



GIUNTA REGIONALE DEL LAZIO

.....

ESTRATTO DAL PROCESSO VERBALE DELLA SEDUTA DEL 07/04/2009

=====

ADDI' 07/04/2009 NELLA SEDUTE DELLA REGIONE LAZIO, VIA  
CRISTOFORO COLOMBO 212 ROMA, SI E' RIUNITA LA GIUNTA REGIONALE CCSI'  
COMPOSTA:

MARRAZZO	Pietro	Presidente	MANCINI	Claudio	Assessore
		Vice			
MONTEINO	Esterino	Presidente	MARUCCIO	Vincenzo	"
ASTORRE	Bruno	Assessore	NIERTI	Luigi	"
COFFIPELLI	Anna Salome	"	RODANO	Giulia	"
COSTA	Silvia	"	SCALIA	Francesco	"
DALIA	Francesco	"	TIBALDI	Alessandra	"
DE ANGENIS	Francesco	"	VALENTINI	Daniela	"
DI CARLO	Mario	"	ZARATTI	Filiberto	"
NICHERA	Daniele	"			

ASSISTE IL SEGRETARIO: Paolo IACONIS

\*\*\*\*\* OMISSIS


ASSENTI: MONTEINO - ASTORRE COSTA - MANCINI RODANO - VALENTINI  
- ZARATTI

DELIBERAZIONE N. 230

Oggetto:

Approvazione "Manuale operativo per i professionisti dei Servizi  
per le tossicodipendenze (Ser.T.) addetti all'assistenza  
sanitaria ai detenuti tossicodipendenti".



230 - 7 APR. 2009 

**OGGETTO : Approvazione "Manuale operativo per i professionisti dei Servizi per le Tossicodipendenze (Ser.T.) addetti all'assistenza sanitaria ai detenuti tossicodipendenti".**

**LA GIUNTA REGIONALE**

Su proposta del Vice Presidente della Regione Lazio;

**VISTO** lo Statuto della Regione Lazio;

**VISTA** la legge regionale n. 6 del 18 febbraio 2002, concernente la disciplina del sistema organizzativo della Giunta e del Consiglio e disposizioni relative alla dirigenza ed al personale regionale e successive modificazioni ed integrazioni;

il Regolamento regionale n. 1 del 6 settembre 2002 concernente l'organizzazione degli uffici e dei servizi della Giunta e successive modificazioni ed integrazioni;

**VISTA** la Legge Costituzionale 18 ottobre 2001, n.3 recante: "Modifiche al titolo V della parte seconda della Costituzione";

**VISTA** la legge 26 luglio 1975, n. 354 e successive modifiche recante "Norme sull'ordinamento penitenziario e sulla esecuzione delle misure privative e limitative della libertà";

**VISTO** il D.P.R. 9 Ottobre 1990 n. 309: "Testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza" e sue successive modifiche ed integrazioni;

**VISTA** la legge n. 45/99: " Disposizioni per il Fondo Nazionale di Lotta alla Droga e in materia di personale dei servizi per le tossicodipendenze";

**VISTO** il DPR 30 giugno 2000 n. 230, recante norme sull'ordinamento penitenziario e sulle misure privative e limitative della libertà – Regolamento di esecuzione;

**VISTO** il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni, recante norme sul "Riordino della disciplina sanitaria, a norme dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421;

**VISTO** il decreto legislativo 22 giugno 1999, n. 230, recante norme per il riordino della medicina penitenziaria, a norma dell'articolo 5 della legge 30 novembre 1998, n. 419;

la legge 24 dicembre 2007, n. 244 concernente "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2008)" ed in particolare l'art. 2, comma 283, secondo cui, al fine di dare completa attuazione al riordino della medicina penitenziaria di cui al decreto legislativo n. 230 del 1999, con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro della salute e del Ministro della giustizia, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze e con il Ministro per le riforme e le innovazioni nella pubblica amministrazione, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sono definiti le modalita' e i criteri per il trasferimento, dal Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria e dal Dipartimento della giustizia minorile del Ministero della giustizia al Servizio sanitario nazionale, di tutte le funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali, afferenti alla sanità penitenziaria;



ALLEG. alla DELIB. N. 230 *02*  
DEL 7 APR. 2009

*ALLEGATO SA*



**REGIONE LAZIO**  
**ASSESSORATO ALLA SANITÀ**

Direzione Regionale Programmazione Sanitaria,  
*Area Programmazione della rete dei Servizi nell'area dei Soggetti Deboli*

**Manuale operativo per i professionisti dei  
Servizi per le Tossicodipendenze (Ser.T.) addetti  
all'assistenza sanitaria ai detenuti tossicodipendenti**

**Direzione Regionale Programmazione Sanitaria.**

*[Handwritten signature]*

*Roma, 2 Marzo 2009*

*il presente allegato è  
composto da n° 115 pag.*



Il presente manuale è stato discusso e condiviso dai seguenti membri del gruppo di lavoro "Tossicodipendenza e Carcere".

- Dirigente dell'Area Programmazione della Rete dei Servizi nell'area dei Soggetti Deboli -- dr.ssa Simonetta Fratini
- Responsabile Ser.T. ASL RM/A – dr.ssa Laura Orazi
- Responsabile Ser.T. ASL RM/B – dr. Sandro Libianchi
- Responsabile Ser.T. ASL RM/E – dr.ssa Lucia Carosi, dr.ssa Daniela Castiglia
- Responsabile Ser.T. ASL RM/F – dr. Salvatore Scarlata
- Psicologo Ser.T. ASL RM/F – dr. Massimo Borgioni
- Responsabile Ser.T. ASL RM/H – dr.ssa Emanuela Falconi
- Assistente sociale Ser.T. Velletri - ASL RM/H – dr.ssa Maria Luisa Erculei
- Responsabile Ser.T. Viterbo – dr.ssa Anna Rita Giaccone
- Medico Ser.T. ASL Rieti – dr. Fabrizio Di Francescantonio
- Responsabile medicina penitenziaria ASL Latina – dr. Antonio Andrea Ciurleo
- Coordinatrice Area Devianza ASL Frosinone – dr.ssa Adele Di Stefano
- Responsabile S.S. Devianza distretto D - ASL Frosinone – dr. Alessandro Ricci

Curatori del testo, in ordine alfabetico:

- ↓ Dr.ssa Adele Di Stefano
- ↓ Dr. Sandro Libianchi

Si ringrazia per la faticosa collaborazione tutto lo staff dell' *Area Programmazione della rete dei Servizi nell'area dei Soggetti Deboli*

ed in particolare:

- Sig.ra Giuseppina Anzecchiarico (segreteria organizzativa)
- Sig.ra Alba Alessandri (Parte normativa)
- Sig.ra Patrizia Sparvieri (Parte normativa)

Si ringraziano inoltre, per il prezioso apporto tecnico:

- Sig.ra Cristina Bianchi
- Sig.ra Silvia Francescangeli



## INDICE

Presentazione

Premessa

### 1. INDICAZIONI STRATEGICHE

#### 1.1. Visione- il problema, il contesto, base normativa, epidemiologia

*Aspetti socio-demografici - Adolescenti e giovani adulti (14-21 anni) sottoposti a procedimenti penali - Tipologia dell'offerta sanitaria nel Lazio per i tossicodipendenti detenuti o in misura alternativa*

#### 1.2. Missione operativa: obiettivi generali

*1.2.1. Miglioramento della qualità della vita*

*1.2.2. Riduzione della domanda di sostanze psicotrope legali ed illegali in carcere*

*1.2.3. Sistema Qualità*

#### 1.3. Obiettivi specifici e strategia

*1.3.1. Miglioramento qualità della vita*

*1.3.2. Riduzione della domanda di sostanze psicotrope legali ed illegali in carcere*

*1.3.3. Sistema Qualità*

### 2. GESTIONE DELLE RISORSE

2.1. Risorse umane

2.2. Risorse economiche, logistiche e strumentali

*2.2.1. I costi del sistema di assistenza*

*2.2.2. La gestione della logistica e delle strutture*

2.3. Piano della formazione



### **3. REALIZZAZIONE DEL PRODOTTO: PROCESSI OPERATIVI**

#### **3.1. Il processo di lavoro rivolto al paziente detenuto**

##### **3.1.1. Intake**

*Invii/segnalazioni indirette istituzionali - Richieste dirette -  
Invii/segnalazioni indirette non istituzionali*

##### **3.1.2. Accoglienza (triage)**

##### **3.1.3. Valutazione e diagnosi**

*Valutazione medica - Valutazione infermieristica - Valutazione sociale -  
Valutazione psicologica - Attività certificatoria*

##### **3.1.4. Progetto terapeutico**

*Raccomandazioni - Programma terapeutico interno al carcere -  
Programma terapeutico esterno al carcere, in "misura alternativa"*

##### **3.1.5. Monitoraggio**

*Monitoraggio "in corso di detenzione" - Monitoraggio "in misura  
alternativa"*

##### **3.1.6. Dimissioni/trasferimenti**

#### **3.2. Il processo di lavoro della prevenzione**

#### **3.3. La documentazione del processo (cartella clinica, registri, modulistica)**

### **4. RISULTATI: ANALISI, MONITORAGGIO, MIGLIORAMENTO**

#### **4.1. Risultati attesi**

#### **4.2. Misurazioni e monitoraggio**

#### **4.3. Azioni di miglioramento**

#### **Allegati**

n. 1 – Elenco Prestazioni

n. 2 – Modelli di Certificazioni di Alcol-Tossicodipendenza in uso

n. 3 – Modello di Idoneità al Programma Terapeutico

n. 4 – Normativa in tema di Professioni e Segreto Professionale

n. 5 – D.P.C.M. 1/4/08: Linee di Indirizzo in tema di Dipendenze

n. 6 – Diagrammi di Flusso



## Presentazione

Uno degli impegni preminenti della Regione Lazio in tema di sanità è quello di rendere compatibile la tutela della salute pubblica con le risorse disponibili, volendo garantire a tutti i cittadini pari percorsi assistenziali nel rispetto di quanto previsto dalla normativa a dalle indicazioni nazionali, in progressivo e continuo mutamento.

Il tema della assistenza ai detenuti con patologie della dipendenza è al centro dell'attenzione già da molti anni, ma sta rivestendo ultimamente un particolare interesse alla luce delle variazioni normative del settore, quali la modificazione del Testo Unico sulle Tossicodipendenze (L. 49/06) ed il transito delle competenze sanitarie per i detenuti dal Ministero di Giustizia alle Regioni.

Il Decreto (*"Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri concernente le modalità e i 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"*) firmato dal Presidente del Consiglio dei Ministri, dal Ministro dell'Economia e Finanze, dal Ministro della Sanità, dal Ministro per le riforme e le innovazioni nella Pubblica Amministrazione e dal Ministro della Giustizia il 1 Aprile 2008, è stato pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale Serie Generale – Parte Prima n. 126, di Venerdì, 30 Maggio 2008.

Definire la programmazione regionale di settore e individuare specifici percorsi assistenziali costituisce in questo momento un irrinunciabile ausilio alle ASL, che devono organizzare l'intero settore dell'assistenza sanitaria in ambito penitenziario.

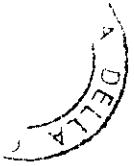
Il presente lavoro è stato elaborato alla luce delle indicazioni e norme regionali (Regolamento regionale 8.6.2007 n. 7. "Interventi a sostegno dei diritti della popolazione detenuta della Regione Lazio") e nazionali (Legge 24.12.2007 n. 244 "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato – Legge finanziaria 2008).

Il presente testo risponde all'esigenza di sviluppare un sistema di rete regionale, in grado di programmare, coordinare e valutare l'offerta dei servizi regionali di settore. La Regione intende offrire:

- **ai cittadini:** un sistema di assistenza che garantisca uno standard qualitativo minimo omogeneo e degli standards qualitativi differenziati in funzione della tipologia di struttura erogante
- **agli operatori pubblici e privati** del sistema di assistenza: uno strumento operativo in grado di supportarli nelle loro azioni professionali, nel rispetto degli Accordi già sanciti dalla regione, e delle indicazioni scientifiche
- **alle direzioni generali delle ASL ed ai responsabili locali dei servizi:** un mandato istituzionale univoco che li rafforzi e li indirizzi negli impegni che devono assumere attraverso i documenti di programmazione locale (atti aziendali, budget, obiettivi di settore, allocazione risorse)
- **agli altri Assessorati regionali ed enti:** un quadro di riferimento per successivi Accordi di collaborazione ed intervento finalizzato alla popolazione detenuta.



Questo Manuale costituisce il primo prodotto del Gruppo di Lavoro regionale per integrare la parte sanitaria delle Linee Guida "La tutela della salute in carcere-Adempimenti correlati all'applicazione del D. Lgs. 230 del 22.06.99 in tema di trasferimento al SSR dell'assistenza ai tossicodipendenti detenuti (art. 8 comma 1)". Le stesse continuano ad essere valide ed applicabili salvo che nelle parti modificate dal presente atto, anche ai sensi delle innovazioni apportate dal D.P.C.M. 1/4/08.



## Premessa

L'applicazione dal 1.3.2000 degli "Adempimenti Correlati all'Applicazione del Decreto Legislativo n° 230 del 22 Giugno 1999 in tema di trasferimento al Sistema Sanitario Regionale dell'assistenza ai Tossicodipendenti Detenuti (Art. 8, comma 1)" (Delibera di Giunta Regionale N° 6106 del 29 Dicembre 1999) ha, di fatto, realizzato una effettiva sperimentazione su un ampio numero di pazienti, molto maggiore di quanto previsto dal succitato Decreto legislativo.

Gli ulteriori cambiamenti apportati dal recente D.P.C.M. del 1° aprile 2008, comportano mutamenti negli scenari del trattamento sanitario dei detenuti, degli internati in generale e dei tossicodipendenti coinvolti nell'area penale. La nuova normativa impone di rivedere le procedure operative che vedono impegnati i professionisti delle ASL.

Nella necessità di un aggiornamento delle indicazioni sottoscritte congiuntamente dalla Regione Lazio e dal Ministero della Giustizia in data 1/3/00, si è ravvisata l'opportunità di adeguare le procedure sanitarie al fine di garantire una omogenea offerta di servizi socio sanitari su scala regionale in ambito penitenziario, verso un continuo miglioramento della qualità degli stessi.

Il testo si presenta suddiviso in diverse sezioni, l'insieme delle quali costituisce la base programmatica per la gestione di un sistema-qualità che possa permettere il successivo accreditamento e/o un processo certificatorio.

Con queste finalità è stato dato mandato al Gruppo di Lavoro Regionale (Determina regionale n. 2189 del 27.07.06 e Atto di Organizzazione n. D4183 del 16.11.06) di:

- redigere un documento esplicativo degli interventi di assistenza sanitaria per detenuti tossicodipendenti effettuati dalle ASL
- elaborare strumenti operativi utili al fine dell'assistenza stessa
- analizzare la normativa vigente alla luce dei nuovi mandati istituzionali.

## AVVERTENZE

*N.B. Nel presente documento ogni qualvolta si legga "tossicodipendente" o "tossicodipendenza" si deve intendere e/o "alcoldipendente" e/o "alcoldipendenza", se non altrimenti specificato.*



## **1. INDICAZIONI STRATEGICHE**

### **1.1. Visione, il problema, il contesto, base normativa, epidemiologia**

L'OMS, Organizzazione Mondiale della Sanità, ha definito il concetto di dipendenza come uno stato psichico e talvolta fisico risultante dall'interazione tra un organismo vivente e una sostanza, e caratterizzato da modificazioni del comportamento o reazioni che determinano la compulsione ad assumere la sostanza in modo continuativo o periodico, per sperimentare i suoi effetti psichici e per evitare gli effetti di privazione.

Il diritto dei detenuti ad una assistenza sanitaria all'interno delle carceri viene sancito per la prima volta con Legge 9.10.1970 n. 740 e con Legge 26.7.1975 n. 354, approvata con DPR 29.4.1976 n. 431. In queste norme viene affermato che le prestazioni sanitarie sono erogate da medici incaricati per l'assistenza di base, da medici specialisti e da infermieri; una attenzione particolare viene rivolta alla salute mentale, riconoscendo il ruolo degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG) dove è previsto che i Direttori siano dei medici specialisti in Psichiatria. È prevista anche la figura di Esperti qualificati (art. 80) i quali, soprattutto psicologi, in ottemperanza alle esigenze dell'Ordinamento Penitenziario, garantiscono sin dall'entrata in carcere del detenuto una effettiva presa in carico e contribuiscono alla fase dell'osservazione della personalità e alla tutela dello stato di salute psichica del detenuto.

Fino al 1990 pochissime sono state le integrazioni o modifiche a tale stato normativo e queste hanno riguardato quasi esclusivamente il problema dei malati di AIDS e della loro possibilità di uscire dal carcere per essere sottoposti a cure presso strutture extracarcerarie. A fronte di questa marcata carenza legislativa nazionale, numerose sono state le risoluzioni di organismi internazionali che hanno espresso pareri e raccomandazioni in merito (OMS, Consiglio d'Europa, Governi locali, etc.). Il rilievo sollevato unanimemente da tali documenti è stato che i vari sistemi sanitari erano, nello specifico settore, generalmente carenti o inefficaci, che le prestazioni rese all'interno delle carceri erano di qualità nettamente inferiori a quelle ricevute dai cittadini in libertà e che tale discriminazione dovesse essere superata. Alle medesime conclusioni arrivava anche una approfondita ricerca condotta dalla Commissione Igiene e Sanità del Senato della Repubblica Italiana nel 1995.

Il 30 Novembre 1998, il Parlamento vara la Legge n. 419 ("Delega al Governo per la razionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale e per l'adozione di un testo unico in materia di organizzazione e funzionamento del Servizio Sanitario Nazionale. Modifiche al D.Lgs. 30 Dicembre 1992 n. 502). All'art. 5 (Riordino della medicina penitenziaria) il legislatore ha chiesto l'osservanza di alcuni principi e criteri direttivi ben precisi:

1. Prevedere specifiche modalità per garantire il diritto alla salute delle persone detenute ed internate attraverso forme progressive di inserimento, con opportune sperimentazioni di modelli organizzativi anche eventualmente differenziati in relazione alle esigenze ed alle realtà del territorio, all'interno del Servizio



- Sanitario Nazionale, di personale e di strutture sanitarie dell'amministrazione penitenziaria;
2. Assicurare la tutela delle esigenze di sicurezza istituzionalmente demandate all'amministrazione penitenziaria;
  3. Prevedere l'organizzazione di un'attività specifica al fine di garantire un livello di prestazioni di assistenza sanitaria adeguato alle specifiche condizioni di detenzione o internamento e l'esercizio delle funzioni di certificazione rilevanti ai fini di giustizia;
  4. Prevedere che il controllo sul funzionamento dei servizi di assistenza sanitaria alle persone detenute o internate sia affidato alle regioni ed alle Aziende unità sanitarie locali;
  5. Prevedere l'assegnazione, con decreto del Ministro del Tesoro, del Bilancio e della Programmazione economica, al Fondo Sanitario nazionale delle risorse finanziarie, relative alle funzioni progressivamente trasferite, iscritte nello stato di previsione del Ministero della giustizia, nonché i criteri e le modalità della loro gestione.

Il 22 Giugno 1999 viene promulgato il primo decreto in delega alla L. 419/98: il D.Lgs. n. 230. Esso fornisce chiare direttive in materia e pone come prima scadenza della fase sperimentale il 1° Gennaio 2000, data a partire dalla quale si prevede che tutte le competenze in materia di tossicodipendenza e prevenzione vengano riunite e trasferite ai Ser.T. ed ai Dipartimenti di Prevenzione delle AUSL, che dovranno operare sulla base di direttive regionali concordate con gli organi periferici del Ministero della Giustizia (Direzioni delle carceri, Provveditorati Regionali, etc.).

Come precedentemente riportato, il 1° Marzo 2000 la Regione Lazio, ha sottoscritto con il Provveditorato Regionale del Lazio-Ministero della Giustizia un Protocollo Operativo relativo agli adempimenti collegati all'applicazione del citato D.Lgs. n. 230 e relativi alla presa in carico dei tossicodipendenti detenuti. Il documento è stato applicato presso le ASL interessate: Roma A, Roma B, Roma E, Roma F, Roma H, Frosinone, Latina, Rieti, Viterbo, non ospitando le altre Aziende sul proprio territorio di competenza alcun istituto di pena.

Il Lazio è, tra l'altro, regione identificata, in una prima fase - ai sensi del Decreto 20 Aprile 2000 - insieme a Puglia e Toscana, cui si sono in seguito aggiunte: Emilia Romagna, Campania e Molise, quale regione 'test' che ha sperimentato il progressivo trasferimento di tutte le altre funzioni sanitarie, oltre a quelle relative alla tossicodipendenza e alla prevenzione. Tutto ciò che è stato attuato in questa direzione ha dato sufficienti indicazioni circa i percorsi assistenziali da mettere in atto, rilevando peraltro l'assenza di indirizzi normativi sulle competenze amministrative degli Enti interessati.

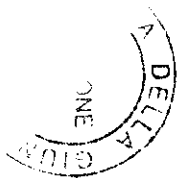
Si evidenzia, infine, che con l'approvazione della Legge finanziaria 2008 e con il D.P.C.M. del 1° aprile 2008 è stato realizzato il completo e irreversibile trasferimento di ogni funzione sanitaria a favore dei detenuti, dal Ministero della Giustizia alle Regioni, con il relativo transito di risorse economiche, di strumentazioni, dei locali e del personale.



Ulteriore importanza assume la Legge 8.11.2000 n. 328 (“Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali”), per promuovere interventi atti a garantire la qualità della vita, pari opportunità, non discriminazione e diritti di cittadinanza, in coerenza con gli articoli n. 2,3 e 38 della Costituzione Italiana. Le azioni relative alla Legge 328/2000 sono garantite attraverso la promozione della partecipazione attiva dei cittadini, il contributo delle organizzazioni sindacali, delle associazioni sociali e di tutela degli utenti per il raggiungimento dei fini previsti dalla norma stessa.

#### *Aspetti socio-demografici*

Nella Regione Lazio sono attualmente presenti 18 strutture penitenziarie. Il fenomeno della detenzione si caratterizza per aspetti demografici, sociali, economici, psicologici, antropologici e strutturali del tutto peculiari. Una esatta conoscenza di queste variabili dinamiche risulta determinante per un buon approccio metodologico e di organizzazione sanitaria. La tabella sottostante riporta i dati concernenti la popolazione detenuta nelle strutture in ambito regionale.



	ASL	Strutture	Tipologia	Presenze Totali U/D (1)	Entrati Totali U/D (3)	TD Presenti (2)	Stranieri presenti (1)	Stranieri Entrati (3)
Rieti	RI	1	circondariale	40/0	122/0	12/0	20	61
Viterbo	VT	1	circondariale	615/0	156/0	38/0	218	60
		1	ospedaliera				.	
Civitavecchia	Roma F	1	circondariale	412/33	288/48	133/5	219	188
		1	reclusione	45/0	0/0	0/0	5	0
Roma	Roma A	1 (Regina Coeli)	circondariale	901/0	1851/1	545/0	583	1073
		Rebibbia - NC	circ. + reclus.	1446/0	692/0	325/0	451	288
	Roma B	Rebibbia - CR	reclusione	302/0	4/0	65/0	24	1
		Rebibbia - 3aCC	circondariale	32/0	0/0	25/0	3	0
		Rebibbia - CF	circ. + reclus.	0/312	0/405	0/100	179	217
		1	ospedaliera	9/0				5
Roma D	1	C.P.A.	2/0	252/93	N.D.	0/0	148/83	
Roma E	1 (Casa Del Marmo)	Minorile	31/11	160/82	N.D.	N.D.	68/35	
Velletri	Roma H	1	circondariale	356/0	298/0	130/0	13	132
Latina	LT	1	circondariale	119/39	322/3	24/0	48	116
Frosinone	FR	1	circondariale	449/0	125/0	198/0	169	29
Cassino		1	circondariale	187/0	151/0	50/0	66	48
Paliano		1	reclusione	38/1	0/0	0/0	8/10	0
<b>TOTALI</b>				<b>4.984-396</b>	<b>3.139-632</b>	<b>1.543-105</b>	<b>1.998</b>	<b>2.557</b>

1. al 31 Dicembre 2008

2. al 30 giugno 2008

3. nel corso del 1° semestre 2008

N.D. = dato non disponibile

Tab. E: Detenuti e Strutture penitenziarie nella Regione Lazio. (Fonte dati: Ministero della Giustizia)

Pur non esistendo un sistema di rilevazione nazionale o regionale delle patologie in ambito penitenziario e permanendo gravi lacune circa la possibilità di osservare in modo scientificamente rigoroso la natura e la frequenza delle patologie di cui è affetta la popolazione carceraria, l'osservazione diretta degli operatori sanitari ha evidenziato



come, attualmente, in ambito penitenziario prevalgano le patologie da dipendenza e quelle infettive e psichiatriche ad essa correlate (infezione da HIV, epatiti virali, tubercolosi). A tale proposito si ricorda che ai sensi dell'art. 118 del DPR 309/90 i Ser.T. hanno il coordinamento funzionale delle risorse terapeutiche anche in tema di patologie infettive correlate alla tossicodipendenza.

In carcere, le patologie dell'apparato cardiovascolare e gastroenterico colpiscono prevalentemente classi di età relativamente più basse rispetto al resto della popolazione; frequenti sono anche le malattie osteoarticolari e le broncopneumopatie croniche-ostruttive, essenzialmente legate all'elevato consumo di tabacco. Di difficile gestione sono anche le malattie metaboliche quali il diabete mellito, che dovrebbero comportare l'osservanza di regimi dietetici, l'effettuazione di sufficienti livelli di attività fisica e la possibilità di automonitoraggio glicemico.

#### *Adolescenti e giovani adulti (14-21 anni) sottoposti a procedimenti penali*

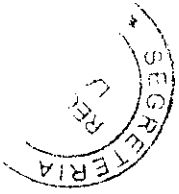
Pur facendo riferimento agli stessi orientamenti normativi e assumendo quanto precedentemente indicato, si ritiene opportuno riservare uno spazio al settore penale minorile poiché presenta alcuni elementi di specificità - connessi al mandato normativo e istituzionale, all'organizzazione del sistema dei servizi e alla peculiarità dell'utenza - che necessitano di altrettanto specifici indirizzi di programmazione.

Per quanto riguarda la dimensione organizzativa, il modello d'intervento della Giustizia Minorile si basa essenzialmente su un sistema integrato di servizi che comprende, nel Lazio, oltre all'Istituto Penale Minorile (IPM), un Centro di Prima Accoglienza (CPA) ed un Ufficio di Servizio Sociale per i Minorenni (USSM), tutti dipendenti dal Centro Giustizia Minorile per il Lazio e l'Abruzzo.

I dati della tab. 1 evidenziano una peculiarità del settore: la significativa prevalenza dell'utenza sottoposta a misure cautelari non detentive e a misure sostitutive ed alternative alla pena detentiva.

La specifica domanda di salute che l'adolescente che compie reati pone sembra rimandare ad alcune specifiche dimensioni:

- la necessità di una significativa presa in carico psicologica per una analisi dei significati veicolati dall'azione-reato (sempre più frequentemente l'azione-reato rimanda a quadri di personalità che presentano forme di disagio psicopatologico, talora importante). Questo impone la necessità di dotarsi di adeguati strumenti per la valutazione e la presa in carico, così come rende urgente il tema della potenziamento di strutture di tipo residenziale per l'accoglienza di giovani con questa forma di disagio e sottoposti a misure restrittive della libertà;
- la diversa connotazione del fenomeno della tossicodipendenza in età evolutiva: si registra l'emergere significativo di "nuove dipendenze" e nuove modalità di assunzione (poliassunzione) che rendono necessario elaborare progettualità capaci di "agganciare" un ragazzo che, in genere, non si riconosce alcun



problema di dipendenza e che siano in grado di cogliere il complesso legame tra crisi evolutiva dell'adolescente ed uso di sostanze psicotrope.

Questi elementi rendono necessario predisporre modelli operativi fondati su criteri di globalità e continuità dell'intervento e di unitarietà del sistema dell'intervento, anche attraverso l'adozione, nell'ambito del distretto sanitario, dei più adeguati interventi interprofessionali per la tutela della salute dell'adolescente autore di reato.

### *Tipologia dell'offerta sanitaria nel Lazio per i tossicodipendenti detenuti o in misura alternativa*

L'intervento sanitario per i tossicodipendenti detenuti è attualmente regolamentato dal D.Lgs. 230/99, dalla L.R. 8.6.07 n.7, dalla L. 24.12.07 n. 244.

Dal mese di ottobre 2008, per effetto della legge finanziaria 2008 e del D.P.C.M. del 1° aprile 2008, le ASL assicurano l'assistenza di base espletata da medici incaricati, l'assistenza in emergenza svolta da medici di guardia, l'assistenza psicologica ed infermieristica e l'assistenza specialistica erogata da medici specialisti convenzionati.

Le ASL assicurano, altresì, l'assistenza specialistica per la tossicodipendenza attraverso i Ser.T., il ricovero ospedaliero, la diagnostica strumentale. A questo proposito, si ricorda iniziative particolarmente significative, quali il "Day Hospital" del Ser.T. della ASL Roma "B" presso il Nuovo Complesso di Rebibbia, dotato di 40 posti letto. Nel Lazio esiste inoltre un Istituto a Custodia Attenuata per Detenuti Tossicodipendenti (ICATT), gestito e coordinato dal punto di vista assistenziale complessivo, dal Responsabile del Ser.T.

Il ricovero ospedaliero viene garantito presso gli ospedali della regione attraverso piantonamenti a cura della Polizia Penitenziaria e in camere di sicurezza, come illustrato in tabella n. 1.

Le ASL assicurano, inoltre, il controllo delle condizioni igienico-ambientali degli Istituti penitenziari, la prevenzione dei rischi connessi all'attività lavorativa e le vaccinazioni del personale penitenziario, la vigilanza sugli alimenti e sulle mense, attraverso i Servizi di Prevenzione.

Il percorso di trattamento per il tossicodipendente è seguito dai Ser.T. all'esterno della struttura carceraria, anche attraverso la rete dei servizi del Terzo Settore che comprende: servizi a bassa soglia, Comunità terapeutiche, Centri diurni, anche gestiti da organismi di volontariato.

L'attuazione dei citati provvedimenti normativi inerenti i diritti dei detenuti, ivi inclusi settori anche molto eterogenei tra loro, come la formazione, l'edilizia, la mediazione interculturale e la sanità, permette la presa in carico globale del paziente da parte delle ASL e degli Enti locali preposti della persona detenuta.

Il paziente tossicodipendente può, pertanto, con più facilità, essere seguito con maggiore coerenza nel suo percorso di salute. Alla luce di questo importante



cambiamento il presente documento offre la base per la presa in carico e la gestione del paziente tossicodipendente da parte del sistema sanitario regionale.

## **1.2. Missione operativa: obiettivi generali**

L'istituzione carceraria, notoriamente, determina una cornice ambientale tale che la progettazione e realizzazione degli interventi terapeutici devono assumere una connotazione differente da quelli che sono usualmente erogati sul territorio, ai cittadini liberi. Ciò non solo in virtù dell'operare entro una Istituzione totale, che determina una inevitabile limitazione ai processi di lavoro estranei alla stessa, ma anche in virtù della mancata "libertà" di scelta del detenuto tossicodipendente nei confronti dei propri percorsi di cura. Anche nei casi in cui ci sia una adesione piena al programma terapeutico, lo stesso non può essere esente dal rischio di rivestire un ruolo strumentale e finalizzato all'ottenimento di un beneficio relativamente alla permanenza in carcere (misura alternativa, differimento o sospensione della pena, detenzione domiciliare, ecc.). Relativamente al rapporto fiduciario, alla base di ogni interazione terapeutica, bisogna ricordare che questo assume una connotazione del tutto particolare e spesso inficiata dalla valenza legale di questa prestazione, in quanto condizionante l'applicazione di eventuali misure alternative alla detenzione. Nell'ambito del rapporto fiduciario e nel rispetto del segreto e della deontologia professionale, è comunque necessario che il curante-terapeuta operi con senso di realismo rispetto al contesto detentivo e alla conseguente limitazione della libertà individuale, non innescando nel paziente pericolosi meccanismi di negazione e di scissione della realtà.

Inoltre, nel contesto carcerario non si è tenuto sinora in debito conto del valore della prevenzione nell'ambito delle tossicodipendenze, che riveste due caratteri essenziali. Il primo è la prevenzione della "ricaduta" nell'uso di sostanze sia all'interno che all'esterno della struttura carceraria, il secondo è la prevenzione delle complicanze, soprattutto infettivologiche, dell'uso di droga in carcere ("*Riduzione del Danno*"). Oltre a questi elementi, è doveroso prevedere il coinvolgimento attivo del personale penitenziario, quale partner elettivo per veicolare messaggi di promozione della salute.

Infine, in considerazione dell'esperienza fin qui attuata è possibile strutturare un sistema di qualità che possa garantire un monitoraggio degli interventi, con la conseguente correzione degli stessi qualora se ne ravvisi la necessità. È indispensabile strutturare un sistema che permetta una valutazione costante degli esiti di salute, dell'efficienza del sistema stesso ed una conseguente stima del loro rapporto (performance). Questo assetto valutativo e gli strumenti operativi ad esso connessi possono costituire la base su cui strutturare sia percorsi di benchmarking regionale, specifico di settore, sia percorsi verso l'accreditamento istituzionale o volontario e la certificazione di qualità (norme ISO) in una logica di Miglioramento Continuo della Qualità (MCQ).



### **1.3.1. Miglioramento qualità della vita**

- *Garantire l'offerta di appropriate prestazioni terapeutiche e di continuità assistenziale*

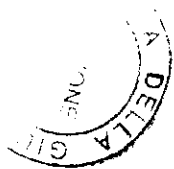
L'appropriatezza della prestazione terapeutica deve riguardare tutti i tipi di trattamento erogabili, per i quali è preliminare il corretto inquadramento della problematica del soggetto in esame. Caso particolare è dato dal trattamento farmacologico, per il quale l'appropriatezza è anche direttamente correlabile alla tempistica che intercorre tra la domanda e il trattamento stesso. La continuità assistenziale deve essere garantita su tutto il percorso del paziente (territorio-carcere-territorio), che corrisponde all'impegno nel mantenere connessa la rete assistenziale.

- *Ridurre la mortalità e la morbosità legate alla tossicodipendenza, all'abuso da sostanze ed alle patologie correlate anche ai comportamenti a rischio come pratiche sessuali, tatuaggi, piercing ("Riduzione del Danno")*

Come previsto dalla normativa e da specifiche linee guida, anche dentro il carcere deve essere perseguito questo obiettivo, che viene influenzato dalla necessità di profondi cambiamenti strutturali e culturali nelle strutture carcerarie. Con il passaggio delle competenze sanitarie alle ASL è più realizzabile il raggiungimento di questo obiettivo.

