interno e al consolato competente, tramite la prefettura, in caso l’infermo sia cittadino straniero o apolide (condizione molto frequente in ambito carcerario).
- Esecuzione dell’ordinanza a carico della Polizia Municipale.
- Trasporto del paziente al SPDC di riferimento territoriale, a mezzo ambulanza del 118 con la scorta della Polizia Locale (dal perimetro esterno dell’istituto in poi) e della Polizia Penitenziaria che garantirà, salvo diversa disposizione dell’Autorità Giudiziaria competente, il Piantonamento in ospedale (SPDC o cella o reparto Protetto).

Per ogni trattamento realizzato in urgenza o in trattamento ordinario (consulenza, assunzione in cura, presa in carico integrata) devono, in ogni caso, essere garantite:

- elaborazione di relazioni su richiesta dell’Autorità Giudiziaria.
- redazione di relazioni cliniche e/o certificazioni su richiesta del paziente, o di suo delegato per la medesima richiesta.
- aggiornamento costante della cartella clinica e della scheda di sintesi del trattamento
- promozione di un’interlocuzione stabile con l’Autorità Giudiziaria ed, in particolare, con la Magistratura di Sorveglianza.

Attività previste

- Compilazione cartella clinica
- Compilazione scheda terapia farmacologica
- Aggiornamento Scheda di Sintesi
- Proposta di attivazione di Misure di Sorveglianza
- Richiesta TSO
- Richiesta invio/trasferimento in Osservazione Psichiatrica o altre Sezioni specifiche

Documentazione

- Modulo richiesta trasferimento per art.112 DPR 230/2000
- Modulo richiesta di applicazione art.111 DPR 230/2000, ovvero art.148 c.p.
- Cartella clinica
- Scheda terapia farmacologica
- Modulo di proposta di attivazione Misure di Sorveglianza.
- Modulo richiesta TSO
- Relazione Sanitaria Clinica e /o di sintesi
- Certificazione su condizioni di salute

5. MONITORAGGIO

Finalità

Valutare periodicamente l'andamento del Piano di Trattamento Individualizzato (in caso di Presa in carico per trattamento integrato) e dei trattamenti in caso di Assunzione in Cura (farmacologico e/o psicologico), al fine di apportare eventuali adeguamenti al trattamento in atto e/o modifiche agli obiettivi prefissati. Pertanto attraverso il monitoraggio si valuta periodicamente lo stato di salute dell'individuo, nonché la persistenza o meno dei fattori di rischio, anche autolesivo e/o suicidario.

Processo

Il monitoraggio periodico del quadro clinico del paziente deve avvenire attraverso una calendarizzazione delle visite fino al momento delle dimissioni (per motivi clinici o contestuali).

Nel caso di Presa in carico con PTI, occorre predisporre periodiche riunioni di équipe, al fine di individuare criticità emergenti, valutare il grado di raggiungimento degli obiettivi fissati, attraverso la puntuale registrazione dei risultati clinici raggiunti.

Il monitoraggio può produrre:

- richieste di mantenimento / modifica / sospensione di Misure di Sorveglianza,
- revisione richieste di trasferimento per motivi sanitari, tra cui quelle per Osservazione Psichiatrica, ai sensi dell'art.112 DPR 230/2000,
- proposta di cambiamento di collocazione, laddove essa risulti dannosa per le condizioni cliniche del detenuto,
- modifiche aggiornamenti sul Piano di trattamento, da svolgersi anche in ambito extramurario, previa autorizzazioni di competenza,
- modifica / sostituzione dell'équipe di trattamento (o di alcune figure), in caso di criticità non superabili, finalizzata a garantire la migliore compliance o alleanza terapeutica.

Gli strumenti di monitoraggio devono comprendere:

- tutti gli strumenti già previsti nella prima fase di valutazione,
- rilevazione e segnalazione di manifestazioni/comportamenti sintomatici,
- osservazione e registrazione (con comunicazione diretta al medico) della corretta assunzione della terapia prescritta,
- rilevazione e registrazione in cartella dei parametri clinici/vitali e comportamentali per la valutazione delle condizioni psicofisiche correlabili anche a disturbo mentale o al suo trattamento (peso, P.A, tremori, variazioni BMI, temperatura corporea, rallentamento psicomotorio, distonie, alterazioni della sfera sessuale, ecc),
- prescrizione analisi e accertamenti periodici per monitorare alcuni effetti specifici delle terapie assunte (ad esempio ECG con misurazione del tratto QTc.).

Anche nella fase di monitoraggio, risulta spesso fondamentale coinvolgere tutte le aree istituzionali che partecipano alla gestione del paziente detenuto, che osserveranno in particolare i comportamenti quotidiani, quali:

- il comportamento alimentare,
- la socialità e, in generale, le relazioni tra pari e con il sistema penitenziario,
- la cura del sé,
- la reattività,
- l'eventuale presenza di comportamenti di autolesionismo,
- le modifiche caratteriali,
- i cambiamenti di abitudini anche in termini di richieste presentate all'area trattamentale e all'area della vigilanza.

