



Spedizione in abbonamento postale – Art. 2 comma 20/C L. 662/96
Autorizz. Dirpostel – L'Aquila

ANNO XXXIV

N. 17 Speciale
(Sanità)

REPUBBLICA ITALIANA

BOLLETTINO UFFICIALE

DELLA

REGIONE ABRUZZO

PARTE I, II, III, IV - L' AQUILA, 19 FEBBRAIO 2003 -

DIREZIONE – REDAZIONE E AMMINISTRAZIONE: Corso Federico II, n. 51 – 67100 L'Aquila.- Telefono (0862) 3631 (n. 16 linee urbane); 364662 – 364690 – 364660 – Fax 364665

PREZZO E CONDIZIONI DI ABBONAMENTO: Canone annuo: € 77,47 (L. 150.000) – Un fascicolo: € 1,29 (2.500) – Arretrati, solo se ancora disponibili € 1,29 (L. 2.500).

Le richieste di numeri mancati non verranno esauditi trascorsi 60 giorni dalla data di pubblicazione.

INSERZIONI: La pubblicazione di avvisi, bandi, deliberazioni, decreti ed altri atti in generale (anche quelli emessi da organi regionali) per conto di Enti, Aziende, Consorzi ed altri Soggetti è effettuata a pagamento, tranne i casi in cui, tali atti, attengano l'interesse esclusivo della Regione e dello Stato. Le richieste di pubblicazione di avvisi, bandi, ecc. devono essere indirizzate, con tempestività, esclusivamente alla Direzione del Bollettino Ufficiale, Corso Federico II, n. 51 – 67100 L'Aquila – Il testo da pubblicare, in duplice copia, di cui una in carta da bollo (tranne i casi di esenzione), deve essere inviato unitamente alla ricevuta del versamento in c/c postale dell'importo di € 1,81 (L. 3.500) a rigo (foglio uso bollo massimo 61 battute) per titoli e oggetto che vanno in neretto e di € 1,29 (L. 2.500) a rigo (foglio uso bollo massimo 61 battute) per il testo di ciascuna inserzione. Per le scadenze da prevedere nei bandi è necessario che i termini vengano fissati partendo "dalla data di pubblicazione sul B.U.R.A.".

Tutti i versamenti vanno effettuati sul ccp n. 12101671 intestato a: Regione Abruzzo – Bollettino Ufficiale – 67100 L'Aquila.

AVVERTENZE: Il Bollettino Ufficiale della Regione Abruzzo si pubblica a L'Aquila e si compone di quattro parti: a) nella parte prima sono pubblicate le leggi e i regolamenti della Regione, i decreti dei Presidenti della Giunta e del Consiglio e gli atti degli Organi regionali – integralmente o in sintesi – che possono interessare la generalità dei cittadini; b) nella parte seconda sono pubblicate le leggi e gli atti dello Stato che interessano la Regione; c) nella parte terza sono pubblicati gli annunci e gli altri avvisi di interesse della Regione o di terzi la cui inserzione – gratuita o a pagamento – è prevista da leggi e da regolamenti della Regione e dello Stato (nonché quelli liberamente richiesti dagli interessati); d) nella parte quarta sono pubblicati per estratto i provvedimenti di annullamento o di rinvio del Comitato e delle Sezioni di controllo sugli atti degli Enti Locali. – Nei Supplementi vengono pubblicati: gli atti riguardanti il personale, gli avvisi e i bandi di concorso della Regione, le ordinanze, i ricorsi depositati, le sentenze e le ordinanze di rigetto, relative a questioni di legittimità costituzionale interessanti la Regione, nonché le sentenze concernenti l'ineleggibilità e l'incompatibilità dei Consiglieri Regionali. In caso di necessità si pubblicano altresì numeri Straordinari e Speciali.

SOMMARIO

Parte I

Leggi, Regolamenti ed Atti della Regione

ATTI

DELIBERAZIONI DELLA GIUNTA REGIONALE

DELIBERAZIONE 10 OTTOBRE 2002, n. 861:

Progetto Obiettivo Regionale su tutela della salute in ambito penitenziario, in attuazione del D. Lgs. n. 230 del 22 giugno 1999. - Recepimento.

Parte I

LEGGI, REGOLAMENTI ED ATTI DELLA REGIONE

ATTI

DELIBERAZIONI DELLA GIUNTA REGIONALE

DELIBERAZIONE 10 OTTOBRE 2002, n. 861:

Progetto Obiettivo Regionale su tutela della salute in ambito penitenziario, in attuazione del D. Lgs. n. 230 del 22 giugno 1999. - Recepimento.

LAGIUNTA REGIONALE

Omissis

DELIBERA

- di approvare il Progetto Obiettivo Regionale su Tutela della salute in ambito penitenziario, in attuazione dei D.Lgs. n. 230 del 22 giugno 1999, accluso alla presente quale parte sostanziale;
- di stabilire che agli oneri necessari per la realizzazione dello stesso, si provvederà mediante le risorse finanziarie messe a disposizione dal Ministero di Grazia e Giustizia e da trasferire al Servizio Sanitario Nazionale;
- di considerare il citato Progetto un indirizzo per la elaborazione del Piano Sanitario Regionale nella parte che attiene l'Assistenza sanitaria ai detenuti ed agli internati;
- di incaricare il Dirigente del Servizio di Prevenzione Collettiva ed il gruppo di lavoro interistituzionale a svolgere una funzione di coordinamento per il perseguimento delle finalità indicate nel Progetto Obiettivo Regionale e di consulta, anche per quanto attiene la stesura del Piano Sanitario Regionale limitatamente alla parte di competenza;
- di delegare il Dirigente del Servizio di Prevenzione Collettiva della Direzione Sanità della Regione Abruzzo, all'assunzione degli atti conseguenti alla presente deliberazione;
- di provvedere alla pubblicazione del presente Provvedimento sul *B.U.R.A. (Bollettino Ufficiale della Regione Abruzzo)*.