- *Incrementare i percorsi di reinserimento, mirati a migliorare il livello d'integrazione relazionale, sociale e lavorativa*

In un'ottica di presa in carico globale del paziente deve essere dato rilievo al processo di reinserimento sociale e lavorativo, da costruire sin dall'inizio del periodo di carcerazione. Attualmente l'avvio di tale processo mirato principalmente alla organizzazione della vita intramuraria, viene realizzato soprattutto dall'educatore penitenziario. Lo studio e la messa in atto delle misure alternative rivolte al tossicodipendente detenuto sono compito ineludibile dei servizi delle tossicodipendenze, che dovranno altresì potenziare l'impegno di intervento anche per la fascia di popolazione che ancora non rientra nei termini di applicabilità delle misure stesse.



Obiettivo specifico	Azione
Garantire l'offerta di appropriate prestazioni terapeutiche e di continuità assistenziale	immediata accoglienza da parte del Ser.T. dei detenuti segnalati o che ne facciano richiesta
	diagnosi multidisciplinare e presa in carico da parte dell'equipe Ser.T.
	offerta di appropriati trattamenti multimodali integrati e personalizzati, tenendo in considerazione anche le variabili di genere, di etnia e di minore età
	gestione delle patologie concomitanti e/o correlate, con particolare riguardo alle patologie mentali ed infettive anche attraverso convenzioni e/o accordi con altri Servizi
	attuazione di misure di accompagnamento (invio, orientamento, tutoring, ecc) dopo la dimissione dall'Istituto
Ridurre la mortalità e la morbosità legate alla tossicodipendenza, all'abuso da sostanze e alle patologie correlate anche ai comportamenti a rischio come pratiche sessuali, tatuaggi, piercing (ricuzione del danno)	offerta di presidi sanitari (riferimenti alla L. regionale del 17 febbraio 1992 n. 11 e al D.G.R. 11 settembre 1996 n. 220)
	screening e diagnosi patologie correlate
	attivazione e coordinamento di una rete specialistica dedicata intra-aziendale (UOOO specifiche territoriali e ospedaliere)
	offerta di provvedimenti terapeutici antagonisti e di kit specifici all'uscita dal carcere per protezione dall'overdose
Incrementare i percorsi di reinserimento, mirati a migliorare il livello d'integrazione sociale e lavorativa	promozione di azioni coordinate tra le strutture del Ministero Giustizia, gli Enti Locali (Municipalità, Province, ecc.) ed i distretti sanitari ASL
	attivazione di programmi di tutoring, di accompagnamento sociale e di reinserimento socio-lavorativo

Tab. II: Miglioramento della Qualità della vita.



### 1.3.2. *Riduzione della domanda di sostanze psicotrope legali ed illegali in carcere*

- *Definire e realizzare delle strategie da attuare nelle strutture carcerarie in tema di prevenzione primaria e di contrasto clinico dei fenomeni di consumo di sostanze illegali e di consumo non prescrittivo di sostanze psicotrope legali in carcere.*

Nell'ambito di questo fenomeno è necessario distinguere le sostanze che possono essere più spesso implicate nella domanda da parte dei detenuti: alcool, stupefacenti e farmaci psicotropi. Per quanto riguarda le bevande alcoliche, nonostante, sia proibito l'uso dei superalcolici e strettamente regolamentato l'uso di alcolici, si riscontrano comunque frequenti casi di etilismo acuto. Il fenomeno del consumo degli alcolici coinvolge anche la popolazione che affierisce alla struttura carceraria per motivi professionali. Per quanto riguarda i farmaci psicotropi si riscontra una tendenza ad usi prolungati, con dosaggi elevati, influenzato anche dalle pressioni ambientali nei confronti dei prescrittori. Per quanto riguarda gli stupefacenti è noto il riscontro di indicatori ed eventi che segnalano la presenza di consumo di sostanze illegali entro le strutture. A questo proposito si citano: i sequestri di dispositivi iniettivi, i sequestri di sostanze illegali, gli arresti di persone coinvolte nel traffico intra e peri-carcerario, il riscontro di positività nei cataboliti urinari, le overdoses, le intossicazioni acute da inalanti, ecc.

Obiettivo specifico	Azione
Definire e realizzare delle strategie da attuare nelle strutture carcerarie in tema di prevenzione primaria e di contrasto clinico dei fenomeni di consumo di sostanze illegali e di consumo non prescrittivo di sostanze psicotrope legali in carcere	Attivazione di reti intra ed extra aziendali per la realizzazione di programmi specifici di prevenzione (con altre strutture ASL, Enti Locali, Terzo settore, ecc.), anche in relazione ai nuovi stili di consumo
	Interventi di prevenzione del consumo di alcolici
	Interventi di prevenzione (informativi educativi, life skills, peer education, ecc.) rivolti a tutta la popolazione detenuta

Tab. III: Riduzione della domanda di sostanze psicotrope legali ed illegali in Carcere.



### **1.3.3. Sistema Qualità**

- *Monitorare le caratteristiche del fenomeno di uso/abuso, anche con rilevazioni epidemiologiche entro le strutture carcerarie.*

Le strutture carcerarie non sono mai state oggetto di specifici studi controllati relativi all'uso/abuso di sostanze stupefacenti, in quanto per lungo tempo si è implicitamente ritenuto che ne dovessero essere immuni. In realtà attraverso gli indicatori specifici già menzionati (vedi obiettivo precedente) sarebbe possibile stimare la diffusione del fenomeno e fornire elementi utili per successivi interventi di rilevazione più accurata.

- *Promuovere il monitoraggio continuo della qualità e la valutazione degli esiti, attraverso metodi e procedure comuni in ambito regionale.*

Il sistema regionale vuole garantire un processo di miglioramento continuo a partire dalla valutazione degli esiti raggiunti con gli interventi adottati. Ogni singola ASL dovrà predisporre deliberazioni locali di programmazione annuale per attività in ambito penitenziario, in linea con le indicazioni regionali ed i bisogni di salute locali. Il Gruppo di lavoro regionale garantisce la consulenza per le azioni di programmazione, monitoraggio e valutazione, fornendo strumenti omogenei su scala regionale e producendo reports periodici. Le singole ASL applicano gli strumenti di monitoraggio e di valutazione degli esiti in ambito di assistenza sanitaria a tossicodipendenti detenuti, predisponendo annualmente la pianificazione dell'attività.

- *Assicurare percorsi formativi permanenti per il personale*

La formazione è lo strumento cardine per la promozione della qualità di un servizio e pertanto deve essere strettamente collegata agli obiettivi strategici ed operativi programmati. Ne consegue che le ASL, in collegamento con la programmazione formativa aziendale anche nell'ambito dei programmi ECM, debbano assicurare adeguati percorsi formativi interni dedicati al personale che opera nei confronti della popolazione detenuta, soprattutto mirata alla realizzazione di percorsi di integrazione operativa tra servizi. La Regione Lazio garantisce la formazione del personale in linea con quanto programmato dal presente documento e dalle proprie direttive.

- *Adeguare le risorse umane e logistiche*

Per la realizzazione degli obiettivi regionali è necessaria una adeguata dotazione di risorse umane (vedi capitolo 2.1), nel pieno adempimento di quanto previsto dalla L. 45/99 (soprattutto per quelle ASL che non vi hanno ancora adempiuto, attraverso una puntuale rassegna del personale avente titolo). Per quanto concerne le risorse logistiche è ritenuto in questa fase indispensabile, e di pertinenza del Servizio Sanitario, la messa in rete, anche informatica, dei Ser.T. interni al carcere, per poter assicurare il monitoraggio degli interventi e la valutazione degli esiti in modo omogeneo.



- *Definire il modello organizzativo*

Le ASL devono assicurare gli obiettivi di salute contenuti nel Piano Sanitario Regionale e perseguire gli obiettivi generali e specifici del presente documento, garantendo una organizzazione dei servizi coerente con l'intero assetto aziendale e con le indicazioni regionali. Il Ser.T. deve mantenere la propria unità di intervento, mantenendo l'assetto di servizio multiprofessionale, non suddiviso in articolazioni secondarie e non frammentato in più servizi.

Il Ser.T. che opera entro l'Istituto penitenziario deve essere in stretta connessione funzionale con gli altri Ser.T. territoriali aziendali (nei possibili modelli organizzativi che si articolano in: Dipartimento per le Dipendenze, Unità Complessa, Area, od altre denominazioni). I Ser.T. che operano entro istituti penitenziari costituiscono la Rete Regionale dei Ser.T.. I Responsabili dei Ser.T. che operano entro un istituto penitenziario, devono essere consultati in occasione della definizione e della redazione della Programmazione Sanitaria Locale della ASL, direttamente dalla Direzione strategica e/o dal Collegio di Direzione. Le Aziende che hanno nel loro territorio una struttura a 'Custodia Attenuata' per detenuti tossicodipendenti, creano o mantengono una propria sede amministrativa e terapeutica in tali contesti al fine di massimizzare l'offerta sanitaria in concomitanza con l'opera di trattamento penitenziario messa in atto dalle Direzioni penitenziarie. A tale proposito i Ser.T. presentano un piano di utilizzazione degli spazi ad esso dedicati. (art. 96 c. 4 - DPR 309/90 e D.P.C.M. 1/4/08).



Obiettivo specifico	Azione
Monitorare le dimensioni del fenomeno di uso ed abuso, anche con rilevazioni epidemiologiche entro le strutture carcerarie	Promozione e realizzazione di indagini multicentriche di studio del fenomeno
Promuovere il monitoraggio continuo della qualità e la valutazione degli esiti, attraverso metodi e procedure comuni in ambito regionale	Formulazione di piani programmatici locali basati sulla rilevazione dei bisogni di salute
	Utilizzo del sistema informativo regionale
	Revisione periodica ed applicazione degli indicatori di outcome
	Individuazione di Gruppo di lavoro regionale dedicato al monitoraggio ed alla valutazione
	Attivazione di azioni correttive per il Miglioramento Continuo della Qualità
Assicurare percorsi formativi permanenti per il personale	Predisposizione nel piano formativo aziendale di percorsi dedicati
	Predisposizione di programma formativo regionale per la realizzazione di quanto programmato dalla Regione in ambito di assistenza ai detenuti tossicodipendenti
Adeguare le risorse umane e logistiche	Adempimento della Legge 45/99 (con rassegna degli aventi titolo)
	Messa in rete dei Ser.T. regionali che operano entro istituti penitenziari
	Redazione a cura dei Ser.T. del piano dell'utilizzazione logistica degli spazi dedicati e transitati
Definire il modello organizzativo	Individuazione dei modelli organizzativi di collegamento tra i Ser.T. e le altre strutture ASL, che operano in ambito penitenziario, ai sensi della D.Lgs. 230/99 e succ. mod. e della L. 45/99 e art. 118 del DPR 309/90
	Coinvolgimento del responsabile del Ser.T. che opera in istituto penitenziario nella definizione della programmazione Sanitaria Locale (anche in Collegio di Direzione)

Tab. IV: Il Sistema Qualità.



## GESTIONE DELLE RISORSE

### 2.1. Risorse umane

Le risorse umane costituiscono uno degli elementi-chiave per garantire la qualità del servizio e quindi l'erogazione di prestazioni adeguate.

L'attuale normativa di riferimento per il computo delle figure professionali che devono operare nei Ser.T. è data dal D.M. 444/90, dal D.Lgs. 230/99 e dal D.P.C.M. 1/4/08.

	Bassa utenza (fino a 60 utenti)	Media utenza (60/100 utenti)	Alta (100/150 utenti)
Medici	2	3	4
Infermieri o assistenti sanitari	2	3	4
Psicologi	2	3	4
Assistenti sociali	2	3	4
Educatori professionali, di comunità	1	2	2
Amministrativi	1	1	1
Altro personale	1	1	2

Tab. V: Organico dei Ser.T. come previsto dal D.M. 444/90.

	Popolazione carceraria			
	< 100	100/300	300/500	ogni 100 unità aggiuntive
Medici	1	1 + 1 part time	2	1
Infermieri			1	
Psicologi		1	2	
Assistenti Sociali	1	1	1	
Educatori profess.			1	
Amministrativi				
Altro				

Tab. VI: Organico aggiuntivo per Ser.T. dotati di strutture carcerarie nel proprio territorio, secondo il D.M. 444/90.



	Tipo 1	Tipo 2	Tipo 3	Tipo 4	Tipo 5	Tipo 6	Tipo 7
Detenuti (Utenze unità)	< 100 U	100 - 300 U	300 - 500 U	500 - 600 U	700 U	1000 U	2400 U
Ser.T.	Casal del Marmo, Paliano, Rieti, CPA	Latina, Cassino	C. Vecchia (2), Velletri	Frosinone	Viterbo	Regina Coeli	Rebibbia 1+2+3+4
Medici	5	5 + 1 u. p.	6	7	8	11	24
Infermieri	4	4	5	5	5	5	5
Psicologi	4	5	6	6	6	6	6
Ass. Soc.	5	5	5	5	5	5	5
Ed. prof.	2	2	3	3	3	3	3
Ammin.	1	1	1	1	1	1	1
Altro	2	2	2	2	2	2	2

Tab. VII: Organico previsto per Ser.T. regionali, dotati di strutture carcerarie.

Il quadro che scaturisce dall'applicazione del Decreto 444/90 pone in evidenza che:

- tra i Ser.T. con strutture carcerarie non sono presenti quelli denominati "a bassa utenza" o a "media utenza", in quanto risultano essere tutti ad "alta utenza" ed ad "altissima utenza", ancor più se si considera la presenza della popolazione detenuta
- il numero medio di soggetti in carico ai Ser.T. dotati di strutture carcerarie risulta essere pari a circa 650 soggetti nelle "giornate indice" (15 giugno e 15 dicembre), contro i circa 270 che costituiscono la media dei soggetti in carico ai Ser.T. senza strutture carcerarie (*Fonte dati: Dipartimento Epidemiologia ASL RM/E*)
- nell'ambito dell'analisi della popolazione detenuta in ogni Istituto, i Ser.T. possono essere distinti in 7 diverse tipologie (Tab. VII), in funzione dell'entità della popolazione detenuta; una tipologia specifica è rappresentata dagli Istituti Penitenziari di Rebibbia, che sono raggruppati nel "Complesso Polipenitenziario"
- la suddivisione tra figure professionali, come determinata dal Decreto, non sembra ad oggi essere totalmente sovrapponibile alle esigenze di servizio che scaturiscono dalla domanda di salute attuale e dalla normativa successiva al Decreto stesso e di riorganizzazione del SSN
- dall'analisi delle tipologie 6 e 7 (Regina Coeli e Rebibbia) risulta una certa sovrastima del personale medico a scapito di tutte le altre figure professionali, che sarebbero del tutto insufficienti a offrire adeguate risposte terapeutiche ed organizzative



- risulta che le differenti figure professionali sono da intendersi quale personale a tempo pieno (ad eccezione di un caso), come correttamente necessita in un servizio con compiti di assistenza ad alta complessità di presa in carico, in cui la continuità della figura del curante e l'integrazione nell'ambito dell'equipe risultano essere requisiti indispensabili

La situazione dell'attuale dotazione organica è caratterizzata principalmente da:

- sottodimensionamento per tutti i presidi dell'organico, secondo la normativa
- il personale del "Presidio per le Tossicodipendenze e HIV" appartenente al Ministero della Giustizia dal 23 marzo 2005 è transitato al S.S.N. ai sensi del D.Lgs. n. 230/99, in convenzioni SUMAI stipulate dalle singole ASL con mantenimento del monte ore di cui ogni professionista era titolare, con contratti a tempo indeterminato. Più recentemente tale contratto è stato applicato anche al personale appartenente al settore della Giustizia Minorile.
- frammentazione delle unità-personale tra più soggetti, ognuno dei quali con monte ore, esperienza professionale, formazione, specializzazione ed motivazione anche estremamente differenti tra loro

Pertanto, ravvisata la necessità di provvedere ad una rigorosa gestione delle risorse umane, la Regione Lazio ridetermina ed identifica il fabbisogno di dotazione organica, alla luce della normativa e dell'economicità del sistema.

Si sottolinea, inoltre, la necessità di una gestione delle diverse figure professionali massimamente improntata sull'unitarietà dell'intervento multidisciplinare, che rende indispensabile la diretta appartenenza organizzativa e funzionale dei diversi attori del piano terapeutico (medico, psicologo, assistente sociale, infermiere professionale, educatore professionale, ecc.) ad un unico servizio ed ad un unico responsabile operativo (Responsabile del Ser.T.) Pertanto non è possibile, per un servizio ad alta complessità come il Ser.T., specie se con struttura carceraria, frammentare il personale in servizi o articolazioni organizzative differenti, alcuni con compiti psicosociali, altri con compiti medico-infermieristici.

Per quanto concerne la funzioni del personale, questo deve farsi carico di:

- pronta accoglienza
- valutazione diagnostica
- eventuale presa in carico
- formulazione e realizzazione del progetto terapeutico
- implementazione di progetti integrati
- valutazione degli interventi
- prevenzione primaria e secondaria
- gestione e coordinamento relazioni di rete  
formazione.

Inoltre è a carico del personale del Ser.T. la tenuta della documentazione e la gestione dei flussi informativi.

L'adeguamento della dotazione organica permetterebbe, in primo luogo, un miglioramento delle funzioni già indicate e, in aggiunta:



- la riduzione e/o l'abolizione delle liste d'attesa,
- la creazione e la gestione di strutture a custodia attenuata per detenuti tossicodipendenti secondo parametri regionali, anche contenuti nel presente documento.

Il personale Ser.T. che è impegnato nelle attività di servizio a favore di tossicodipendenti detenuti deve attenersi al rispetto dell'orario di servizio, determinato secondo le esigenze stabilite dal Responsabile del Servizio e tale orario sarà registrato e controllato nei modi più opportuni.

Il personale Ser.T. è tenuto a documentare la propria attività e i propri interventi, secondo le indicazioni date dal Responsabile del Servizio. La registrazione della documentazione può essere richiesta sia su formato cartaceo, sia informatico. Devrà altresì essere utilizzata la modulistica e la cartelle clinica nella modalità in cui vengono definite dal servizio o dal presente atto.

In ogni caso l'accesso e la trasmissione di tutti i dati clinici dei pazienti in carico od in valutazione da parte del Ser.T. sarà regolamentato dalla vigente normativa in materia riportata in allegato n. 4.

In particolare si mette in evidenza quanto previsto dal T.U. delle leggi sanitarie (R.D. 27 Luglio 1934 n. 1265) all'art. 254, dal Codice Penale all'art n. 622, all'art. 120 comma 7 del DPR n. 309/90 che resta invariato anche dopo la promulgazione della Legge n. 49/06.

I professionisti del Ser.T., ai sensi degli "Adempimenti Correlati all'Applicazione del Decreto Legislativo n° 230 del 22 Giugno 1999 in tema di trasferimento al Sistema Sanitario Regionale dell'assistenza ai Tossicodipendenti Detenuti", possono essere invitati alla commissione di disciplina, alle équipes trattamentali, in veste di consulenti esterni ai sensi dell'Ordinamento Penitenziario. La partecipazione dei professionisti Ser.T. può prevedere, in coerenza con l'organizzazione e l'impostazione professionale del servizio, la produzione di relazioni professionali o multiprofessionali. In ogni caso, il "trattamento penitenziario", previsto dal DPR n. 30 del Giugno 2000: "Regolamento recante norme sull'ordinamento penitenziario e sulle misure privative e limitative della libertà" deve risultare ben distinto da ogni altro intervento di tipo terapeutico, anche se talora risultano strettamente interconnessi.



## **2.2. Risorse economiche, logistiche e strumentali**

### ***2.2.1. I costi del sistema di assistenza***

L'identificazione dei costi necessari per rispondere ai bisogni di salute della popolazione tossicodipendente detenuta non è mai stata, sino ad oggi, compiutamente stimata in fase di programmazione, perché è in via di attivazione il sistema regionale generale di contabilità analitica per singoli centri di costo. Inoltre il transito delle competenze alle Regioni sulla salute in carcere risente di una fase di passaggio ancora in divenire.

In questo quadro appare indispensabile per una programmazione stabile e realistica definire il costo complessivo del sistema, articolato in voci correnti ed in voci occasionali o di progetto specifico, partendo da una analisi dell'attuale contesto ed assetto organizzativo delle ASL che intervengono in carcere.

In mancanza di un sistema generalizzato su scala regionale di contabilità analitica, si può procedere provvisoriamente per stime delle singole voci di costo ricavate a ritroso dai singoli centri di costo aziendali che gestiscono l'erogazione delle prestazioni dirette ed indirette per l'utenza. Per avere una visione complessiva dell'intero sistema, a queste voci andrà affiancato il costo di cui si fanno carico o si faranno carico gli Enti Locali, nell'ambito delle loro competenze - ai sensi della L. 328/2000.

Le fonti del finanziamento del sistema di assistenza socio-sanitaria ai detenuti in carcere o in misura alternativa provengono dalla Regione (quota capitaria del SSR, dall'ex Fondo Lotta alla Droga confluito nel Fondo Sociale Unico), dai Ministeri, Enti Locali (FSU o fondi propri), altri Enti o Istituzioni nazionali ed europee (FSF, progetti specifici ricerca, università, ecc)

Alla luce di quanto sopra, la Regione avrà cura di produrre l'analisi completa dei costi diretti ed indiretti, in cui verranno prese in considerazione le seguenti voci relative a:

- personale impegnato
- strutture e loro spese di gestione
- specialistica
- ricoveri ospedalieri
- farmaci
- rette per centri riabilitativi e terapeutici accreditati
- attrezzature (anche informatiche)
- materiale sanitario di consumo
- formazione del personale
- gestione generale (anche per materiale di consumo)

In aggiunta a tali voci si procederà alla valutazione degli ulteriori bisogni di salute, relativi a situazioni specifiche, temporanee e/o su cui avviare iniziative innovative



o sperimentali e che quindi necessitano la realizzazione ed il finanziamento di progetti ad hoc.

### **2.2.2. La gestione della logistica e delle strutture**

Fermo restando quanto indicato dagli accordi sanciti tra Regione Lazio e Ministero della Giustizia nell'ambito degli "Adempimenti Correlati all'Applicazione del Decreto Legislativo n° 230 del 22 Giugno 1999 in tema di trasferimento al Sistema Sanitario Regionale dell'assistenza ai Tossicodipendenti Detenuti (Art. 8 comma 1)" e di quanto specificamente previsto dal D.P.C.M. 1/4/08, è cura del personale delle ASL l'utilizzo dei locali in uso al 1° gennaio 2008 e dei materiali in dotazione nel rispetto del generale principio di economia.

Ogni eventuale modifica degli assetti logistici da quanto concordato tra la ASL e l'Istituto, dovrà essere comunicato alla Regione Lazio - Assessorato alla Sanità, dal Direttore Generale ASL, dietro segnalazione del responsabile del Ser.T. interessato. La Regione verificata la congruenza della modifica segnalata, procederà laddove ritenuto opportuno ad intraprendere ogni azione necessaria alla tutela degli precedenti accordi sanciti.

Ulteriore prerequisite per la corretta esecuzione delle attività terapeutiche risulta essere l'esatta definizione:

- della logistica (locali ad uso esclusivo, misto, temporaneo, ecc.),
- dell'organizzazione generale del Servizio,
- della sua integrazione nello specifico ambiente penitenziario.

Stante la complessità degli interventi, articolati in più prestazioni specialistiche, ed in necessaria connessione con il territorio attraverso le differenti articolazioni della ASL, gli Enti Locali e gli Enti accreditati, si richiama l'attenzione del personale sulla destinazione d'uso dei locali messi a disposizione da parte dell'Amministrazione Penitenziaria, ed in particolare sulla necessità di una chiara suddivisione dei locali tra attività sanitarie e d'ufficio.

La previsione della tipologia dei locali in uso per le attività del Ser.T. che opera nelle strutture carcerarie, è di seguito elencata, tenendo conto che la dislocazione dei locali può essere sia a livello della sede territoriale del Ser.T. medesimo (ad esempio locale per segreteria amministrativa), sia intracarceraria. Inoltre l'uso dei singoli locali in dotazione può essere anche di tipo non esclusivo, ma comunque identificato e regolamentato, evitando soluzioni estemporanee e provvisorie.

- locale per accoglienza utenza, segreteria informazioni
- ambulatorio medico
- ambulatorio per attività psicologica
- ambulatorio per attività di servizio sociale
- area per attività di gruppo
- altri locali per attività non terapeutica
- servizi igienici e spogliatoi operatori
- locali per conservazione farmaci



- locale per segreteria amministrativa
- altri locali per riunioni di équipe (distinto dagli ambulatori)
- spazio archivio con garanzie strutturali per la privacy
- altre tipologie

In ottemperanza a quanto previsto dalla D.G.R. del 6.3.2007 n.136 relativa alla sorveglianza clinica e al debito informativo dei Ser.T. nei confronti del Ministero alla Sanità, le ASL sono tenute a fornire i supporti e la messa in rete regionale dei Ser.T. interni alle strutture carcerarie. In particolare verrà curato centralmente a livello regionale dall'Assessorato alla Sanità l'accordo con il Provveditorato Regionale del Ministero della Giustizia al fine di rendere possibile l'utilizzazione degli idonei collegamenti informatici entro le strutture penitenziarie.

I locali assegnati e trasferiti alle ASL e che si riferiscono a sezioni e istituti per tossicodipendenti saranno gestiti direttamente dai Ser.T. competenti anche in funzione della rilevanza di tali aree correlata all'alta percentuale di tale pato ogia tra i soggetti detenuti (30-60%).

### **2.3. Piano della formazione**

Il processo formativo può accrescere competenze specifiche di tutti gli attori coinvolti laddove si rendano consapevoli della necessità di una rilettura delle metodologie, delle procedure e della gestione degli aspetti organizzativi, alla luce delle norme del Servizio Sanitario Regionale e delle indicazioni operative e professionali contenute nel presente atto.

Attenzione particolare andrà posta al rispetto dei principi e finalità determinati dalla regolamentazione e organizzazione del Sistema Sanitario Nazionale, che non sempre sono stati adottati dall'organizzazione della sanità interna al Ministero della Giustizia, finalizzata maggiormente alla funzione custodiale. Ne consegue la necessità di investire in formazione per rendere possibile l'implementazione di percorsi diagnostico-terapeutici in linea con il knowhow specifico del Sistema Sanitario Nazionale, tenendo in considerazione la specificità del contesto penitenziario.

Diviene fondamentale, in questo quadro, coordinare le prassi, armonizzare i tempi, fronteggiare il rischio di rallentamenti, sovrapposizioni, interferenze, e, non raramente, anche conflitti di potere e di competenze. Oltre al porsi il problema di come affrontare i casi da un punto di vista diagnostico o trattamentale, è necessario considerare il "gap" esistente nella capacità di mettere i differenti operatori in una relazione sintonica, essendo gli stessi appartenenti a tre organizzazioni diverse (Enti pubblici ed Enti Accreditati del Servizio Sanitario Regionale, Ministero della Giustizia).

Annualmente, la Regione, anche con eventuali accordi tra Assessorato alla Sanità e Assessorato alla Formazione, programma il piano formativo specifico. La realizzazione dei progetti formativi è assicurata dalla Regione in collaborazione con le ASL interessate e con eventuali Enti di formazione.



Sono destinatari dell'azione formativa tutti gli operatori e professionisti ASI, impegnati nell'assistenza a tossicodipendenti detenuti (infermieri professionali, medici, psicologi, assistenti sociali, educatori di comunità, ecc). E' comunque opportuno coinvolgere anche altro personale impegnato in ambito penitenziario, quale: Direttori e Collaboratori di Istituto Penitenziario, il personale di Polizia Penitenziaria, gli assistenti sociali dell' Ufficio de l'Esecuzione Penale Esterna del Ministero della Giustizia (U.E.P.E.), costituenti l' "équipe trattamentale penitenziaria".

Potranno partecipare al programma formativo anche altri operatori dei Ser.T. regionali che, anche se non svolgono funzioni di assistenza diretta a tossicodipendenti detenuti, siano comunque impegnati nel sistema delle misure alternative o della sospensione/differimento della pena.

L'obiettivo generale dell'azione formativa prevista è quello di migliorare le competenze specifiche soprattutto per quanto concerne gli aspetti metodologici, organizzativi e procedurali degli interventi svolti entro le strutture di pena. In altri termini si mira alla diffusione e recepimento attivo dei contenuti organizzativi e professionali contenuti nel presente atto e nel precedente documento "Adempimenti Correlati all'Applicazione del Decreto Legislativo n° 230 del 22 Giugno 1999 in tema di trasferimento al Servizio Sanitario Regionale dell'assistenza ai Tossicodipendenti Detenuti (Art. 8 comma 1)" del 01.03.2000.

I contenuti formativi pertanto riguardano:

Aspetti normativi:

- Riferimenti normativi del Servizio Sanitario Nazionale
- Riferimenti normativi del Sistema Penitenziario

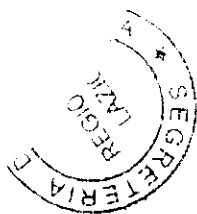
Aspetti organizzativi/ gestionali:

- Modello organizzativo del servizio
- Obiettivi di servizio e indicatori di esito
- Debito informativo

Aspetti professionali:

- Prevenzione
- Intake
- Accoglienza
- Valutazione e diagnosi (e certificazione)
- Presa in carico e progetto terapeutico
- Monitoraggio
- Dimissioni

La metodologia formativa prevede l'attivazione di lezioni di aula frontali, di momenti seminari, di supervisioni, di scambio buone prassi e revisione tra pari, con l'attivazione anche di formazione a distanza e di direct-contact (sito Web) su cui raccogliere il materiale didattico.



Per avviare il percorso formativo è necessario attivare un processo motivazionale nei luoghi di lavoro degli operatori soggetti alla formazione, attraverso la realizzazione di una fase di sensibilizzazione.

In relazione alla normativa vigente, gli eventi formativi saranno accreditati secondo quanto previsto per l'ECM, ai sensi della vigente normativa.



### 3. REALIZZAZIONE DEL PRODOTTO: PROCESSI OPERATIVI

#### 3.1. Il processo di lavoro rivolto al paziente detenuto

L'unicità della persona in trattamento e la multifattorialità della dipendenza patologica costituiscono i due principi su cui si è costruito il modello d'intervento proposto.

Tali principi si realizzano nella definizione del programma terapeutico-riabilitativo individuale, che si può attuare sia nel territorio, sia nel carcere, al fine di salvaguardare con continuità la salute della persona nei suoi differenti contesti di riferimento.

La peculiarità del contesto penitenziario rende indispensabile rimodulare le indicazioni che provengono dal sapere scientifico e dalla pratica clinica utilizzata nel territorio, sulla base dei vincoli e delle opportunità dello specifico contesto. Le attuali pratiche cliniche e la definizione dei percorsi diagnostico-terapeutici adottati prevalentemente in ambito territoriale (ambulatoriale o residenziale) non sono direttamente applicabili in ambito penitenziario, se non con i dovuti adattamenti e modifiche. D'altra parte ogni definizione di percorso diagnostico terapeutico è da intendersi quale "applicazione locale" delle indicazioni provenienti da Linee Guida.

In ambito sanitario vengono definite *Linea Guida* le "raccomandazioni di comportamento clinico, elaborate mediante un processo di revisione sistematica della letteratura e delle opinioni di esperti, con lo scopo di assistere sanitari e pazienti nel decidere le modalità assistenziali più appropriate in specifiche situazioni cliniche". Il Decreto Legislativo 229/99 richiama le linee guida ed i percorsi diagnostico-terapeutici "allo scopo di favorire, all'interno di ciascuna struttura sanitaria, lo sviluppo di modalità sistematiche di revisione e valutazione della pratica clinica ed assistenziale e di assicurare l'applicazione dei livelli essenziali di assistenza".

La formulazione di *protocolli diagnostico-terapeutici* equivale all'applicazione locale delle Linee Guida: si deve pertanto definire come rendere operativamente eseguibili le Linee Guida di settore, attraverso specifiche *procedure*, nel contesto particolare dell'assistenza a soggetti con problemi legati all'uso di sostanze, negli Istituti Penitenziari della Regione Lazio.

Il percorso di seguito descritto rappresenta lo schema delle azioni di assistenza sanitaria del servizio pubblico per l'accompagnamento della persona detenuta che fa uso problematico di sostanze. Il percorso viene suddiviso in fasi, consequenziali, ognuna delle quali è strettamente connessa alla successiva, in un continuum terapeutico assistenziale.

Per ogni fase è possibile identificare le singole azioni (prestazioni) da mettere in atto, attraverso l'intervento di singole figure professionali e/o di altri enti istituzionali, la tempistica, la produzione di documentazione e i luoghi di erogazione di prestazioni ("Chi fa Cosa, Come, Dove e Quando"). Pertanto nel presente atto, per ogni fase, viene data



indicazione dei principali elementi che contribuiscono a determinarne una adeguata realizzazione.

Le fasi che vengono di seguito descritte sono:

- Intake - Attività finalizzata a ricevere segnalazioni, richieste, invii da soggetti terzi, al fine di favorire, in modo rapido, la successiva fase di accoglienza;
- Accoglienza (triage) - Attività finalizzata all'accettazione, alla prima valutazione e all'orientamento del paziente rispetto all'offerta del servizio o all'invio verso altro servizio appropriato alla domanda;
- Valutazione (assessment) e diagnosi - Attività multidisciplinari finalizzate alla valutazione diagnostica (rilevamento e graduazione dei problemi, approfondimento diagnostico, inquadramento nosografico). In questo ambito è compresa la certificazione di abuso o dipendenza da sostanze;
- Progetto terapeutico - Attività finalizzata e programmata per la terapia delle patologie della dipendenza su persone con patologie in atto, per la terapia delle patologie correlate alla tossicodipendenza (es: epatite, MST, TBC, HIV, ecc.), per il reinserimento sociale e/o lavorativo, per successivi approfondimenti diagnostico clinici;
- Monitoraggio - Attività finalizzata e programmata per la valutazione clinica mediante l'esecuzione periodica di controlli di vario tipo e per la verifica di efficacia;
- Dimissione/trasferimento - Attività finalizzata e programmata per la valutazione in uscita, l'invio ad altre strutture, le raccomandazioni e le prescrizioni farmacologiche, il follow up.

Pertanto, quella che viene usualmente definita quale "presa in carico" del soggetto, inizia con l'accoglienza, prevede la valutazione diagnostica e la definizione di piano di trattamento adeguato e appropriato e termina con le dimissioni.

Sono da considerare "in carico" i pazienti che:

- Sono ristretti nell'Istituto Penitenziario, arrestati o con qualsiasi grado di giudizio, e accedono al Ser.T.
- Sono in trattamento residenziale presso Enti accreditati (Comunità terapeutiche residenziali, semiresidenziali od in trattamento ambulatoriale), in misura alternativa alla detenzione, con programma terapeutico concordato con il Ser.T. del carcere e con pagamento della retta a carico di quest'ultimo.
- Sono agli arresti domiciliari in Comunità terapeutica (per modificazione della situazione giudiziaria e conversione alle condizioni di cui al punto precedente) che ottengano o meno un giudizio definitivo, con programma



terapeutico concordato con il Ser.T. del carcere e con pagamento della retta a carico di quest'ultimo (D.P.C.M. 1/4/08).

- Ottengono un giudizio definitivo in costanza di arresti domiciliari in ente accreditato e chiedono un affidamento in prova al servizio sociale ai sensi dell'art. 94 D.P.R. 309/90, in subordine al fatto che abbia effettuato una valutazione diagnostica e terapeutica. In caso contrario la competenza sarà del Ser.T. di residenza o di 'abituale dimora' che potrà delegare quello del territorio ove insiste l'ente accreditato medesimo.
- Afferiscono alla detenzione domiciliare (art. 47 ter – Ordinamento Penitenziario) presso Comunità Terapeutica, con programma terapeutico concordato con il Ser.T. del carcere e con pagamento della retta a carico di quest'ultimo.