Attività previste

- Discussione in équipe secondo necessità o tempi stabiliti nel piano di monitoraggio
- Conferma o modifica PTI
- Valutazione esiti

Documentazione

- PTI
- Cartella clinica

6. DIMISSIONI DAL PERCORSO TERAPEUTICO

Finalità

Accompagnare il paziente nella fase di superamento del disturbo, formalizzando l'avvenuta uscita dal piano di trattamento individualizzato che era stato impostato ed attuato, oppure nel passaggio ad altro contesto di cura. Fondamentale, infatti, è:

1. Promuovere la continuità informativa (*informational continuity*), che consiste nella trasmissione delle informazioni, cliniche e personologiche, che riguardano i pazienti come presupposto per un corretto coordinamento tra i diversi servizi che vengono in contatto con un dato paziente e, pertanto, per un'assistenza adeguata;
2. Favorire la permanenza del paziente in un sistema di cure. Nel caso di persone provenienti da un'esperienza detentiva, la scarcerazione, soprattutto, rischia di interrompere totalmente i percorsi di cura, considerando che, come è noto, le minoranze fragili hanno minor accesso ai servizi di salute mentale, hanno meno probabilità di ricevere l'assistenza necessaria da parte degli stessi servizi e spesso ricevono trattamenti meno efficaci e sono sottorappresentate nella ricerca sulla salute mentale.

Processo

Al termine del percorso terapeutico, in relazione alla valida stabilizzazione clinica con superamento della criticità psicopatologica oggetto del trattamento impostato, oppure in relazione al trasferimento presso altro Istituto o, infine, in concomitanza con la scarcerazione, la dimissione dal trattamento (concordata o meno con il paziente) viene riportata sulla cartella clinica, oltre che comunicata direttamente al paziente medesimo.

Nel caso della scarcerazione (per fine pena o per concessione di arresti/detenzione domiciliare) di soggetti in trattamento, è cura degli operatori, allertare, se fattibile, i servizi di competenza territoriale (CSM e, se opportuno, Servizi Sociali) per eventuale presa in carico se il paziente è sconosciuto al servizio o riassunzione in cura se è già conosciuto. I contatti con i CSM del territorio di residenza dovrebbero, peraltro, avvenire, laddove possibile, già durante le fasi precedenti del percorso trattamentale, favorendo, auspicabilmente, la conoscenza del detenuto da parte dei referenti dei servizi territoriali c/o l'Istituto di pena.

Se possibile, viene quantomeno concordato direttamente un appuntamento di contatto c/o il servizio ricevente, con rilascio al paziente di recapiti telefonici di riferimento.

Se ritenuto opportuno, con particolare attenzione ai casi socio-sanitari complessi, si redige una relazione clinica con una sintesi del piano terapeutico individuale impostato ed i trattamenti, farmacologici o integrati, messi in atto.

In ogni caso dovrebbe essere predisposta una Scheda di dimissione generale con sezioni specifiche per l'area della salute mentale dove riportare gli elementi essenziali di terapia e decorso clinico, preziosi per i servizi, penitenziari o territoriali, che accoglieranno il paziente.

Attività previste

- Segnalazione in cartella della dimissione
- Compilazione sezione Scheda Dimissioni
- Comunicazione al detenuto
- Contatti eventuali con Servizio Territoriale
- Informazione al paziente sulla eventuale necessità di prosecuzione del trattamento
- Comunicazione al paziente degli eventuali riferimenti territoriali in caso di scarcerazione
- Informazione su dati sanitari, qualora richiesta, al servizio per la salute mentale dell'Istituto sede del trasferimento

Documentazione

- Cartella clinica
- Scheda Dimissione

C.2. Interventi di comunità e di rete

Come già esposto in altre parti del documento, è necessario intervenire sui fattori che impattano sulla salute mentale in carcere, già individuati dall'OMS⁹ e che comprendono:

- Sovraffollamento
- Forme varie di violenza
- Isolamento forzato
- Mancanza di privacy
- Mancanza di attività significative
- Isolamento dalle reti sociali
- Incertezza sulle prospettive future, sul lavoro e sulle relazioni

Intervenire esclusivamente sui casi che presentano quadri patologici, o elementi di rischio, in un ambiente circoscritto quale il carcere, senza agire sui determinanti la salute/patologia psichica, rischia di equivalere sia ad un cattivo utilizzo delle esigue risorse disponibili che a non contrastare il burn out degli operatori e non contribuire al miglioramento della salute psichica della popolazione detenuta.

Le competenze per eliminare i fattori elencati dall'OMS non sono di stretta pertinenza sanitaria, ma è senz'altro competenza dei servizi per la Salute Mentale diffondere conoscenza sul fenomeno e contribuire, almeno in alcuni campi, a individuare le strategie per promuovere una qualità di vita durante la detenzione, non in antitesi con i principi di salubrità dell'ambiente.

Le competenze dei servizi per la Salute Mentale devono pertanto comprendere azioni volte a:

- Contribuire all'identificare percorsi per la costruzione di attività significative (tempi, spazi, relazioni, finalità dell'agire quotidiano);
- Contenere e contrastare l'utilizzo di isolamento forzato per gestire le problematiche connesse al disturbo mentale;
- Ri-costruire con il detenuto/ detenuti le aspettative, in base alle risorse interne ed esterne, al contesto di vita e ad un corretto esame di realtà;
- Garantire la riservatezza dei dati sanitari e contribuire a individuare strategie per la gestione degli spazi e dei tempi maggiormente rispettosi della privacy.

Le azioni volte a promuovere una migliore relazionalità interna, anche lavorando con gruppi di detenuti (gestione delle dinamiche di gruppo tra pari, ri-costruzione delle regole e della fiducia, comunicazione e circolazione delle informazioni) costituiscono solo gli elementi di base su cui programmare un intervento di sistema.

Ogni azione che impatti sui fattori descritti deve essere, ovviamente, condivisa con l'Amministrazione Penitenziaria, ma è comunque centrale che il Servizio di Salute Mentale consideri propria competenza agire su queste tematiche.