REGIONE
ABRUZZO



DIREZIONE SANITA'

REGIONE ABRUZZO

ASSESSORATO ALLA SANITA'

PROGETTO OBIETTIVO PER LA TUTELA DELLA SALUTE IN AMBITO PENITENZIARIO

Documento composto da n. ⁸⁴ facciate.

ALLEGATO come parte integrante alla deliberazione n. ⁸⁶¹ del ^{10 OTT. 2002}

IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA
(Dott. Walter Gariani)

Elaborato dal gruppo di lavoro (Ord. Dir. DG 14/03 del 10.12.2001) composta da :

Dott. Giovanni Carusi, Dott. Stefano Giovannoli, Ing. Dante Carlos Salce, Dott. Franco Pettinelli,
Dott. Massimo Forlani, Dott. Francesco Paolo Saraceni, Dott. Ercole Ranalli, Dott. Pietro D'Egidio,
Dott. ssa Rossana Cassiani, Sig. Angelucci Roberto, Dott. ssa Manuela Di Giacomo

REGIONE ABRUZZO

ASSESSORATO SANITA'

PROGETTO OBIETTIVO **PER LA TUTELA DELLA SALUTE IN** **AMBITO PENITENZIARIO**

Il presente testo viene redatto dal **GRUPPO DI LAVORO** costituito dai rappresentanti del Provveditorato Regionale dell'Amministrazione Penitenziaria e dell'Assessorato alla Sanità della Regione Abruzzo, come previsto dalla Ordinanza Dirigenziale n. DG 14/03 del 10/12/2001 :

Dott. Giovanni CARUSI	Direttore Regionale Direzione Sanità o suo delegato, con funzioni di coordinamento;
Dott. Stefano GIOVANNOLI	Medico Regionale assegnato alla Direzione Sanità Responsabile dell'Ufficio Igiene degli Alimenti e della Nutrizione – Servizio Prevenzione Collettiva, cui affidare la direzione del progetto;
Dott. Ing. Dante Carlos SALCE	Ingegnere Regionale, assegnato alla Direzione Attività Produttive – Responsabile dell'Ufficio Sviluppo dell'Industria e Sorveglianza;
Dott. Franco PETTINELLI	Coordinatore dell'Unità Operativa di Sanità Penitenziaria PRAP di Pescara;
Dott. Massimo FORLINI	Componente Medico dell'Unità Operativa di Sanità Penitenziaria PRAP di Pescara - Direttore Sanitario Istituto Penitenziario di Teramo;
Dott. Francescopaolo SARACENI	Direttore Sanitario Istituto Penitenziario di Vasto;
Dott. Ercole RANALLI	Dirigente Medico A.S.L. Lanciano-Vasto – Direttore SIAN
Dott. Pietro D'EGIDIO	Dirigente Medico ASL Pescara Direttore Servizio per le Tossicodipendenze – Dipartimento Sanitario Assistenziale;
Dott.ssa Rossana CASSIANI	Dirigente Medico ASL Avezzano-Sulmona – Direttore Dipartimento Prevenzione e Servizio Igiene e Sanità Pubblica;
Sig. Roberto ANGELUCCI	dipendente Regionale assegnato alla Direzione Sanità con funzioni di collaborazione e supporto alle attività tecnico-amministrative;
Dott.ssa Manuela DI GIACOMO	Istruttore Direttivo Amministrativo assegnato alla Regione Abruzzo – Direzione Sanità, con funzioni di segretaria.

INDICE

1. PREMESSA	Pag.
2. La realtà penitenziaria regionale	Pag.
3. L'attuale assetto organizzativo	Pag.
4. Gli obiettivi della salute	Pag.
4.1 Le attività di prevenzione	Pag.
4.1.1 La prevenzione ambientale	Pag.
4.1.2 Tutela e promozione della salute dell'individuo e della comunità Penitenziaria in generale	Pag.
4.2 Le attività di cura	Pag.
4.2.1 La medicina generale	Pag.
4.2.2 La medicina d'urgenza	Pag.
4.2.3 La medicina specialistica	Pag.
4.2.4 L'assistenza ai detenuti tossicodipendenti	Pag.
4.2.4.1 Premessa	Pag.
4.2.4.2 Caratteri strutturali e organizzativi degli Istituti o sezioni di 1° livello	Pag.
4.2.4.3 Istituti o sezioni di custodia attenuata	Pag.
4.2.4.4 Schema degli elementi qualificanti il circuito della custodia attenuata	Pag.
4.2.5 La patologia infettiva con particolare riferimento all'infezione da HIV e la cura delle patologie correlate	Pag.
4.2.6 Le attività di riabilitazione	Pag.
4.2.7 La tutela della salute della donna e la salvaguardia del diritto di maternità	Pag.
4.2.8 La tutela della salute dei detenuti disabili e portatori di handicap	Pag.
4.2.9 L'assistenza sanitaria alle persone detenute immigrate	Pag.
4.2.10 La tutela della salute mentale	Pag.
4.2.11 L'assistenza farmaceutica	Pag.
5. I modelli organizzativi	Pag.
6. Il ricovero nelle Unità Operative di degenza	Pag.
7. Conclusioni	Pag.
▪ Allegato A – Scheda di Sorveglianza per le malattie infettive	
▪ Allegato B – Schema di convenzione tra Provveditorato Regionale e ASL per gli Istituti e sezioni di custodia attenuata	
▪ Allegato C – Schema di contratto tra l'equipe trattamentale e il detenuto in custodia attenuata	

1. PREMESSA

Il D.Lgs. nr. 230 del 22 giugno 1999 intitolato “Riordino della medicina penitenziaria, in applicazione dell’art. 5 della Legge 30 novembre 1998 n. 419” stabilisce che i detenuti e gli internati, al pari dei cittadini in stato di libertà, hanno diritto all’erogazione, da parte del SSN, delle prestazioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione previste nei livelli essenziali e uniformi di assistenza individuati nel piano sanitario nazionale, nei piani sanitari regionali e in quelli locali.