#### Sono da considerare dimessi i pazienti che:

- Concludono un programma terapeutico in misura alternativa, determinato dal Ser.T. interno alla struttura penitenziaria inviante
- Interrompono un programma terapeutico in misura alternativa, determinato dal Ser.T. interno alla struttura penitenziaria inviante
- Sono trasferiti ad altro istituto penitenziario
- Sono scarcerati per fine pena
- Accedono agli arresti domiciliari presso il proprio domicilio o ente accreditato (solo nel caso in cui il domicilio non corrisponda al territorio di competenza del Ser.T., che opera internamente al carcere)
- Accedono alla detenzione domiciliare presso il proprio domicilio (solo nel caso in cui il domicilio non corrisponda al territorio di competenza del Ser.T., che opera internamente al carcere)
- Ottengono misura alternativa alla detenzione, con un programma terapeutico stabilito autonomamente tra l'utente e l'ente erogatore. In questo caso il pagamento non è a carico del SSR (L. 49/06)
- Rifiutano il programma proposto dal Ser.T. in carcere

Per ogni paziente viene individuato un operatore “**referente di caso**” responsabile di :

- Verificare la corretta apertura e tenuta della cartella clinica del paziente (completa di consenso informato, anamnesi tossicologica, valutazione medica, psicologica, sociale, infermieristica e diagnosi di équipe) ed eventuale sollecito ai colleghi per il completamento della cartella
- Verificare la definizione del piano di trattamento di équipe
- Verificare i periodici aggiornamenti e controlli del trattamento, ivi compreso il monitoraggio con la verifica della correttezza delle procedure attuate
- Convocare incontri di miniequipe per discussione caso
- Verificare la corretta esecuzione delle dimissioni/trasferimenti ad altri servizi e del follow up .



Come previsto negli "Adempimenti Correlati all'Applicazione del Decreto Legislativo n° 230 del 22 Giugno 1999 in tema di trasferimento al Sistema Sanitario Regionale dell'assistenza ai Tossicodipendenti Detenuti (Art.8 comma 1)", il Ser.T. territorialmente competente per la struttura carceraria possiede la titolarità della presa in carico e di ogni intervento diagnostico, terapeutico e riabilitativo per le problematiche commesse all'uso e per le patologie di abuso e dipendenza da sostanze psicotrope.

È altresì necessario ed indispensabile considerare che nel corso della vita di un individuo, la carcerazione è un evento transitorio e pertanto la presa in carico del paziente deve essere sempre orientata alla riconnessione alla sua vita esterna al carcere. Ne consegue l'assoluta necessità di collegamento tra il Ser.T. interno al carcere ed il Ser.T. del territorio di residenza o di origine.



### **3.1.1. Intake**

*L' intake è l' attività finalizzata a ricevere segnalazioni, richieste, invii da soggetti terzi, al fine di favorire, in modo rapido, la successiva fase di accoglienza.*

In carcere la richiesta di "trattamento del Ser.T." per un detenuto viene avanzata da una molteplicità di soggetti: i detenuti stessi, il personale penitenziario (sanitario e non), i familiari, altri servizi territoriali pubblici, privati o del privato sociale, gli avvocati difensori e la magistratura. Ognuno di essi può utilizzare una eterogeneità di percorsi e forme di comunicazione. Tale eterogeneità ha determinato nel tempo una disparità nella modalità sia di raccolta del dato, sia di trattamento dello stesso. La mancanza di una predisposizione chiara di questa delicata fase di contatto con il servizio, ha determinato un fattore di rischio di mancata o ritardata risposta e/o accoglienza. Prestare attenzione a questa delicata fase, quindi, è finalizzato a assicurare a tutti i potenziali pazienti che la loro richiesta giunga al destinatario Ser.T., nei tempi più brevi possibili e non rischi di "perdersi" nel passaggio delle comunicazioni.

Le possibilità di presa di contatto con il servizio possono essere suddivise in tre tipologie:

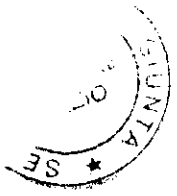
- *istituzionali*: Istituto carcerario, Tribunali, altro Ser.T., Enti Accreditati
- *diretti*: richiesta dell'utente detenuto o del suo rappresentante legale
- *indiretti non istituzionali*: familiari, volontari, altri detenuti, ecc.

Fermo il principio che sono autorizzati a chiedere un intervento il detenuto stesso e/o le istituzioni penitenziarie e/o sanitarie che lo hanno in carico, ne deriva che tutte le richieste indirette non istituzionali possono dare adito ad una prima "convocazione" del detenuto da parte del Ser.T., durante la quale il detenuto può decidere se fornire esplicita e formale richiesta di accoglienza.

#### *Invii/segnalazioni istituzionali*

Secondo quanto già stabilito dagli accordi sottoscritti dalla Regione Lazio e dal Ministero della Giustizia "Adempimenti Correlati all'Applicazione del Decreto Legislativo n° 230 del 22 Giugno 1999 in tema di trasferimento al Sistema Sanitario Regionale dell'assistenza ai Tossicodipendenti Detenuti (Art. 8 comma 1)" ogni Istituto di pena deve, formalmente e tempestivamente, segnalare al Ser.T. l'ingresso di detenuti che presentino almeno uno dei seguenti elementi correlati all'uso, abuso o dipendenza da sostanze psicotrope o stupefacenti:

- Dichiarazione da parte del paziente di uso problematico di sostanze stupefacenti e/o psicotrope
- Segni e/o sintomi
- Presenza di sindrome astinenziale o intossicazione acuta
- Documentazione comprovante problematiche relative a sostanze stupefacenti e/o psicotrope  
Sospetto clinico



sia che trattasi di detenuti provenienti da libertà, che di transitanti per motivi giudiziari ovvero provenienti da altro istituto per trasferimento.

I Ser.T. adotteranno, previo accordi locali, apposita modulistica per tale segnalazione che indichi le generalità del detenuto, il segnalante, gli elementi che motivano la segnalazione, la data di ingresso in carcere del detenuto, la data di segnalazione ed eventualmente la sua posizione giuridica e le scadenze giudiziarie. Nel caso si renda necessaria una terapia farmacologica specifica (anche per continuità terapeutica), e quindi sia stato allertato il personale sanitario del Ser.T., quest'ultimo avvierà direttamente il piano di trattamento farmacologico anche presso i "reparti opportunamente attrezzati" per la cura delle tossicodipendenze previsti dal comma 4, art. 96 del DPR 309/90 e successive modificazioni e integrazioni.

Le segnalazioni che provengono dai Tribunali contengono, di norma, gli elementi necessari per la "convocazione" del tossicodipendente detenuto da parte del Ser.T.

Le segnalazioni che provengono dalle istituzioni sanitarie (altri Ser.T., altri servizi ASL, Enti accreditati) devono fornire tempestivamente le informazioni utili al fine di garantire la continuità terapeutica, ed in particolare l'eventuale terapia farmacologica in atto e il piano di trattamento psicosociale attivo al momento del trasferimento/ingresso in istituto carcerario.

#### *Richieste dirette*

Qualora il detenuto o suo rappresentante legale richieda direttamente al Ser.T. un primo appuntamento compilerà, come di norma, il modulo dell'Amministrazione Penitenziaria (393 AP), a cui allegare uno specifico foglio notizie del Ser.T., contenente informazioni circa: le generalità del detenuto, il motivo della richiesta, la data di ingresso in carcere, la data della richiesta ed eventualmente la sua posizione giuridica e le scadenze giudiziarie.

#### *Invi/segnalazioni indirette non istituzionali*

Tutti i soggetti che possono proporre invii e/o segnalazioni indirette non istituzionali devono essere messi in grado di conoscere le modalità con cui facilitare il rapido contatto del detenuto con il Ser.T.. In ogni caso non si può dare avvio ad un trattamento senza un preliminare consenso dell'interessato. Pertanto al segnalante/inviante devono essere richieste e registrate: le generalità del detenuto, le generalità del segnalante, il motivo della richiesta di intervento, la data di segnalazione ed eventualmente la posizione giuridica, le informazioni socio-anagrafiche di base. Alla prima "convocazione" del detenuto da parte del Ser.T., il detenuto stesso verrà messo al corrente della segnalazione giunta e deciderà se formulare una richiesta di accoglienza.

Ogni Ser.T. deve individuare la figura professionale (o le figure) incaricata a recepire la segnalazione/invio e a trasmetterla tempestivamente al Responsabile del Servizio, il quale provvederà ad assicurare l'avvio della fase di accoglienza.

Il Ser.T. deve assicurare una rapidità dei tempi di visione di tali segnalazioni, che comunque devono essere recepite entro 3 giorni, fermo restando l'avvio immediato del trattamento farmacologico urgente, ove necessario.



### **3.1.2. Accoglienza (trriage)**

*L'accoglienza è l'attività finalizzata all'accettazione, alla prima valutazione e all'orientamento del paziente rispetto all'offerta del servizio o all'invio verso altro servizio appropriato alla domanda.*

Tutte le richieste di intervento, effettuate direttamente dal paziente o indirettamente da altri soggetti, sono rapidamente analizzate per valutare la:

- urgenza (ad eccezione della terapia sostitutiva, per la quale si passa direttamente al piano di trattamento).

Le richieste sono considerate urgenti, oltre all'urgenza di trattamento farmacologico per terapia sostitutiva, se il segnalante/richiedente ha fornito elementi che depongono per:

- rischio auto/eterolesionistico
- condizioni psico-fisiche compromesse
- scadenza giudiziaria imminente, se già presente tutta la documentazione prevista.

Questi casi hanno precedenza all'interno della lista di attesa per il trattamento Ser.T. dei detenuti. A tale proposito, ogni Ser.T. che operi in una struttura penitenziaria predisporrà una apposita lista di attesa, in cui confluiscono tutte le richieste/segnalazioni con l'indicazione delle generalità del detenuto, della motivazione della richiesta e l'indicazione dell'eventuale urgenza.

Dalla lista di attesa vengono chiamati i detenuti per il primo colloquio/visita effettuati dal medico, dallo psicologo e dall'assistente sociale. Durante questa fase deve essere aperta la cartella clinica che deve contenere almeno notizie relative a:

- Generalità e anagrafica
- Preliminare anamnesi tossicologica
- Anamnesi patologica prossima
- Precedenti trattamenti presso servizi sanitari (Ser.T., Dipartimento di Salute Mentale, Servizio Materno-Infantile, Enti privati)
- Posizione giuridica ed eventuali scadenze giudiziarie.

La raccolta di tali dati può essere realizzata tramite l'utilizzo di modulistica omogenea regionale (vedi supporti informatici e software dedicato) e con l'eventuale integrazione di dati specifici stabiliti da ogni servizio.

Durante il primo colloquio il paziente deve essere informato sull'offerta del servizio, sui possibili trattamenti e deve firmare il foglio del consenso al trattamento dei dati personali.

Durante la fase di accoglienza devono essere presi i primi contatti con gli eventuali servizi che hanno avuto in carico il paziente in precedenza, per garantire la continuità terapeutica.

Sempre durante la fase di accoglienza deve essere valutata l'eventuale non pertinenza, nel caso in cui si evince l'assenza di elementi relativi



all'uso/abuso/dipendenza da sostanze legali od illegali. In tal caso l'operatore avrà cura di inviare il detenuto verso i servizi appropriati.

Al termine della fase di accoglienza dovrà essere predisposto il percorso di diagnosi e valutazione, individuato il "referente del caso" e programmati gli appuntamenti per l'esecuzione dei protocolli diagnostici.

### **3.1.3. Valutazione e diagnosi**

*La valutazione e la diagnosi riguardano le attività multidisciplinari finalizzate al rilevamento e graduazione dei problemi, all'approfondimento diagnostico, all'inquadramento nosografico. In questo ambito è compresa la certificazione di abuso e/o dipendenza da sostanze.*

Rimandando, per la definizione del problema della dipendenza patologica, al cap.1.1 ("Visione"), verranno di seguito analizzate le modalità ed i percorsi valutativi e diagnostici per i diversi ambiti patologici. Si sottolinea che le dipendenze senza sostanza, non rientrando nella previsione del Testo Unico, non danno ovviamente seguito a specifici benefici di legge correlati alla tossicodipendenza da sostanze psicoattive, ma possono comunque essere trattate dal Ser.T.

La valutazione complessiva dello stato del soggetto deve descrivere l'evoluzione storica dell'uso, sfociato o meno in periodi di abuso o di dipendenza. Solo attraverso una approfondita analisi anamnestica e corrente possono essere trattati non solo tutti i casi che presentano problematiche connesse con l'uso accertabile di sostanze, ma anche coloro che presentano obiettivi elementi clinici di rischio di assunzione intra e extra carceraria. La fase di valutazione, pertanto, non prevede un tempo rigorosamente preordinato, ma che comunque deve essere coerente con il tempo di svolgimento di tutti gli accertamenti ed approfondimenti necessari allo scopo.

In carcere, infatti, coesistono diverse popolazioni di utenti potenziali, rappresentate da coloro che pur non rientrando nelle classiche categorie di dipendenti o abusatori di sostanze psicotrope, non di meno hanno avuto pregressi e/o attuali contatti con le sostanze e che quindi permangono in una situazione di rischio clinico, potenziata dal contesto particolarmente deviante.

L'importanza di una corretta valutazione è essenziale, quindi, per due ordini di fattori: la realizzazione di interventi specifici rivolti alla popolazione in situazione di rischio clinico e l'individuazione di appropriati percorsi di trattamento per le persone in condizioni di abuso o di dipendenza.

Nella valutazione, come nelle successive fasi di lavoro, il ruolo centrale viene svolto dall'equipe multidisciplinare, che permette differenti letture della patologia in esame in funzione della prospettiva professionale specifica. In altri termini è auspicabile che tutte le figure del Ser.T. siano coinvolte nella valutazione, ognuna con gli strumenti ed i modelli specifici della propria professione.

Si ribadisce la centralità della presa in carico e l'importanza di considerare la persona in quanto portatrice di una specifica e complessa patologia e non in quanto somma di patologie. Pertanto, ogni singolo quadro valutativo è finalizzato ad individuare



le successive decisioni terapeutiche. La definizione di percorsi diagnostici di equipe condivisi nell'ambito della Regione Lazio assicura una omogeneità di qualità dei servizi erogati, ferma restando la responsabilità professionale individuale nella formulazione diagnostica.

La segmentazione della valutazione per aree professionali (medica, psicologica, sociale, infermieristica) rispecchia una suddivisione di ordine operativo, ma non può corrispondere ad una "segmentazione" del paziente nel processo valutativo. Lo stato di salute individuale e familiare, l'uso pregresso ed attuale di sostanze, la storia giuridica e penale, i trattamenti effettuati sono tutti aspetti dell'individuo che devono essere valutati dai diversi punti di osservazione, ma che per il paziente costituiscono un'entità unica. In altri termini i diversi saperi professionali in parte osservano medesimi eventi e comportamenti, ma con differenti strumenti, metodologie e attribuzioni di significato. È pertanto importante nel processo valutativo, dopo aver approfondito da differenti punti di osservazione gli elementi chiave per la valutazione, ricostruire congiuntamente in una visione olistica i diversi aspetti della attuale patologia.

Al fine di offrire un quadro di riferimento operativo di facile fruizione, ma rispettoso della complessità del processo valutativo si identificano i "bilanci" di salute, intesi quali valori comparati tra i diversi "determinanti di salute", non solo strettamente sanitari, ma che coinvolgono i diversi ambiti della vita della persona. Essi offrono inoltre una importante indicazione sugli esiti degli interventi che il sistema sanitario locale ha messo in campo, per rispondere ai bisogni di salute dell'individuo per "migliorare il suo stato di benessere" (Dichiarazione di Sundsvall 1991, Dichiarazione di Alma Ata 1978, Carta di Ottawa 1986, Raccomandazione di Adelaide 1988, Dichiarazione di Jakarta 1980, ecc.). Nello specifico si identificano i seguenti "Bilanci di Salute":



<i>I - Bilancio di salute generale</i>	
Prestazione	Figura Professionale
colloquio clinico anamnesi sanitaria	medico
esame obiettivo medico	medico
esame obiettivo infermieristico	infermiere
accertamenti diagnostico strumentali	medico - infermiere
esami ematochimici	medico - infermiere
valutazione parametri vitali	infermiere - medico
colloquio per valutazione risorse individuali, sociali e di rete	assistente sociale
colloquio clinico psichiatrico	psichiatra
colloquio clinico psicologico	psicologo
tests psicodiagnostici	psicologo

<i>II - Bilancio di salute familiare</i>	
Prestazione	Figura Professionale
anamnesi medica familiare	medico
anamnesi sociale familiare	assistente sociale
valutazioni dinamiche e psicodiagnosi familiare	psicologo

<i>III - Bilancio tossicologico</i>	
Prestazione	Figura Professionale
anamnesi tossicologica	medico
esame metaboliti	medico - infermiere
valutazione dei comportamenti dell'uso di sostanze	assistente sociale
valutazione vissuto e significato dell'uso di sostanze	psicologo

<i>IV - Bilancio precedenti trattamenti</i>	
Prestazione	Figura Professionale
anamnesi e valutazione precedenti trattamenti farmacologici	medico
anamnesi e valutazione precedenti trattamenti sociali	assistente sociale
anamnesi e valutazione precedenti trattamenti psicologici	psicologo

<i>V - Bilancio Area Giuridico-Penale</i>	
Prestazione	Figura Professionale
stato giuridico	assistente sociale
valutazione comportamenti devianti	assistente soc. - psicologo

Tab. VIII: I Bilanci di Salute



Per facilità di utilizzo delle presenti indicazioni, vengono illustrate le azioni/prestazioni di ogni singola figura professionale, fermo restando la finalità di formulare “bilanci” multidisciplinari.

#### *Valutazione medica*

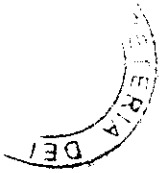
Nel *colloquio clinico anamnestico* dovranno essere indagate tutte le aree potenzialmente coinvolte nelle patologie di organo relative alla specifica assunzione di sostanze, con particolare attenzione agli apparati cardiovascolare, sistema nervoso centrale, digerente, respiratorio. L'indagine continuerà con l'analisi dei fattori di rischio o patologie correlate, specie infettive considerando sia le modalità che il tempo di assunzione e gli eventuali episodi di overdose. Attenzione dovrà essere rivolta anche verso la sfera del comportamento sessuale.

L'*esame obiettivo* prenderà in considerazione soprattutto gli organi bersaglio dell'azione delle sostanze e delle sue modalità di assunzione. Per ciò che attiene l'apparato cutaneo verranno cercate, descritte e riportate le eventuali sedi di iniezione, con gli esiti delle patologie vascolari e cutanee relative. Cicatrici, tagli e lesioni traumatiche possono essere indicative per comportamenti autolesivi o condizioni di vita socialmente precaria. Del pari anche un sommario esame degli apparati dentale e muscolo-scheletrico può fornire utili informazioni sullo stato generale di salute. La valutazione dello stato psichico generale permetterà di rilevare alterazioni del linguaggio, della percezione e delle funzioni ideomotorie, che possono confortare l'ipotesi dell'uso di diverse sostanze.

Gli *accertamenti clinico-laboratoristici* costituiscono uno degli elementi irrinunciabili della fase diagnostica, per la garanzia della correttezza terapeutica. Non essendo definito un set minimo di accertamenti laboratoristici universalmente riconosciuti per l'inquadramento diagnostico da uso di sostanze, sarà comunque opportuno prevedere la richiesta degli esami di routine, associata alla richiesta dei cataboliti urinari delle sostanze stupefacenti e psicotrope. Sarà inoltre opportuno prevedere una batteria minima di markers e tests infettivologici che potranno essere ripetuti più volte, anche in considerazione del tempo complessivo di permanenza in carcere. I campioni di liquidi biologici destinati all'identificazione di stadi di malattia (es.: HIV-CD4) o di metaboliti utili alla certificazione di dipendenza-abuso di sostanze stupefacenti, devono seguire una via di trasmissione del campione stesso in 'catena custodiale' (di prevalente interesse infermieristico), rigidamente protocollata.

Gli *accertamenti diagnostici strumentali* devono comprendere la l'esecuzione di almeno un ECG per tutti pazienti; gli altri esami specifici per la diagnosi degli stati di malattia correlati, seguiranno una via di richiesta mirata per problemi.

L'*anamnesi tossicologica* e gli *esami dei metaboliti* devono far emergere informazioni relative alla tipologia di sostanza usata, alle modalità di assunzione, all'età del primo uso e all'età di uso continuativo; dovrà essere valutata con particolare dovizia l'eventuale sindrome astinenziale ed eventuali episodi di overdoses.



La *valutazione dei precedenti trattamenti medico farmacologici*, deve indagare le aree delle patologie primarie e secondarie alla dipendenza, anche relativamente agli esiti dei trattamenti effettuati; a tal fine è prevedibile la connessione con gli altri servizi coinvolti (Ser.T. territoriale, Dipartimento Salute Mentale, Ospedali e Unità AIDS, ecc)

#### *Valutazione infermieristica*

Una particolare attenzione verrà posta nell'individuazione dei bisogni fisiologici, quali l'alimentazione, il ritmo sonno-veglia, l'igiene della persona, ecc. A tali fini l'Infermiere Professionale esprime un giudizio sulle condizioni del paziente, sulle sue risposte ai trattamenti ricevuti, sulle sue necessità. Sarà effettuata la valutazione dei parametri vitali quali registrazione pressione arteriosa, temperatura corporea, frequenza cardiaca, implementazione e messa in atto della cartella infermieristica specie nelle strutture di Day Hospital.

#### *Valutazione dell'assistente sociale*

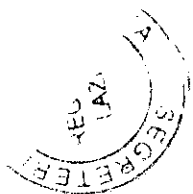
Il *colloquio per valutazione delle risorse individuali, sociali e di rete*, deve considerare le potenzialità residue e le strategie di attivazione delle risorse esistenti.

L'*anamnesi sociale familiare* prende in esame sia elementi sulle generali condizioni sociali della famiglia e dei gruppi naturali di riferimento del paziente, sia elementi sulle modalità e qualità delle relazioni.

La *valutazione dei comportamenti dell'uso di sostanze*, dovrà prendere in considerazione anche la famiglia d'origine e acquisita e l'ambito sociale di riferimento, in cui il consumo si è sviluppato. Particolare rilevanza assumono tutte le notizie dell'eventuale coinvolgimento nella sfera dell'uso/abuso/dipendenza di componenti del nucleo familiare e/o conviventi e del contesto microsociale.

Lo *stato giuridico* e la *valutazione dei comportamenti devianti* vanno valutati e analizzati anche in collaborazione con l'Amministrazione Penitenziaria, in funzione della successiva formulazione di fattibilità dei piani di trattamento riabilitativo.

La *valutazione dei precedenti trattamenti sociali*, deve indagare nell'area delle patologie primarie e secondarie alla dipendenza, anche relativamente agli esiti dei trattamenti effettuati; a tal fine è prevedibile la connessione con gli altri servizi coinvolti (Ser.T. territoriale, Dipartimento Salute Mentale, Comunità Terapeutiche, ecc ).



#### *Valutazione dello psicologo,*

La valutazione psicologica prevede innanzitutto una *descrizione obiettiva* dello stato del paziente (modo di presentarsi, comportamento motorio, eloquio, umore, partecipazione alla relazione, orientamento spazio temporale, processi di pensiero, eventuali disturbi di percezione, reazione emotiva allo stress). Questi elementi costituiscono la base per l'inquadramento delle condizioni psichiche generali, a cui seguirà un approfondimento per la valutazione delle aree affettiva, relazionale, emozionale.

Nella valutazione psicologica è importante che emerga una descrizione della personalità, dei comportamenti, degli schemi cognitivi e dei modelli relazionali ed affettivi, propri del paziente in esame.

Sarà dato inoltre risalto alla capacità di elaborazione e di "alleanza terapeutica" per la definizione dei possibili piani di trattamento.

I *colloqui di valutazione* saranno, quando ritenuto opportuno, integrati con l'uso di *test psicodiagnostici*, atti a valutare struttura di personalità e gravità della dipendenza (MMPI 2; CAGE, MAST, AUDIT per alcoldipendenza, Rorschach, ecc.) e di eventuali interviste semistrutturate per l'inquadramento diagnostico-nosografico (SCID I e SCID II).

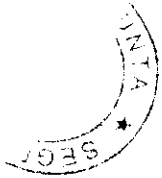
La *valutazione dell'area familiare - relazionale* prende in considerazione le modalità e qualità delle relazioni ed è finalizzata a descrivere i modelli relazionali appresi e agiti dall'individuo, con particolare riferimento agli elementi sottostanti e correlati alla patologia della dipendenza (stabilità e integrità delle relazioni oggettuali, fiducia di base, capacità di relazione e di differenziazione, ecc). L'analisi delle dinamiche e degli stili comportamentali familiari è finalizzata anche alla necessità di valutare le possibili risorse per la definizione dei percorsi di reinserimento.

In questo ambito saranno, inoltre, rilevati gli elementi comportamentali e di attribuzione di significato dato all'*uso delle sostanze*, come ad esempio ritualità d'uso, associazione con stati di ansia o di umore, reattività ad eventi avversi o stressanti, compulsività, tentativi di interruzione dell'uso, episodi di overdose, ecc.

La valutazione del vissuto deviante deve indagare i significati personali attribuiti al comportamento deviante.

La *valutazione dei precedenti trattamenti psicologici*, deve indagare nell'area delle patologie primarie e secondarie alla dipendenza, anche relativamente agli esiti dei trattamenti effettuati: a tal fine è prevedibile la connessione con gli altri servizi coinvolti (Ser.T. territoriale, Dipartimento Salute Mentale, Comunità Terapeutiche, inserimenti socio lavorativi, ecc)

Per quanto concerne i trattamenti pregressi, andranno richieste, secondo quanto ritenuto opportuno, relazioni, copia di cartelle, copia di certificazioni di tossicodipendenza ecc. dai servizi/enti che hanno effettuato i trattamenti dichiarati. Generalmente la documentazione relativa alle diverse aree è contenuta in un'unica relazione/certificazione. È necessario focalizzare i trattamenti immediatamente precedenti



all'ingresso in carcere, e quindi "in corso", al fine di garantire la continuità terapeutica. Dovrà, infine, essere prestata attenzione agli eventuali trattamenti in comunità, per i quali sarà opportuno richiedere relazioni specifiche e, per quanto possibile, dato rilievo agli esiti dei singoli trattamenti.

Tutta la documentazione dovrà essere allegata alla cartella clinica del Ser.T. e potrà essere, successivamente, utilizzata ai fini certificatori e di definizione dei programmi terapeutici.

Ogni figura professionale dell'equipe attivamente coinvolta nell'intero processo clinico, sottoscriverà nella cartella la propria valutazione.

I protocolli valutativo-diagnostici sono utilizzabili per tutti i tipi di assunzione di sostanze.

La particolare situazione carceraria, che prevede una incertezza sul tempo di permanenza effettivo del detenuto, in funzione di provvedimenti successivi all'arresto (trasferimento, scarcerazione, differimento della pena, sospensione dell'esecuzione penale, ecc), rende conto dell'esigenza di dover programmare ed eseguire in tempi e modi adeguati le indagini diagnostiche e gli accertamenti necessari per l'inquadramento clinico.

Al termine della fase di valutazione, l'equipe multidisciplinare deve discutere il caso e definire la diagnosi che deve essere riportata in cartella clinica.

Alla luce dei diversi possibili inquadramenti diagnostico-nosografici, alcuni dei quali anche ben noti per la loro utilità clinico-descrittiva, si conferma l'opportunità di fruire di una classificazione per codici, internazionalmente riconosciuta. Si propone di adottare l'inquadramento nosografico secondo il "Manuale diagnostico statistico dei disturbi mentali (DSM-IV, edizione corrente), che permette, tra l'altro, la riconversione in ICD-9, utilizzato dal sistema informativo nazionale.

Come indicato dal suddetto Manuale, quindi, si fa riferimento per l'inquadramento diagnostico nosografico ai "disturbi correlati a sostanze", raggruppati in 11 classi di sostanze

alcol, amfetamine, caffeina, cannabis, cocaina, allucinogeni, inalanti, nicotina, oppiacci, fenciclidina, sedativi/ipnotici/ansiolitici o per sostanze diverse/sconosciute o associazioni di sostanze.

L'inquadramento nosografico specifico si articola in:

- disturbi da uso di sostanze, con riferimento alla dipendenza e all'abuso
- disturbi indotti da sostanze, con riferimento agli stati di intossicazione, astinenza ed altri disturbi.

Secondo il DSM-IV i criteri diagnostico-anamnestici per la **DIPENDENZA** da Sostanze sono:

Una modalità patologica d'uso della sostanza che conduce a menomazione o a disagio clinicamente significativi, come manifestato da tre (o più) delle condizioni seguenti, che ricorrono in un qualunque momento dello stesso



periodo di 2 mesi:
<ol style="list-style-type: none"><li>1) <b>Tolleranza</b>, come definita da ciascuno dei seguenti:<ol style="list-style-type: none"><li>a) il bisogno di dosi notevolmente più elevate della sostanza per raggiungere l'intossicazione o l'effetto desiderato</li><li>b) un effetto notevolmente diminuito con l'uso continuativo della stessa quantità della sostanza</li></ol></li><li>2) <b>Astinenza</b>, come manifestata da ciascuno dei seguenti:<ol style="list-style-type: none"><li>a) la caratteristica sindrome di astinenza per la sostanza (Criteri A e B dei set di criteri per Astinenza dalle sostanze specifiche)</li><li>b) la stessa sostanza (o una strettamente correlata) è assunta per attenuare o evitare i sintomi di astinenza</li></ol></li><li>3) <b>La sostanza è assunta in quantità maggiori o per periodi più prolungati rispetto a quanto previsto dal soggetto</b></li><li>4) <b>Desiderio persistente o tentativi infruttuosi di ridurre o controllare l'uso della sostanza</b></li><li>5) <b>Una grande quantità di tempo viene spesa in attività necessarie a procurarsi la sostanza</b> (per es., recandosi da più medici o guidando per lunghe distanze), ad assumerla (per es., fumando "in catena"), o a riprendersi dai suoi effetti</li><li>6) <b>Interruzione o riduzione di importanti attività sociali, lavorative o ricreative per dell'uso della sostanza</b></li><li>7) <b>Uso continuativo della sostanza nonostante la consapevolezza di avere un problema persistente o ricorrente, di natura fisica o psicologica, verosimilmente causato o esacerbato dalla sostanza</b> (per es., il soggetto continua ad usare cocaina malgrado il riconoscimento di una depressione indotta da cocaina, oppure continua a bere malgrado il riconoscimento del peggioramento di un'ulcera a causa dell'assunzione di alcool')</li></ol>
Specificare se: con Dipendenza Fisica: prove evidenti di tolleranza o di astinenza (cioè, risultano soddisfatti entrambi gli item 1) e 2). Senza Dipendenza Fisica: nessuna prova evidente di tolleranza o di astinenza (cioè, non risultano soddisfatti né l'item 1 né l'item 2).
Decorso della Dipendenza codificato alla quinta cifra: 0: Remissione Iniziale Completa/Remissione Iniziale/Parziale 0: Remissione Protratta Completa/Remissione Protratta Parziale 2: In Terapia Agonista (metadone, buprenorfina) 1: In Ambiente Controllato (carcere, ospedale, caserme, comunità terapeutiche) 4: Lieve/Moderato/Grave (solo se il paziente non è in ambiente controllato; es. in carcere) Per quanto riguarda le suddette specificazioni sul decorso il DSM-IV sottolinea, che le "remissioni" <i>"non si applicano se il soggetto è in terapia agonistica o in ambiente controllato"</i> (pag. 204 ed. italiana); in relazione a



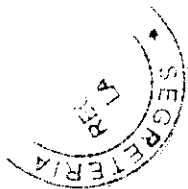
quest'ultimo la specificazione è usata "se il soggetto si trova in un ambiente dove l'accesso all'alcol e alle sostanze controllate è limitato e se nessun criterio per dipendenza e abuso è risultato soddisfatto almeno per il mese passato. Esempi di questi ambienti sono le prigioni ...." (pag. 205 ed. italiana)
Secondo il DSM-IV i criteri diagnostico-anamnestici per l' <b>ABUSO</b> di Sostanze stupefacenti sono: Una modalità patologica d'uso di una sostanza che porta a menomazione o a disagio clinicamente significativi, come manifestato da una ( o più ) delle condizioni seguenti, ricorrenti entro un periodo di 12 mesi:
<ol style="list-style-type: none"><li>1. <b>Uso ricorrente della sostanza</b> risultante in una incapacità di adempiere ai principali compiti connessi con il ruolo sul lavoro, a scuola o a casa</li><li>2. <b>Ricorrente uso della sostanza in situazioni fisicamente rischiose</b></li><li>3. <b>Ricorrenti problemi legali</b> correlati alle sostanze</li><li>4. <b>Uso continuativo della sostanza nonostante persistenti o ricorrenti problemi sociali o interpersonali causati o esacerbati dagli effetti della sostanza</b></li></ol>

Nella constatazione che attualmente la maggioranza dei consumatori utilizza più sostanze contemporaneamente, appare opportuno valutare la persona che utilizza sostanze nel suo complesso organico, psichico, sociale e solo successivamente giungere ad una categorizzazione nosografica (DSM-IV) suddivisa per singola sostanza assunta.

Si ribadisce quanto a tutti noto ed ormai condiviso, che l'accertamento dell'assunzione di sostanze (ad esempio attraverso analisi dei metaboliti) non è requisito sufficiente per una diagnosi di abuso o dipendenza da sostanze, secondo la classificazione del DSM-IV.

Per la popolazione che non soddisfa i criteri diagnostici previsti dal DSM-IV per "disturbi correlati a sostanze", ma che presenta anamnesticamente e/o clinicamente episodi di assunzione di sostanze stupefacenti, benché sia possibile descriverne lo stato clinico, non è altresì possibile formulare una diagnosi classificabile con i sistemi internazionali in uso. Pertanto per questi pazienti la diagnosi multidisciplinare finale è negativa per quanto concerne i "disturbi correlati a sostanze", fermo restando la considerazione clinica della valutazione complessiva in altre categorie diagnostiche (come ad esempio "disturbi dell'umore", "disturbi d'ansia", ecc). Per questi pazienti verranno comunque registrati gli elementi correlati all'uso di sostanze nell'anamnesi tossicologica. Nel sistema informativo regionale questi pazienti devono essere classificati nella categoria "assuntore/dipendente" e non nella categoria "a rischio", con successiva specificazione nella sottocategoria di "uso" di sostanze nei campi relativi alla anamnesi tossicologica.

Oltre alla diagnosi relativa ai disturbi correlati all'uso di sostanze, deve essere definita la diagnosi relativa alle altre eventuali patologie concomitanti e/o correlate, siano esse relative a disturbi mentali sia internistiche, alla luce delle valutazioni effettuate. Tali diagnosi, dovendo seguire la classificazione internazionale, saranno codificate secondo:



- Il DSM-IV per i Disturbi Mentali, riconvertibile in ICD-9
- L'ICD-9 per tutte le altre Malattie.