Gli strumenti che possono essere adottati sono molteplici: analisi delle relazioni tra detenuti, formazione di peer supporter, gruppi di attività finalizzata, collaborazione con Area trattamentale volte a dare significato al tempo, collegamento con la rete delle risorse anche di volontariato interne, gruppi sulla gestione del comportamento aggressivo.

Parallelamente deve essere curata la collaborazione con la rete di risorse anche esterne, anche coordinando Organismi che concorrono ad offrire servizi, a titolo istituzionale o volontario, a favore di detenuti con disturbo psichico.

⁹ Prison and Health, 2014 WHO

Il lavoro di rete deve prevedere la collaborazione, oltre che con la Direzione ed il personale dell'Amministrazione penitenziaria del singolo istituto, con:

- Il garante dei diritti dei detenuti
- L'UEPE
- I servizi sociali comunali
- Le organizzazioni di volontariato

C.3. Coordinamento con altre partiture aziendali

Il coordinamento costante con l'Area Sanitaria Penitenziaria è imprescindibile per la corretta gestione non solo del singolo caso in trattamento, ma per l'intera organizzazione del sistema di cura. La collaborazione, pertanto, non è da intendersi solo quale accordo tra responsabili di servizio (livello di programmazione organizzativa), ma anche tra singoli professionisti (livello di scambio operativo). Il passaggio delle informazioni cliniche e di trattamento deve essere inteso quale elemento su cui basare una corretta e appropriata gestione di ogni singolo caso. Analoga collaborazione deve essere realizzata con il Servizio per le Dipendenze, con il quale si co-gestiscono molti casi in trattamento.

Oltre a queste due principali strutture organizzative che operano nel medesimo tempo-spazio intramurario è necessario sviluppare un modello di coordinamento con altre partiture aziendali, quali:

- Pronto Soccorso, quale snodo di transito per i ricoveri in urgenza richiesti per problemi psichiatrici.
- SPDC, per la gestione dei casi critici e delle urgenze.
- CSM, per garantire la continuità assistenziale.
- Reparti ospedalieri, per la gestione di casi con patologia organica che presentino concomitante patologia psichica.

La collaborazione intraaziendale deve essere assicurata anche con i servizi che garantiscono la gestione delle risorse (Personale) e della logistica (locali, strumentazione, attrezzature, ecc).

C.4. Interventi specifici in strutture dedicate

La programmazione delle sezioni specialistiche per i detenuti affetti da disturbi mentali previste dall'Accordo in Conferenza Unificata del 22/1/2015, che andrà ad integrare quanto già stabilito con DGR 277/2012, è rimandata ad altro specifico atto da concordare e approvare congiuntamente con i competenti organismi dell'Amministrazione Penitenziaria.

D. RISULTATI: ANALISI, MONITORAGGIO, MIGLIORAMENTO

D.1. Risultati attesi

L'analisi dei risultati riguarda sia il grado di raggiungimento degli obiettivi del presente programma, sia di applicazione dello specifico PDTA.

Per quanto riguarda il primo livello si considerano gli indicatori di monitoraggio di seguito elencati:

Obiettivo generale: 1. Prevenzione e promozione del benessere mentale

Obiettivi specifici	Risultati attesi	Indicatori
1.1. Promozione del lavoro di rete, intra ed extra murario, con coinvolgimento delle Istituzioni, degli Enti ed Organismi territoriali, nonché delle famiglie dei detenuti	Definizione di protocolli operativi intersistemici	<ul style="list-style-type: none">- n. riunioni intersistemiche,- n. protocolli operativi locali redatti- n. protocolli operativi approvati
1.2. Promozione di attività significative, che assumano valenza riabilitativa per la collettività	Collaborazione al piano annuale di istituto per l'offerta trattamentale	<ul style="list-style-type: none">- n. riunioni con Area trattamentale per Piano di Istituto
1.3. Prevenzione dei comportamenti di violenza ambientale	Attivazione di gruppi di auto mutuo aiuto	<ul style="list-style-type: none">- n. Gruppi di auto mutuo aiuto attivati
1.4. Prevenzione e lotta allo stigma	Programmi di formazione	<ul style="list-style-type: none">- n. Corsi di formazione interna- n. Corsi di formazione per personale Amministrazione Penitenziaria

Obiettivo generale: 2. Miglioramento, cura dei quadri clinici patologici

Obiettivi specifici	Risultati attesi	Indicatori
2.1 Prevenzione del rischio auto-eterolesivo e suicidario	Programma locale per rischio autolesivo e suicidario dei rischi di suicidio	Redazione e approvazione piano locale per prevenzione rischio autolesivo e suicidario <ul style="list-style-type: none">- n. Gruppi di peer supporter- n. Gruppi di supporto per i detenuti di nuovo ingresso- n. Gruppi focali a tema
2.2 Identificazione precoce dei pazienti con disturbi psichici gravi, con successiva presa in carico integrata e multidisciplinare, anche in connessione con i servizi ospedalieri psichiatrici di Diagnosi e Cura	<ul style="list-style-type: none">- Osservazione puntuale nuovi giunti- interventi di individuazione precoce dei disturbi mentali,	Report periodico con dati epidemiologici da valutazione <ul style="list-style-type: none">- n. interventi precoci attivati
2.3 Definizione ed attuazione dei percorsi clinici in relazione ai bisogni dei soggetti in carico	Definizione e realizzazione di PTI	<ul style="list-style-type: none">- n. PTI redatti per pazienti in carico
2.4 Promozione della salute fisica del paziente con disturbo psichico	Collegamento con Area sanità penitenziaria e azioni congiunte	<ul style="list-style-type: none">- n. protocolli operative e/o procedure attivare con Area Sanitaria