In altri termini il citato decreto introduce nella legislazione italiana, ed in particolare in materia di esecuzione della pena, il diritto dei detenuti di poter usufruire delle stesse prestazioni sanitarie che vengono erogate dal SSN a tutti i cittadini, apportando radicali innovazioni, per quanto riguarda il benessere individuale e collettivo, all’interno di una struttura che per suo mandato istituzionale è considerata “chiusa”.

L’art. 5 del D. Lgs 230/99 prevede l’adozione di un apposito Progetto Obiettivo Regionale per la tutela della salute in ambito penitenziario che, mediante la formulazione di criteri e indirizzi mirati a pianificare l’organizzazione dei servizi sanitari, i livelli di assistenza e gli standard minimi necessari per assicurare la tutela della salute all’interno degli istituti penitenziari dislocati nell’ambito della Regione Abruzzo, stabilisca le linee guida necessarie a soddisfare la domanda di assistenza, migliorare la qualità delle prestazioni di diagnosi, cura e riabilitazione così da garantire il raggiungimento degli obiettivi di salute, anche attraverso la rimozione degli ostacoli ambientali ed organizzativi che caratterizzano l’attuale assistenza sanitaria alla popolazione detenuta.

Per meglio qualificare l’assistenza sanitaria penitenziaria e soprattutto per rendere più efficaci le risposte sanitarie, è necessario, quindi, definire un progetto fattibile che preveda un intervento integrato dell’Aziende ASL all’interno del carcere attraverso l’erogazione, da parte delle stesse, dell’intera gamma delle prestazioni sanitarie, individuando modalità operative e risorse professionali, attingendo anche a quelle già operanti nell’ambito della medicina penitenziaria, così da costituire un’articolazione che, mediante un assetto operativo stabile e ben strutturato, mantenga e garantisca un sistema di effettivo equilibrio tra l’esigenza della sicurezza e il diritto costituzionale ed inalienabile alla salute.

2. LA REALTA’ PENITENZIARIA REGIONALE

Nella nostra Regione sono presenti sul territorio numero 8 istituti penitenziari incidenti nelle 6 ASL territorialmente competenti e precisamente:

Tab. n. 1 – Istituti penitenziari presenti nelle singole ASL

ASL PESCARA	<i>I.P. di PESCARA</i>
ASL L’AQUILA	<i>I.P. di L’AQUILA I.P.M. de L’Aquila</i>
ASL AVEZZANO- SULMONA	<i>I.P. di SULMONA I.P. di AVEZZANO</i>
ASL TERAMO	<i>I.P. di TERAMO</i>
ASL CHIETI	<i>I.P. di CHIETI</i>
ASL LANCIANO- VASTO	<i>I.P. di LANCIANO I.P. di VASTO</i>

Esiste, inoltre, un CARCERE MINORILE a L'AQUILA e una ex CASA MANDAMENTALE a SAN VALENTINO di recente ristrutturazione, dove dovrebbe essere allocata una sezione a custodia attenuata per detenuti tossicodipendenti.

Le persone detenute all'interno degli istituti penitenziari, rilevati alla data del 31/12/2001, erano n. **1571**, di cui n. 1521 uomini e n. 50 donne, nonostante le infrastrutture abbiano una capienza regolamentare di **1453** unità.

Dei detenuti ristretti n. **464** sono extracomunitari, n. **455** tossicodipendenti e n. **20** sieropositivi per HIV, con conseguente incidenza di patologie correlabili e di problematiche socio-assistenziali derivanti.

A L'Aquila è presente l'unico Istituto Penale Minorile (I.P.M.) con annesso il centro di servizio sociale per minori, la Procura e il Centro di Prima Accoglienza (C.P.A.). L'Istituto raccoglie in prevalenza minori provenienti da altri Istituti, in particolare del nord Italia, giunti per sfollamento e statisticamente ospita una media annuale di 15 detenuti. Scarsa è la presenza di minori con problematiche connesse alla tossicodipendenza e alcooldipendenza.

Tab. n. 2 – Capienza regolamentare e capienza effettiva nella Regione Abruzzo

<i>ISTITUTO PENITENZIARIO</i>	<i>CAPIENZA regolamentare</i>			<i>CAPIENZA effettiva</i>			<i>TD</i>	<i>HIV</i>	<i>EXTRA COMUNITARI</i>
	M	F	Tot	M	F	Tot			
AVEZZANO	61	0	61	67	0	67	19	0	42
CHIETI	96	0	96	102	0	102	28	0	61
LANCIANO	205	0	205	183	0	183	35	2	31
L'AQUILA	201	0	201	158	0	158	27	2	46
PESCARA	170	20	190	171	25	196	69	3	38
SULMONA	304	0	304	412	0	412	122	10	109
TERAMO	220	22	242	258	25	283	100	2	95
VASTO	154	0	154	170	0	170	55	1	62
TOTALE	1411	42	1453	1521	50	1571	455	20	464
I.P.M. L'AQUILA de	15	0	15	13	0	13	0	0	4

A livello regionale attualmente non è possibile, eseguire un monitoraggio preciso dell'incidenza delle varie manifestazioni morbose all'interno degli istituti penitenziari, per mancanza di procedure standardizzate di rilevamento, per cui è necessario definire un programma computerizzato statisticamente valido mirato a risolvere tale carenza, dotando le varie strutture di supporti informatici da collegare in rete tra di loro e connessi ad un terminale in grado di elaborare i vari dati immessi nel circuito.