Particolare attenzione deve essere rivolta all'inquadramento diagnostico nosografico relativo ai disturbi mentali, alle patologie infettive, alle patologie cardiovascolari, alle patologie dell'apparato riproduttivo, ecc. Tali diagnosi dovranno essere riportate nella cartella Ser.T. , sottoscritte dai clinici che le hanno formulate.

#### *Attività certificatoria*

La necessità di esplicitare le procedure adottate per produrre la certificazione di tossicodipendenza deriva da un lato da quanto dettato dalla attuale normativa di settore, dall'altro dall'esigenza di rendere omogeneo l'operato in ambito regionale. Inoltre la specifica finalità d'uso della certificazione in ambito penale, quale requisito essenziale per l'ammissione ai benefici di legge (misura alternativa alla detenzione, contributi economici da parte dei settori sociali di enti quali comuni e/o circoscrizioni, riconoscimento invalidità civile, ecc.), rende necessaria un'attenzione particolare alla sua stesura, al fine di fornire una documentazione completa e dettagliata, facilmente valutabile dal Tribunale competente o dalle Amministrazioni interessate.

Un siffatto sistema di certificazione, inoltre, fornisce garanzia di "univocità" interpretativa da parte di enti terzi, sia terapeutici che giudicanti. Infine, garantisce il medico nell'esercizio delle sue funzioni certificatorie, in quanto utilizzatore di un sistema di classificazione (DSM-IV) validato scientificamente ed universalmente condiviso.

La certificazione ripropone la logica multidisciplinare integrata, propria del lavoro dell'equipe terapeutica.

Nel certificato devono essere riportati:

- a. generalità anagrafiche del richiedente
- b. descrizione delle procedure adottate per la stesura della certificazione
- c. anamnesi tossicologica
- d. accertamento dello stato di dipendenza/abuso, ai sensi del D.M. n. 186 del 12.07.1990
- e. diagnosi clinica finale
- f. sottoscrizioni della certificazione da parte del medico e del responsabile del servizio.

Possono, inoltre, essere riportate:

- g. valutazione dell'assistente sociale
- h. valutazione psicologica

In ogni pagina, numerata, vengono riportati in calce in numero di protocollo e la data di certificazione



La diagnosi clinica finale (punto e.) prevede tre diversi esiti:

- I. il soggetto è “*affetto da dipendenza da.....*” e relativo codice del DSM-IV;
- II. il soggetto è “*affetto da abuso da.....*” e relativo codice del DSM-IV;
- III. “*non risultano soddisfatti i criteri atti a certificare un Abuso o una Dipendenza da sostanze psicotrope o alcoliche*”.

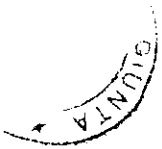
Al fine di una accurata analisi della documentazione richiesta per la compilazione del certificato stesso, va sottolineato come il riscontro di pochi elementi - come già precedentemente specificato - che testimonino un uso, sia pregresso che attuale, non sono di per sé, presi isolatamente, elementi sufficienti a certificare uno *stato* di dipendenza o un abuso (elementi che derivano unicamente dai colloqui, sporadici riscontri di positività urinaria, esame tricotossicologico, pregressi accessi presso Ser.T. e CT, ecc.). Tali, pur importanti rilievi, dovranno necessariamente essere considerati in maniera integrata ed in modo da permettere la strutturazione di una storia clinica coerente, che rappresenta la base per una corretta diagnosi, specie alla luce della valenza legale che essa assume.

#### **3.1.4. Progetto terapeutico**

*Il progetto terapeutico è l'attività finalizzata e programmata per la terapia delle patologie della dipendenza su persone con patologie in atto, per la terapia di tutte le patologie correlate alla tossicodipendenza (es: patologia psichiatrica, patologie infettive: epatite, MST, TBC, HIV, ecc.), per il reinserimento sociale e/o lavorativo e per successivi approfondimenti diagnostico clinici.*

Conclusa la fase valutativa diagnostica l'equipe definisce il progetto terapeutico integrato da concordare con il paziente e nel rispetto della garanzia della continuità terapeutica, da riportare in cartella clinica.

Uno degli elementi che viene scarsamente considerato, ma che costituisce un punto di forza di possibili progetti terapeutici, è dato dal tempo-spazio di detenzione. Se dovutamente utilizzato questo può essere fattore non solo di semplice contenimento forzato a valenza negativa di mera attesa della fine della pena, ma anche fattore che deve “tendere alla rieducazione del condannato”, come previsto dalla stessa Costituzione (art. 27), e quindi all'elaborazione dei propri atti ed alla costruzione di una migliore integrazione individuale ed ambientale. Si situa in questo ambito la finalità dell'assistenza sanitaria al detenuto, che deve favorire la trasformazione di un periodo di reclusione in una occasione di “aggancio terapeutico” da parte del Servizio Sanitario Nazionale per l'avvio di un progetto di riabilitazione personale. C'è inoltre da tenere presente la valenza patogena determinata dall'ambiente carcerario sull'individuo, data dall'essere istituzione totale, con le ben note ripercussioni sui singoli individui e sulle relazioni interne alla struttura stessa, tanto da potersi configurare un reale “danno da carcere” (slentizzazione o insorgenza di patologia psichica o somatica, infezioni da ambienti confinati, danni



collegati all'alimentazione e alla sedentarietà, violenza auto ed etero diretta, uso di droghe per via iniettiva, sessualità promiscua, ecc.). Gli operatori sociali e sanitari devono tener presenti questi elementi, che possono costituire fattore interferente nei programmi terapeutici intra ed extra carcerari.

Il progetto terapeutico può essere raffigurato schematicamente in:

1. interno al carcere ("intramurario")
2. esterno al carcere, in misura alternativa (con programma terapeutico da espletarsi presso struttura residenziale, semi-residenziale o ambulatoriale pubblica o di ente accreditato)

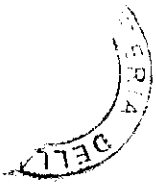
L'articolazione di un progetto terapeutico per un detenuto in carcere deve tenere in debita considerazione almeno quattro importanti fattori di contesto.

Il primo fattore deriva dalla necessità di un progetto terapeutico che già dalla sua formulazione iniziale sia prospettivamente indirizzato verso la più ampia integrazione socio-sanitaria sul territorio, e quindi già in partenza deve possedere quei requisiti necessari per un concreto raggiungimento degli obiettivi di salute prefissati. Pertanto ogni progetto terapeutico deve garantire la continuità terapeutica in uscita, prevedere la pianificazione di percorsi di formazione ed orientamento per l'inserimento o il reinserimento lavorativo, considerare i fattori specifici di rischio al termine del periodo di detenzione in carcere.

Il secondo fattore di contesto è dato dalla necessità di formulare progetti terapeutici in assenza della certezza del periodo in cui essi potranno svolgersi, in relazione alla incertezza del periodo di detenzione in un determinato carcere e/o all'ammissione a misure alternative. In considerazione delle possibili varianti giudiziarie che determinano incertezza dei tempi di detenzione carceraria (nuovo reato dopo la scarcerazione, fine pena e/o abbandono di progetto terapeutico, nuovo reato intrapenitenziario, trasferimenti, giudizi di pregressi reati passati in giudicato, ecc) è opportuno sviluppare un sistema di "comunicazione rapida", per l'acquisizione della notizia dell'avvenuta variazione dello status penitenziario e il rapido avvio delle procedure per garantire la continuità terapeutica (segnalazione ed informazione ad altri servizi, collegamento con Enti Locali, ecc).

Il terzo fattore di contesto da considerare è dato dal Piano di trattamento penitenziario, che ai sensi del Nuovo Regolamento Penitenziario (D.Lgs. 230/00) viene messo in atto per tutti i detenuti definitivi. Il collegamento tra Progetto terapeutico e Piano di Trattamento penitenziario, seppur distinti per competenze e finalità istituzionali, può contribuire alla programmazione coordinata degli interventi predisposti per i singoli individui. Un problema particolare è rappresentato dagli arrestati non definitivi, che non fruiscono di un piano di trattamento penitenziario specifico, ma che possono accedere agli arresti domiciliari. In questi casi se l'arrestato è in carcere, ovviamente viene preso in carico dal Ser.T. interno alla struttura penitenziaria; se il soggetto è agli arresti domiciliari il trattamento sanitario, ove richiesto, è effettuato generalmente dal Ser.T. territorialmente competente.

Il quarto fattore di contesto è la necessità del sistema carcerario di garantire la sicurezza interna. Essa determina importanti variabili nelle condizioni di realizzazione del



progetto terapeutico. Si raccomandano i responsabili dei Ser.T. interni alle strutture carcerarie di concordare localmente (art. 7 del D.P.C.M. 1/4/08) le condizioni che possano garantire la stabilità e la regolarità dello svolgimento dell'attività assistenziale, nel rispetto delle necessità di sicurezza dell'Istituto e nel rispetto degli Accordi sanciti nell'ambito degli "Adempimenti Correlati all'Applicazione del Decreto Legislativo n° 230 del 22 Giugno 1999 in tema di trasferimento al Sistema Sanitario Regionale dell'assistenza ai Tossicodipendenti Detenuti (Art.8, comma 1)" che restano integralmente validi.

La formulazione del progetto terapeutico deve prevedere il coordinamento tra il Ser.T., gli altri servizi della ASL e l'Area del Trattamento dell'Istituto, nonché l'attiva partecipazione di tutti i professionisti delle realtà territoriali coinvolte o da coinvolgere (Ser.T. di residenza o provenienza, Comunità Terapeutiche, Enti Locali, Tribunali di Sorveglianza, UEPF, ecc.). Il Ser.T. garantirà il proprio contributo alle riunioni del Gruppo Osservazione e Trattamento, attraverso la partecipazione di uno o più dei propri professionisti di riferimento del caso, ovvero mediante l'invio di una relazione.

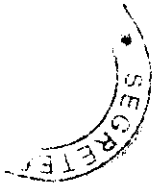
Particolare attenzione, anche alla luce del transito delle funzioni sanitarie al S.S.R. (D.P.C.M. 1 Aprile 2008) deve essere posta da parte dei responsabili dei Ser.T. e delle Direzioni Aziendali ASL nella proposizione e formulazione di appositi protocolli operativi e/o accordi di programma per le patologie concomitanti e correlate, finalizzati all'assistenza ambulatoriale specialistica ed all'assistenza di ricovero ospedaliero.

Interventi mirati dovranno essere promossi anche in relazione all'attuazione della L. 328/00, finalizzati al reinserimento sociale, da realizzare con l'attivazione di programmi di tutoring, di accompagnamento sociale e di reinserimento socio-lavorativo.

Il progetto terapeutico elaborato sarà:

- ◆ **Concordato** con il paziente, poiché la condizione di detenzione non deve influire sulla libera scelta dell'individuo relativamente alla tipologia e modalità delle cure e dei trattamenti.
- ◆ **Personalizzato**, poiché ogni intervento terapeutico tiene conto delle specifiche esigenze e delle risorse del singolo paziente.
- ◆ **Multidisciplinare integrato**, perché realizzato da un rapporto di stretta cooperazione tra i diversi ambiti di intervento operativo di tutte le professionalità coinvolte nella equipe: medico, psicologico, infermieristico, socio-riabilitativo.
- ◆ **Multimodale integrato**, perché sono ipotizzabili modalità e percorsi terapeutici diversificati in relazione alle diverse fasi di cambiamento in cui si trova il detenuto (per esempio: programma intramurario seguito da programma di affidamento al Ser.T. o in Comunità Terapeutica, oppure prima parte residenziale esterna in sospensione pena, seguita da una seconda parte in semiresidenziale, ecc.).

In considerazione delle conoscenze professionali specifiche di ogni disciplina, che in questa sede ovviamente non sono riprese, si espongono alcune



raccomandazioni di natura professionale, che tengono conto del contesto carcerario in cui si effettuano i progetti terapeutici. L'importanza delle "raccomandazioni" riprende la logica dell'impostazione generale per la redazione di "Linee Guida" sanitarie, secondo le indicazioni del Ministero alla Sanità, nelle quali una sezione particolare riguarda le "Raccomandazioni sui trattamenti necessari, con specifica delle metodologie di applicazione, e dettagliate per fase del percorso e per gravità di caso".

I limiti logistici, strutturali e simbolici del setting carcerario dovranno essere presi quali elementi di realtà, e non costituire elementi ostativi per effettuare trattamenti. In ogni caso si dovrà continuare ad operare al fine di soddisfare i requisiti previsti per la realizzazione di "locali opportunamente attrezzati" (art. 96 Testo Unico 309/90 e art. 4 del D.P.C.M. 1/4/08).

Pertanto, le specifiche **raccomandazioni** per le diverse figure professionali sono:

#### *Medici*

L'intervento medico non può limitarsi alla disintossicazione dalle sostanze d'abuso, ma deve concorrere con tutta l'equipe al raggiungimento degli obiettivi terapeutici programmati per il singolo individuo.

È necessario prevedere, anche in ambito penitenziario, terapie farmacologiche protratte (a lungo termine), con rivalutazione periodica dello stato psicofisico e la conseguente rimodulazione del piano terapeutico.

Il medico del Ser.T. è tenuto a verificare il corretto adempimento e seguito delle proprie azioni prescrittive, sia farmacologiche che diagnostiche (es.: prescrizione, approvvigionamento, somministrazione e verifica di assunzione dei farmaci; corretta esecuzione, tempistica e refertazione e ritorno dei risultati delle indagini diagnostiche; ecc.), anche avvalendosi delle figure professionali a questa funzione preposte.

Il medico del Ser.T. prescriverà i necessari provvedimenti diagnostici e terapeutici nel caso in cui riscontrasse segni e/o sintomi di patologie correlate o concomitanti, limitatamente ai pazienti in carico al servizio od in procinto di esserlo (es: pazienti in fase di valutazione diagnostica).

In tutti i casi il medico è responsabile del *passaggio delle consegne* tra operatori sanitari, anche in questo caso limitatamente ai pazienti in carico al servizio.

Pertanto si richiama alla assoluta necessità di collaborazione tra il medico Ser.T. e l'altro personale sanitario aziendale e non, che opera entro la struttura penitenziaria.

È cura del medico informare il paziente sul trattamento terapeutico a cui verrà sottoposto e far sottoscrivere il relativo Consenso informato.



A seguito dell'emanazione del D.P.C.M. previsto dalla Legge Finanziaria 2008, l'uso del Ricettario Unico Regionale è concesso a tutti gli aventi titolo, secondo la normativa regionale vigente.

#### *Psicologi*

L'intervento dello psicologo deve concorrere al raggiungimento degli obiettivi terapeutici programmati dall'equipe per il singolo individuo.

L'agire in un contesto atipico non deve inficiare l'erogazione delle prestazioni professionali; pertanto l'esistenza di una vigilanza stretta e della presenza imminente del personale di Polizia Penitenziaria deve essere considerata quale variabile da trattare e elaborare per garantire in ogni caso la correttezza della relazione con il paziente ed i suoi diritti di privacy.

#### *Assistenti sociali*

L'intervento dell'assistente sociale deve concorrere al raggiungimento degli obiettivi terapeutici programmati dall'equipe per il singolo individuo.

Funzione centrale dell'operato dell'assistente sociale è il raccordo tra organismi ed istituzioni per il coordinamento degli interventi della rete dei servizi, da attivare per ogni singolo paziente, con particolare riguardo a tutte le azioni volte al successivo reinserimento sociale.

Curerà, inoltre, i rapporti con i Ser.T. territoriali di provenienza, per favorire i processi di reinserimento del detenuto al termine del periodo di carcerazione.

#### *Infermieri professionali*

L'intervento dell'infermiere professionale deve concorrere al raggiungimento degli obiettivi terapeutici programmati dall'equipe per il singolo individuo, anche in collaborazione con gli infermieri penitenziari.

Oltre alla consolidata funzione relativa alla somministrazione farmacologica, con il controllo dell'assunzione del farmaco, l'infermiere professionale collabora direttamente con il medico durante l'effettuazione delle visite mediche e per il seguito delle richieste di accertamenti diagnostici e delle prescrizioni di farmaci e collabora con il "referente di caso" alla tenuta delle cartelle cliniche.

In considerazione del fatto che il Ser.T. deve curare la presa in carico globale del paziente tossicodipendente e non della sola tossicodipendenza, è necessario che il coordinamento delle attività e degli interventi per tali pazienti sia attribuito al Ser.T. medesimo.

Si richiama infine circa l'assoluta necessità di collaborazione tra il personale del Ser.T.



e quello penitenziario (direzione, educatori, psicologi dell'Osservazione, polizia penitenziaria, volontariato, ecc.).

#### ***Progetto terapeutico interno al carcere***

Le possibilità di intervento terapeutico all'interno delle strutture penitenziarie devono essere espresse attraverso concrete modalità di aiuto. Le azioni programmate compongono il progetto terapeutico, che deve essere redatto, negoziato con il paziente e trascritto in cartella.

Esse possono articolarsi in programmi tesi a:

- avvio dello stato di drug free (assenza di assunzione di sostanze stupefacenti e/o psicotrope)
- mantenimento della stabilizzazione, ottenuta con trattamenti farmacologici protratti
- induzione al cambiamento con adeguato livello motivazionale
- riduzione dei danni correlati all'uso di sostanze
- prevenzione del danno da autolesionismo
- miglioramento della qualità della vita intracarceraria

Gli strumenti disponibili per la realizzazione del progetto terapeutico sono: trattamenti medico farmacologici, trattamenti di counselling e/o psicoterapia individuale o di gruppo, gruppi di self-help, trattamenti di sostegno e counselling sociale, trattamenti infermieristici, trattamenti in Custodia Attenuata.

#### ***Progetto terapeutico esterno al carcere, in "misura alternativa"***

Tutto l'iter valutativo e programmatico per la richiesta di misure alternative risulta, ovviamente, essere parte integrante del programma di trattamento. Più figure professionali concorrono alla sua definizione e alla sua messa in atto.

La richiesta dei benefici previsti dall' art. 89 e 94 del DPR 309/90 modificati dalla L.49/06 sono parte del progetto terapeutico complessivo elaborato dall'équipe per il tossicodipendente/alcolodipendente detenuto. Non può trattarsi quindi di un intervento singolo, scorporabile dal progetto terapeutico stesso. Questo nella convinzione che l'unitarietà della presa in carico debba, indipendentemente dalla singola richiesta, restare multidisciplinare, multimodale e programmata.

Al fine di garantire un corretto e coordinato svolgimento delle procedure relative alla definizione e svolgimento dei progetti terapeutici in misura alternativa, di seguito si descrivono le singole azioni da intraprendere e le singole attribuzioni di responsabilità tra i vari attori in gioco. Tali procedure non sono pertinenti nei casi in cui la Comunità terapeutica di riferimento del paziente non ritenga di avvalersi della collaborazione del Ser.T. interno alla struttura carceraria e rilasciare autonomamente certificazioni utili alla richiesta dei benefici di legge, ai sensi della L.49/06.



Paziente detenuto	Ser.T. interno carcere	Ser.T. di residenza o domicilio	<i>PRODOTTI</i>
presenta domanda	riceve domanda	riceve domanda	
	contatta Ser.T. di residenza	contatta Ser.T. del carcere	
	richiede e fornisce informazioni storiche	richiede e fornisce informazioni storiche	relazioni, certificazioni
	comunica informazioni socio sanitarie e giuridiche relative al periodo di detenzione		esprime parere
	valuta l'opportunità di un progetto ambulatoriale		comunicazione di disponibilità/non disponibilità al progetto
		comunica ipotesi di progetto o rifiuto al progetto	
concorda il progetto proposto	concorda il progetto con Ser.T. di residenza e detenuto	concorda il progetto con Ser.T. del carcere	sottoscrizione/ non sottoscrizione del progetto da parte del detenuto
		redige il progetto	progetto terapeutico
		invia il progetto al Ser.T. del carcere	
	redige idoneità al programma e certificato di tossicodipendenza		idoneità al programma individualizzato e certificato di tossicodipendenza
riceve l'idoneità e il progetto	consegna l'idoneità e il certificato di tossicodipendenza al detenuto	consegna il progetto al detenuto	Ricevuta di consegna

Tab. IX: Procedure per l'attivazione di misure alternative presso Ser.T.



Paziente detenuto	Ser.T. interno carcere	Ser.T. di residenza	Ente ex art. 116	PRODOTTI
presenta domanda	riceve domanda			
	contatta Ser.T. di residenza			
	richiede e fornisce informazioni storiche al Ser.T. di residenza e all'Ente competente	richiede e fornisce informazioni storiche	richiede e fornisce informazioni storiche	relazioni, certificazioni
	informazioni socio sanitarie e giuridiche relative al periodo di detenzione			
	valuta l'opportunità di un progetto semiresidenziale o residenziale		comunica ipotesi di progetto o rifiuto al progetto	esprime parere
	contatta l'Ente individuato			comunicazione di disponibilità/ o meno, al progetto
concorda il progetto proposto	concorda il progetto con l'Ente e detenuto		concorda il progetto con Ser.T. del carcere e con il detenuto	sottoscrizione/ non sottoscrizione del progetto da parte del detenuto
			redige il progetto	progetto terapeutico
			invia il progetto al Ser.T. del carcere	
	redige idoneità al programma e certificato di tossicodipendenza			idoneità al programma individualizzato e certificato di tossicodipendenza
riceve l'idoneità e il programma	consegna l'idoneità e il certificato di tossicodipendenza al detenuto		consegna il programma al detenuto	ricevute di consegna
	comunica il programma al Ser.T. di residenza			
	avvia l'iter amministrativo per l'impegno di spesa			Attivazione del centro di costo aziendale
	attiva l'iter amministrativo per il pagamento fatture		comunica l'avvenimento inizio del programma presso l'Ente	
	Effettua monitoraggio del programma terapeutico		Redige relazione periodica sull'andamento del programma	Relazione periodica sull'andamento del programma

Tab. X: Procedure per l'attivazione di misure alternative presso Comunità: caso in cui il detenuto presenta domanda al Ser.T. interno al carcere



Paziente detenuto	Ser.T. interno carcere	Ser.T. di residenza	Ente ex art.116	prodotti
presenta domanda			riceve domanda	
	contatta Ser.T. di residenza		contatta Ser.T. del carcere, comunicando ipotesi di progetto	comunicazione di disponibilità al progetto
	richiede e fornisce informazioni storiche al Ser.T. di residenza e all'Ente	richiede e fornisce informazioni storiche al Ser.T. del carcere	richiede e fornisce informazioni storiche al Ser.T. del carcere	relazioni, certificazioni
	comunica informazioni socio sanitarie e giuridiche relative al periodo di detenzione all'Ente			
	valuta l'opportunità di un progetto semiresidenziale o residenziale			
concorda il progetto proposto	concorda il progetto con l'Ente e detenuto		concorda il progetto con Ser.T. del carcere	sottoscrizione/ non sottoscrizione del progetto da parte del detenuto
			redige il progetto	progetto terapeutico
			invia il progetto al Ser.T. del carcere	
riceve l'idoneità e il programma	redige idoneità al programma e certificato di tossicodipendenza			idoneità al programma individualizzato e certificato di tossicodipendenza
	consegna l'idoneità e il certificato di tossicodipendenza al detenuto		consegna il programma al detenuto	ricevute di consegna
	comunica il programma al Ser.T. di residenza			
	avv. a Pter amministrativo per l'impegno di spesa			Attivazione centro di costo aziendale
	attiva Pter amministrativo per il pagamento fatture		comunica l'avvenuto inizio del programma presso l'Ente	
Effettua monitoraggio del programma terapeutico			Redige relazione periodica sull'andamento del programma	Relazione periodica sull'andamento del programma

Tab. XI: Procedure per l'attivazione di misure alternative presso Comunità: caso in cui il detenuto presenta domanda alla Comunità, che intende avvalersi della collaborazione del Ser.T. interno al carcere.



Il progetto di trattamento deve essere comunicato al Ser.T. di residenza o di origine del paziente, indipendentemente dal fatto che il paziente sia già stato in carico presso il servizio territoriale. Tale atto è correlato alla necessità di reinserimento nell'ambiente di origine del paziente, considerando la carcerazione un evento transitorio nella vita dell'individuo.

### **3.1.5. Monitoraggio**

*Il monitoraggio coincide con le attività finalizzate e programmate per la valutazione clinica mediante l'esecuzione periodica di controlli di vario tipo e per la verifica di efficacia.*

Le valutazioni cliniche periodiche costituiscono naturale azione nell'ambito dello svolgimento della pratica professionale terapeutica e assistenziale. Nella routine di lavoro, però, queste valutazioni rimangono bagaglio individuale del singolo professionista, utilizzate per calibrare e modificare il programma di trattamento durante il suo svolgimento: si pensi ai cambiamenti e aggiustamenti dei piani farmacologici, o alle differenti tematiche trattate nel corso di un counselling psicologico.

La definizione di un protocollo relativo al monitoraggio clinico consente di garantire un set minimo di verifica dell'andamento dei programmi e di valutazione dell'efficacia dei singoli trattamenti.

Inoltre, tale "set minimo", costituisce il principale strumento, comune a tutti i servizi, su cui basare l'analisi dei dati cumulabili su scala locale e regionale, anche per permettere una valutazione dell'efficacia dei servizi stessi.

Il monitoraggio deve essere previsto ed effettuato durante tutto l'arco di tempo della "presa in carico", fino al momento delle dimissioni (vedi paragrafo successivo), incluso il monitoraggio dei trattamenti in misura alternativa.

Per comodità di esposizione e di applicazione, il monitoraggio viene declinato su due articolazioni: "in corso di detenzione" ed "in misura alternativa". Quest'ultima viene considerata quale intervento erogato durante la "presa in carico", nel caso in cui i relativi programmi, certificazioni e idoneità siano stati prodotti dal Ser.T. interno al carcere.

Come si evince dalla letteratura e dall'esperienza clinica di settore, il monitoraggio mira a valutare sia la qualità complessiva della vita del soggetto, sia la specifica modalità di eventuale uso di sostanze psicotrope.

Le aree e le variabili di monitoraggio del set minimo devono considerare le condizioni in "ingresso" e il piano di trattamento (variabili indipendenti). Pertanto dovranno essere considerate le seguenti dimensioni:

- *Valutazione e diagnosi:* devono essere registrate e considerate alcune variabili principali che concorrono a descrivere lo stato di salute della persona al momento della presa in carico. Queste variabili sono selezionate



tra le informazioni che concorrono alla definizione diagnostica di equipe: bilancio di salute, bilancio tossicologico, ecc.

- *Piano di trattamento*: devono essere registrati i piani di trattamento e le prestazioni effettuate, secondo il nomenclatore in uso nella Regione Lazio (vedi allegato n. 1).

#### *Monitoraggio "in corso di detenzione"*

In considerazione della condizione detentiva e delle restrizioni alla libertà individuale, la valutazione dell'area "qualità della vita", nelle sue componenti familiari, lavorative, sociali, oggetto dell'usuale monitoraggio in ambito territoriale, deve essere opportunamente modificata e adattata allo specifico contesto ambientale. Non essendoci, al momento, ricchezza di esperienze e di valutazioni di tale tipo, la Regione svilupperà, successivamente alla adozione del presente Manuale, una fase di sperimentazione, atta a identificare strumenti e metodologie specifiche per tale monitoraggio.

Per quanto concerne il monitoraggio sull'uso di sostanze psicotrope, anche in questo caso, è doveroso prendere atto della scarsità in ambito penitenziario di riferimenti di letteratura scientifica e di consolidate buone prassi cliniche. Pertanto la standardizzazione delle modalità di osservazione e valutazione dei percorsi clinici intracarcerari, deve essere considerata sperimentale da sottoporre a successiva validazione sistematica.

Le variabili da considerare per la rilevazione dell'outcome durante il percorso di trattamento, sono:

- *Consumo attuale di sostanze psicotrope*, tramite:
  - analisi dei metaboliti urinari
    - in presenza di trattamento farmacologico sostitutivo o sintomatico, le analisi saranno effettuate almeno ogni 30 giorni
    - in assenza di trattamento farmacologico, le analisi saranno effettuate almeno ogni 60 giorni.

Le analisi devono essere effettuate senza preavvisare il paziente e nel rispetto della "catena custodiale" del campione. Qualora il medico di riferimento del paziente ravvisi la necessità di controlli sporadici/occasionali o con cadenza più ravvicinata, gli stessi saranno ovviamente effettuati al fine della ridefinizione del piano di trattamento.

I risultati delle analisi sono, ovviamente, dati sensibili, da gestire con la massima accortezza e possono essere raccolti in anonimato.

- *Qualità della vita*, da considerare inizialmente solo su aspetti specifici di



facile rilevabilità, quali:

- eventi auto o eterolesionistici
- partecipazione ad attività formative/lavorative nell'ambito della struttura penitenziaria
- valutazione dello stato psichico (anche attraverso registrazione di valori standardizzati di test valutativi)

In tempi successivi verranno individuate specificazioni per la rilevazione delle precedenti e di ulteriori variabili, al fine di una più approfondita rilevazione dello stato di salute del paziente, in relazione all'ambiente specifico.

#### *Monitoraggio "in misura alternativa"*

Come già affermato, il monitoraggio in questo caso viene effettuato per i soggetti per i quali il programma e la relativa idoneità siano state redatte dal Ser.T. interno alla struttura penitenziaria. In questa condizione, il Ser.T., avendo "preso in carico" il soggetto, dovrà provvedere a valutare l'evoluzione ed i risultati del programma durante le diverse fasi della sua attuazione.

Non sono presenti in letteratura nazionale molti studi circa la validità dei programmi residenziali o ambulatoriali in misura alternativa. L'elemento centrale della efficacia dei trattamenti sembra coincidere con la motivazione al cambiamento, che è parzialmente alterata nei casi di "misure alternative". In questi casi, infatti, il vantaggio dell'effettiva scarcerazione costituisce una motivazione rilevante che parzialmente si sovrappone e confonde quella legata alla volontà di trattamento e alla dipendenza. Inoltre, dall'analisi degli effetti della legge sull'indulto in relazione ai programmi "in misura alternativa", emerge che una parte rilevante degli stessi è stata interrotta in coincidenza del provvedimento di legge, non sussistendo più l'obbligatorietà al programma.

Le variabili da considerare per la rilevazione dell'outcome durante il percorso di trattamento, sono:

- *Consumo attuale di sostanze psicotrope*, tramite analisi dei metaboliti urinari.

Durante lo svolgimento del programma è opportuno che siano effettuate analisi dei metaboliti urinari, almeno ogni 60 giorni. I risultati delle analisi dovranno essere comunicati nell'ambito delle relazioni periodiche che l'Ente erogatore trasmette al Ser.T. inviante. In ogni caso, qualora si renda necessario verificare l'eventuale assunzione di sostanze psicoattive da parte dell'utente ed al di fuori dei controlli di routine bimestrali, sarà cura dell'Ente effettuare tale analisi e trasmetterne, in ogni caso, i risultati al Ser.T.

- *Qualità della vita*:
  - ritenzione in trattamento ed eventuali periodi di drop out (con



indicazione del numero di giorni di sospensione programma e della motivazione adottata)

- valutazione della partecipazione al programma terapeutico
- partecipazione ad attività formative/lavorative extra programma terapeutico prestabilito
- modificazioni del programma terapeutico
- contatti con la famiglia di origine
- conclusione del programma ed eventuale invio ad altri servizi

La rilevazione su scala regionale di tutte le variabili sopraelencate sarà oggetto di successiva indicazione, in collegamento con programmi di valutazione e di sistema regionale di sorveglianza delle dipendenze patologiche (vedi capitolo 4).

L'analisi dei dati di monitoraggio deve essere comunicata al Ser.T. di residenza del paziente, indipendentemente dal fatto che il paziente sia già stato in carico presso il servizio territoriale. Tale atto è correlato alla necessità di reinserimento nell'ambiente di residenza del paziente, considerando la carcerazione un evento transitorio nella vita dell'individuo.

### **3.1.6. Dimissioni/trasferimenti**

*Le dimissioni prevedono attività finalizzata e programmata per la valutazione in uscita, l'invio ad altre strutture, le raccomandazioni, le prescrizioni farmacologiche, il follow up.*

Le peculiarità dell'ambiente carcerario determinano una persistenza di rischio costante durante il periodo detentivo per i soggetti che hanno fatto uso, anche saltuario, di sostanze psicotrope. Infatti in carcere possono avvenire ricadute e crisi, con conseguenti comportamenti che si manifestano non solo con l'uso di sostanze teoricamente non accessibili entro la struttura penitenziaria, ma anche con il ricorso eccessivo all'uso di psicofarmaci, di alcool, di comportamenti lesionistici e di break down psichici. Inoltre è da ricordare come una consistente parte di popolazione attualmente tossicodipendente e che ha avuto pregresse detenzioni, ha iniziato l'uso di sostanze stupefacenti entro le strutture penitenziarie. Di questi, circa il 50% ne ha fatto uso endovenoso, con mezzi iniettivi artigianali, ad alto rischio infettivologico (EMCDDA, 2004). Pertanto è opportuno durante tutto il periodo di detenzione calibrare programmi specifici, mantenendo in carico i pazienti, che quindi dovranno ricevere prestazioni individuali. Ne consegue che l'atto delle dimissioni cliniche andrà valutato con estrema cautela.

Il percorso delle dimissioni, quindi, che coincide nella maggioranza dei casi con l'uscita dall'istituto penitenziario, non va inteso quale dimissione "clinica".

Sono da considerare dimessi i pazienti che:

- a. Concludono un programma terapeutico in misura alternativa, determinato dal Ser.T. interno alla struttura penitenziaria inviante
- b. Interrompono un programma terapeutico in misura alternativa, determinato dal Ser.T. interno alla struttura penitenziaria inviante
- c. Sono trasferiti ad altro istituto penitenziario



- d. Sono scarcerati per fine pena
- e. Accedono agli arresti domiciliari presso il proprio domicilio o ente accreditato (solo nel caso in cui il domicilio non corrisponda al territorio di competenza del Ser.T., che opera internamente al carcere)
- f. Accedono alla detenzione domiciliare presso il proprio domicilio (solo nel caso in cui il domicilio non corrisponda al territorio di competenza del Ser.T., che opera internamente al carcere)
- g. Ottengono misura alternativa alla detenzione, con un programma terapeutico stabilito autonomamente tra l'utente e l'ente erogatore. In questo caso il pagamento non è a carico del SSR (L. 49/06)
- h. Rifiutano il programma proposto dal Ser.T. in carcere

La fase delle dimissioni, più delle precedenti fasi, risente della inferenza di variabili di intervento a carico di vari enti, quali Procure, Tribunali di Sorveglianza anche di diversi distretti sul territorio nazionale, che determinano la difficoltà di programmare con anticipo ed efficacia gli interventi limitrofi alla fase di scarcerazione. Ne discende che non sempre è effettuabile la valutazione in uscita e la definizione di follow up concordato con il paziente. In ogni caso è necessario avviare accordi locali con gli istituti penitenziari, a cui possono collaborare anche i difensori, per conoscere con adeguato livello di affidabilità le condizioni che concorrono a determinare l'evento "uscita dal carcere". Solo in tal modo, infatti è possibile garantire sia la continuità terapeutica, sia la gestione di "dimissioni cliniche protette", in analogia a quelle già note per altre realtà di ambienti confinati (ospedale, comunità terapeutiche, day hospital/service, ecc). Con il termine "dimissioni cliniche protette" si indica l'offerta di raccomandazioni, prescrizioni, farmaci e quanto altro ritenuto opportuno per favorire, nei tempi immediatamente successivi alla scarcerazione, una adeguata rete di contenimento dei rischi, dovuti anche alla maggiore offerta di stupefacenti. La conoscenza dei tempi di scarcerazione/trasferimento rende, inoltre, fattibile un interscambio con i servizi territoriali, affinché gli stessi si possano direttamente mettere in contatto con il paziente uscito dal carcere.