Per quanto riguarda il secondo livello si hanno i seguenti indicatori di monitoraggio di adeguata applicazione del PDTA:

Fase	Azione	Indicatori
INTAKE	Presenza visione registro segnalazioni	- n. pazienti visitati / n. pazienti segnalati
ACCOGLIENZA	Primo colloquio informativo e valutazione pertinenza presa in carico	- Tempi di attesa per il primo colloquio
VALUTAZIONE Diagnostica	valutazione diagnostica e predisposizione piano di trattamento	- n. pazienti in consulenza - n. pazienti in assunzione in cura e in presa in carico integrata con diagnosi completa e discussione di equipe - n. pazienti in presa in carico integrata con PTI definito
TRATTAMENTO	Erogazione dei trattamenti mirati	- n. pazienti in carico che fruiscono il trattamento programmato (PTI)
MONITORAGGIO E DIMISSIONI	Valutazione periodica dei risultati Conclusione del trattamento (dimissione, trasferimento, fine pena, ecc..) e connessione con servizi territoriali o in ambito penitenziario	- n. pazienti con valutazione periodica - n. pazienti con invio/ rinvio ai servizi territoriali o in ambito penitenziario al termine della presa in carico

D.2. Sistema Informativo

A partire dal DPR 230/2000, per ogni detenuto è istituita una cartella personale la cui compilazione avviene al momento dell'ingresso in carcere di tutti coloro provenienti dalla libertà. I dati raccolti nella cartella, anche ai sensi del D. lgs. n.271 del 28/7/1989, hanno da sempre fornito indicazioni generali e particolari del trattamento, risultati, dati giudiziari, biografici e sanitari. Inoltre, la cartella segue il soggetto in caso di trasferimento.

Con il passaggio della Sanità Penitenziaria al SS, la normativa circa gli obblighi di compilazione, tenuta e gestione della documentazione sanitaria relativa ai pazienti incarico alle ASL si applica anche alla documentazione sanitaria riguardante i detenuti. Per garantire la continuità assistenziale, nel momento in cui il detenuto viene trasferito da un Istituto all'altro, è fondamentale che il detenuto sia accompagnato non solo da una relazione medica che contenga una sintesi degli accertamenti, trattamenti, terapie in corso, ma dall'intera documentazione sanitaria. La cartella clinica informatizzata garantisce la raccolta di tutti i dati sanitari a partire dal primo ingresso per tutta la storia detentiva dell'individuo in modo chiaro e tracciabile dall'accettazione, accoglienza, inquadramento, trattamento e dimissione compresi i trasferimenti.

ALLEGATI

1. Scheda per Screening ed invio al Dipartimento di Salute Mentale
2. Registro di Segnalazione del Servizio Sanitario (Medicina di Base, Continuità Assistenziale, Medicina Specialistica) al DSM per disturbo psichico / tutela salute mentale
3. Scheda di Accoglienza
4. Obiettivi di trattamento (in riferimento a piano di trattamento integrato)

ALLEGATO 1

SCHEDA PER SCREENING

integra e modifica esclusivamente le corrispondenti parti di:

- Determinazione 24 settembre 2015, n. G11442 "*Definizione di un percorso assistenziale integrato per la presa in carico e la cura dei detenuti tossicodipendenti degli istituti penitenziari della Regione Lazio*"
- DCA n. U00026 del 23 gennaio 2015 "*Recepimento Accordo n. 5/CU del 19 gennaio 2012 e approvazione documento recante "Programma operativo di prevenzione del rischio autolesivo e suicidario dei detenuti, degli internati e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale nella Regione Lazio"*

DATI SOCIO ANAGRAFICI

COGNOME
NOME
Data inizio carcerazione Data ingresso in questo Istituto
Specificare se si tratta della prima esperienza detentiva (Si/No)

Età

Sesso

Se straniero, riesce a comunicare SI NO

Se NO parla e comprende la lingua

.....

Stato Civile: celibe/nubile coniugato/a convivente separato/a vedovo/a

Figli/e SI NO

Se SI: numero..... e specificare per ognuno età.....

Residenza Domicilio (solo se diverso dalla residenza)

Dichiara di essere Senza fissa dimora SI NO

Percorso scolastico: analfabeta anni di studio n. Titolo di studio conseguito

SCHEMA PER SCREENING

(RISCHIO DISTURBO PSICHICO, RISCHIO DISTURBO USO DI SOSTANZE, RISCHIO AUTOLESIVO E SUICIDARIO)

NOMINATIVO

(indicare presenza/assenza criteri)

A. Anamnesi

A1. Precedenti trattamenti (documentati o riferiti)		Si /No /NR	Doc /Rif	<i>Se SI indicare quali, dove, quando</i>
Precedenti trattamenti	per problematiche o disturbi psichici (ambulatoriali e/o residenziali)			
	farmacologici e/o psicosociali presso servizi ambulatoriali/residenziali per le dipendenze			
Precedenti diagnosi	di disturbo mentale			
	di abuso/dipendenza da sostanze			
Precedenti ricoveri in acuzie	in SPDC			
	in Pronto Soccorso e/o ricoveri per intossicazione acuta da sostanze (compreso overdose)			