Nella programmazione di nuove sedi di Istituti Penitenziari o di modifiche strutturali che comportino un aumento di ricettività delle sedi esistenti nella Regione l'Amministrazione Penitenziaria terrà conto dei contenuti del presente Progetto Obiettivo.

Nel corso del secondo semestre 2001 hanno fatto ingresso negli Istituti per adulti complessivamente 816 detenuti: questo dato evidenzia il carico di lavoro che grava in particolare modo sul personale sanitario che effettua la visita di primo ingresso ai detenuti nuovi giunti provenienti dalla libertà e/o da altri istituti costituendo persone a elevato rischio psichiatrico (autolesionismo e/o suicidio) e che eroga le prestazioni sanitarie di base, anche nelle situazioni di problemi sanitari acuti.

3. L' ATTUALE ASSETTO ORGANIZZATIVO

L'assistenza sanitaria, all'interno delle strutture penitenziarie, viene attualmente garantita attraverso vari servizi, di cui alcuni obbligatoriamente presenti in tutti gli istituti, altri invece assicurati solo in alcuni di essi.

Infatti, il Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria ha inteso standardizzare l'erogazione dei servizi sanitari su tutto il territorio nazionale attraverso l'individuazione di 3 (tre) livelli assistenziali, in modo da pervenire ad un'offerta di servizi differenziati nell'ambito del circuito penitenziario.

Tali livelli uniformi di assistenza sono così definiti:

1° livello: garantita negli istituti con una presenza media di 225 detenuti (C.C. Chieti, C.C. Vasto, C.C. Lanciano, C.C. Avezzano, C.C. Pescara);

2° livello: che offre servizi di continuità assistenziale nell'arco delle 24 ore e medicina specialistica in numerose branche, garantita negli istituti con capienza media superiore alle 225 unità (C.C. Teramo, C.C. L'Aquila, C.R. Sulmona);

3° livello: di assistenza sanitaria per gli istituti sede di centro clinico (i cosiddetti CDT) e per gli ospedali psichiatrici giudiziari (OPG).

Nella Regione Abruzzo vi sono solo Istituti penitenziari di 1° e 2° livello.

I vari servizi sanitari sono attualmente erogati dalle seguenti figure professionali:

- *direttore sanitario;*
- *medici del Servizio di assistenza sanitaria integrativa (SIAS);*
- *medici, infermieri e psicologi del presidio tossicodipendenti;*
- *medici specialisti;*
- *infermieri dipendenti di ruolo dell'Amministrazione penitenziaria;*
- *infermieri convenzionati;*
- *tecnici dei vari servizi (laboratorio analisi, radiologia, FKT).*

direttore sanitario: uno per ogni Istituto, è preposto all'area sanitaria e svolge le seguenti mansioni:

- *assicura l'autonomia gestionale dell'Area sanitaria, nell'ambito del budget annualmente assegnato all'istituto, per il conseguimento dell'obiettivo primario di tutela della salute in ambito penitenziario;*
- *dirige i servizi sanitari dell'istituto ed in particolare il servizio di assistenza sanitaria integrativa, il servizio specialistico, il servizio infermieristico, i vari servizi tecnici ove presenti (laboratorio analisi, gabinetto radiologico; servizio di FKT);*
- *è responsabile della farmacia dell'istituto provvedendo alla richiesta dei farmaci e alla loro conservazione, distinta per classi, secondo la normativa vigente;*
- *organizza, in rapporto alle esigenze di servizio, l'impiego, la destinazione, i turni e i periodi di ferie di tutto il personale sanitario medico, infermieristico e tecnico;*
- *raccoglie le istanze e le proposte della popolazione detenuta, al fine di tendere al miglioramento del servizio erogato;*
- *organizza incontri e dibattiti a carattere scientifico, con la popolazione detenuta e con il personale di Polizia Penitenziaria, a scopo informativo e preventivo;*

- vigilare sulla distribuzione delle preparazioni medicinali e sulla utilizzazione del materiale di medicazione, delle lastre radiografiche, dei reagenti e materiali d'uso per laboratorio analisi e di tutti gli altri materiali d'uso comune;
- è responsabile del servizio medico-legale dell'istituto, sia per i detenuti, di cui cura le relazioni richieste dall'Autorità Giudiziaria e dagli organi superiori del Ministero della Giustizia, sia per gli appartenenti al Corpo di Polizia Penitenziaria;
- esercita la vigilanza sull'igiene dell'ambiente penitenziario;
- è responsabile della raccolta e della trasmissione dei dati statistici sanitari.

medici del servizio di assistenza sanitaria integrativa (S.I.A.S.): garantiscono la continuità assistenziale secondo le disposizioni emanate dal direttore sanitario dell'istituto. Sono organizzati quantitativamente secondo la classificazione dell'istituto. Negli istituti di 2° livello si garantisce la continuità assistenziale e l'urgenza nell'arco delle 24 ore, mentre in quelli di 1° livello esiste un monte ore diversificato in rapporto alla capienza recettiva della popolazione detenuta, comunque, sempre inferiore alle 24 ore. Essi sono medici convenzionati con l'Amministrazione Penitenziaria;

medici ed infermieri del presidio detenuti tossicodipendenti, alcol dipendenti ed affetti da HIV: trattasi di personale a rapporto di convenzione per un monte orario definito in base al numero medio dei detenuti ristretti. Esso cura l'aspetto sanitario del recupero del detenuto tossicodipendente in stretta collaborazione con i Sert territorialmente competenti, da cui oggi, in seguito all'entrata in vigore del D.Lgs 239/99, funzionalmente dipendono;