Le azioni, che precedono le dimissioni, le eventuali raccomandazioni da offrire al paziente e la tempistica del follow up, sono illustrate nella tabella sottostante. Si ricorda che per tutte le azioni che prevedono comunicazioni e scambio di informazioni tra diversi servizi, deve essere disponibile il consenso informato al trattamento dei dati, con esplicita autorizzazione di comunicazione verso enti terzi coinvolti nel percorso giudiziario-terapeutico, acquisita sin dall'inizio del trattamento, in fase di accoglienza.

Motivo dimissione	Prestazioni dell'operatore e raccomandazioni per il paziente	Follow up
A. Concludono un programma terapeutico in misura alternativa, determinato dal Ser.T. interno alla struttura penitenziaria inviante	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Visita per valutazione esiti, in collaborazione con Comunità Terapeutica.</li> <li>- Definizione congiunta di programma di reinserimento familiare e lavorativo.</li> <li>- Invio ed orientamento verso Ser.T. di residenza</li> </ul>	Visite di controllo, anche in collaborazione con Ser.T. di residenza o C.T., dopo 6 mesi dalla fine programma
B. Interrompono un programma terapeutico in misura alternativa, determinato dal Ser.T. interno alla struttura penitenziaria inviante	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Analisi dei motivi di interruzione (anche attraverso relazioni)</li> <li>- Segnalazione al Ser.T. di residenza</li> </ul>	Realizzabile solo se giunge ad altro carcere del Lazio, il cui Ser.T. interno comunica notizie relative al paziente
C. Sono trasferiti ad altro istituto penitenziario	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Connessione con la Direzione dell'Istituto per avere informazione in tempo utile sul luogo del trasferimento</li> <li>- Lettera di dimissione, da consegnare al paziente, riportante il piano di trattamento effettuato</li> <li>- Comunicazione rapida al Ser.T. interno ricevente, con invio documentazione opportuna</li> </ul>	Il follow up viene effettuato in tempi successivi, a cura dell'ultimo Ser.T. interno a struttura carceraria, prima dell'uscita dal carcere.
D. Sono scarcerati per fine pena	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Connessione con la Direzione dell'Istituto per avere informazione in tempo utile sulla scarcerazione</li> <li>- Lettera di dimissione, da consegnare al paziente, riportante il piano di trattamento effettuato</li> <li>- Definizione congiunta di programma di reinserimento familiare e lavorativo</li> <li>- Invio, comunicazione al Ser.T. di residenza</li> <li>- Prescrizione farmacologica</li> <li>- Materiale informativo (anche sui servizi e sulle opportunità territoriali)</li> </ul>	Visite di controllo, anche in collaborazione con Ser.T. di residenza, dopo 2 e 6 mesi dalla scarcerazione
E. Accedono agli arresti domiciliari presso il proprio domicilio o ente accreditato	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Connessione con la Direzione dell'Istituto per avere informazione sulla concessione di misure alternative o sostitutive (arresti domiciliari) in tempo utile sulla scarcerazione</li> <li>- Lettera di dimissione, da consegnare al paziente, riportante il piano di trattamento effettuato</li> <li>- Prescrizione farmacologica</li> <li>- Invio, comunicazione al Ser.T. di residenza</li> <li>- Materiale informativo sulle opportunità territoriali)</li> </ul>	Visite di controllo, anche in collaborazione con Ser.T. di residenza, dopo 3 e 6 mesi dalla scarcerazione
F. Accedono alla detenzione domiciliare presso il proprio domicilio	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Connessione con la Direzione dell'Istituto per avere informazione sulla concessione di misure alternative o sostitutive (detenzione domiciliare) in tempo utile sulla scarcerazione</li> <li>- Lettera di dimissione, da consegnare al paziente, riportante il piano di trattamento effettuato</li> <li>- Prescrizione farmacologica</li> <li>- Invio, comunicazione al Ser.T. di residenza</li> <li>- Materiale informativo (anche sui servizi e sulle opportunità territoriali)</li> </ul>	Visite di controllo, anche in collaborazione con Ser.T. di residenza, dopo 3 e 6 mesi dalla scarcerazione
G. Ottengono misura alternativa (art. 94 DPR 30/09/00) con progr. terapeutico stabilito autonomamente tra l'utente e l'ente erogatore. Pagamento non a carico del SSR	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Connessione con la Direzione dell'Istituto per avere informazione in tempo utile sulla concessione di misura alternativa</li> <li>- Visita per valutazione esiti del trattamento in carcere</li> <li>- Comunicazione al Ser.T. di residenza</li> </ul>	Realizzabile, solo con eventuale disponibilità della struttura di accoglienza
H. Rifiutano il programma proposto dal Ser.T. interno al carcere	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Riproposta intervento, anche con programma alternativo al precedente, dopo rivalutazione</li> </ul>	Non realizzabile, per non disponibilità

Tab. XII: Azioni, raccomandazioni e tempistica per le dimissioni e il follow up.



### 3.2. Il processo di lavoro della prevenzione

Negli anni non si è sviluppata da parte dei Ser.T. una costante linea di intervento preventivo dell'uso di sostanze, nell'ambito delle strutture penitenziarie. Molteplici fattori hanno contribuito a rendere carente questa tipologia di intervento, tra cui l'esiguità di risorse a disposizione, la difficoltà a intervenire in un ambiente ristretto. Incide comunque primariamente una limitata competenza ad operare entro il carcere, ambiente confinato con soggetti devianti a forte rischio di consumo, con gli strumenti e le metodologie proprie della prevenzione, sviluppate in ambienti scolastici e di comunità locale.

L'impegno attuale è quello di adattare i principi, le metodologie, le tecniche e gli strumenti tipici degli interventi di prevenzione, ormai consolidati e valutati per livello di efficacia, ad un contesto estremamente diverso. L'ambiente carcerario, non omogeneo, presenta la variabile fondamentale della "coazione" e quindi della non libertà di scelta dell'ambiente di vita.

Si richiama la classificazione dei targets di popolazione degli interventi, che determinano le diverse tipologie di prevenzione (Gordon, 1994):

- *Prevenzione universale* – intervento desiderabile per tutti gli appartenenti ad una data popolazione (donne in gravidanza, bambini, ecc). Alcuni esempi possono essere dati dal: rispettare una dieta equilibrata, non far uso di sostanze, uso di cinture di sicurezza.
- *Prevenzione selettiva* – intervento rivolto a sottogruppi di una popolazione con un rischio di malattia superiore alla media, Nel nostro ambito, esempi sono dati da popolazione, anche non attualmente consumatrice di sostanze, che presenta una anamnesi familiare positiva per uso di sostanze o che ha contatti precoci con il sistema giudiziario. "Il circuito penale è un importante setting per gli interventi di prevenzione selettiva" (Burkhat, 2003).
- *Prevenzione mirata* – intervento rivolte a persone singolarmente riconosciute per essere ad alto rischio per una malattia. Nel nostro ambito, interventi individuali rivolti a persone a rischio di consumo di sostanze, o a rischio di contagio di malattie infettive.

Su questi differenti targets di popolazione le principali metodologie e modelli di intervento che sono stati attuati in ambienti extra carcerari sono:

- *interventi informativi*, realizzati attraverso seminari, posters, filmati, campagne mediatiche, ecc. Tali interventi se non inseriti in una strategia più ampia che contempra anche altre modalità, risultano essere inefficaci, rispetto alla riduzione del consumo di stupefacenti nella popolazione target. In ogni caso programmi di comunicazione interattiva risultano essere fino a quattro volte più efficaci di quelli frontali;
- *life skills*: promozione di abilità che mettono in grado un individuo ad adottare strategie efficaci per affrontare i problemi a cui va incontro. Questa metodiche sono realizzate attraverso training e interventi su base cognitiva. Il contenuto dei life skills



deve comprendere informazioni utili ai destinatari per essere immediatamente applicabile nella pratica di vita quotidiana;

- *educazione tra pari*, realizzati attraverso una circolazione di informazioni, di stili comportamentali e cognitivi trasmessi nell'ambito dei gruppi da soggetti leader appositamente formati e selezionati all'interno del gruppo target;
- *mentoring*, identificato quale rapporto tra mentore competente e un soggetto in fase di acquisizione di competenze, in genere collegate al mondo del lavoro;
- *approcci di comunità*, condotti attraverso interventi di miglioramenti del contesto interpersonale ed organizzativo di appartenenza di un individuo. All'interno di un ambito ristretto le azioni devono favorire un cambiamento migliorativo più dei modelli educativi, che dei comportamenti del singolo;
- *riduzione del danno*, quale politica di prevenzione e promozione della salute che si propone di prevenire e/o ridurre le conseguenze negative associate all'adozione di alcuni comportamenti. Tra questi interventi alcuni hanno dimostrato efficacia nel ridurre il contagio di infezioni e la mortalità per overdose, altri necessitano di ulteriori ricerche specifiche.

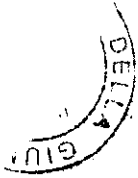
Pertanto è opportuno programmare localmente interventi specifici di prevenzione intracarceraria, in stretta collaborazione con l'Amministrazione Penitenziaria e con l'attiva partecipazione del Volontariato e del Privato Accreditato, esperti in materia di interventi preventivi. A tal fine dovranno essere promosse reti intra ed extra aziendali con le altre strutture ASL (Dipartimento di Prevenzione, Materno Infantile, Salute Mentale, ecc), gli Enti Locali, il Terzo settore, anche in relazione ai nuovi stili di consumo, mettendo in campo eventuali risorse previste nella L. 328/00. Per programmare tali interventi si rende indispensabile valutare l'entità del fenomeno del consumo di sostanze in ambito intracarcerario, tramite la realizzazione di specifiche indagini multicentriche.

E' inoltre da promuovere la partecipazione-coinvolgimento agli interventi di prevenzione del personale dell'Amministrazione Penitenziaria, attore essenziale delle dinamiche intracarcerarie di controllo e di trattamento penitenziario. In particolare il personale di Polizia Penitenziaria rappresenta un elemento prezioso sia per veicolare i messaggi preventivi verso la popolazione detenuta, sia per rilevare problematiche inerenti ai consumi di sostanze illegali e legali, prima tra tutte l'alcol. Pertanto il personale di Polizia Penitenziaria costituisce una rilevante risorsa per l'attuazione dei programmi di prevenzione, di cui tra l'altro potrà giovare anche direttamente.

I programmi di prevenzione devono risentire di specificità di obiettivi ed essere calibrati per le popolazioni bersaglio, considerando l'etnia, il genere, le fasce di età prevalenti, il tipo di problematica droga-correlata, la tipologia del reato e la durata residua della pena da trascorrere in carcere. Una particolare attenzione va posta nelle realtà carcerarie e di accoglienza dei minori che risentono di una normativa specifica.

Alcuni ambiti di prevenzione selettiva e mirata devono essere considerati con particolare rilevanza:

- **alcol**: il regolamento penitenziario controlla la distribuzione e ne autorizza un consumo limitato; numerosi dati osservazionali depongono per un potenziale consumo problematico, attraverso i meccanismi dell' "accumulo -



scambio” che possono condurre ad episodi di “binge drinking”; un altro meccanismo di uso problematico è rappresentato dall’associazione di alcol e terapie con psicofarmaci; pertanto è opportuno stimolare il coinvolgimento del personale, finalizzato ad un migliore controllo della distribuzione di alcolici;

- patologie correlate: al fine di prevenire l’insorgenza di nuovi contagi di patologie infettive (HIV, epatopatie virus correlate, ecc.) è opportuno promuovere accordi di programma, da concordare con l’Amministrazione Penitenziaria, che rendano possibile la distribuzione di specifici presidi sanitari;
- rischio di overdoses: la minore tolleranza alle sostanze stupefacenti che segue la drastica riduzione dell’uso dovuta alla carcerazione, è il fattore determinante delle overdoses intra carcerarie ed nei primi giorni successivi alla scarcerazione; è opportuno quindi valutare la distribuzione a tutta la popolazione a rischio di idonei farmaci antagonisti al momento delle dimissioni.

Infine è necessario realizzare una valutazione su scala regionale degli interventi effettuati in materia e con scambio delle esperienze realizzate al fine di una diffusione delle migliori pratiche.

### **3.3. La documentazione del processo operativo (cartella clinica, registri, modulistica)**

Fino alla definizione della nuova modulistica, è opportuno mantenere in essere gli attuali registri e moduli in uso presso l’Amministrazione Penitenziaria, mantenendo in essere le modalità di compilazione e trasmissione dei medesimi.

Per quanto concerne la documentazione interna al circuito sanitario ASL, si rende necessario adeguarsi a quanto previsto dal nuovo “Sistema di Sorveglianza delle dipendenze patologiche” della Regione Lazio (D.G.R. n. 136 del 6.03.07).

La cartella clinica è lo strumento principe per una efficiente gestione del caso, e per una comunicazione tra i componenti dell’equipe sullo stato di salute e sui trattamenti del soggetto in carico. Pertanto è necessario che ogni operatore riporti in cartella tutti gli elementi necessari per una corretta documentazione dello stato clinico e dei trattamenti e delle prestazioni effettuate.

Con l’introduzione del nuovo Sistema di Sorveglianza, la raccolta delle informazioni sui pazienti non è più finalizzata alla semplice rilevazione epidemiologica, ma è finalizzata principalmente alla costruzione della nuova cartella clinica della Regione Lazio.

I dati essenziali contenuti nella cartella clinica, che andranno necessariamente rilevati e registrati, sono relativi a: dati socio - anagrafici, diagnosi clinica (DSM-IV o ICD-9),



trattamenti e singole prestazioni erogate con il nome dell'operatore (per l'elenco delle prestazioni si veda l'Allegato n. 1).

La compilazione della nuova cartella clinica, dopo l'informatizzazione della stessa, eliminerà gran parte dell'attuale modulistica in uso nei Ser.T. A tale cartella può accedere solo il personale debitamente autorizzato per il trattamento dei dati sanitari, appartenente alle ASL o agli Enti accreditati che hanno in carico terapeutico il soggetto.

La completa messa in atto dell'informatizzazione, così come previsto dalla citata D.G.R., avverrà con la connessione tra il sistema di rilevazione interno al carcere ed il server regionale. Fino a tale momento, dovrà essere mantenuta la documentazione cartacea, da conservare ed archiviare attraverso modalità e procedure che ogni singola azienda adotterà, nel rispetto della privacy e della tenuta di dati sensibili.



#### 4. RISULTATI: ANALISI, MONITORAGGIO, MIGLIORAMENTO

##### 4.1. Risultati attesi

L'individuazione delle politiche di settore (Visione e Missione), la definizione delle risorse necessarie, la descrizione dei processi di lavoro concorrono alla definizione dei risultati attesi.

Tali risultati sono da intendere sia in termini di prestazioni erogate (output), sia in termini di esiti di salute (outcome). In entrambi i casi si rende necessario predeterminare gli specifici indicatori con cui poter valutare il raggiungimento del risultato atteso. A tale proposito, di seguito, si declinano risultati attesi e gli indicatori specifici derivanti dagli obiettivi già posti nella iniziale definizione della strategia e delle azioni di settore (vedi cap. 1).

##### Obiettivo Generale: *Miglioramento della qualità della vita*

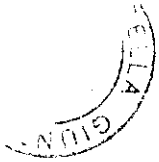
I. Garantire l'offerta di appropriate prestazioni terapeutiche e la continuità assistenziale		
Azione	Risultato atteso	Indicatore
Immediata accoglienza da parte del Ser.T. dei detenuti segnalati o che ne facciano richiesta	Recepimento nel più breve tempo possibile della segnalazione (comunque entro tre giorni) per individuazione delle urgenze e inserimento nelle liste di attesa per il primo colloquio	n. dei pazienti accolti entro tre giorni dalla segnalazione
Diagnosi multidisciplinare e presa in carico da parte dell'equipe Ser.T.	Valutazione comprensiva di: bilancio di salute generale, bilancio di salute familiare, bilancio tossicologico, bilancio precedenti trattamenti, bilancio giuridico penale. I bilanci comprendono valutazioni mediche, psicologiche, infermieristiche e sociali. Almeno due delle figure professionali del Ser.T. devono essere effettivamente presenti alla definizione diagnostica, effettuata secondo il sistema di classificazione internazionale, sottoscritta e riportata in cartella clinica. Devono essere individuati l'equipe di presa in carico e il "referente di caso".	n. di pazienti con diagnosi da DSM-IV n. dei casi in carico assegnati a "referente di caso"
Offerta di appropriati trattamenti multimodali integrati e personalizzati, tenendo in considerazione anche le variabili di genere, di etnia e di minore età	Definizione da parte dell'equipe del progetto terapeutico integrato da concordare con il paziente e nel rispetto della garanzia della continuità terapeutica. Il progetto terapeutico deve essere riportato in cartella clinica e può comprendere interventi medici, psicologici e sociali, che dovranno tener conto delle "raccomandazioni" formulate per le singole figure professionali.	n. delle cartelle relative ai pazienti con diagnosi effettuata e che riportino il piano di trattamento



Gestione delle patologie concomitanti e/c correlate, con particolare riguardo alle patologie mentali ed infettive	Il medico del Ser.T. prescrive i necessari provvedimenti diagnostici e terapeutici. Nel caso in cui riscontrasse segni e/o sintomi di patologie correlate o concomitanti, dovrà attivare e coordinare l'intervento degli specialisti coinvolti, con particolare riguardo all'area delle patologie infettive e della salute mentale.	n. di pazienti per i quali viene richiesta la prestazione clinica, prescritta dal medico del Ser.T.
Attuazione di misure di accompagnamento (invio, orientamento, tutoring, ecc) dopo la dimissione dall'Istituto	In rispetto delle indicazioni relative agli interventi da effettuare al momento della dimissione, alle raccomandazioni per il paziente e alla tempistica dei follow up da programmare.	n. dei pazienti per i quali si sono attivati gli interventi del Ser.T. previsti per la fase di dimissione

<b>2. Ridurre la mortalità e la morbosità legate alla tossicodipendenza, all'abuso da sostanze e alle patologie correlate anche ai comportamenti a rischio come pratiche sessuali, tatuaggi, piercing (riduzione del danno)</b>		
<b>Azione</b>	<b>Risultato atteso</b>	<b>Indicatore</b>
Offerta di presidi sanitari (riferimenti alla L. regionale del 17 febbraio 1992 n. 11 ed alla D.G.R. 11 settembre 1996 n. 227)	Promozione di accordi di programma da concordare con l'Amministrazione Penitenziaria, che rendano possibile l'effettiva distribuzione dei presidi sanitari	n. accordi di programma definiti
Screening e diagnosi patologie correlate	Aumento del numero di pazienti che accetta di sottoporsi ai previsti screening	n. di pazienti che accettano di sottoporsi ai test di screening proposti
Attivazione e coordinamento di una rete specialistica dedicata intra-aziendale (U.O.O. specifiche territoriali e ospedaliere)	Promozione di protocolli operativi interspecialistici	n. protocolli definiti
Offerta di provvedimenti terapeutici antagonisti e di kit specifici all'uscita dal carcere per protezione dall'overdose	Attivazione le procedure delle specifiche offerte di interventi per le dimissioni	n. procedure attivate

<b>3. Incrementare i percorsi di reinserimento, mirati a migliorare il livello d'integrazione sociale e lavorativa</b>		
<b>Azione</b>	<b>Risultato atteso</b>	<b>Indicatore</b>
Promozione di azioni coordinate tra le strutture del Ministero Giustizia, gli Enti Locali (Municipalità, Province, ecc.) ed i distretti sanitari ASL.	Avvio di tavoli di concertazione ai sensi della L. 328/00	n. tavoli di concentrazione attivati
Attivazione di programmi di tutoring, di accompagnamento sociale e di reinserimento socio-lavorativo	Predisposizione di specifici progetti di tutoring e di accompagnamento sociale e di reinserimento socio-lavorativo	n. progetti presentati



Obiettivo Generale: *Riduzione della domanda di sostanze psicotrope legali ed illegali in carcere*

**4. Definire e realizzare delle strategie da attuare nelle strutture carcerarie in tema di prevenzione primaria e di contrasto clinico del fenomeno di consumo di sostanze psicotrope legali ed illegali in carcere**

Azione	Risultato atteso	Indicatore
Attivazione di reti intra ed extra aziendali per la realizzazione di programmi specifici di prevenzione (con altre strutture ASL, Enti Locali, Terzo settore, ecc.), anche in relazione ai nuovi stili di consumo	Promozione di accordi interistituzionali e di successivi interventi di prevenzione	n. accordi interistituzionali
Interventi di prevenzione di consumo di alcolici	Coinvolgimento del personale di Polizia Penitenziaria nel controllo della distribuzione alcolici	n. segnalazioni di problematiche specifiche insorte nei reparti
Interventi di prevenzione (informativi educativi, life skills, peer education, ecc.) rivolti a tutta la popolazione detenuta	Partecipazione dei detenuti a programmi di prevenzione	n. interventi di prevenzione attivati n. soggetti che partecipano all'intervento

Obiettivo Generale: *Sistema Qualità*

**5. Monitorare le dimensioni del fenomeno di uso ed abuso, anche con rilevazioni epidemiologiche entro le strutture carcerarie**

Azione	Risultato atteso	Indicatore
Promozione e realizzazione di indagini multicentriche di studio del fenomeno	Produzione reports sull'entità e la tipologia del fenomeno del consumo di sostanze psicotrope e alcoliche, legali ed illegali in carcere	n. report prodotti n. strutture carcerarie coinvolte nello studio

**6. Promuovere il monitoraggio continuo della qualità e la valutazione degli esiti, attraverso metodi e procedure comuni in ambito regionale**

Azione	Risultato atteso	Indicatore
Formulazione di piani programmatici locali basati sulla rilevazione dei bisogni di salute	Deliberazioni locali di programmazione annuale per attività in ambito penitenziario, in linea con le indicazioni regionali ed i bisogni di salute locali	n. deliberazioni di programmazione annuale
Utilizzo del sistema informativo regionale	Collegamento alla rete regionale prevista dalla D.G.R. 6.3.07 n. 136	n. Ser.T. che rispondono al Sistema di Sorveglianza regionale
Applicazione degli indicatori di outcome e loro revisione periodica	Verifica del raggiungimento degli obiettivi di piano di trattamento su un campione significativo di popolazione	n. Ser.T. che implementano strumenti di valutazione di outcome, anche su campione
Individuazione di Gruppo di lavoro regionale dedicato al monitoraggio ed alla valutazione	Deliberazione regionale che istituisca il gruppo di lavoro e che ne definisca funzioni	sì/no
Attivazione di azioni correttive per il Miglioramento Continuo della Qualità	miglioramento della funzionalità dei sistemi di assistenza locali	n. eventi/azioni di miglioramento qualità attivati dai singoli Ser.T.



7. Assicurare percorsi formativi permanenti per il personale		
Azione	Risultato atteso	Indicatore
Predisposizione nel piano formativo aziendale di percorsi dedicati	Coinvolgimento di operatori e servizi in programmi di formazione continua	n. eventi formativi specifici attivati dai singoli Ser.T. r. partecipanti agli eventi (partecipanti ASI / Ministero Giustizia)
Predisposizione di programma formativo regionale per la realizzazione di quanto programmato dalla regione in ambito di assistenza ai detenuti tossicodipendenti	Coinvolgimento di direzioni generali e di servizi per favorire la partecipazione degli operatori in programmi di formazione continua	r. eventi formativi specifici attivati dalla Regione (partecipanti ASI / Ministero Giustizia) r. partecipanti agli eventi

8. Adeguare le risorse umane e logistiche		
Azione	Risultato atteso	Indicatore
Adeempimento della Legge 45/99 (dopo rassegna degli aventi titolo)	Attivazione delle procedure concorsuali relative	n. personale inserito nel sistema
Messa in rete dei Ser.T. regionali che operano entro istituti penitenziari	Ampliamento della rete regionale per il Sistema di Sorveglianza ai Ser.T. che operano nelle strutture carcerarie	n. Ser.T. collegati alla rete regionale

9. Definire il modello organizzativo		
Azione	Risultato atteso	Indicatore
Individuazione dei modelli organizzativi di collegamento tra i Ser.T. e le altre strutture ASI, che operano in ambito penitenziario, ai sensi della L. 45/99 e del D.P.C.M. 3/08	omogeneizzazione su scala regionale dei modelli organizzativi	n. tipologie di modelli organizzativi
Coinvolgimento del responsabile del Ser.T. che opera in istituto penitenziario nella definizione della programmazione Sanitaria Locale (anche in Collegio di Direzione)	presenza del responsabile Ser.T. nelle sedute del Collegio di Direzione su temi di propria competenza	n. ASI che prevedono partecipazione responsabile Ser.T. al Collegio di Direzione su problematiche specifiche

#### 4.2. Misurazioni e monitoraggio

Per la valutazione comune su scala regionale dei risultati di servizio raggiunti, ogni singola ASI utilizzerà gli indicatori sopra citati al fine di redigere un report annuo. Entro il primo semestre di ogni anno la Regione invierà ai singoli servizi il format specifico per la raccolta dei dati acquisiti nel corso dell'anno.



In considerazione della importante variazione normativa che permette la totale presa in carico della persona detenuta da parte del servizio sanitario, e non già più per singole branche specialistiche (D.P.C.M. 1/4/2008), è da prevedere che anche il sistema di monitoraggio venga implementato secondo le nuove direttive. Pertanto nel corso del 2009 e fino alla definizione dei nuovi modelli organizzativi aziendali ed al completamento del transito del personale sanitario ex Ministero della Giustizia, verranno forniti gli aggiornamenti del sistema di monitoraggio.

Rimane inteso, comunque, l'impegno di ogni ASL a fornire le informazioni già previste dal Nuovo Sistema di Sorveglianza Regionale delle Dipendenze Patologiche (D.G.R. n. 136 del 6.03.07), di cui questo documento rappresenta una integrazione specifica all'ambito penitenziario.

È necessario programmare in ogni Azienda l'attivazione di un sistema di rilevazione della soddisfazione dei clienti (sia finali che intermedi).

L'analisi dei dati di esercizio sarà curata dalla Regione, assicurando massima partecipazione degli attori in gioco, soprattutto per la successiva definizione degli standards di qualità. La diffusione dei risultati e la promozione delle migliori pratiche attuative verrà avviata sin dal primo anno di applicazione del presente documento.

#### **4.3. Azioni di miglioramento**

Nell'ottica del miglioramento continuo della qualità dell'assistenza si prevedono le azioni preventive e azioni correttive. Relativamente alle prime, anche nell'ambito del piano della formazione, saranno assicurate forme di supervisione, formazione "on the job" e revisione tra pari. Relativamente alle seconde si individuano due fonti per la rilevazione delle disfunzioni: dati di monitoraggio e dati forniti dalle singole ASL che abbiano attivato sistemi di Risk Management. In entrambi i casi i dati forniti permettano alla Regione di individuare centralmente, attraverso il Gruppo di Lavoro, i nodi critici dei processi assistenziali presenti in una o più strutture e avviare di conseguenza percorsi correttivi specifici (formativi, amministrativi/gestionali, ecc.).



*ALLEGATO N. 1*

*Come da D.G.R. n. 136 del 6.03.07:*

**“Approvazione progetto sperimentale “Sistema di sorveglianza delle dipendenze patologiche della Regione Lazio”.**

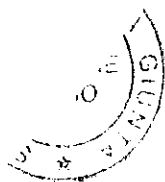
*(Aggiornata al 12 Febbraio 2009)*

***ELENCO DELLE PRESTAZIONI DEI SER.T.***



*Prestazioni rivolte a singolo utente*

<b>Prestazione ad utente</b>	<b>Codice</b>
<b>Attività telefonica</b>	<b>1</b>
informazione telefonica	1.1
counselling telefonico consulenza individuale o familiare; sostegno sociale individuale o familiare	1.2
management clinico telefonico contatti di rete in favore di uno specifico paziente	1.3
altra attività non prevista	1.99
<b>Relazioni sul caso, prescrizioni, certificazioni</b>	<b>2</b>
relazione per sanzioni amministrative (art 121 e 75)	2.1.1
relazione per sanzioni penali (art 90 e 94)	2.1.2
relazione per sussidio, avvio pratiche pensionistiche ecc.	2.1.3
relazione per invio o affidamento ad altro servizio	2.1.4
prescrizione esami	2.2.1
ricettazione medica	2.2.2
certificazione di tossicodipendenza e alcolodipendenza	2.2.3
certificazione per esenzione ticket	2.2.4
convocazione ai sensi art. 121 e 75	2.3
altre attività non previste	2.99
<b>Attività di accompagnamento</b>	<b>3</b>
accompagnamento alle strutture di diagnosi e cura	3.1
altre attività non previste	3.99
<b>Visite</b>	<b>4</b>
visita medica	4.4
valutazione IP assessment	4.5
visita psichiatrica (con esame obiettivo)	4.6
visita in consulenza esterna	4.7
visita medica domiciliare	4.8
visita medica per patente	4.9
altre attività non previste	4.99



<b>Colloqui</b>	<b>5</b>
colloquio per consulenza psicologica	5.2
colloquio per il management clinico del paziente	5.3
colloquio di consulenza di coppia	5.4.1
colloquio di consulenza ai familiari	5.4.2
colloquio psichiatrico	5.5
colloquio informativo individuale	5.6.1
colloquio informativo familiare	5.6.2
colloquio informativo di gruppo	5.6.3
colloquio di assistenza sociale	5.7
colloquio di controllo e verifica risorse individuali, familiari e sociali	5.9
colloquio domiciliare	5.10
Colloquio di accoglienza	5.11
altre attività non previste	5.99
<b>esami e procedure cliniche</b>	<b>6</b>
prelievo venoso in ambulatorio	6.1
prelievo microbiologico (tampone faringe, espettorato bK, prelievo unghie, prelievo squame cutanee raccolta campione per esame del capello)	6.2
raccolta urine per esame	6.4
intradermoreazione di Mantoux	6.5
iniezione endovenosa	6.10
flebotomi	6.11
medicazione di ferita	6.14
incisione ascesso superficiale o circoscritto	6.15
iniezione intramuscolo	6.17
esecuzione test per sostanze stupefacenti su urine	6.18
invio materiali biologici	6.19
etilometro/test rapidi alcolologici	6.21
altre attività non previste	6.99

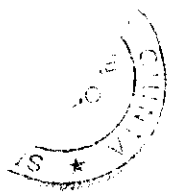


<b>somministrazione farmaci e vaccini</b>	<b>7</b>
somministrazione orale di farmaci (terapia sostitutiva, antagonista, altra terapia)	7.1
consegna/affidamento terapia orale	7.2
vaccinazioni: esecuzione diretta	7.3
vaccinazioni: programmazione e controllo esami pre e post	7.4
altre attività non previste	7.99
<b>Interventi psicoterapeutici</b>	<b>8</b>
psicoterapia individuale	8.1
psicoterapia familiare	8.2.1
psicoterapia di coppia	8.2.2
psicoterapia di gruppo	8.3
altre attività non previste	8.99
<b>Interventi socio/educativi di gruppo</b>	<b>9</b>
riabilitazione psicosociale di gruppo (gruppi di autoaiuto, di sostegno, informativi educativi)	9.3
altre attività non previste	9.99

<b>Prestazione di prevenzione e consulenza</b>	<b>Codice</b>
<b>Prevenzione primaria</b>	<b>15</b>
informazione/ consulenza individuale (cic, scuole, ecc.)	15.1.1
informazione/ consulenza di gruppo (cic, scuole, ecc.)	15.1.2
intervento ambientale a tema	15.4
collaborazione ad eventi specifici (concerti, rave, attività culturali in genere)	15.7
conferenza/ seminario informativo educativo	15.8
gestione stand informativo	15.10
produzione di materiali informativi di prevenzione primaria	15.11.1
distribuzione materiale informativo di prevenzione primaria	15.11.2
misurazione tasso alcolico	15.12
distribuzione profilattici	15.14
altro	15.99
<b>Prevenzione secondaria</b>	<b>16</b>
educazione sanitaria e consulenza individuale di prevenzione secondaria	16.1.1
educazione sanitaria e consulenza di gruppo di prevenzione secondaria	16.1.2
produzione di materiali informativi sui rischi e le patologie correlate	16.6



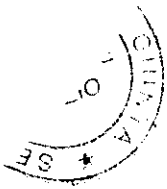
distribuzione materiale informativo sui rischi e le patologie correlate	16.1.3
distribuzione/scambio siringhe	16.1.4
distribuzione profilattici a soggetti tossicodipendenti	16.2
distribuzione integratori alimentari	16.3
distribuzione vestiario	16.4
altro	16.99
<b>Attività di consulenza istituzionale e di formazione a esterni</b>	<b>25</b>
attività di consulenza ad enti o gruppi esterni (POF, consulenza insegnanti, luoghi di lavoro, ecc.)	25.1
formazione come docente	25.2
supervisione come supervisore a gruppi di auto aiuto, peer educator, ecc.	25.3
supervisione come supervisore a operatori esterni, docenti,	25.4
altro	25.5



<b>Prestazione di organizzazione e coordinamento</b>	<b>Codice</b>
<b>Area Prestazioni Alberghiere</b>	<b>13</b>
fornitura alloggio	13.1
fornitura pasti	13.2
altro	13.99
<b>Attività organizzative/ di governo a livello centrale</b>	<b>17</b>
riunione ristretta (es. con Direzione)	17.1
riunione gruppo di lavoro allargato	17.2
riunione con enti	17.3
preparazione, elaborazione, analisi materiale per il governo del sistema	17.5
altro	17.99
<b>Partecipazione a commissioni e comitati esterni</b>	<b>18</b>
riunioni con commissioni/comitati in esterno	18.1
preparazione, elaborazione, analisi materiale per commissioni	18.2
altro	18.99
<b>Attività organizzativa/metodologica interna</b>	<b>19</b>
riunione interna	19.1
preparazione, elaborazione, analisi materiale per l'organizzazione	19.2
altro	19.99
<b>Attività di coordinamento e di rete</b>	<b>20</b>
attività di programmazione/progettazione di rete	20.2.1
attività per definizione/revisione processi di rete	20.2.2
attività per stipula di convenzioni o protocolli di intesa	20.2.4
attività di scambio informazione tra attori di rete	20.2.5
altro	20.99
<b>Attività di progetto e di ricerca</b>	<b>21</b>
Attività di ricerca	21.1
Elaborazione progetto	21.2
Coordinamento progetto	21.3
Altro	21.99
<b>Formazione ed addestramento operatori</b>	<b>22</b>
formazione come docente	22.1
formazione come discente	22.2
organizzazione evento formativo	22.3
supervisione come supervisore	22.4
supervisione come fruitore	22.5
altro	22.99



<b>Stesura di rapporti/relazioni attività di unità operativa</b>	<b>23</b>
rapporti/relazioni attività della struttura	23.1
rapporti epidemiologici/relazioni scientifiche	23.2
rapporti/relazioni attività di progetto/ricerca	23.3
altro	23.99
<b>Prestazioni amministrative</b>	<b>24</b>
tenuta della documentazione amministrativo-contabile, a carattere burocratico, controllo di gestione	24.1
altro	24.99



**ALLEGATO N. 2**  
**MODELLI DI CERTIFICAZIONI DI ALCOOL-TOSSICODIPENDENZA IN USO**

I modelli di certificazione riportati tutti nella loro forma integrale, sono quelli adottati dai diversi Ser.T. interni alle strutture penitenziarie del Lazio.