A2. Anamnesi patologica prossima / remota	Si/No/NR	<i>Se SI indicare quando e come</i>
Dichiara (o risulta da documentazione/notizie) di aver tentato il suicidio in precedenza		
Dichiara di sentirsi (o essersi sentito) disperato o particolarmente angosciato/impaurito		
Dichiara di sentirsi (o essersi sentito) particolarmente depresso		
Dichiara di sentirsi (o essersi sentito) particolarmente attivato		
Dichiara di aver pensieri ritenuti da tutti gli altri come "strani"		
Dichiara di essere insonne o di avere gravi disturbi del sonno		
Dichiara di non avere alcuna rete familiare / sociale di sostegno		
Ammette di avere pensieri riguardanti il suicidio e ammette il suicidio come possibile soluzione ai problemi		
Dichiara Uso continuativo o problematico di sostanze illegali o di psicofarmaci non prescritti		
Dichiara Episodi di intossicazione da alcol ("ubriacature") o di bingedrinking ("abbuffata")		
Dichiara Comportamento additivo problematico senza sostanza (ad es. gioco d'azzardo patologico)		
Dichiara Lesioni del setto nasale (necrosi / perforazione)		
Esprime livelli insoliti o pervasivi di vergogna, colpa, preoccupazione per l'incarcerazione		

B. Esame obiettivo psico-fisico

	Si / No /NR	Se SI, specificare entità
Tagli, bruciature ecc. per lesioni autoindotte		
Lesioni da agopuntura, fino a esiti cicatriziali di ascessi e/o flebiti		
Miosi o midriasi		
Rinorrea e piloerezione		
Iperemia congiuntivale		
Linfoadenomegalia e/o Epatosplenomegalia		
Prurito e/o Lesioni da grattamento		
Tremore e/o Sudorazione associata a Nausea, Vomito		
Microzoopsie		
Stato confusionale (disorientamento spazio-temporale)		
Agitazione psicomotoria o grave e incongruo discontrollo degli impulsi		
Bizzarrie / gravi alterazioni del comportamento e/o del pensiero		
Pianto / appiattimento affettivo / inibizione psicomotoria / assenza di comunicazione verbale		
Euforia, linguaggio spedito, velocità di pensiero, eloquio sciolto, riso contagioso		
Allucinazioni visive, uditive, cinestetiche		
Ideazione paranoide		
Attacchi di panico		
Sindrome amotivazionale (<i>cosiddetta</i>)		
Rallentamento psicomotorio		

C. MINI

Durante il mese scorso ha:	si	no
1. mai pensato che sarebbe stato meglio essere morto o desiderato di esserlo?		
2. voluto farsi del male?		
3. pensato al suicidio?		
4. pensato a come suicidarsi?		
5. messo in atto un tentativo di suicidio?		
Nel corso della sua vita:		
6. ha mai messo in atto un tentativo di suicidio?		

Livello di gravità dell'ideazione suicidaria

- 1 o 2 o 6 = SI: Basso
 3 o (2 + 6) = SI: Medio
 4 o 5 o (3 + 6) = SI: Elevato

D. ACCERTAMENTI DI LABORATORIO TOSSICOLOGICI

(solo per invio al Servizio per le Dipendenze)

Esame su matrice urinaria delle principali sostanze, analizzabili con metodiche qualitative		Specifiche
	<i>tempi di rilevabilità nelle urine delle sostanze</i>	
Amfetamine	2-3 giorni	
MDMA	2-4 giorni (in funzione della percentuale di sostanza attiva)	
Oppiacei (Eroina, Morfina)	1-5 giorni	
Metadone (in regime di mantenimento)	7-9 giorni	
Cocaina	da 2 a 3 giorni; dosi elevate 1 settimana	
Cannabinoidi	da 2 a 4 giorni (singolo uso); 3-4 settimane (uso ripetuto)	
Ketamina	2-4 giorni	
PCP	8 giorni	
GHB	12 ore	
Benzodiazepine	da 12 ore a 7 giorni (di più se abituale)	

Altro

Ulteriori elementi emersi dal colloquio clinico e dalla valutazione
Ulteriori elementi forniti dal Personale Penitenziario, forze dell'Ordine, ecc.

VALUTAZIONE RISCHIO AUTOLESIVO E/O SUICIDARIO

INDICAZIONI PER CARTELLA INFORMATIZZATA: In questa sezione NON vengono inserite nuove informazioni anamnestiche e/o di esame obiettivo. Tali dati devono soltanto comparire a video, riprendendo gli item sottoelencati, SOLO SE sono stati rilevati con esito “positivo” nello screening generale

INDICAZIONI PER CARTELLA CARTACEA: (In questa sezione NON vengono inserite nuove informazioni anamnestiche e/o di esame obiettivo. Va utilizzata dal clinico SOLO come promemoria degli item correlati con lo specifico rischio. La presenza/assenza di essi non determina automaticamente la presenza/assenza di rischio)

La valutazione del rischio autolesivo e/o suicidario è atto clinico complessivo. Vengono di seguito riportati Item correlati con tale rischio. Solo la valutazione congiunta dei vari item supporta il clinico nel segnalare l'eventuale rischio e/o a assumere altre decisioni

- Prima carcerazione
- Età (giovane età)
- Se straniero, non comprende la lingua
- Stato civile
- Figli, ed età degli stessi
- Senza fissa dimora
- Analfabeta, ovvero titolo di studio