medici specialisti: sono professionisti convenzionati che erogano le proprie prestazioni con cadenza solitamente settimanale e che garantiscono la disponibilità ad eventuali interventi di urgenza da effettuare entro 6 ore dalla chiamata. Tali prestazioni si riferiscono principalmente alle seguenti branche: psichiatria, infettivologia, odontoiatria e cardiologia, che devono essere obbligatoriamente presenti in tutti gli istituti penitenziari, mentre nelle sedi di 2° livello assistenziale possono essere presenti altre attività specialistiche;

infermiere coordinatore: coordina il servizio infermieristico e può essere un infermiere dipendente e/o a rapporto libero-professionale;

infermieri dipendenti: sono infermieri professionali e generici, dipendenti di ruolo dell'Amministrazione Penitenziaria, presenti in numero esiguo e non in tutti gli istituti;

infermieri a rapporto libero-professionale: trattasi di infermieri professionali e generici convenzionati con l'Amministrazione Penitenziaria, in numero variabile a seconda del monte ore infermieristico assegnato a ciascun istituto penitenziario, in base alle disposizioni ministeriali vigenti;

tecnici sanitari: trattasi di terapisti della riabilitazione, tecnici di radiologia e di laboratorio, presenti solo in alcuni istituti, che possono essere dipendenti di ruolo dell'Amministrazione Penitenziaria oppure a rapporto libero-professionale e che comunque non sempre riescono a garantire l'attività in urgenza.

Tab. n. 3 - Personale sanitario alla data del 31.12.2001

<i>ISTITUTO PENITENZIARIO</i>	<i>DIRETTORE SANITARIO</i>	<i>MEDICI SIAS</i>	<i>MEDICI SPECIALISTI</i>	<i>INFERMIERI</i>		<i>TECNICI SANITARI</i>
				dipen. DAP	conv.	
AVEZZANO	1	3	4	1	3	0
CHIETI	1	3	6	0	2	0
LANCIANO	1	6	10	0	4	0
L'AQUILA	1	5	11	1	4	0
PESCARA	1	4	9	3	3	4
SULMONA	1	8	11	0	6	0
TERAMO	1	6	17	4	3	2
VASTO	1	5	5	0	6	0
TOTALE	8	40	73	9	35	6
I.P.M. L'AQUILA DE	1	0	0	0	1	0

Nell'attuale assetto operativo si possono individuare alcuni aspetti logistici che possono interferire, anche gravemente, sulla futura organizzazione dei servizi di assistenza sanitaria all'interno degli istituti penitenziari e che vengono di seguito sottolineati:

- la grave carenza del personale sanitario;
- la completa assenza di personale amministrativo nell'ambito dell'area sanitaria per il disbrigo delle pratiche amministrativo-burocratiche;
- la mancanza totale di personale ausiliario, che rende problematica e spesso impossibile la effettuazione di alcune prestazioni sanitarie;
- la mancanza di farmacisti per la gestione corretta della farmacia interna all'istituto;
- la mancanza di gestione diretta da parte del direttore sanitario del personale scelto tra i detenuti per la pulizia degli ambienti sanitari;
- relativamente all'I.P.M. de L'Aquila, si segnala la carenza di personale infermieristico, essendo presente n.1 infermiere per due ore giornaliere.

Tab. n. 4 – Personale sanitario addetto al Presidio per le tossicodipendenze

<i>ISTITUTO PENITENZIARIO</i>	<i>PRESIDIO TOSSICODIPENDENZA</i>		
	<i>MEDICI</i>	<i>INFERMIERI</i>	<i>PSICOLOGI</i>
AVEZZANO	0	0	0
CHIETI	0	0	1
LANCIANO	1	1	1
L'AQUILA	1	1	1
PESCARA	1	1	0
SULMONA	1	1	1
TERAMO	1	1	1
VASTO	1	1	1
TOTALE	6	6	6

Anche in questo contesto possono essere individuati punti di criticità e più specificatamente:

- la mancanza totale di personale sanitario in 2 (due) istituti penitenziari, nonostante la presenza di detenuti tossicodipendenti anche in terapia metadonica;
- la non omogenea ripartizione del monte orario assegnato ai singoli istituti con conseguente sacche di inefficienza;
- la difficoltà nel gestire situazioni differenziate, a seconda della tipologia dei detenuti, per carenze di organico;
- la mancanza di personale amministrativo per l'espletamento delle competenze burocratiche.

4. GLI OBIETTIVI DI SALUTE

Il decreto del Ministero della Sanità del 21 aprile 2000 intitolato “Progetto Obiettivo per la tutela della salute in ambito penitenziario” individua le principali aree e le azioni di maggior rilievo da avviare per la promozione e la salvaguardia della salute dei detenuti e degli internati.

In particolare vengono fornite indicazioni per la definizione di programmi di prevenzione, cura e riabilitazione delle patologie maggiormente diffuse e vengono forniti indirizzi per l’attivazione di una rete di servizi sanitari volti a soddisfare la domanda di assistenza e a migliorare la qualità delle prestazioni di diagnosi e cura, così da garantire il raggiungimento degli obiettivi di salute all’interno degli Istituti Penitenziari.

4.1 Le attività di prevenzione

In ragione delle specifiche condizioni dell’ambiente detentivo si definiscono gli interventi di prevenzione primaria finalizzati alla riduzione o rimozione di una sofferenza che ha radici strutturali, dando piena attuazione anche in ambito penitenziario alla normativa vigente in materia di:

- igiene pubblica nelle sue diverse articolazioni, in particolare nei settori di profilassi e di igiene urbana;
- igiene degli alimenti e della nutrizione;
- strutture sanitarie;
- igiene degli ambienti di vita e di lavoro, anche in riferimento all’applicazione del decreto legislativo n.626/1994.

In particolare, sono considerati due gruppi di attività svolte dai Servizi del Dipartimento di Prevenzione e relative alla:

- 1) *prevenzione ambientale;*
- 2) *tutela e promozione della salute dell’individuo e della comunità penitenziaria in generale.*

4.1.1 La Prevenzione ambientale

Consiste nella ricognizione dei rischi ambientali con l’obiettivo di individuare le principali problematiche connesse all’igiene e alla sicurezza degli ambienti di vita e di lavoro al fine di realizzare interventi che incidano sul miglioramento della qualità della vita in carcere.