Sono riportati i certificati adottati da:

1. certificato in uso presso la ASL RM/A (Ser.T. Regina Coeli)
2. certificato in uso presso la ASL RM/B (Ser.T. "Istituti Penitenziari di Rebibbia")
3. certificato in uso presso la ASL RM/H (Ser.T. Velletri)
4. certificato in uso presso la ASL/FR (Ser.T. presso: Casa Circondariale di Frosinone, Casa Circondariale di Cassino, Casa di Reclusione di Paliano).

I certificati riportati si differenziano perché alcuni riportano:

- le conclusioni diagnostiche nel frontespizio;
- i riscontri documentali in ciascuna delle aree di valutazioni;
- le elencazioni, presenza/assenza dei criteri del DSM IV per dipendenza ed abuso;
- le specifiche sui colloqui clinici, le psicodiagnosi, i tests psicodiagnostici ed il profilo di personalità scaturito da valutazioni psicopatologiche;
- la firma di tutti i professionisti che hanno contribuito alle singole valutazioni e sottoscrizione della certificazione per le parti di propria competenza.



REGIONE LAZIO



## CERTIFICATO

**Accertamento di Tossicodipendenza o di Abuso di sostanze stupefacenti e/o alcool  
ai sensi del Testo aggiornato del D.P.R. del 9 Ottobre 1990 n. 309,  
così come aggiornato dalla Legge 21.02.06 n. 49  
(con riferimento al D.M. n. 186 del 12 Luglio 1990 e del D. Lgs 230/90)**

Cognome: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_  
Nato a: \_\_\_\_\_ il: \_\_\_\_\_  
Residenza dichiarata: \_\_\_\_\_ (città-CAP) in Via: \_\_\_\_\_  
Detenuto c/o: \_\_\_\_\_ preso in carico il: \_\_\_\_\_  
Inizio della carcerazione: \_\_\_\_\_ Ser.T. di riferimento: \_\_\_\_\_

*Il presente certificato si compone di n.....pagine singolarmente vidimate e numerate*

**Descrizione delle Procedure con le quali è stato accertato l'uso  
abituale di sostanze stupefacenti, psicotrope o alcoliche (art. 4  
sexies della L. 21.02.06 n. 49)**

In assenza del previsto decreto del Ministero della Salute che regolamenti il rilascio della certificazione di tossicodipendenza ai sensi della citata Legge 49/06, si continuano ad adottare le indicazioni contenute nel testo dell'Accordo tra Regione Lazio e Ministero della Giustizia ai fini dell'applicazione del D. Lgs. 230/00 e riguardante tossicodipendenti detenuti nelle carceri della Regione Lazio.

Tenuto altresì conto che la dizione "uso abituale" non coincide né sostituisce quella di "stato di tossicodipendenza" o "tossicodipendenza", si specifica che il presente certificato - ove non diversamente indicato - certificherà o meno, che il soggetto è Tossicodipendente e/o alcolodipendente

A tal fine, la procedura seguita prevede:

1. la visita medica in entrata al carcere (art. 11, comma 5, DPR 354/75 e art. 23 DPR 230/2000).
2. la segnalazione del detenuto al Ser.T. in presenza di dichiarazione di alcol-tossicodipendenza, segni e/o sintomi correlati presenza di sindrome astinenziale, documentazione comprovante l'uso, abuso o dipendenza, il sospetto clinico.
3. Accoglienza in equipe del Ser.T., anamnesi tossicologica e diagnosi.
4. Presa in carico terapeutica da parte del Servizio.
5. Definizione di un progetto terapeutico preliminare (anche farmacologico) e poi definitivo.



La presente certificazione diagnostica l'eventuale stato di tossicodipendenza quale risulta alla data odierna, ma anche alla luce della documentazione prodotta e relativa a periodi precedenti, in considerazione del particolare tipo di patologia che è definita quale "...malattia di tipo cronico e recidivante..." (OMS, 1974).

### ANAMNESI TOSSICOLOGICA

	<b>Sostanza PRIMARIA</b>	<b>Sostanza SECONDARIA</b>	<b>Sostanza TERZIARIA</b>
SOSTANZA			
Età di prima assunzione			
Via di assunzione principale			
Età di 1° uso regolare			
Durata di uso regolare			
Frequenza di assunzione nell'ultimo mese prima della carcerazione			

### VALUTAZIONE DEL SERVIZIO SOCIALE

--



## ACCERTAMENTO DELLO STATO DI DIPENDENZA O DI ABUSO

(Elementi valutati ai sensi del D.M. n. 186 del 12 Luglio 1990)

1. Trattamenti farmacologici effettuati :

presso \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

farmaci impiegati (dosi): \_\_\_\_\_

presso \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

farmaci impiegati (dosi): \_\_\_\_\_

2. Trattamenti psicologici e/o sociali effettuati :

presso \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

—

3. Altri riscontri documentali (documentazioni visionate e allegate alla cartella clinica del Ser.T.) rilasciati in data: \_\_\_\_\_

da \_\_\_\_\_ n. prot. \_\_\_\_\_

b. **Segni di assunzione abituale di sostanze** (psicotrope, stupefacenti o alcool) \_\_\_\_\_ **si**  **no**

c. **Sindrome da astinenza in atto** (all'ingresso in carcere) \_\_\_\_\_ **si**  **no**

d. **Sintomi fisici e psichici di intossicazione** (sostanze Psicotrope, stupefacenti, alcool) \_\_\_\_\_ **si**  **no**

e. **Esami per la ricerca dei metaboliti urinari** \_\_\_\_\_ **si**  **no**

	<i>Date</i>	<i>Presso</i>	Oppiacei	Cocaina	THC	Amfet.	Bupren.	Metad.	Altro
1									
2									
3									

(riscontro positivo: POS; riscontro negativo: NEG; barrare se manca il dato)



**VALUTAZIONE PSICOPATOLOGICA**

1) *Colloquio clinico ed osservazione:*

2) *Psicodiagnosi e Tests psicodiagnostici:*

- Test 1:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
  
- Test 2:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3) *Profilo di personalità e psicodiagnosi*



**Preso atto degli elementi diagnostici derivati dalla valutazione multidisciplinare di equipe, dei riscontri documentali esaminati:**

si certifica che il  
Sig. \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

a) E' affetto da DIPENDENZA da \_\_\_\_\_

Codice DSM-IV: \_\_\_\_\_

b) E' affetto da ABUSO di \_\_\_\_\_

Codice DSM-IV: \_\_\_\_\_

Ovvero

c) Non risultano soddisfatti i criteri atti a certificare un Abuso o Dipendenza da  
Sostanze Psicotrope \_\_\_\_\_

(luogo) \_\_\_\_\_, (data del giorno della visita e della stesura del presente certificato) \_\_\_\_\_

Il Medico \_\_\_\_\_  
(Timbro e Firma)

Il Responsabile del Servizio \_\_\_\_\_  
(Timbro e Firma)



**Azienda USL RM B**

Sede legale:  
Via Filippo Meda, 35 00157 Roma  
Tel. 0641431 - Fax 0641433220



ROMA  
MA B



Prot. N° \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

**CERTIFICATO:**

**"Accertamento di Tossicodipendenza o di Abuso di sostanze stupefacenti e/o alcol  
ai sensi del Testo aggiornato del D.P.R. del 9 Ottobre 1990 n. 309,  
così come aggiornato dalla Legge 21.02.06 n. 49"  
(con riferimento al D.M. n. 186 del 12 Luglio 1990 e del D. Lgs 230/90)**

Cognome: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_  
Nato a: \_\_\_\_\_ il: \_\_\_\_\_  
Residenza dichiarata: \_\_\_\_\_ (città e CAP) in Via: \_\_\_\_\_  
Detenuto c/o: \_\_\_\_\_ Diario clinico n. \_\_\_\_\_ aperto il: \_\_\_\_\_  
Richiesta di certificazione, lettera n. \_\_\_\_\_ del: \_\_\_\_\_ presentata da: \_\_\_\_\_  
Inizio della carcerazione: \_\_\_\_\_ Ser.T. di riferimento: \_\_\_\_\_

Si certifica che:

- l'utente sopra indicato è affetto  
da: \_\_\_\_\_ *(barrare se negativo)*

Ovvero

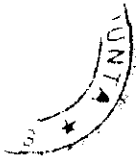
- Non risultano soddisfatti criteri atti a certificare Abuso o Dipendenza da Sostanze Psicotrope  
*(barrare se negativo)*

**Descrizione delle Procedure con le quali è stato accertato l'uso abituale di sostanze  
stupefacenti, psicotrope o alcoliche (art. 4 sexies della L. 21.02.06 n. 49)**

*In assenza del previsto decreto del Ministero della Salute che regolamenti il rilascio della certificazione di tossicodipendenza ai sensi della citata Legge 49/06, si continuano ad adottare le indicazioni contenute nel testo dell'Accordo tra Regione Lazio e Ministero della Giustizia ai fini dell'applicazione del D. Lgs. 230/00 e riguardante tossicodipendenti detenuti nelle carceri della Regione Lazio. Tenuto altresì conto che la dizione 'uso abituale' non coincide né sostituisce quella di "stato di tossicodipendenza", si specifica che il presente certificato - ove non diversamente indicato - certificherà o meno, che il soggetto è Tossicodipendente.*

A tal fine, la procedura seguita prevede:

1. la visita medica in entrata al carcere (art. 11, comma 5, DPR 354/75 e art. 23 DPR 230/2000, D.P.C.M. 1/4/2008).



2. la segnalazione del detenuto al Ser.T. in presenza di dichiarazione di alcol-tossicodipendenza, segni e/o sintomi correlati presenza di sindrome astinenziale, documentazione comprovante l'uso, abuso o dipendenza, il sospetto clinico.
3. Accoglienza in equipe del Ser.T., anamnesi tossicologica e diagnosi.
4. Presa in carico terapeutica da parte del Servizio.
5. Definizione di un progetto terapeutico preliminare (anche farmacologico) e poi definitivo.

La presente certificazione diagnostica l'eventuale stato di tossicodipendenza quale risulta alla data odierna, ma anche alla luce della documentazione prodotta e relativa a periodi precedenti, in considerazione del particolare tipo di patologia che è definita quale "...malattia di tipo cronico e recidivante..." (OMS, 1974). Essa è composta dalle seguenti sezioni che sono parte integrante della presente certificazione:

- 1) VALUTAZIONE SOCIALE
- 2) VALUTAZIONE CLINICA PSICOPATOLOGICA (comprensiva dei criteri diagnostici secondo il DSM-IV)
- 3) ANAMNESI TOSSICOLOGICA
- 4) ACCERTAMENTO DELLO STATO DI TOSSICODIPENDENZA O DI ABUSO
- 5) DIAGNOSI CLINICA

***N.B. Il presente certificato si compone di n.....pagine singolarmente vidimate e numerate***

Sezione n.1: <b>VALUTAZIONE SOCIALE</b>
---

f. **Riscontri documentali** (documentazione visionata e allegata alla cartella clinica Ser.T.)

si  no

1. Trattamenti sociali effettuati :  
presso \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

2. Altre documentazioni sociali rilasciate in data: \_\_\_\_\_  
Da \_\_\_\_\_ n. prot. \_\_\_\_\_

VALUTAZIONE SOCIALE:

--

Sezione n. 2: <b>VALUTAZIONE PSICOPATOLOGICA</b>
--

a. **Riscontri documentali** (documentazione visionata e allegata alla cartella clinica Ser.T.)

si  no



1. Trattamenti psicologici effettuati :  
presso \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

2. Altre documentazioni psicologiche rilasciate in data: \_\_\_\_\_  
Da \_\_\_\_\_ n. prot. \_\_\_\_\_

4) *Colloquio clinico ed osservazione:*

--

5) *Psicodiagnosi e Tests psicodiagnostici:*

- Test 1: \_\_\_\_\_
- Test 2: \_\_\_\_\_

6) *Profilo di personalità e psicopatologia:*

--

Sezione n.3: **ANAMNESI TOSSICOLOGICA**

	<b>Sostanza PRIMARIA</b>	<b>Sostanza SECONDARIA</b>	<b>Sostanza TERZIARIA</b>
SOSTANZA Stupefacente			
Età di prima assunzione			
Via di assunzione principale			
Età di 1° uso regolare			
Durata di uso regolare			
Frequenza di assunzione nell'ultimo mese prima della carcerazione			



**Sezione n. 4: ACCERTAMENTO DELLO STATO DI TOSSICODIPENDENZA O DI ABUSO**

(Elementi valutati ai sensi del D.M. n. 186 del 12 Luglio 1990)

a. **Riscontri documentali** (*documentazione visionata e allegata alla cartella clinica Ser.T.*)  
si  no

1. Trattamenti farmacologici effettuati :

presso \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

farmaci impiegati (dosi): \_\_\_\_\_

presso \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

farmaci impiegati (dosi): \_\_\_\_\_

2. Altre documentazioni mediche rilasciate in data: \_\_\_\_\_

Da \_\_\_\_\_ n. prot. \_\_\_\_\_

3. Altri esami effettuati in data \_\_\_\_\_ dal Dott. \_\_\_\_\_

Ente \_\_\_\_\_

b. **Segni di assunzione abituale di stupefacenti** si  no

c. **Sindrome da astinenza in atto (all'ingresso in carcere)** si  no

d. **Sintomi fisici e psichici di intossicazione da stupefacenti** si  no

e. **Esami per la ricerca dei metaboliti urinari** si  no

	<i>Date</i>	<i>Presso</i>	Oppiacei	Cocaina	THC	Amfet.	Buprenorfina	Metadone	Altro
1									
2									
3									

(riscontro positivo: POS; riscontro negativo: NEG; barrare se manca il dato)

*Criteria diagnostico-anamnestici per la **DIPENDENZA** da Sostanze psicotrope secondo DSM-IV*  
(Manuale Diagnostico e statistico dei Disturbi Mentali -- 1999)

Una modalità patologica d'uso della sostanza che conduce a menomazione o a disagio clinicamente significativi, come manifestato da tre (o più) delle condizioni seguenti, che ricorrono in un qualunque momento dello stesso periodo di 12 mesi:



Si No

- 1) **Tolleranza, come definita da ciascuno dei seguenti:**
  - a) il bisogno di dosi notevolmente più elevate della sostanza per raggiungere l'intossicazione o l'effetto desiderato
  - b) un effetto notevolmente diminuito con l'uso continuativo della stessa quantità della sostanza
- 2) **Astinenza, come manifestata da ciascuno dei seguenti:**
  - a) la caratteristica sindrome di astinenza per la sostanza (Criteri A e B di set di criteri per Astinenza dalle sost. specifiche)
  - b) la stessa sostanza (o una strettamente correlata) è assunta per attenuare o evitare i sintomi di astinenza
- 3) **La sostanza è assunta in quantità maggiori o per periodi più prolungati rispetto a quanto previsto dal soggetto**
- 4) **Desiderio persistente o tentativi infruttuosi di ridurre o controllare l'uso della sostanza**
- 5) **Una grande quantità di tempo viene spesa in attività necessarie a procurarsi la sostanza**  
(per es., recandosi da più medici o guidando per lunghe distanze), ad assumerla (per es., fumando "in catena"), o a riprendersi dai suoi effetti
- 6) **Interruzione o riduzione di importanti attività sociali, lavorative o ricreative per dell'uso della sostanza**
- 7) **Uso continuativo della sostanza nonostante la consapevolezza di avere un problema persistente o ricorrente, di natura fisica o psicologica, verosimilmente causato o esacerbato dalla sostanza** (per es., il soggetto continua ad usare cocaina malgrado il riconoscimento di una depressione indotta da cocaina, oppure continua a bere malgrado il riconoscimento del peggioramento di un'ulcera a causa dell'assunzione di alcool)

*Decorso della Dipendenza* codificato alla quinta cifra:

- 0: Remissione Iniziale Completa/Remissione Iniziale/Parziale
- 0: Remissione Protratta Completa/Remissione Protratta Parziale
- 2: In Terapia Agonista
- 1: In Ambiente Controllato
- 4: Lieve/Moderato/Grave

*Specificare se:* con Dipendenza Fisica: prove evidenti di tolleranza o di astinenza (cioè, risultano soddisfatti entrambi gli item 1) e 2). Senza Dipendenza Fisica: nessuna prova evidente di tolleranza o di astinenza (cioè, non risultano soddisfatti né l'item 1 né l'item 2).



*Criteria diagnostico-anamnestici per **ABUSO** di sostanze stupefacenti secondo DSM IV-TR*

Una modalità patologica d'uso di una sostanza che porta a menomazione o a disagio clinicamente significativi, come manifestato da una ( o più ) delle condizioni seguenti, ricorrenti entro un periodo di 12 mesi:

si No

1. **Uso ricorrente della sostanza risultante in una incapacità di adempiere ai principali compiti connessi con il ruolo sul lavoro, a scuola o a casa.**
2. **Ricorrente uso della sostanza in situazioni fisicamente rischiose**
3. **Ricorrenti problemi legali correlati alle sostanze**
4. **Uso continuativo della sostanza nonostante persistenti o ricorrenti problemi sociali o interpersonali causati o esacerbati dagli effetti della sostanza**

Sezione n. 5: **DIAGNOSI CLINICA**

**Preso atto degli elementi diagnostici riportati nelle sezioni 1, 2 ,3 e 4**

si certifica che il Sig. \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

a) E' affetto da DIPENDENZA da \_\_\_\_\_

Codice DSM-IV: \_\_\_\_\_

b) E' affetto da ABUSO di \_\_\_\_\_

Codice DSM-IV: \_\_\_\_\_

c) Non risultano soddisfatti i criteri atti a certificare un Abuso o Dipendenza da Sostanze Psicotrope

(luogo), (data del giorno della visita e della stesura del presente certificato)

Firma Medico Estensore  
(Timbro e Firma)

Responsabile del Servizio  
(Timbro e Firma)



## AZIENDA USL ROMA H

Ser.T. Velletri – Distretto RM H 5  
Via Orti Ginnetti 55 00049 Velletri (Rm)  
tel. e fax 06 9638106  
Responsabile dott.ssa Emanuela Falconi



REGIONE LAZIO

Velletri \_\_\_\_\_ Prot. n° \_\_\_\_\_

### CERTIFICATO

“Accertamento di Tossicodipendenza o di Abuso di sostanze stupefacenti e/o alcol  
ai sensi del Testo aggiornato del D.P.R. del 9 Ottobre 1990 n. 309,  
così come aggiornato dalla Legge 21.02.06 n. 49”  
(con riferimento al D.M. n. 186 del 12 Luglio 1990 e del D. Lgs 230/90)

Cognome: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_

Nato a: \_\_\_\_\_ il: \_\_\_\_\_

Residenza dichiarata: \_\_\_\_\_ (città e CAP) in

Via: \_\_\_\_\_ Detenuto c/o: \_\_\_\_\_

Cartella n° \_\_\_\_\_ aperta il: \_\_\_\_\_

Inizio della carcerazione: \_\_\_\_\_ Ser.T. territoriale: \_\_\_\_\_

Si certifica che:

- l'utente sopra indicato è affetto da: \_\_\_\_\_ *(barrare se negativo)*

**Ovvero**

- Non risultano soddisfatti i criteri atti a certificare un Abuso o Dipendenza da Sostanze Psicotrope *(barrare se negativo)*

**Descrizione delle Procedure con le quali è stato accertato l'uso abituale di sostanze stupefacenti, psicotrope o alcoliche (art. 4 sexies della L. 21.02.06 n. 49)**

*In assenza del previsto decreto del Ministero della Salute che regolamenti il rilascio della certificazione di tossicodipendenza ai sensi della citata Legge 49/06, si continuano ad adottare le indicazioni contenute nel testo dell'Accordo tra Regione Lazio e Ministero della Giustizia ai fini*



*dell'applicazione del D. Lgs. 230/00 e riguardante tossicodipendenti detenuti nelle carceri della Regione Lazio. Tenuto altresì conto che la dizione 'uso abituale' non coincide né sostituisce quella di "stato di tossicodipendenza", si specifica che il presente certificato – ove non diversamente indicato – certificherà o meno, che il soggetto è Tossicodipendente.*

**N.B. Il presente certificato si compone di n.....pagine singolarmente vidimate e numerate**

**VALUTAZIONE DELL'ASSISTENTE SOCIALE**

.....

.....

.....

**VALUTAZIONE DELLO PSICOLOGO**

.....

.....

.....

**ANAMNESI TOSSICOLOGICA**

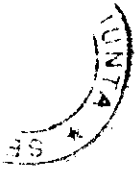
	Sostanza PRIMARIA	Sostanza SECONDARIA	Sostanza TERZIARIA
SOSTANZA Stupefacente			
Età di prima assunzione			
Via di assunzione principale			
Frequenza di assunzione nell'ultimo mese prima della carcerazione			

**ACCERTAMENTO DELLO STATO DI TOSSICODIPENDENZA O DI ABUSO**

(Elementi valutati ai sensi del D.M. n. 186 del 12 Luglio 1990)

f. **Riscontri documentali** (documentazione visionata e allegata alla cartella clinica Ser.T.)

1. Trattamenti farmacologici effettuati:



- presso \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

farmaci impiegati: \_\_\_\_\_

- presso \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

farmaci impiegati : \_\_\_\_\_

2. Altra documentazione visionata ed allegata al diario clinico:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. Trattamenti in Comunità Terapeutica e/o altri Ser.T

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- b. Segni di assunzione abituale di stupefacenti                      **si**         **no**
- c. Sindrome da astinenza in atto (all'ingresso in carcere )        **si**         **no**
- d. Sintomi fisici e psichici di intossicazione da stupefacenti    **si**         **no**
- e. Ricerca dei metaboliti urinari (Drug test = DT)                      **si**         **no**

	<i>Date DT</i>	<i>Presso</i>	Oppiacei	Cocaina	THC	Amfet.	Buprenorfina	Metadone	Altro
1									
2									
3									

(riscontro positivo: POS; riscontro negativo: NEG; barrare se manca il dato)

### DIAGNOSI CLINICA

Si certifica che il Sig. \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

a) E' affetto da **DIPENDENZA** da \_\_\_\_\_  Codice DSM IV: \_\_\_\_\_

b) E' affetto da **ABUSO** di \_\_\_\_\_  Codice DSM IV: \_\_\_\_\_

c) Non sono soddisfatti i criteri atti a certificare un Abuso o una Dipendenza da Sostanze Psicotrope \_\_\_\_\_

Il Medico Certificatore  
(Timbro e Firma)

Il Responsabile del Servizio  
(garante per le procedure effettuate)  
(Timbro e Firma)

**Descrizione delle Procedure con le quali è stato accertato l'uso  
abituale di sostanze stupefacenti, psicotrope o alcoliche**  
(art. 4 sexies della L. 21.02.06 n. 49)

In assenza del previsto decreto del Ministero della Salute che regolamenti il rilascio della certificazione di tossicodipendenza ai sensi della citata Legge 49/06, si continuano ad adottare le indicazioni contenute nel testo dell'Accordo tra Regione Lazio e Ministero della Giustizia ai fini dell'applicazione del D. Lgs. 230/00 e riguardante tossicodipendenti detenuti nelle carceri della Regione Lazio.

Tenuto altresì conto che la dizione "uso abituale" non coincide né sostituisce quella di "stato di tossicodipendenza", si specifica che il presente certificato, ove non diversamente indicato, certificherà o meno, che il soggetto è tossicodipendente.

A tal fine, la procedura seguita prevede:

6. la visita medica in entrata al carcere (art. 11, comma 5, DPR 354/75 e art. 23 DPR 230/2000).
7. la segnalazione del detenuto al Ser.T. in presenza di dichiarazione di alcol-tossicodipendenza, segni e/o sintomi correlati presenza di sindrome astinenziale, documentazione comprovante l'uso, abuso o dipendenza, il sospetto clinico.
8. Accoglienza in equipe del Ser.T., anamnesi tossicologica e diagnosi.
9. Presa in carico terapeutica da parte del Servizio.
10. Definizione di un progetto terapeutico preliminare (anche farmacologico) e poi definitivo.

La presente certificazione diagnostica l'eventuale stato di tossicodipendenza quale risulta alla data odierna, ma anche alla luce della documentazione prodotta e relativa a periodi precedenti, in considerazione del particolare tipo di patologia che è definita quale "...malattia di tipo cronico e recidivante..." (OMS, 1974). Essa è composta dalle seguenti sezioni che sono parte integrante della presente certificazione:

- 6) VALUTAZIONE SOCIALE
- 7) VALUTAZIONE CLINICA PSICOPATOLOGICA (comprensiva dei criteri diagnostici secondo il DSM-IV)
- 8) ANAMNESI TOSSICOLOGICA
- 9) ACCERTAMENTO DELLO STATO DI TOSSICODIPENDENZA O DI ABUSO
- 10) DIAGNOSI CLINICA

**N.B. Il presente certificato si compone di n.....pagine singolarmente vidimate e numerate.**

**Sezione n.1: VALUTAZIONE SOCIALE**

**g. Riscontri documentali** (documentazione visionata e allegata alla cartella clinica

Ser.T.)

si  no

1. Trattamenti sociali effettuati :

presso \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

2. Altre documentazioni sociali rilasciate in data: \_\_\_\_\_

Da \_\_\_\_\_ n. prot. \_\_\_\_\_



Sezione n.3: **ANAMNESI TOSSICOLOGICA**

	<b>Sostanza PRIMARIA</b>	<b>Sostanza SECONDARIA</b>	<b>Sostanza TERZIARIA</b>
SOSTANZA Stupefacente			
Età di prima assunzione			
Via di assunzione principale			
Età di 1° uso regolare			
Durata di uso regolare			
Frequenza di assunzione nell'ultimo mese prima della carcerazione			

Sezione n. 4: **ACCERTAMENTO DELLO STATO DI TOSSICODIPENDENZA O  
DI ABUSO**

(Elementi valutati ai sensi del D.M. n. 186 del 12 Luglio 1990)

**g. Riscontri documentali** (*documentazione visionata e allegata alla cartella clinica  
Ser.T.*) **si**  **no**

1. Trattamenti farmacologici effettuati :

presso \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

farmaci impiegati (dosi): \_\_\_\_\_

presso \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

farmaci impiegati (dosi): \_\_\_\_\_

2. Altre documentazioni mediche rilasciate in data: \_\_\_\_\_



Da \_\_\_\_\_ n. prot. \_\_\_\_\_

3. Altri esami effettuati in data \_\_\_\_\_ dal Dott. \_\_\_\_\_

Ente \_\_\_\_\_

**h. Segni di assunzione abituale di stupefacenti**

si  no

**i. Sindrome da astinenza in atto (all'ingresso in carcere)**

si  no

**j. Sintomi fisici e psichici di intossicazione da stupefacenti**

si  no

**k. Esami per la ricerca dei metaboliti urinari**

si  no

	<i>Date</i>	<i>Presso</i>	Opiacei	Cocaina	THC	Amfet.	Buprenorfina	Metadone	Altro
1									
2									
3									

(riscontro positivo: POS; riscontro negativo: NEG; barrare se manca il dato)

**Sezione n. 5: DIAGNOSI CLINICA**

**Preso atto degli elementi diagnostici riportati nelle sezioni 1, 2, 3 e 4**

si certifica che il Sig. \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_



a) E' affetto da DIPENDENZA

da \_\_\_\_\_

Codice DSM-IV: \_\_\_\_\_

b) E' affetto da ABUSO

di \_\_\_\_\_

Codice DSM-IV: \_\_\_\_\_

c) Non risultano soddisfatti i criteri atti a certificare un Abuso o  
Dipendenza da Sostanze Psicotrope

(luogo) \_\_\_\_\_ , (data del giorno della visita e della stesura del presente certificato) \_\_\_\_\_

(Timbro e Firma)

Direttore Dipartimento 3D  
(Timbro e Firma)



**ALLEGATO N. 3**  
**IDONEITA' AL PROGRAMMA TERAPEUTICO**

(CARTA INTESTATA CON LOGO)

**CERTIFICATO**  
**di Idoneità al Programma Terapeutico**

*Oggetto:* idoneità programma terapeutico, come previsto dall'art.94 del Testo Unico Aggiornato DPR 309/90

Vista la richiesta del sig. .... In data.....

1. Vista la valutazione multidisciplinare effettuata da :  
.....  
.....  
.....

2. Considerato il programma terapeutico riabilitativo:  
 della Struttura Pubblica residenziale/semiresidenziale:  
con sede in .....  
Via .....  
e la disponibilità della stessa, rilasciata il ..... prot. n .....

della Struttura Privata residenziale/semiresidenziale, provvisoriamente accreditata:  
con sede in .....  
Via .....  
e la disponibilità della stessa, rilasciata il ..... prot. n.....

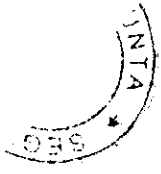
del Ser. I  
con sede in .....  
Via .....  
e la disponibilità dello stesso, rilasciata il ..... prot. n.....

SI DICHIARA CHE IL PROGRAMMA terapeutico riabilitativo E' IDONEO PER IL SIG.  
.....  
nato a ..... il.....  
residenze a .....  
Via.....

Attualmente:  
 Detenuto presso .....  
 In detenzione domiciliare presso .....  
 Agli arresti domiciliari presso .....  
 In sospensione esecuzione pena, ai sensi dell'art. 90 del Testo  
Unico Aggiornato DPR 309/90, presso .....  
 Altro .....

Firme degli operatori : .....

Responsabile del Servizio  
.....



**ALLEGATO N. 4**  
**NORMATIVA IN TEMA DI PROFESSIONI E SEGRETO PROFESSIONALE**

**A) D.P.R. 309/90 e succ. modificazioni ed integrazioni (Legge n. 49/2006)**

Articolo 120 (Terapia volontaria e anonimato)

1. Chiunque fa uso di sostanze stupefacenti e di sostanze psicotrope può chiedere al servizio pubblico per le tossicodipendenze o ad una struttura privata autorizzata ai sensi dell'articolo 116 e specificamente per l'attività di diagnosi, di cui al comma 2. lettera d), del medesimo articolo di essere sottoposto ad accertamenti diagnostici e di eseguire un programma terapeutico e socio-riabilitativo.
2. Qualora si tratti di persona minore di età o incapace di intendere e di volere la richiesta di intervento può essere fatta, oltre che personalmente dall'interessato, da coloro che esercitano su di lui la potestà parentale o la tutela.
3. Gli interessati, a loro richiesta, possono beneficiare dell'anonimato nei rapporti con i servizi, i presidi e le strutture delle aziende unità sanitarie locali, con le strutture private autorizzate ai sensi dell'articolo 116 nonché con i medici, gli assistenti sociali e tutto il personale addetto o dipendente.
4. Gli esercenti la professione medica che assistono persone dedite all'uso di sostanze stupefacenti e di sostanze psicotrope possono, in ogni tempo, avvalersi dell'ausilio del servizio pubblico per le tossicodipendenze e delle strutture private autorizzate ai sensi dell'articolo 116.
5. Abrogato
6. Coloro che hanno chiesto l'anonimato hanno diritto a che la loro scheda sanitaria non contenga le generalità né altri dati che valgano alla loro identificazione.
7. Gli operatori del servizio pubblico per le tossicodipendenze e delle strutture private autorizzate ai sensi dell'articolo 116, salvo l'obbligo di segnalare all'autorità competente tutte le violazioni commesse dalla persona sottoposta al programma terapeutico alternativo a sanzioni amministrative o ad esecuzione di pene detentive, non possono essere obbligati a deporre su quanto hanno conosciuto per ragione della propria professione, né davanti all'autorità giudiziaria né davanti ad altra autorità. Agli stessi si applicano le disposizioni dell'articolo 200 del codice di procedura penale e si estendono le garanzie previste per il difensore dalle disposizioni dell'articolo 103 del codice di procedura penale in quanto applicabili.
8. Ogni regione o provincia autonoma provvederà ad elaborare un modello unico regionale di scheda sanitaria da distribuire, tramite l'ordine dei medici-chirurghi e



degli odontoiatri di ogni provincia, ai singoli presidi sanitari ospedalieri ed ambulatoriali. Le regioni e le province autonome provvedono agli adempimenti di cui al presente comma.

9. Il modello di scheda sanitaria dovrà prevedere un sistema di codifica atto a tutelare il diritto all'anonimato del paziente e ad evitare duplicazioni di carteggio.

### ***B) Codice di Procedura Penale***

Articolo 200: (Segreto professionale)

1. Non possono essere obbligati a deporre su quanto hanno conosciuto per ragioni del proprio ministero, ufficio o professione, salvi i casi in cui hanno l'obbligo di riferirne all'autorità giudiziaria:

- a. i ministri di confessioni religiose, i cui statuti non contrastino con l'ordinamento giuridico italiano;
- b. gli avvocati, procuratori legali, i consulenti tecnici e i notai;
- c. i medici e i chirurghi, i farmacisti, le ostetriche e ogni altro esercente una professione sanitaria;

2. gli esercenti altri uffici o professioni ai quali la legge riconosce la facoltà di astenersi dal deporre determinata dal segreto professionale.

3. Il giudice, se ha motivo di dubitare che la dichiarazione resa da tali persone per esimersi dal deporre sia infondata, provvede agli accertamenti necessari. Se risulta infondata, ordina che il testimone deponga.

4. Le disposizioni previste dai commi 1 e 2 si applicano ai giornalisti professionisti iscritti nell'albo professionale, relativamente ai nomi delle persone dalle quali i medesimi hanno avuto notizie di carattere fiduciario nell'esercizio della loro professione. Tuttavia se le notizie sono indispensabili ai fini della prova del reato per cui si procede e la loro veridicità può essere accertata solo attraverso l'identificazione della fonte della notizia, il giudice ordina al giornalista di indicare la fonte delle sue informazioni".