- Precedenti trattamenti per problematiche o disturbi psichici (ambulatoriali e/o residenziali)
- Precedenti diagnosi di disturbo mentale
- Precedenti diagnosi di abuso/dipendenza da sostanze
- Precedenti ricoveri in acuzie in SPDC
- Dichiaro (o risulta da documentazione/notizie) di aver tentato il suicidio in precedenza
- Dichiaro di sentirmi (o essermi sentito) disperato o particolarmente angosciato/impaurito
- Dichiaro di sentirmi (o essermi sentito) particolarmente depresso
- Dichiaro di essere insonne o di avere gravi disturbi del sonno
- Dichiaro di non avere alcuna rete familiare / sociale di sostegno
- Ammetto di avere pensieri riguardanti il suicidio e ammetto il suicidio come possibile soluzione ai problemi
- Dichiaro Uso continuativo o problematico di sostanze illegali o di psicofarmaci non prescritti
- Dichiaro Episodi di intossicazione da alcol (“ubriacature”) o di bingedrinking (“abbuffata”)
- Dichiaro Comportamento additivo problematico senza sostanza (ad es. gioco d'azzardo patologico)
- Esprime livelli insoliti o pervasivi di vergogna, colpa, preoccupazione per l’incarcerazione
- Tagli, bruciature ecc. per lesioni autoindotte
- Stato confusionale (disorientamento spazio-temporale)
- Agitazione psicomotoria o grave e incongruo discontrollo degli impulsi
- Bizzarrie / gravi alterazioni del comportamento e/o del pensiero
- Pianto / appiattimento affettivo / inibizione psicomotoria / assenza di comunicazione verbale
- Euforia, linguaggio spedito, velocità di pensiero, eloquio sciolto, riso contagioso
- Livello di gravità della MINI (basso, medio, elevato)

CONCLUSIONI VALUTAZIONE RISCHIO AUTOLESIVO E/O SUICIDARIO (da compilare)

SEGNALAZIONE PER RISCHIO AUTOLESIVO E/O SUICIDARIO		
NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Se si, indicare il livello di rischio
		<input type="checkbox"/> Basso <input type="checkbox"/> Medio <input type="checkbox"/> Alto
Richiesta attivazione di Misure di:		
<input type="checkbox"/> Grande Sorveglianza	<input type="checkbox"/> Grandissima Sorveglianza	<input type="checkbox"/> Sorveglianza a Vista

IL MEDICO	
Cognome Nome	Data
Firma (o altra modalità di sottoscrizione)	

VALUTAZIONE RISCHIO DISTURBO MENTALE

INDICAZIONI PER CARTELLA INFORMATIZZATA: In questa sezione NON vengono inserite nuove informazioni anamnestiche e/o di esame obiettivo. Tali dati devono soltanto comparire a video, riprendendo gli item sottoelencati, SOLO SE sono stati rilevati con esito “positivo” nello screening generale

INDICAZIONI PER CARTELLA CARTACEA: (In questa sezione NON vengono inserite nuove informazioni anamnestiche e/o di esame obiettivo. Va utilizzata dal clinico SOLO come promemoria degli item correlati con lo specifico rischio. La presenza/assenza di essi non determina automaticamente la presenza/assenza di rischio)

La valutazione del rischio di disturbo mentale è atto clinico complessivo. Vengono di seguito riportati Item correlati con tale rischio. Solo la valutazione congiunta dei vari item supporta il clinico nel segnalare l'eventuale rischio e/o a assumere altre decisioni

- Precedenti trattamenti per problematiche o disturbi psichici (ambulatoriali e/o residenziali)
- Precedenti diagnosi di disturbo mentale
- Precedenti ricoveri in acuzie in SPDC
- Dichiarare di sentirsi (o essersi sentito) particolarmente depresso
- Dichiarare di sentirsi (o essersi sentito) particolarmente attivato
- Dichiarare di essere insonne o di avere gravi disturbi del sonno
- Esprime livelli insoliti o pervasivi di vergogna, colpa, preoccupazione per l'incarcerazione
- Tagli, bruciature ecc. per lesioni autoindotte
- Stato confusionale (disorientamento spazio-temporale)
- Agitazione psicomotoria o grave e incongruo discontrollo degli impulsi
- Bizzarrie / gravi alterazioni del comportamento e/o del pensiero
- Pianto / appiattimento affettivo / inibizione psicomotoria / assenza di comunicazione verbale
- Allucinazioni visive, uditive, cinestetiche
- Ideazione paranoide
- Attacchi di panico
- Sindrome amotivazionale (cosiddetta)
- Rallentamento psicomotorio

CONCLUSIONI VALUTAZIONE RISCHIO DISTURBO MENTALE (da compilare)

SEGNALAZIONE PER RISCHIO DISTURBO MENTALE

NO

SI

Per approfondimento diagnostico:

Urgente

Ordinario

IL MEDICO

Cognome Nome

Data

Firma (o altra modalità di sottoscrizione)

VALUTAZIONE RISCHIO DISTURBO DA USO SOSTANZE

INDICAZIONI PER CARTELLA INFORMATIZZATA: In questa sezione NON vengono inserite nuove informazioni anamnestiche e/o di esame obiettivo. Tali dati devono soltanto comparire a video, riprendendo gli item sottoelencati, SOLO SE sono stati rilevati con esito “positivo” nello screening generale

INDICAZIONI PER CARTELLA CARTACEA: (In questa sezione NON vengono inserite nuove informazioni anamnestiche e/o di esame obiettivo. Va utilizzata dal clinico SOLO come promemoria degli item correlati con lo specifico rischio. La presenza/assenza di essi non determina automaticamente la presenza/assenza di rischio)