Fa riferimento essenzialmente a:

- *Stato delle strutture penitenziarie* (requisiti igienico - sanitari e sicurezza dei vari ambienti confinati)
- *Regime alimentare* (autorizzazioni sanitarie, controlli periodici sugli alimenti, controlli periodici sul personale addetto).

INTERVENTI PREVISTI:

L'attività di vigilanza

Prevede controlli semestrali alle strutture penitenziarie.

Come strumento atto alla rilevazione dello "stato di salute" degli stabili viene utilizzata l'allegata scheda di rilevazione (All.A) che compendia i seguenti aspetti:

- aspetti generali ed edilizi (ricettività della struttura; numerosità e tipologia della popolazione detenuta; sicurezza, microclima e condizioni igienico-sanitarie dei vari locali; approvvigionamento idrico e smaltimento liquami)
- organizzazione sanitaria (personale operante; tipologia degli ambulatori medici e delle prestazioni erogate sia in tema di assistenza che di prevenzione)
- farmacia (esistenza o meno di locale adibito a deposito di farmaci, modalità di conservazione dei medicinali, smaltimento dei farmaci scaduti)
- attività lavorative (ricognizione di eventuali locali di lavoro e delle attività svolte, verifica dell'osservanza delle norme di sicurezza negli ambienti di lavoro)
- preparazione e somministrazione alimenti (rispondenza del locale cucina e del deposito di stoccaggio degli alimenti alle normative vigenti; presenza ed adeguatezza dei servizi igienici per gli addetti alla cucina; verifica esistenza autorizzazione sanitaria; controlli periodici sul personale- libretto di idoneità sanitaria- ; controlli periodici sugli alimenti – prelievi ed analisi degli alimenti; applicazione piani di autocontrollo come da D.lgs 155/97, ove previsto)
- relazione conclusiva sullo stato igienico-sanitario e sulla sicurezza da inviare alla direzione dell'istituto penitenziario.

4.1.2 Tutela e promozione della salute dell'individuo e della comunità penitenziaria in generale

Comprende l'insieme degli interventi atti a ridurre il rischio di patologie correlate al regime detentivo.

E' rivolta sia ai detenuti che al personale operante nella struttura.

Il programma è articolato in:

- *attività di prevenzione delle malattie infettive* (tbc, epatiti, AIDS, malattie trasmissione oro-fecale e da alimenti, scabbia, pediculosi, dermatofitosi, malattie sessualmente trasmesse);
- *attività di prevenzione delle malattie cronico-degenerative* (obesità, diabete mellito, BPCO, tumori, malattie cardiovascolari);
- *educazione sanitaria;*
- *attività di screening.*

INTERVENTI PREVISTI:

A) Il controllo delle malattie infettive

E' innanzitutto necessario sviluppare un sistema di sorveglianza che consenta di fornire informazioni attendibili sul piano epidemiologico ed eziologico; a tale scopo saranno utilizzate delle schede appositamente predisposte per effettuare le indagini epidemiologiche relative alle principali malattie infettive e diffuse, quali tubercolosi, epatiti virali, tossinfezioni alimentari, meningiti, scabbia, dermatofitosi, pediculosi.

Le indagini riguarderanno sia i malati che tutti i possibili contatti e saranno integrate da protocolli specifici relativamente alle procedure da adottare in ambiente penitenziario, anche in considerazione della situazione epidemiologica delle singole patologie.

All'atto dell'ingresso in istituto i detenuti, sia provenienti dalla libertà che da altri istituti, ove nella cartella clinica sia segnalata la non avvenuta esecuzione nei 3 (tre) mesi antecedenti l'ingresso, saranno sottoposti al seguente screening:

- *intradermoreazione alla tubercolina secondo Mantoux;*
- *dosaggio markers epatiti virali (HAV, HBV e HCV);*
- *test HIV (previo consenso);*
- *esame batteriologico e parassitologico delle feci;*
- *VDRL;*
- *Drug-test (finalizzata alla diagnosi di tossicodipendenza).*

Nello specifico verrà posta particolare attenzione al controllo della malattia tubercolare, delle epatiti virali e delle infezioni da HIV, che rappresentano sicuramente le malattie infettive epidemiologicamente più rilevanti.

B) Le Epatiti virali

Il programma comprende oltre al primo controllo su menzionato, la vaccinazione preventiva per i soggetti risultati negativi.

L'utilità di effettuare i dosaggi dei marcatori umorali per le Epatiti A e B non è dettata dal bisogno di conoscere lo stato immunitario prima della eventuale vaccinazione, ma piuttosto dalla necessità di individuare i portatori di malattia che potrebbero rappresentare un pericolo per la salute della comunità detenuta e pertanto non verrà estesa al personale operante nella struttura penitenziaria, che sarà sottoposto direttamente a vaccinazione..

C) LeTubercolosi

Vista l'incidenza della malattia tubercolare è opportuno effettuare uno screening della stessa mediante somministrazione di intradermoreazione alla tubercolina secondo Mantoux con 5U.I.; sia i detenuti che gli operatori penitenziari saranno sottoposti al test (confronta Linee guida per la malattia tubercolare, pubblicato sulla G.U. del 18/2/1999).

I soggetti negativi al test ripeteranno la prova con periodicità annuale.

I soggetti riscontrati positivi effettueranno una radiografia del torace allo scopo di escludere la presenza di malattia polmonare in fase contagiosa.

Il viraggio dalla cutinegatività alla cutipositività all'interno della struttura penitenziaria impone una ricerca attenta della fonte di infezione.