#### Articolo 103: (Garanzie di libertà del difensore)

1. Le ispezioni e le perquisizioni negli uffici dei difensori sono consentite solo:
  - quando essi o altre persone che svolgono stabilmente attività nello stesso ufficio sono imputati, limitatamente ai fini dell'accertamento del reato loro attribuito;
  - per rilevare tracce o altri effetti materiali del reato o per ricercare cose o persone specificamente predeterminate.
2. Presso i difensori e i consulenti tecnici non si può procedere a sequestro di carte o documenti relativi all'oggetto della difesa, salvo che costituiscano corpo del reato.
3. Nell'accingersi a eseguire una ispezione, una perquisizione o un sequestro nell'ufficio di un difensore, l'autorità giudiziaria a pena di nullità avvisa il consiglio dell'ordine forense del luogo perché il presidente o un consigliere da questo delegato possa assistere alle operazioni. Allo stesso, se interviene e ne fa richiesta, è consegnata copia del provvedimento.
4. Alle ispezioni, alle perquisizioni e ai sequestri negli uffici dei difensori procede personalmente il giudice ovvero, nel corso delle indagini preliminari, il pubblico ministero in forza di motivato decreto di autorizzazione del giudice.
5. Non è consentita l'intercettazione relativa a conversazioni o comunicazioni dei difensori, consulenti tecnici e loro ausiliari, né a quelle tra i medesimi e le persone da loro assistite.
6. Sono vietati il sequestro e ogni forma di controllo della corrispondenza tra l'imputato e il proprio difensore in quanto riconoscibile dalle prescritte indicazioni, salvo che l'autorità giudiziaria abbia fondato motivo di ritenere che si tratti di corpo del reato.
7. Salvo quanto previsto dal comma 3 e dall'art. 271, i risultati delle ispezioni, perquisizioni, sequestri, intercettazioni di conversazioni o comunicazioni, eseguiti in violazione delle disposizioni precedenti, non possono essere utilizzati".



### *C) Testo Unico delle Leggi Sanitarie*

#### Articolo 254: (Segreto professionale)

Il sanitario che nell'esercizio della sua professione sia venuto a conoscenza di un caso di malattia infettiva e diffusiva o sospetta di esserlo, pericolosa per la salute pubblica, deve immediatamente farne denuncia al podestà (1) e all'ufficiale sanitario comunale e coadiuvarli, se occorre, nella esecuzione delle disposizioni emanate per impedire la diffusione delle malattie stesse e nelle cautele igieniche necessarie.

Il contravventore è punito con l'ammenda da lire 60.000 a lire 1.000.000 (2), alla quale si aggiunge, nei casi gravi, la pena dell'arresto fino a sei mesi. Il prefetto adotta o promuove dagli organi competenti i provvedimenti disciplinari del caso.

(1) Ora, Sindaco.

(2) La misura dell'ammenda è stata così elevata dall'art. 113, primo comma, l. 24 novembre 1981, n. 689.

#### Articolo 255: (Denuncia di malattia)

Le denunce di malattie infettive e diffusive o sospette di esserlo, pericolose per la salute pubblica, debbono essere immediatamente comunicate dal podestà (1) al prefetto, dall'ufficiale sanitario al medico provinciale, dal prefetto al Ministero della sanità. Quando la gravità del caso lo esiga, il prefetto, sentito il medico provinciale, può costituire commissioni locali, delegare persone tecniche per esaminare i caratteri della malattia, inviare medici, spedire medicinali e disporre gli altri provvedimenti necessari per assicurare la cura dei malati ed evitare la diffusione della malattia, informandone sollecitamente il Ministro della sanità.

(1) Ora, Sindaco.



## **D) Codice di Deontologia Medica**

(ed. 16 Dicembre 2006)

### CAPO III: Obblighi peculiari del medico

#### Art. 10: Segreto professionale

Il medico deve mantenere il segreto su tutto ciò che gli è confidato o di cui venga a conoscenza nell'esercizio della professione.

La morte del paziente non esime il medico dall'obbligo del segreto.

Il medico deve informare i suoi collaboratori dell'obbligo del segreto professionale. L'inosservanza del segreto medico costituisce mancanza grave quando possa derivarne profitto proprio o altrui ovvero nocimento della persona assistita o di altri.

La rivelazione è ammessa ove motivata da una giusta causa, rappresentata dall'adempimento di un obbligo previsto dalla legge (denuncia e referto all'Autorità Giudiziaria, denunce sanitarie, notifiche di malattie infettive, certificazioni obbligatorie) ovvero da quanto previsto dai successivi artt. 11 e 12. Il medico non deve rendere al Giudice testimonianza su fatti e circostanze inerenti il segreto professionale.

La cancellazione dall'albo non esime moralmente il medico dagli obblighi del presente articolo.

#### Art. 11: Riservatezza dei dati personali

Il medico è tenuto al rispetto della riservatezza nel trattamento dei dati personali del paziente e particolarmente dei dati sensibili inerenti la salute e la vita sessuale. Il medico acquisisce la titolarità del trattamento dei dati sensibili nei casi previsti dalla legge, previo consenso del paziente o di chi ne esercita la tutela.

Nelle pubblicazioni scientifiche di dati clinici o di osservazioni relative a singole persone, il medico deve assicurare la non identificabilità delle stesse.

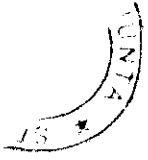
Il consenso specifico del paziente vale per ogni ulteriore trattamento dei dati medesimi, ma solo nei limiti, nelle forme e con le deroghe stabilite dalla legge.

Il medico non può collaborare alla costituzione di banche di dati sanitari, ove non esistano garanzie di tutela della riservatezza, della sicurezza e della vita privata della persona.

#### Art. 12: Trattamento dei dati sensibili

Al medico, è consentito il trattamento dei dati personali idonei a rivelare lo stato di salute del paziente previa richiesta o autorizzazione da parte di quest'ultimo, subordinatamente ad una preventiva informazione sulle conseguenze e sull'opportunità della rivelazione stessa.

Al medico peraltro è consentito il trattamento dei dati personali del paziente in assenza del consenso dell'interessato solo ed esclusivamente quando sussistano le specifiche



ipotesi previste dalla legge ovvero quando vi sia la necessità di salvaguardare la vita o la salute del paziente o di terzi nell'ipotesi in cui il paziente medesimo non sia in grado di prestare il proprio consenso per impossibilità fisica, per incapacità di agire e/o di intendere e di volere: in quest'ultima situazione peraltro, sarà necessaria l'autorizzazione dell'eventuale legale rappresentante laddove precedentemente nominato. Tale facoltà sussiste nei modi e con le garanzie dell'art. 11 anche in caso di diniego dell'interessato ove vi sia l'urgenza di salvaguardare la vita o la salute di terzi.

### ***E) Codice Deontologico della Professione di Psicologo***

(Testo approvato dal Consiglio Nazionale dell'Ordine ai sensi dell'art. 28, comma 6 lettera c) della Legge n. 56/89, in data 15-16 dicembre 2006.)

#### Articolo 11

Lo psicologo è strettamente tenuto al segreto professionale. Pertanto non rivela notizie, fatti o informazioni apprese in ragione del suo rapporto professionale, né informa circa le prestazioni professionali effettuate o programmate, a meno che non ricorrano le ipotesi previste dagli articoli seguenti.

#### Articolo 12

Lo psicologo si astiene dal rendere testimonianza su fatti di cui è venuto a conoscenza in ragione del suo rapporto professionale. Lo psicologo può derogare all'obbligo di mantenere il segreto professionale, anche in caso di testimonianza, esclusivamente in presenza di valido e dimostrabile consenso del destinatario della sua prestazione. Valuta, comunque, l'opportunità di fare uso di tale consenso, considerando preminente la tutela psicologica dello stesso.

#### Articolo 13

Nel caso di obbligo di referto o di obbligo di denuncia, lo psicologo limita allo stretto necessario il riferimento di quanto appreso in ragione del proprio rapporto professionale, ai fini della tutela psicologica del soggetto. Negli altri casi, valuta con attenzione la necessità di derogare totalmente o parzialmente alla propria doverosa riservatezza, qualora si prospettino gravi pericoli per la vita o per la salute psicofisica del soggetto e/o di terzi.



#### Articolo 14

Lo psicologo, nel caso di intervento su o attraverso gruppi, è tenuto ad informare, nella fase iniziale, circa le regole che governano tale intervento. È tenuto altresì ad impegnare, quando necessario, i componenti del gruppo al rispetto del diritto di ciascuno alla riservatezza.

#### Articolo 15

Nel caso di collaborazione con altri soggetti parimenti tenuti al segreto professionale, lo psicologo può condividere soltanto le informazioni strettamente necessarie in relazione al tipo di collaborazione.

#### Articolo 16

Lo psicologo redige le comunicazioni scientifiche, ancorché indirizzate ad un pubblico di professionisti tenuti al segreto professionale, in modo da salvaguardare in ogni caso l'anonimato del destinatario della prestazione.

#### Articolo 17

La segretezza delle comunicazioni deve essere protetta anche attraverso la custodia e il controllo di appunti, note, scritti o registrazioni di qualsiasi genere e sotto qualsiasi forma, che riguardino il rapporto professionale. Tale documentazione deve essere conservata per almeno i cinque anni successivi alla conclusione del rapporto professionale, fatto salvo quanto previsto da norme specifiche. Lo psicologo deve provvedere perché, in caso di sua morte o di suo impedimento, tale protezione sia affidata ad un collega ovvero all'Ordine professionale. Lo psicologo che collabora alla costituzione ed all'uso di sistemi di documentazione si adopera per la realizzazione di garanzie di tutela dei soggetti interessati.



### *F) Codice deontologico dell'Assistente Sociale*

(Testo Approvato dal Consiglio Nazionale dell'Ordine in Roma, 6 aprile 2002)

#### Capo III

#### Riservatezza e segreto professionale

23. La riservatezza ed il segreto professionale costituiscono diritto primario dell'utente e del cliente e dovere dell'assistente sociale, nei limiti della normativa vigente.

24. La natura fiduciaria della relazione con utenti o clienti obbliga l'assistente sociale a trattare con riservatezza in ogni atto professionale le informazioni e i dati riguardanti gli stessi, per il cui uso o trasmissione, nel loro esclusivo interesse, deve ricevere l'esplicito consenso degli interessati, o dei loro legali rappresentanti, ad eccezione dei casi previsti dalla legge.

25. L'assistente sociale ha facoltà di astenersi dal rendere testimonianza al giudice e non può essere obbligato a deporre su quanto gli è stato confidato o ha conosciuto nell'esercizio della professione, salvo i casi previsti dalla legge.

26. L'assistente sociale deve curare la riservatezza della documentazione relativa agli utenti ed ai clienti salvaguardandola da ogni indiscrezione, anche nel caso riguardi ex utenti o clienti, anche se deceduti. Nelle pubblicazioni scientifiche, nei materiali ad uso didattico, nelle ricerche deve curare che non sia possibile l'identificazione degli utenti o dei clienti cui si fa riferimento.

27. L'assistente sociale che nell'esercizio della professione venga a conoscenza di fatti o cose aventi natura di segreto è obbligato a non rivelarli, salvo che per gli obblighi di legge e nei seguenti casi:

- rischio di grave danno allo stesso utente o cliente o a terzi, in particolare minori, incapaci o persone impediti a causa delle condizioni fisiche, psichiche o ambientali;
- richiesta scritta e motivata dei legali rappresentanti del minore o dell'incapace nell'esclusivo interesse degli stessi;
- autorizzazione dell'interessato o degli interessati o dei loro legali rappresentanti resi edotti delle conseguenze della rivelazione;
- rischio grave per l'incolumità dell'assistente sociale.

28. L'assistente sociale è tenuto ad esigere l'obbligo della riservatezza e del segreto d'ufficio da parte di coloro con i quali collabora e/o che possono avere accesso alle informazioni o documentazioni riservate.

29. La collaborazione dell'assistente sociale alla costituzione di banche dati deve garantire il diritto degli utenti e dei clienti alla riservatezza, nel rispetto delle norme di legge.



30. L'assistente sociale nel rapporto con enti, colleghi ed altri professionisti fornisce unicamente dati e informazioni strettamente attinenti e indispensabili alla definizione dell'intervento.

31. Nei rapporti con la stampa e con gli altri mezzi di diffusione l'assistente sociale, oltre che ispirarsi a criteri di equilibrio e misura nel rilasciare dichiarazioni o interviste, è tenuto al rispetto della riservatezza e del segreto professionale.

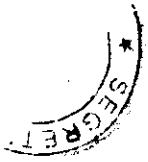
32. La sospensione dall'esercizio della professione non esime l'assistente sociale dagli obblighi previsti dal Capo III del presente Titolo ai quali è moralmente e giuridicamente vincolato anche in caso di cancellazione dall'Albo.

### *G) Il Codice Deontologico dell'infermiere professionale*

(Maggio 1999)

4.6. L'infermiere assicura e tutela la riservatezza delle informazioni relative alla persona. Nella raccolta, nella gestione e nel passaggio di dati, si limita a ciò che è pertinente all'assistenza.

4.8. L'infermiere rispetta il segreto professionale non solo per obbligo giuridico, ma per intima convinzione e come risposta concreta alla fiducia che l'assistito ripone in lui.



**ALLEGATO N. 5**  
**D.P.C.M. 1 Aprile 2008 – 'Allegato A'**

Ministero della Salute

Ministero della Giustizia

*“Linee di indirizzo per gli interventi del Servizio Sanitario Nazionale a tutela della salute dei detenuti e degli internati negli istituti penitenziari, e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale”*

(.....omissis.....)

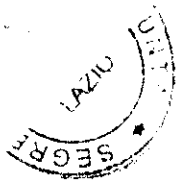
Prevenzione, cura e riabilitazione per le dipendenze patologiche.

I tossicodipendenti e gli assuntori di sostanze stupefacenti, secondo i dati del Ministero della Giustizia, costituiscono circa il 30% dei detenuti adulti presenti nelle carceri italiane. Per quanto riguarda i minorenni detenuti, il dato fornito è pari a circa il 15%. Dati osservazionali provenienti dai Servizi specialistici per le tossicodipendenze (Ser.T.) testimoniano come queste percentuali siano livellate su valori significativamente più elevati. Pertanto questa problematica potrebbe coinvolgere fino al 60-70% della popolazione detenuta, sebbene ancora non esistano dati clinico-specialistici certificati. Inoltre, non è da dimenticare come l'alcol (vino) distribuito nelle carceri per adulti, in quanto alimento non proibito, ma solo a distribuzione controllata, possa rappresentare un serio problema che si innesta sul terreno delle dipendenze e/o come problema a se stante. Inoltre, accanto a questo quadro è necessario considerare anche tutte le forme di "patologie da dipendenza senza sostanza" quali il doping, il gambling, ecc.

L'assistenza ai soggetti tossicodipendenti è garantita dal Ser.T. dell'Azienda Sanitaria, competente per territorio, che stabilisce rapporti di interazione clinica, sia all'interno dell'istituto penale che nel territorio, con la rete dei servizi sanitari e sociali che sono coinvolti nel trattamento e nel recupero dei tossicodipendenti. La presa in carico del tossicodipendente prevede l'attuazione delle misure preventive, diagnostiche e terapeutiche che riguardano sia l'aspetto clinico che quello della sfera psicologica.

I programmi di intervento devono garantire la salute complessiva del paziente all'interno delle strutture carcerarie; ciò comporta la ridefinizione del modello assistenziale, in un'ottica di presa in carico della persona nella sua globalità, che concili le strategie più tipicamente terapeutiche con quelle preventive, ivi compresa la riduzione del danno e la gestione clinica delle patologie associate o secondarie, in stretta connessione con gli Enti Ausiliari. Per tali scopi, è necessario prevedere:

- la formulazione di percorsi capaci di una corretta individuazione dei bisogni di salute, in particolare tramite la raccolta di dati attendibili sulle reali dimensioni della popolazione alcol-tossicodipendente detenuta e di quella minorile sottoposta a provvedimento penale, ottenuti con metodologie scientificamente



- accreditate, sul "turnover" della popolazione alcol-tossicodipendente detenuta, sull'incidenza delle patologie correlate all'uso di sostanze (patologie psichiatriche, malattie infettive), sullo stato dei presidi per l'assistenza ai soggetti alcol-tossicodipendenti presenti negli istituti di pena, compreso il personale ivi operante
- la sistematica segnalazione al Ser.T., da parte dei sanitari addetti alle visite dei nuovi giunti, dei possibili nuovi utenti o soggetti con diagnosi anche solo sospetta
  - l'immediata presa in carico dei detenuti e dei minori sottoposti a provvedimento penale, da parte del Ser.T. e la garanzia della necessaria continuità assistenziale;
  - l'implementazione di specifiche attività di prevenzione, informazione ed educazione mirate alla riduzione del rischio di patologie correlate all'uso di droghe;
  - la richiesta ed effettuazione di indagini chimico-cliniche ritenute necessarie;
  - la effettuazione di ogni eventuale intervento specialistico necessario per l'approfondimento diagnostico e terapeutico;
  - la predisposizione o la prosecuzione di programmi terapeutici personalizzati, sulla base di una accurata diagnosi multidisciplinare dei bisogni del soggetto;
  - la definizione di specifici protocolli operativi per istituti e sezioni a custodia attenuata quali strutture sanitarie complesse sede di progettazione regionale terapeutica di riabilitazione;
  - la definizione di procedure per l'invio dei soggetti, qualora indicato e compatibilmente con le caratteristiche dei singoli, a sezioni od istituti "a custodia attenuata", idonei per settings terapeutici più efficaci, con la previsione di precisi meccanismi per facilitare l'accesso ai colloqui e/o visite del detenuto da parte degli operatori;
  - la definizione di protocolli operativi per la gestione degli interventi predisposti nell'ambito delle misure alternative, sia che riguardino l'affidamento ad un servizio di cura, ivi comprese le Comunità Terapeutiche, sia nel caso degli arresti domiciliari: analoghi protocolli vanno previsti per il trattamento dei minori sottoposti a provvedimenti penali presso le comunità terapeutiche, nei tempi previsti dal provvedimento di esecuzione;
  - la realizzazione di iniziative permanenti di formazione che coinvolgano congiuntamente sia gli operatori delle Aziende sanitarie, che quelli della Giustizia.

(.....omissis.....)

#### Indicazioni specifiche nel settore delle dipendenze patologiche.

Per quanto riguarda il modello organizzativo dei Ser.T. che operano negli Istituti di pena, ferme restando la competenza regionale al riguardo e le esigenze di sicurezza, l'indicazione è l'istituzione di una area detentiva (Day Hospital o Day Service), idonea al



trattamento della sindrome di astinenza (fase acuta), distinta da quelle di normale permanenza dei detenuti (fase post-acuta). Questa area sanitaria, che si affianca alle sezioni ed istituti a custodia attenuata già esistenti, deve garantire interventi terapeutici tempestivi, anche al fine di gestire il disagio dell'arresto e i potenziali atti di autolesionismo. oltre che la necessaria osservazione clinica; i locali individuati per lo svolgimento delle attività terapeutico riabilitative intra-murarie devono avere una valenza esclusivamente sanitaria.

Il modello organizzativo dovrà, altresì, consentire il coordinamento con i programmi svolti all'esterno, in particolare con quelli svolti in regime di misura alternativa alla detenzione.

Per la diagnosi, cura e riabilitazione degli stati di tossicodipendenza si applicano il D.M. n. 444/90, la L. 45/99 ed il D.P.R. 309/90 e sue modifiche ed integrazioni.



ELENCO TABELLE

Tab. I	Detenuti e Strutture penitenziarie nella Regione Lazio. <i>(Fonte dal Ministero della Giustizia)</i>
Tab. II	Miglioramento della Qualità della vita.
Tab. III	Riduzione domanda di sostanze psicotrope legali ed illegali in Carcere.
Tab. IV	Il Sistema Qualità.
Tab. V	Organico dei Ser.T. come previsto dal D.M. 444/90.
Tab. VI	Organico aggiuntivo per Ser.T., dotati di strutture carcerarie nel proprio territorio, secondo il D.M. 444/90.
Tab. VII	Organico previsto per Ser.T. regionali, dotati di strutture carcerarie.
Tab. VIII	I Bilanci di Salute.
Tab. IX	Procedure per l'attivazione di misure alternative presso Ser.T.
Tab. X	Procedure per l'attivazione di misure alternative presso Comunità: caso in cui il detenuto presenta domanda al Ser.T. interno al carcere.
Tab. XI	Procedure per l'attivazione di misure alternative presso Comunità: caso in cui il detenuto presenta domanda alla Comunità, che intende avvalersi della collaborazione del Ser.T. interno al carcere.
Tab. XII	Azioni, raccomandazioni e tempistica per le dimissioni e il follow up.

**Direzione Regionale Programmazione Sanitaria.**



ALLEG. alla DELIB. N. 230

DEL ..... 7 APR 2009

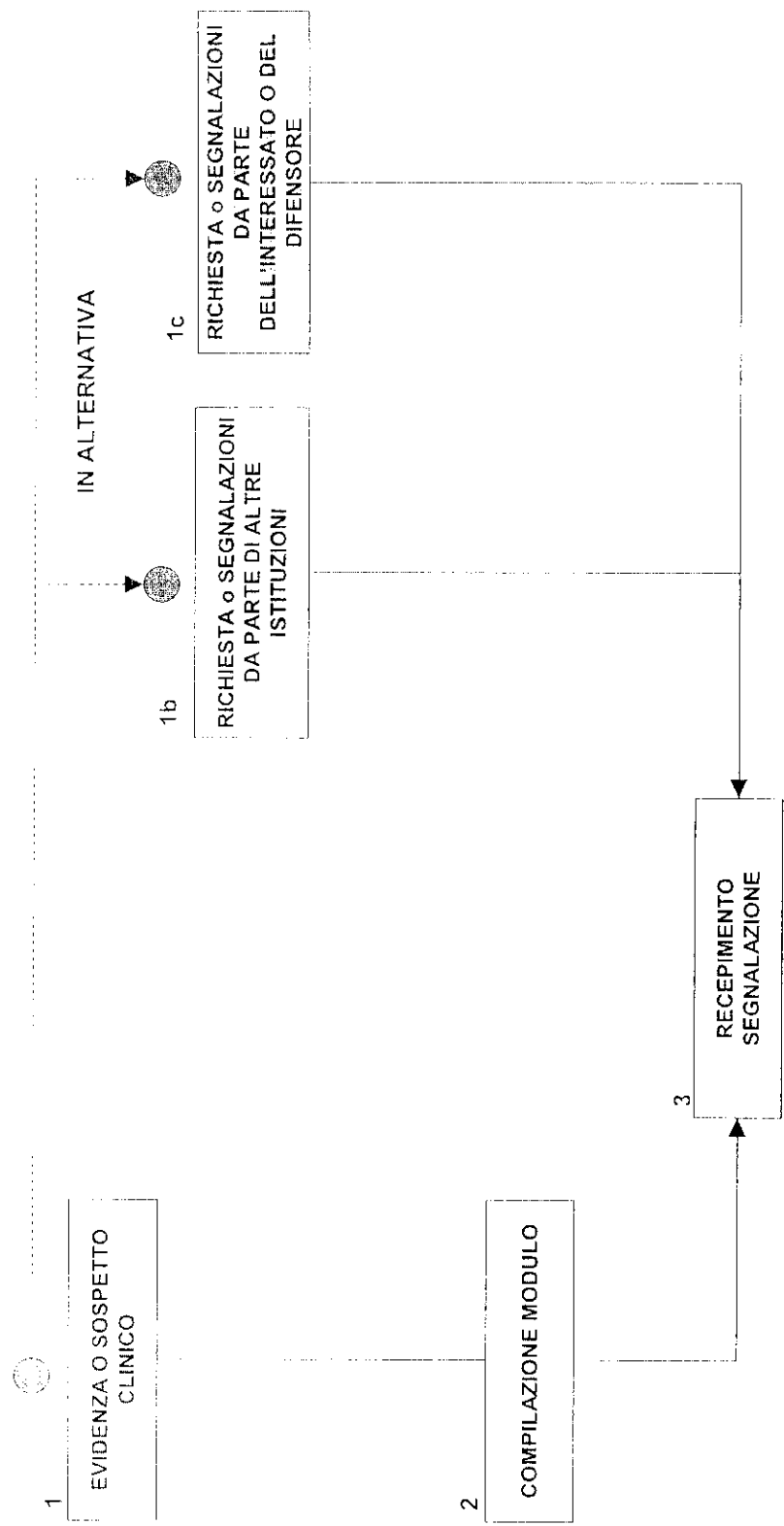
PROCESSO 1 : INVII e SEGNALAZIONI

ALLEGATO A/B

1. L'istituto penitenziario effettua la rilevazione di eventuali segni o sintomi per sospetto di uso sostanze. In alternativa il Tribunale (altri Ser.T., o Enti Accreditati) può effettuare la richiesta di accertamenti (1b) o la richiesta può essere effettuata dal paziente o dal suo legale rappresentante (1c)

2. Nel caso di segnalazione da parte S.S. di Accoglienza deve essere compilato l'opportuno Modulo

3. Il ricevimento della segnalazione e deve avvenire entro 3 giorni



Direzione Regionale Programmazione Sanitaria.

Handwritten signature

Il presente allegato è composto da 2 pag.

Handwritten mark

**PROCESSO 2**

**ACCOGLIENZA - (A)**



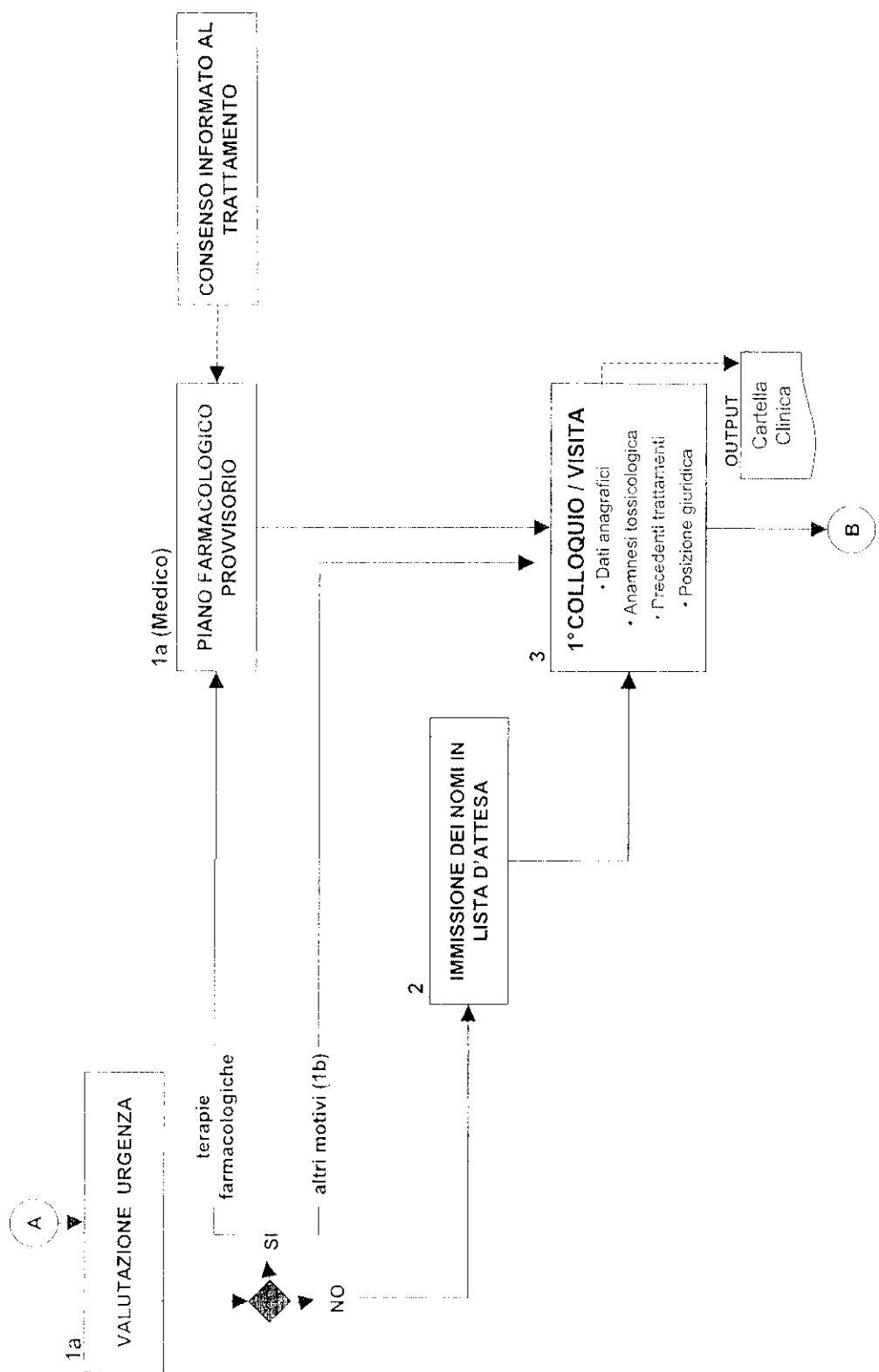
1. Il referente Ser.T. per la segnalazione determina l'urgenza del caso. Nel caso di urgenza si valuta:

- a) necessità di terapie sostitutive;
- b) rischio auto-eterolesionistico, condizioni psicofisiche compromesse, scadenza giudiziaria imminente, documentata. Nel caso

a) il medico predispone il piano farmacologico che deve essere soggetto al consenso informato del paziente

2. Nel caso di NON URGENZA il referente delle Liste di Attesa provvede all'immissione del nominativo in lista d'attesa con le informazioni disponibili

3. Gli addetti all'accoglienza provvedono ad effettuare il primo colloquio / visita, raccogliendo le informazioni necessarie alla predisposizione della cartella clinica

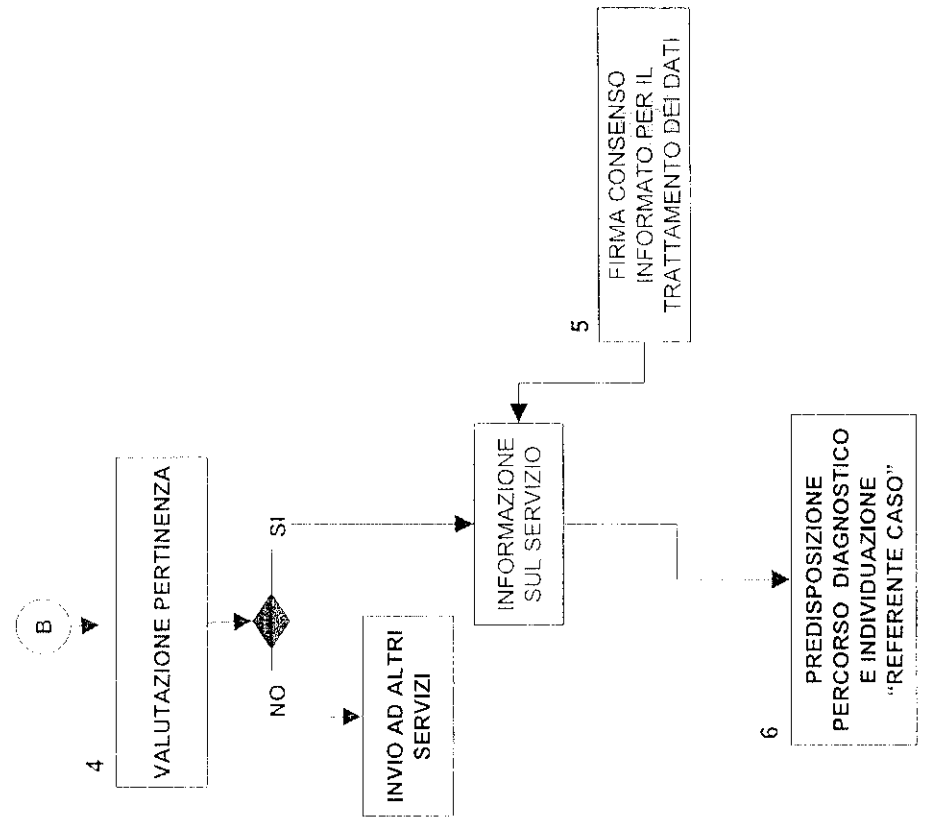


PROCESSO 2

ACCOGLIENZA - (B)



4. Dal primo colloquio viene valutata la pertinenza. In caso negativo si rinvia ad altri servizi assistenziali, in caso positivo devono essere date le informazioni sul servizio che sarà prestato.



5. IL paziente firma il consenso al trattamento informato dei dati

6. Viene predisposto il percorso diagnostico (si veda la check list) e individuano il "referente del caso"

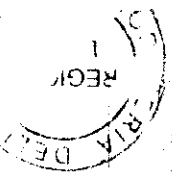
# PROCESSO 3: CHECK-LIST VALUTAZIONE E DIAGNOSI - (A)



- Colloquio clinico, anamnesi patologica.
  - Esame obiettivo medico
  - Richiesta accertamenti clinico-laboratoristici
  - Valutazione parametri vitali
- 1. Bilancio di salute generale**
- Esame obiettivo infermieristico
  - Prelievo per esami ematochimici
  - Valutazione e monitoraggio dei parametri vitali
  - Colloquio clinico psicologico
  - Tests psicodiagnostici
  - Colloquio per valutazione risorse individuali, sociali e di rete
  - Colloquio clinico psichiatrico
- 2. Bilancio di salute familiare**
- Anamnesi medica
  - Valutazioni dinamiche e psicodiagnosi familiare
  - Anamnesi sociale familiare
- 3. Bilancio tossicologico**
- Anamnesi tossicologica
  - Richiesta metaboliti urinari
  - Valutazione esito metaboliti urinari
  - Raccolta metaboliti e invio al laboratorio, ritiro referti
  - Valutazione comportamenti anamnesi giudiziaria per uso di sostanze

PROCESSO 3

CHECK LIST VALUTAZIONE E DIAGNOSI – (C)



8. Inquadramento  
diagnostico e  
nosografico

Diagnosi multidisciplinare e certificazione medico-legale riportata in cartella

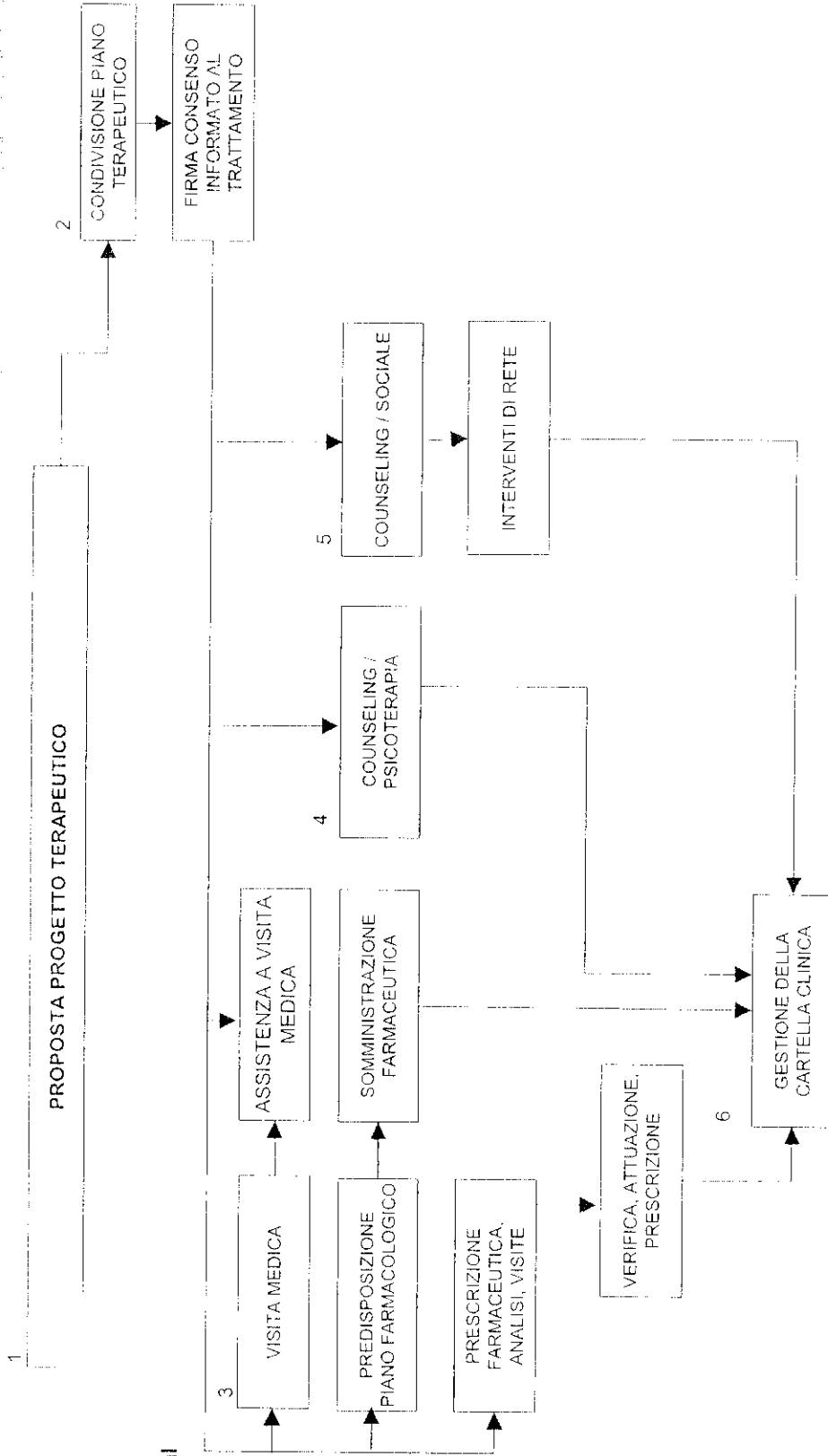
9. Definizione  
ipotesi progetto  
terapeutico

• Discussione caso, diagnosi e progetto terapeutico

10  
f

**PROCESSO 4**

**I - IL PROGETTO TERAPEUTICO INTERNO**



1. Proposta progetto terapeutico

2. Consenso informativo al trattamento

3. Piano medico - farmacologico

4. Intervento psicologico

5. Intervento sociale con particolare riguardo alle azioni di reinserimento

6. Gestione della cartella e raccolta informazioni da parte dell'infermiere

7. Collaborazione con gli altri sanitari dell'istituto, con l'area trattamentale, UEPE, il Ser.T. di residenza, etc..

Collaborazione con gli altri sanitari dell'istituto, con l'area trattamentale, UEPE, Ser.T. di residenza, etc.