La valutazione del rischio da disturbo da uso di sostanze è atto clinico complessivo. Vengono di seguito riportati Item correlati con tale rischio. Solo la valutazione congiunta dei vari item supporta il clinico nel segnalare l'eventuale rischio e/o a assumere altre decisioni

- Precedenti trattamenti farmacologici e/o psicosociali presso servizi ambulatoriali/residenziali per le dipendenze
- Precedenti diagnosi di abuso/dipendenza da sostanze
- Precedenti ricoveri in Pronto Soccorso e/o ricoveri per intossicazione acuta da sostanze (compreso overdose)
- Dichiara di essere insonne o di avere gravi disturbi del sonno
- Dichiara Uso continuativo o problematico di sostanze illegali o di psicofarmaci non prescritti
- Dichiara Episodi di intossicazione da alcol (“ubriacature”) o di bingedrinking (“abbuffata”)
- Dichiara Lesioni del setto nasale (necrosi / perforazione)
- Tagli, bruciature ecc. per lesioni autoindotte
- Lesioni da agopuntura, fino a esiti cicatriziali di ascessi e/o flebiti
- Miosi o midriasi
- Rinorrea e piloerezione
- Iperemia congiuntivale
- Linfadenomegalia e/o Epatosplenomegalia
- Prurito e/o Lesioni da grattamento
- Tremore e/o Sudorazione associata a Nausea, Vomito
- Microzoopsie
- Stato confusionale (disorientamento spazio-temporale)
- Agitazione psicomotoria o grave e incongruo discontrollo degli impulsi
- Euforia, linguaggio spedito, velocità di pensiero, eloquio sciolto, riso contagioso
- Allucinazioni visive, uditive, cinestetiche
- Ideazione paranoide
- Attacchi di panico
- Sindrome amotivazionale (cosiddetta)
- Rallentamento psicomotorio
- Positività metaboliti urinari

CONCLUSIONI VALUTAZIONE RISCHIO DISTURBO DA USO SOSTANZE (da compilare)

SEGNALAZIONE PER RISCHIO DISTURBO DA USO DI SOSTANZE

NO

SI

Per approfondimento diagnostico

Effettuato prelievo campione biologico per analisi metaboliti urinari Si No

IL MEDICO

Cognome Nome

Data

Firma (o altra modalità di sottoscrizione)

ULTERIORE ADOZIONE MISURE IMMEDIATE per urgenza/emergenza

<input type="checkbox"/> Terapia farmacologica (specificare.....)
<input type="checkbox"/> Richiesta Misure di sorveglianza (per altre motivazioni diverse da rischio autolesivo/suicidario (specificare
<input type="checkbox"/> Richiesta intervento 118
<input type="checkbox"/> Richiesta di TSO
<input type="checkbox"/> Altro (specificare....)

IL MEDICO	
Cognome Nome	Data
<i>Firma (o altra modalità di sottoscrizione)</i>	

ALLEGATO 2

REGISTRO DI SEGNALAZIONE

**RISCHIO DISTURBO PSICHICO
RISCHIO AUTOLESIVO E/O SUICIDARIO**

REGISTRO DI SEGNALAZIONE DEL SERVIZIO SANITARIO (*Medicina di Base, Continuità Assistenziale, Medicina Specialistica*)

AL DSM

NOTE PER LA COMPILAZIONE DEL REGISTRO SEGNALAZIONI

La scheda, compilata in modo leggibile (possibilmente in stampatello) da parte del personale sanitario dell'Istituto penitenziario, contiene:

- **Generalità** del detenuto segnalato: cognome, nome, luogo e data di nascita
- **Detenzione:** data ingresso in carcere e provenienza da:
 - libertà,
 - altro Istituto; in questo caso indicare l'Istituto di provenienza. Tale indicazione è necessaria per reperire tempestivamente informazioni da eventuali CSM di provenienza
- **Segnalazione** che comprende:
 - motivazione per: A) Rischio autolesivo / suicidario; B) Valutazione di psicopatologica riscontrata dal clinico; c) Sintomatologia dichiarata dal soggetto
 - la data di segnalazione (che può non coincidere con la data di ingresso in Istituto)
 - il nominativo del segnalante.
- **Presa visione:** Il personale sanitario del DSM (primo turno successivo alla data di segnalazione) prende visione della segnalazione e avvia il processo di accoglienza e/o valutazione.

La segnalazione avviene di norma in coincidenza con l'ingresso in carcere del detenuto, a seguito della visita medica per i "nuovi giunti".

Può essere effettuata anche in epoca successiva, sia a seguito di richiesta del detenuto, che per l'insorgenza nel tempo di problematiche psicopatologiche.

**La scheda di screening comprensiva della valutazione clinica che ha determinato la segnalazione
deve essere inserita nella cartella sanitaria del detenuto e consultabile dal sanitario del DSM**

GENERALITA'		DETEZIONE		SEGNALAZIONE			PRESA VISIONE	
Cognome Nome	Luogo e data nascita	Data ingresso	Provenienza	Motivo	Data	Medico Segnalante	Data	firma sanitario Salute Mentale

ALLEGATO 3

SCHEDA DI ACCOGLIENZA

SCHEMA di ACCOGLIENZA

<p>NOMINATIVO</p> <p>Data e Luogo nascita</p> <p>Data inizio carcerazione..... Data ingresso in questo Istituto.....</p>

Posizione detentiva

- Proveniente dalla libertà**
- Trasferito da altro Istituto (.....)**
- Precedenti detenzioni**

<p>Composizione familiare ed eventuali patologie psichiche nel genitor</p> <p>Dichiara di aver subito maltrattamenti nella sua infanzia: no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>.....</p>