Bisognerà proporre la chemioterapia preventiva ai soggetti cutipositivi di età inferiore ai 35 anni e, indipendentemente dall'età, a tutti coloro che:

- in precedenza cutipositivi, dimostrino un incremento della reazione tubercolinica maggiore e/o uguale a 10mm;
- si trovino in una condizione medica che aumenti il rischio di TBC;
- abbiano un'infezione da HIV;
- usino sostanze per via iniettiva.

Particolari condizioni di rischio sono rappresentate dall'infezione da HIV e dall'immigrazione.

I soggetti HIV positivi presentano un rischio particolarmente elevato di sviluppare TBC attiva. Inoltre l'infezione da HIV favorisce la rapida progressione verso la malattia di una infezione tubercolare recente.

Il rischio di contagio è conseguentemente aumentato per tutti i contatti stretti oltre che per il personale di assistenza.

L'immigrazione da paesi ad alta endemia tubercolare rende particolarmente elevato il rischio di contrarre la malattia soprattutto nei primi due anni dall'ingresso in Italia. Tutti i soggetti che si trovino in tale condizione vanno sottoposti a sorveglianza periodica, sia clinica che strumentale.

Nell'ambito degli interventi per il controllo delle malattie infettive saranno promosse tutte le altre vaccinazioni di comprovata efficacia per i detenuti e gli internati, nonché per il personale operante nella struttura penitenziaria (antitetanica, antinfluenzale, antipneumococcica, antimeningococcica).

D) L'Educazione sanitaria

Sarà rivolta sia ai detenuti ed internati che al personale operante nella struttura penitenziaria.

Verranno sviluppati principalmente i seguenti argomenti:

- *epidemiologia e prevenzione delle principali malattie infettive correlate al regime detentivo;*
- *epidemiologia e prevenzione delle malattie cronico-degenerative correlate all'uso di sostanze, fumo, alcool, e all'alimentazione;*
- *norme igieniche e conoscenza dei rischi infettivi per gli addetti alla manipolazione degli alimenti.*

Gli incontri saranno condotti per piccoli gruppi, compatibilmente con le esigenze del regime detentivo e saranno rivolti essenzialmente ai soggetti a maggior rischio.

Sarà utile predisporre strumenti di informazione per i detenuti ed il personale sui comportamenti da adottare per evitare il contagio e la diffusione di patologie infettive.

Le attività saranno effettuate dai Servizi di Medicina della Comunità, Igiene degli Alimenti, Igiene e Sanità Pubblica in collaborazione con il personale sanitario operante nell'istituto carcerario, con il Sert e con il Centro Antifumo.

E) Le Attività di screening

Le attività di screening saranno rivolte alla prevenzione delle principali malattie infettive diffuse nell'ambiente penitenziario, i tumori, le malattie cerebro cardiovascolari, il diabete ecc. per i quali sono disponibili test diagnostici di sicura efficacia e di facile impiego ed interpretazione, al fine di raggiungere gli obiettivi di salute indicati nel Piano Sanitario Nazionale.

4.2 Le attività di cura

Le Aziende Sanitarie Locali, nel cui ambito territoriale è ubicato uno o più Istituti Penitenziari, elaborano in collaborazione con i Distretti e i Dipartimenti Sanitari Penitenziari (DSP – vedi parag. 5) una apposita Carta dei Servizi che contenga linee guida atte ad assicurare il soddisfacimento della domanda di cura dei detenuti e degli internati, organizzare percorsi terapeutici che garantiscano la tempestività degli interventi, la continuità assistenziale, l’appropriatezza e la qualità delle prestazioni e la verifica dei risultati.

Le principali aree di intervento sono:

- 1) *la medicina generale;*
- 2) *la medicina d’urgenza;*
- 3) *la medicina specialistica;*
- 4) *l’assistenza dei detenuti dipendenti da sostanze;*
- 5) *le patologie infettive con particolare riferimento all’infezione da HIV e sindromi correlate;*
- 6) *le attività di riabilitazione;*
- 7) *la tutela della salute della donna e la salvaguardia del diritto di maternità;*
- 8) *la tutela della salute dei detenuti disabili e portatori di handicap;*
- 9) *l’assistenza sanitaria alle persone immigrate detenute;*
- 10) *la tutela della salute mentale;*
- 11) *l’assistenza farmaceutica.*

4.2.1 La medicina generale

L’assistenza medico generica viene erogata attraverso un modello che ha alla base la continuità assistenziale sanitaria a favore del singolo detenuto e della intera comunità penitenziaria.

In particolare è necessario garantire:

a) ***il servizio di accoglienza sanitaria***, ove il soggetto nuovo giunto proveniente dalla libertà viene preso in carico da un gruppo di operatori costituito dal medico, infermiere, psichiatra, mediatore socio-sanitario, operatore del Sert, psicologo o esperto dell’osservazione della personalità (ex art. 80 L.P.), assistente sociale, con redazione di apposita cartella clinica. Sarà riservata particolare attenzione ai detenuti che si trovano a vivere la prima esperienza detentiva e che, quindi, costituiscono “soggetti ad alto rischio”. La finalità di tale servizio è quella di garantire una adeguata osservazione sotto il profilo medico-psichiatrico, di durata variabile dai 3 ai 7 giorni, mirata ad individuare l’idoneità del soggetto alla vita comunitaria rispetto alla presenza di patologie contagiose e trasmissibili, ma anche rispetto al proprio stato di salute psichica. Durante tale periodo vengono altresì effettuati gli accertamenti preventivi e di screening previsti al punto 4.1. ed inoltre vengono fornite informazioni di carattere sanitario al nuovo giunto, allo scopo di programmare un percorso riabilitativo che tenga conto in modo imprescindibile delle esigenze sanitarie dello stesso. Al termine del periodo di osservazione, il servizio fornirà alla Direzione dell’Istituto ogni elemento di carattere psico-sociale e sanitario ritenuto utile per la definizione del programma di trattamento e il detenuto viene avviato alla vita in comune. E’ opportuno che ogni istituto sia dotato di una sezione di “osservazione” nella quale allocare il nuovo giunto, per espletare al meglio ed in modo organico il servizio di accoglienza sanitaria;