**PROCESSO 4**

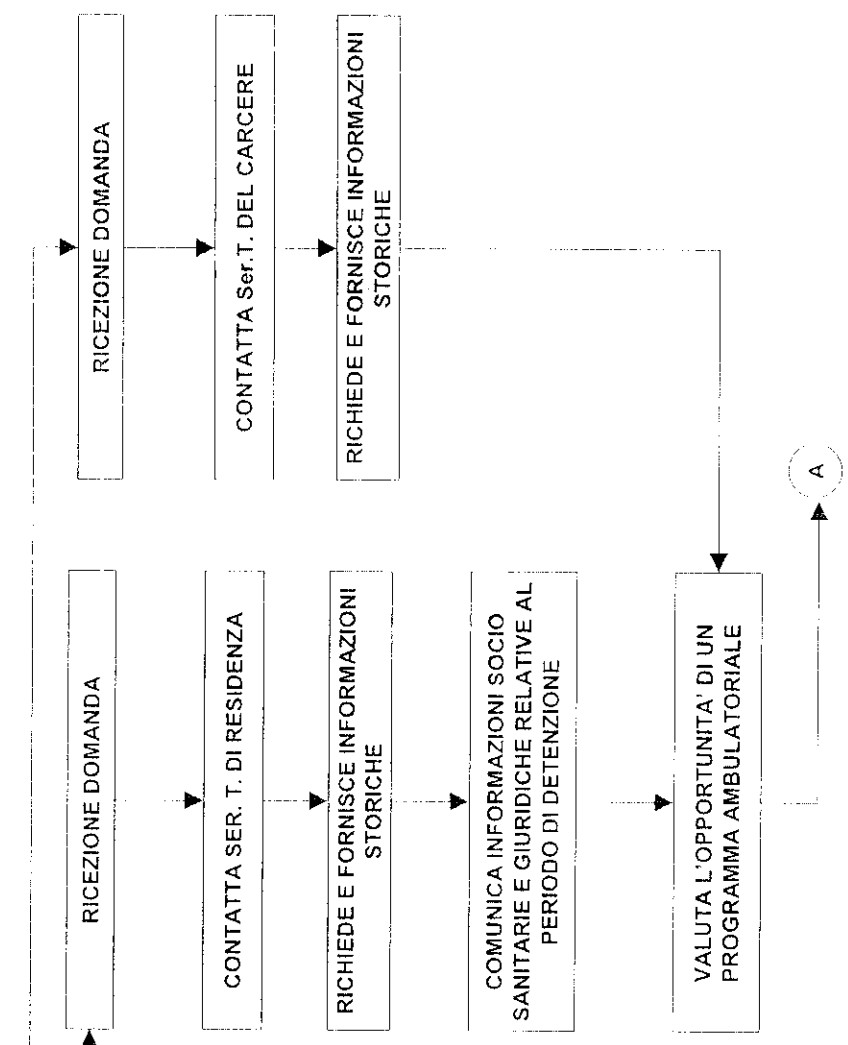
**II - PROGETTO TERAPEUTICO: MISURA ALTERNATIVA - (A)**

(c/o Ser.T.)

**CASO 1.**  
IL PAZIENTE RICHIEDE UN  
PROGRAMMA AMBULATORIALE  
PRESSO IL Ser.T.

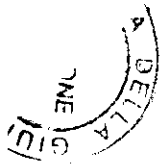
PRESENTAZIONE DOMANDA

Nell'ambito del processo  
sono da evidenziare i  
seguenti output:



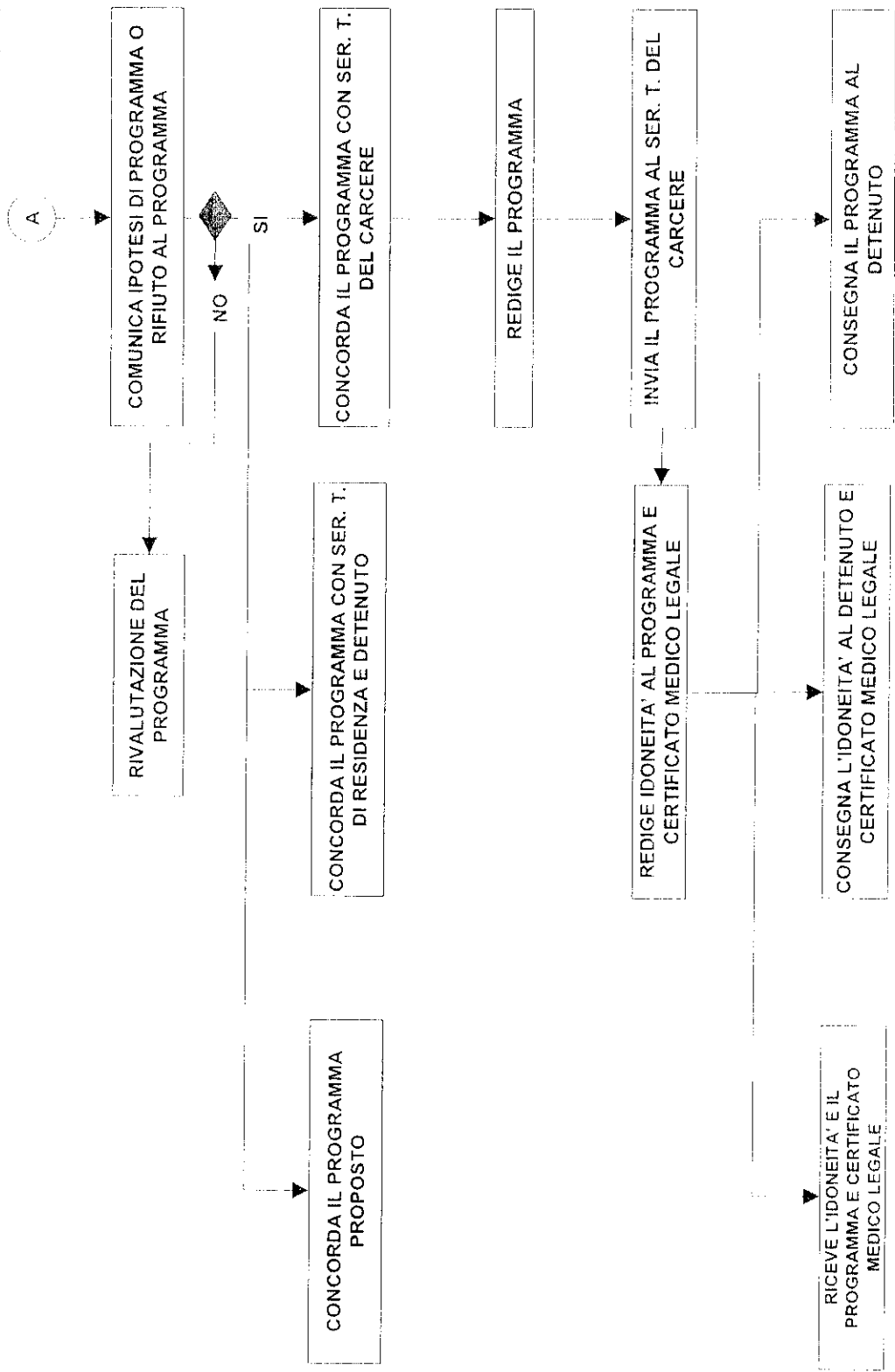
1. Relazioni e  
Certificazioni

2. Parere



# PROCESSO 4 : II - IL PROGETTO TERAPEUTICO PER MISURA ALTERNATIVA - (B)

(c/o Ser.T.)



3. Comunicazioni di disponibilità o meno al programma terapeutico

4. Sottoscrizione/non sottoscrizione del programma da parte del detenuto

5. Programma terapeutico

6. Idoneità al programma individualizzato e certificato medico legale

7. Ricevute di consegna

**PROCESSO 4 : III - IL PROGETTO TERAPEUTICO IN MISURA ALTERNATIVA - (A)**

c/o Comunità Terapeutica

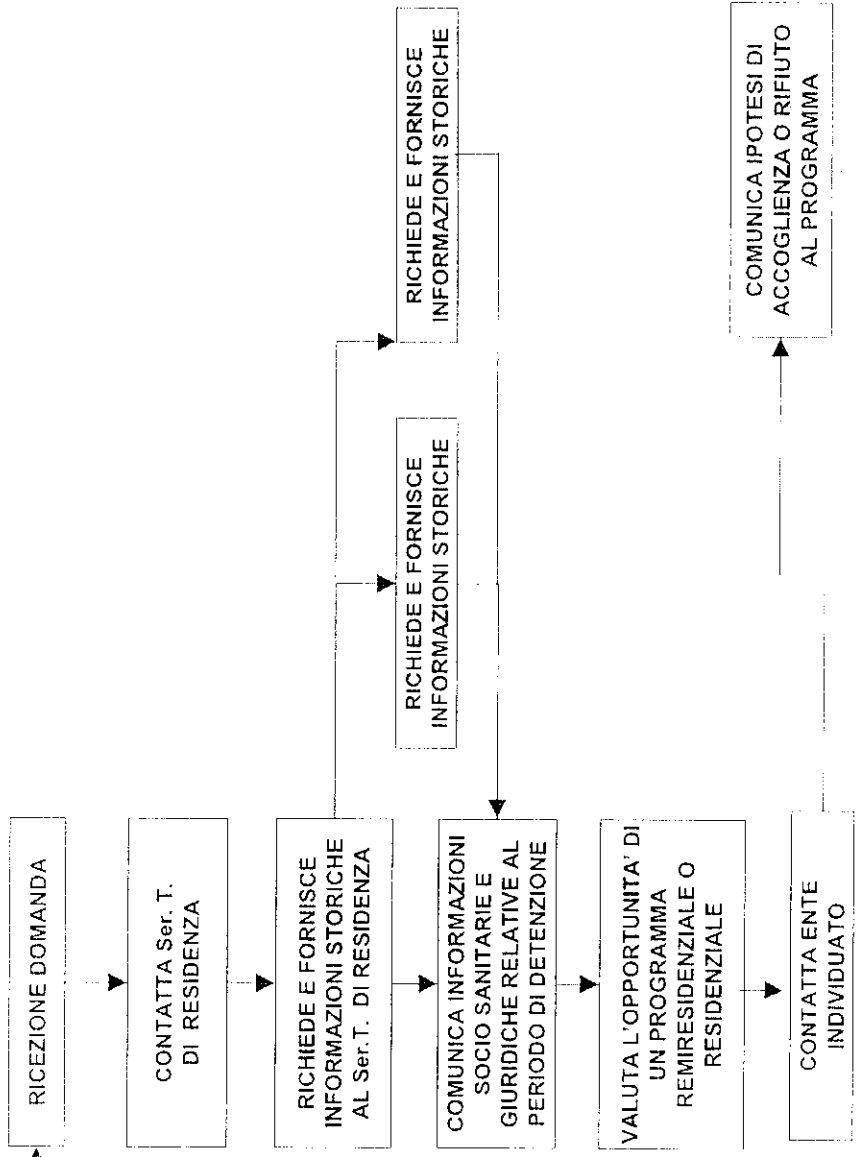
**CASO 2.**  
 IL PAZIENTE RICHIEDE AL  
 Ser.T. UN  
 PROGRAMMA PRESSO  
 COMUNITA' TERAPEUTICA

PRESENTAZIONE DOMANDA

Nell'ambito del processo  
 sono da evidenziare i  
 seguenti output:

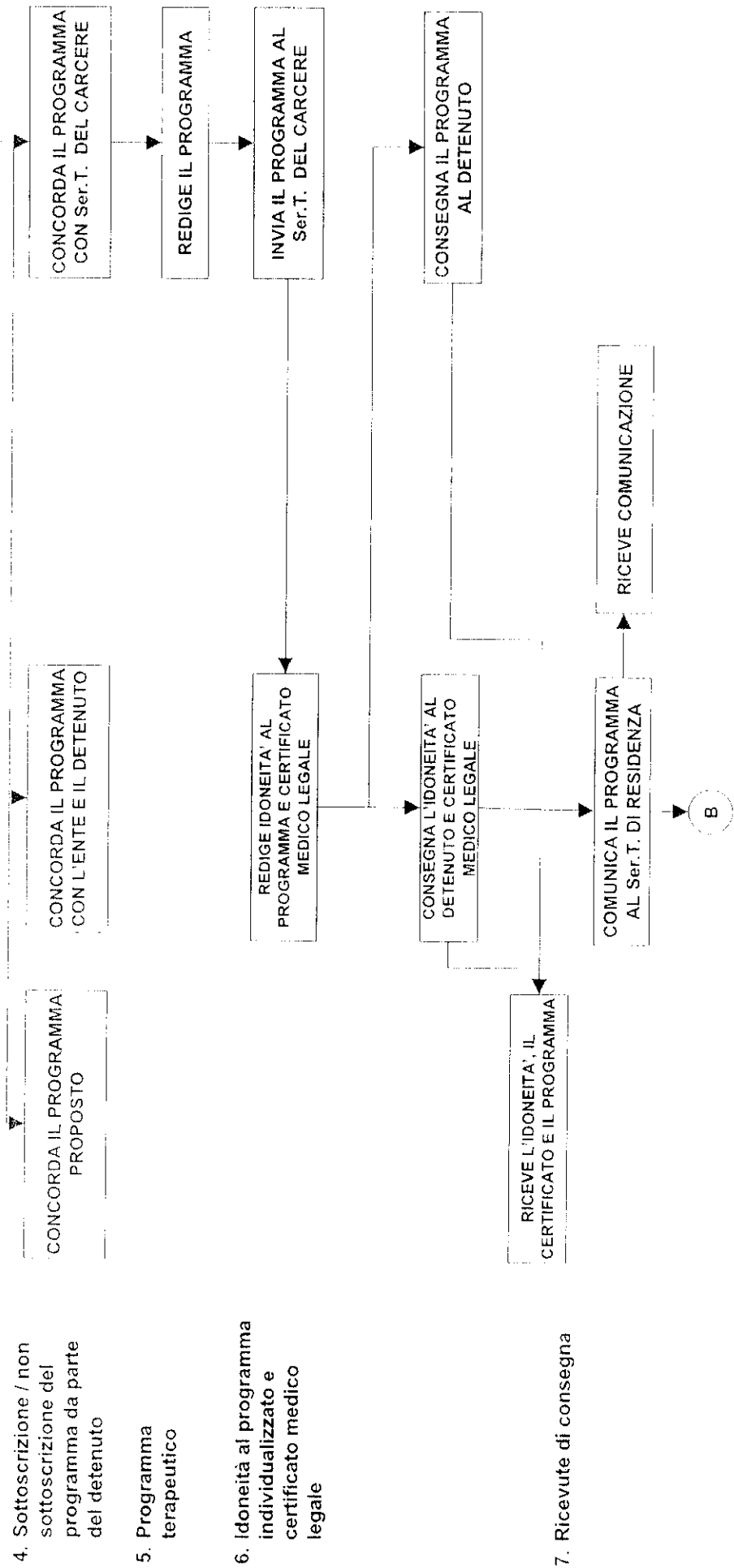
1. Relazioni e  
 certificazioni

2. Parere  
 3. Comunicazione  
 disponibilità/non  
 disponibilità al  
 programma



**PROCESSO 4 : III - IL PROGETTO TERAPEUTICO PER MISURA ALTERNATIVA - (B)**

c/o Comunità Terapeutica



PROCESSO 4

III - IL PROGETTO TERAPEUTICO PER MISURA ALTERNATIVA

c/o Comunità Terapeutica



B

AVVIA L'ITER  
AMMINISTRATIVO PER  
L'IMPEGNO DI SPESA

AVVIA L'ITER  
AMMINISTRATIVO PER IL  
PAGAMENTO DELLE  
FATTURE

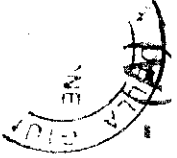
COMUNICA L'AVVENUTO  
INIZIO DEL PROGRAMMA  
PRESSO L'ENTE

RICEVE RELAZIONE  
TRIMESTRALE ANDAMENTO  
PROGRAMMA

FORNISCE RELAZIONE  
TRIMESTRALE ANDAMENTO  
PROGRAMMA

Monitoraggio

F

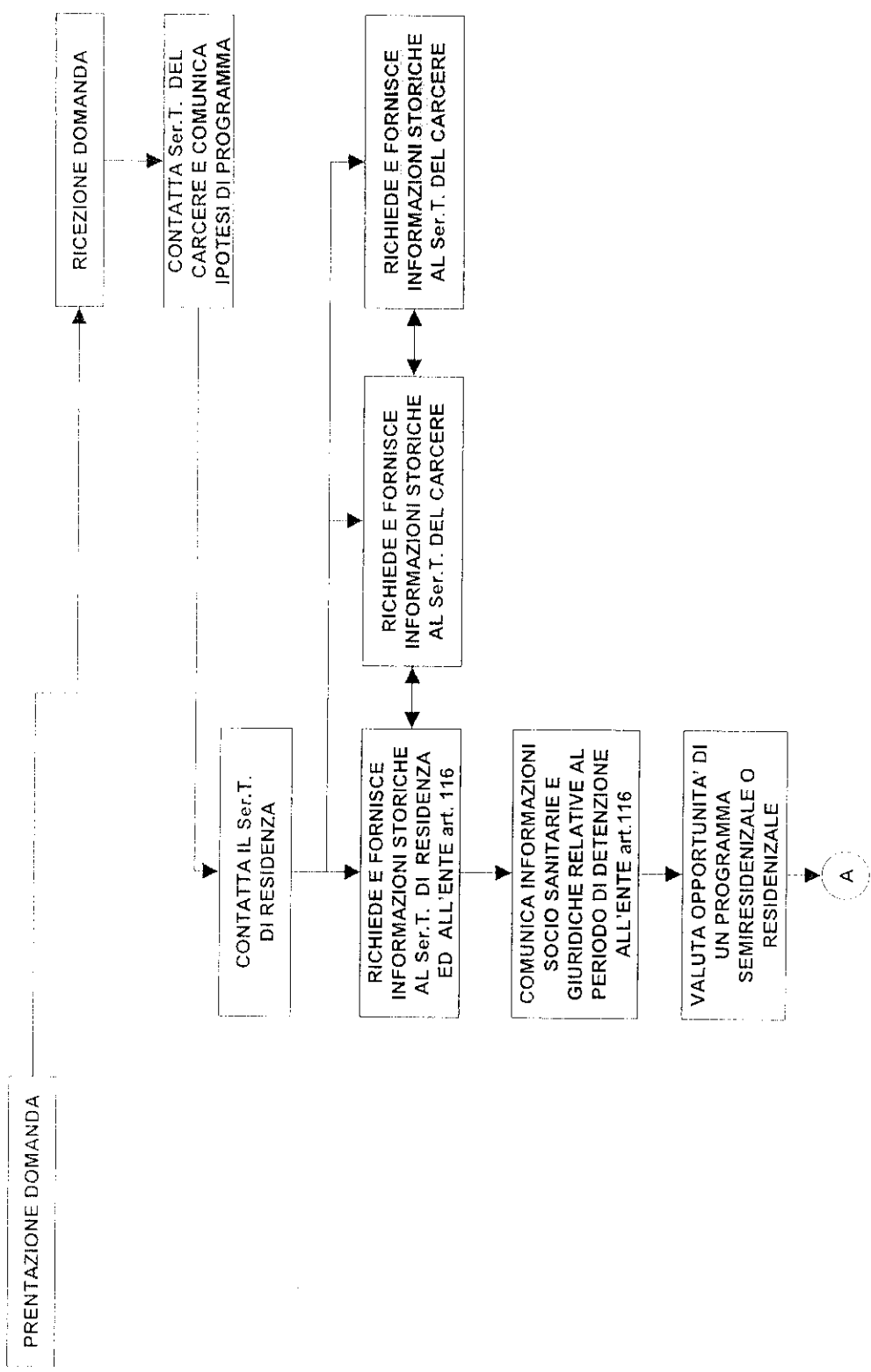


# PROCESSO 4: IV - PROGETTO TERAPEUTICO PER MISURA ALTERNATIVA - (A)

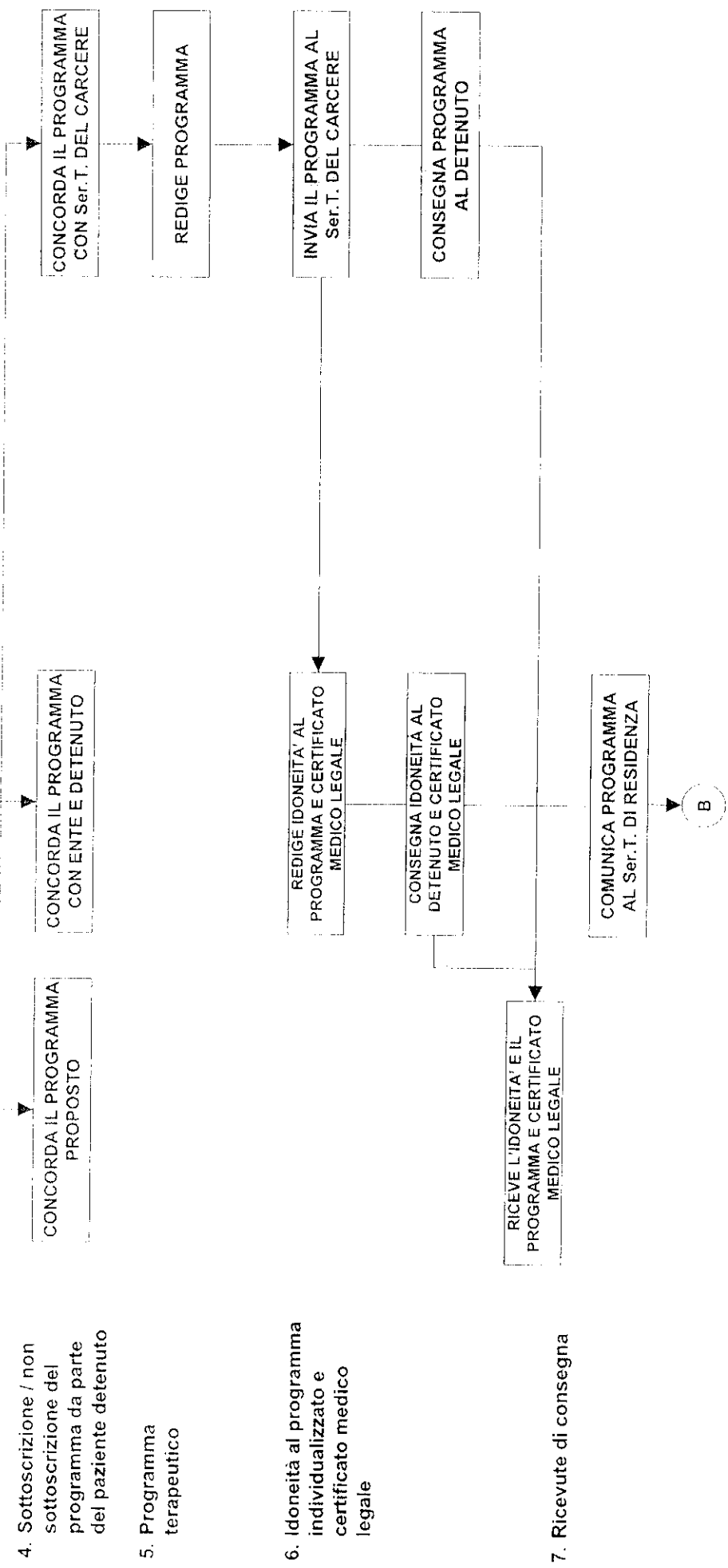
**CASO 3.**  
IL PAZIENTE PRESENTA  
UNA DOMANDA ALLA C.T.  
CHE INTENDE AVVALERSI  
DELLA COLLABORAZIONE  
DEL Ser.T. INTERNO

Nell'ambito del processo sono da evidenziare i seguenti output:

1. Comunicazione disponibile al programma
2. Relazioni, certificazioni
3. Parere
4. Comunicazione opportunità / o meno ipotesi di programma



PROCESSO 4 : IV - IL PROGETTO TERAPEUTICO PER MISURA ALTERNATIVA - (B)



4. Sottoscrizione / non sottoscrizione del programma da parte del paziente detenuto

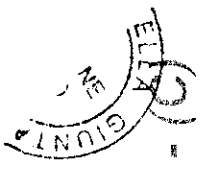
5. Programma terapeutico

6. Idoneità al programma individualizzato e certificato medico legale

7. Ricevute di consegna

PROCESSO 4

IV - PROGETTO TERAPEUTICO PER MISURA ALTERNATIVA - (G)



B

AVVIA L'ITER  
AMMINISTRATIVO PER  
L'IMPEGNO DI SPESA

AVVIA L'ITER  
AMMINISTRATIVO PER IL  
PAGAMENTO DELLE  
FATTURE

COMUNICA L'AVVENUTO  
INIZIO DEL PROGRAMMA  
PRESSO L'ENTE

RICEVE RELAZIONE  
TRIMESTRALE ANDAMENTO  
PROGRAMMA

FORNISCE RELAZIONE  
TRIMESTRALE ANDAMENTO  
PROGRAMMA

Monitoraggio



# PROCESSO 5 : I - MONITORAGGIO IN CORSO DI DETENZIONE

1. Monitoraggio consumo sostanze

VALUTAZIONE TERAPIA SOSTITUTIVA O SINTOMATICA

VISITE MEDICHE ED EVENTUALI ACCERTAMENTI CHIMICO BIOLOGICI

2. Monitoraggio qualità della vita

VALUTAZIONE EVENTI AUTO/ETEROLESIONISTICI

VALUTAZIONE STATO PSICHICO

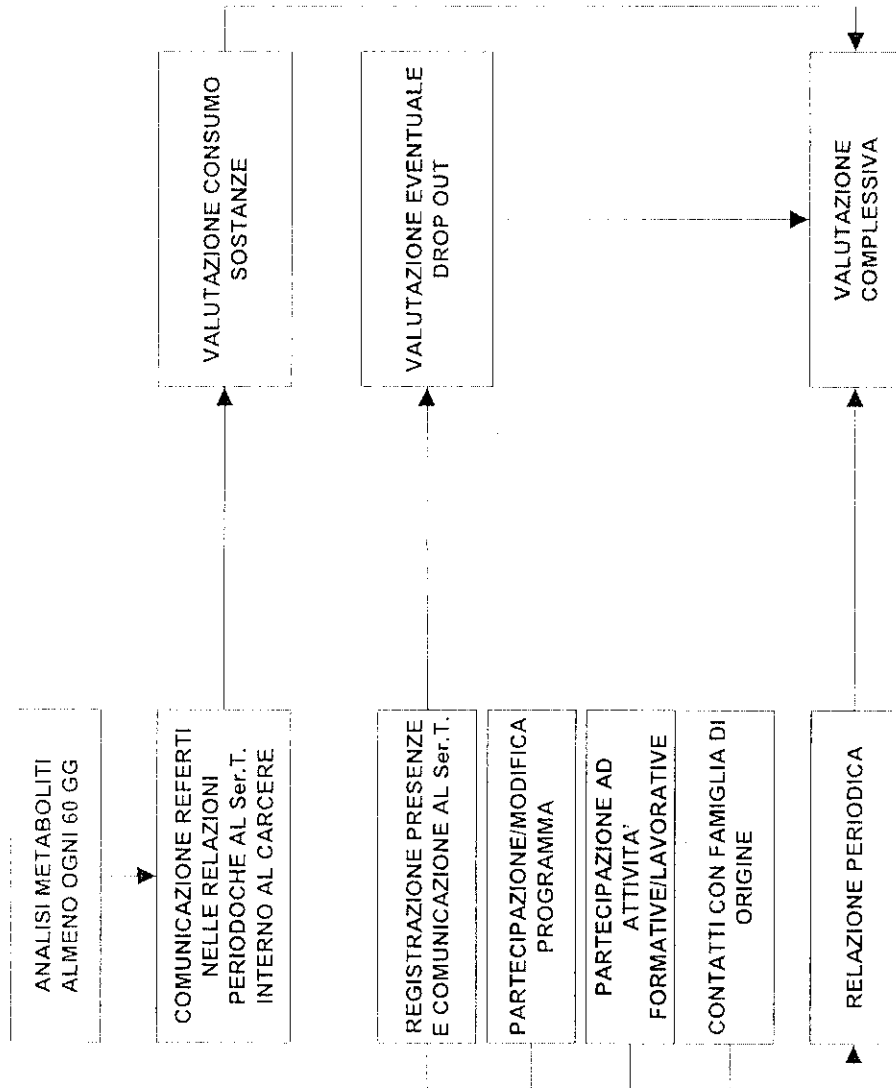
MONITORAGGIO PARTECIPAZIONE ATTIVITA' FORMATIVE/LAVORATIVE

# PROCESSO 5: II - MONITORAGGIO DELLE MISURE ALTERNATIVE

SOLO PER PROGRAMMI  
VALUTATI IDONEI DAL  
Ser.T. INTERNO AL  
CARCERE

1. Monitoraggio consumo  
sostanze

2. Monitoraggio qualità  
della vita



**PROCESSO 6: DIMISSIONI e TRASFERIMENTI**



MOTIVO DIMISSIONE	PRESTAZIONI DELL'OPERATORE E RACCOMANDAZIONI AL PAZIENTE	FOLLOW UP
<p>CONCLUSIONE PROGRAMMA TERAPEUTICO IN MISURA ALTERNATIVA (determinato dal Ser. T. interno alla struttura penitenziaria inviante) c/o C.T.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Visita per valutazione esiti, in collaborazione con Comunità Terapeutica</li> <li>• Definizione programma di reinserimento familiare e lavorativo</li> <li>• Eventuale nuovo orientamento verso Ser. T. di residenza</li> </ul>	<p>Eventuali visite di controllo, in collaborazione con Ser. T. di residenza o Comunità Terapeutica, dopo 2 e 6 mesi dalla fine del programma</p>
<p>INTERUZIONE PROGRAMMA TERAPEUTICO IN MISURA ALTERNATIVA (determinato dal Ser. T. interno alla struttura penitenziaria inviante)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Analisi dei motivi di interruzione</li> <li>• Comunicazione a Tribunale di Sorveglianza e U.E.P.E.</li> <li>• Segnalazione al Ser. T. di residenza</li> </ul>	<p>Realizzabile solo se giunge ad altro istituto penitenziario del Lazio, il cui Ser. T. interno comunica notizie relative al paziente</p>
<p>TRASFERIMENTO AD ALTRO ISTITUTO PENITENZIARIO</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Connessione con Direzione dell'Istituto per informazione sul luogo del trasferimento</li> <li>• Lettera di dimissione riportante il piano di trattamento effettuato</li> <li>• Comunicazione al Ser. T. interno ricevente, con invio documentazione</li> </ul>	<p>Il follow up viene effettuato in tempi successivi, a cura dell'ultimo Ser. T. interno a strutture carcerarie, prima dell'uscita dal carcere</p>
<p>SCARCERAZIONE PER 'FINE PENA'</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Connessione con Direzione carcere per tempi scarcerazione</li> <li>• Lettera di dimissione riportante il piano di trattamento effettuato</li> <li>• Definizione programma di reinserimento familiare e lavorativo</li> <li>• Invio comunicazione al Ser. T. di residenza</li> <li>• Materiale informativo</li> </ul>	<p>Visite di controllo, in collaborazione con Ser. T. di residenza, dopo 2 e 6 mesi dalla scarcerazione</p>
<p>ACCESSO AGLI ARRESTI O DETENZIONE DOMICILIARE ANCHE PRESSO IL PROPRIO DOMICILIO</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Connessione con Direzione carcere per informazioni su scarcerazione con arresti domiciliari</li> <li>• Lettera di dimissione riportante il piano di trattamento effettuato con prescrizione farmacologica</li> <li>• Invio comunicazione al Ser. T. di residenza</li> <li>• Prescrizione farmaceutica e Materiale informativo</li> </ul>	<p>Visite di controllo, in collaborazione con Ser. T. di residenza, dopo 2 e 6 mesi dalla scarcerazione</p>
<p>MISURA ALTERNATIVA ALLA DETENZIONE, CON PROGRAMMA TERAPEUTICO STABILITO AUTONOMAMENTE TRA UTENTE E ENTE EROGATORE (in questo caso il pagamento non è a carico del S.S.R.)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Connessione con Direzione dell'Istituto per avere informazione su concessione di misura alternativa</li> <li>• Invio comunicazione al Ser. T. di residenza</li> </ul>	<p>Realizzabile solo con eventuale disponibilità della struttura di accoglienza</p>
<p>RIFIUTO DEL PROGRAMMA PROPOSTO DAL Ser.T. INTERNO AL CARCERE</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Riproposta intervento, anche con programma alternativo al precedente, dopo rivalutazione</li> </ul>	<p>Non realizzabile, per non disponibilità del paziente</p>



Direzione Regionale Programmazione Sanitaria