<p>Risorse economiche</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Scarse o assenti <input type="checkbox"/> Sufficienti nel breve periodo <input type="checkbox"/> Adeguate
----------------------------------	--

Colloquio e visita psicologica/psichiatrica		Note e specifiche
Accesso al colloquio	<input type="checkbox"/> Collaborante <input type="checkbox"/> Passivo <input type="checkbox"/> Oppositivo	
Vigile	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	
Lucido	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	
Orientato nei tre parametri	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	
Umore	<input type="checkbox"/> in Asse/nei limiti <input type="checkbox"/> Depresso <input type="checkbox"/> Disforico <input type="checkbox"/> Eccitato	
Ansia	<input type="checkbox"/> Assente <input type="checkbox"/> Lieve <input type="checkbox"/> Moderata <input type="checkbox"/> Elevata	
Alterazioni sensopercezione	<input type="checkbox"/> Assenti <input type="checkbox"/> Presenti	
Appetito	<input type="checkbox"/> Conservato <input type="checkbox"/> Alterato	

Alterazioni forma/contenuto del pensiero	<input type="checkbox"/> Assenti <input type="checkbox"/> Presenti	
Ritmo sonno-veglia	<input type="checkbox"/> Conservato <input type="checkbox"/> Alterato	
Progettualità futura	<input type="checkbox"/> Preservata <input type="checkbox"/> Incongrua/alterata	

Questionario sul Benessere Generale (GHQ-12)

<i>Nelle ultime 2 settimane si è sentito:</i>	<i>Più del solito</i>	<i>Come al solito</i>	<i>Meno del solito</i>	<i>Molto meno del solito</i>
1. in grado di concentrarsi su ciò che stava facendo	0	1	2	3
2. di aver perso molto sonno tanto da preoccuparsi	3	2	1	0
3. di essere produttivo nella maggior parte delle attività	0	1	2	3
4. in grado di prendere decisioni nella maggior parte dei casi	0	1	2	3
5. costantemente sotto pressione/stressato	3	2	1	0
6. di non essere in grado di superare le difficoltà	3	2	1	0
7. in grado di ritagliarsi del tempo per sé	0	1	2	3
8. in grado di risolvere i suoi problemi	0	1	2	3
9. infelice o particolarmente depresso	3	2	1	0
10. come se avesse perso la fiducia in se stesso	3	2	1	0
11. come se avesse minore stima di sé	0	1	2	3
12. con uno stato nel complesso felice o sereno	0	1	2	3

Punteggio da 0 a 14: assenza di rischio - **Punteggio da 15 a 36:** presenza di rischio

CONCLUSIONI

- non necessario, al momento, approfondimento diagnostico e presa in carico
- necessario l'avvio del percorso di valutazione diagnostica
- necessario l'avvio di un trattamento in urgenza e di un approfondimento diagnostico

DATA.....

Firma Sanitario

ALLEGATO 4

OBIETTIVI DI TRATTAMENTO

(in riferimento a Piano di Trattamento Integrato)

OBIETTIVI DI TRATTAMENTO (in riferimento a Piano di Trattamento Integrato)

Area problema	Obiettivi trattamento		Descrizione
Relazione terapeutica	aumento compliance trattamento		(aderenza a terapia farmacologica, presenza ai colloqui/visite, aderenza agli accertamenti prescritti, ...)
	costruzione alleanza terapeutica		(proposizione e partecipazione attiva agli obiettivi terapeutici e al programma di intervento, riconoscimento risultati del percorso terapeutico,...)
Sintomatologia	A breve e medio termine	miglioramento sintomatologia psicotica	(sintomatologia produttiva, negativa, gravi alterazioni comportamentali,...)
		miglioramento equilibrio timico	(disforia, depressione, eccitamento,...)
		miglioramento sintomatologia ansiosa	(ansia libera e/o strutturata, somatizzazioni,...)
		miglioramento controllo degli impulsi	(autolesionismo, aggressività eterodiretta, acting out,...)
		miglioramento ritmo sonno-veglia	(insonnia, ipersonnia, ...)
		miglioramento sintomatologia da DCA	(bulimia, anoressia, ...)
	A lungo termine	individuazione dei problemi connessi a sintomatologia iniziale	(individuazione delle ragioni che hanno potuto contribuire all'insorgenza della sintomatologia, ricostruzione della propria storia personale ...)
		raggiungimento di un diverso equilibrio psichico	(aumento della consapevolezza di sé, proposizione di atteggiamenti meno problematici ...)
Cognizione - affettività - relazionalità	miglioramento relazioni con ambiente interno		(relazioni tra pari, comunicatività verbale e comportamentale, interattività con operatori, partecipazione ad attività ricreative o socializzanti,...)
	miglioramento relazioni con ambiente esterno		(famiglia, rete dei servizi, volontariato,...)
	miglioramento capacità/stabilità cognitivo-affettiva		(gestione eventi stressanti, riconoscimento ed espressione delle emozioni, ...)
Progettualità	apprendimento abilità tecnico professionali		(frequenza attività di istruzione, formazione,)
	partecipazione a programmi di reinserimento		(attività lavorativa, collegamento con rete di servizi per il reinserimento,...)
Gestione benessere fisico	miglioramento cura del sé		(igiene, vestiario, abitudini alimentari,...)
	miglioramento cura salute generale		(aderenza prescrizioni, trattamenti di altra area medica)
	riduzione misuso psicofarmaci		(accumulo, vendita/acquisto in nero, assunzione non terapeutica, ...)