b) **la continuità assistenziale** costituita dalla presa in carico del paziente da parte di tutti gli operatori sanitari dell'istituto penitenziario che, sulla base dei risultati dell'attività del servizio di accoglienza sanitaria, persegue l'obiettivo della tutela della salute del detenuto attraverso l'erogazione delle prestazioni sanitarie ordinarie e d'urgenza previste dal presente progetto;

c) **l'informatizzazione della cartella clinica** la cui gestione consentirà l'ottimizzazione di tutta l'attività sanitaria, costituendo il momento di raccordo tra i vari operatori sanitari presenti in istituto. Inoltre, in tal modo sarà possibile avere una visione unitaria delle condizioni del paziente durante tutto il periodo della carcerazione, determinare una continuità terapeutica in caso di trasferimento del detenuto, utilizzare i dati necessari ad alimentare i flussi informativi di tipo epidemiologico e statistico.

I dati raccolti saranno periodicamente comunicati dal personale dei DSP alla struttura di coordinamento e controllo appositamente istituita presso l'Assessorato alla Sanità – Direzione Sanità della Regione Abruzzo per un monitoraggio, analisi e studio della situazione sanitaria a livello regionale.

4.2.2 La medicina d'urgenza

La medicina d'urgenza costituisce un ambito di particolare rilievo anche per la popolazione detenuta ed internata che al pari dei cittadini in stato di libertà richiede risposte tempestive e qualificate. In tale ottica si ritiene utile prevedere un'adeguata formazione del personale sanitario operante negli istituti penitenziari per garantire sia una prima risposta assistenziale, sia la definizione di percorsi appropriati per il trasferimento del paziente all'ospedale di zona.

In particolare le ASL garantiscono:

- a) **la formazione del personale sanitario** al riconoscimento dell'arresto cardio-respiratorio e dell'arresto cardio-circolatorio primario e al conseguente utilizzo delle tecnologie consentite dalla legge (BLS e defibrillatori semiautomatici) con il coinvolgimento anche del personale non sanitario;
- b) **la formazione del personale medico ed infermieristico** a urgenze di tipo internistico, minitraumatologico e/o psichiatrico;
- c) **l'assistenza medica nell'arco delle 24 ore**, prevedendo un servizio di assistenza continuativa nell'ambito del Distretto Sanitario Penitenziario.

4.2.3 La medicina specialistica

In ogni istituto penitenziario devono essere garantiti gli interventi di tipo specialistico, attraverso i seguenti obiettivi:

- uniformare gli standard minimi garantendo le prestazioni delle branche specialistiche presenti sul territorio;
- garantire interventi immediati in sintonia con le esigenze di salute;
- integrare le singole e specifiche competenze nell'ambito di una visione olistica del paziente detenuto.

Qualora le strutture all'interno dell'istituto penitenziario siano idonee, ci si avvarrà delle stesse per le prestazioni specialistiche da erogare. In caso contrario e nelle realtà dove non è possibile avere a disposizione locali adeguatamente attrezzati, ci si avvarrà delle strutture sanitarie dell'ASL territorialmente competente. E' necessario stabilire dei percorsi di raccordo tra l'istituto penitenziario e i punti di prenotazioni dell'ASL (CUP) che garantiscano delle corsie preferenziali mirate ad ottenere disponibilità e programmazione adeguata alle esigenze di sicurezza.

4.2.4 L'assistenza ai detenuti tossicodipendenti

4.2.4.1 Premessa

L'assistenza sanitaria ai detenuti tossicodipendenti deve essere prestata nel rispetto dei principi della normativa vigente di cui alle Leggi: L. 26.7.75 n.354 (legge sull'Ordinamento Penitenziario), D.P.R. 16.6.2000 n.230 (Regolamento di esecuzione all'Ordinamento Penitenziario), D.P.R. 9.10.90 n.309 (Testo Unico in materia di disciplina degli stupefacenti), D.Lgs 22.6.99 n.230 (norme sulla tutela della salute dei cittadini in esecuzione penale), il D.M. del 21.4.2000 (approvazione del Progetto Obiettivo Nazionale per la tutela della salute in ambito penitenziario) di cui si riportano di seguito le principali norme:

- al 1° comma dell'art. 96 del D.P.R. 309/90 si dichiara che i detenuti con problemi di tossicodipendenza hanno il diritto di ricevere le cure mediche e l'assistenza necessaria all'interno degli Istituti penitenziari;
- al 3° comma dell'art. 96 sopra citato si pone a carico delle AA.SS.LL., d'intesa con gli Istituti di Prevenzione e Pena e in collaborazione con i servizi sanitari operanti all'interno degli Istituti, la cura e la riabilitazione dei detenuti tossicodipendenti o alcolisti;
- a partire dal 1991 l'amministrazione penitenziaria aveva istituito e organizzato un servizio, tuttora attivo, di supporto e talvolta sostitutivo del SerT, denominato "Presidio per Detenuti Tossicodipendenti, Alcolodipendenti e affetti da HIV" cui sono stati addetti medici, infermieri e psicologi;
- il D.Lgs 230/99, all'art. 8, prevedeva il trasferimento al SSN delle funzioni sanitarie svolte dall'amministrazione penitenziaria con riferimento ai soli settori della prevenzione e dell'assistenza ai detenuti ed internati tossicodipendenti e, contestualmente, il trasferimento del relativo personale, delle attrezzature, degli arredi e beni strumentali nonché delle risorse finanziarie nel rispetto dei principi contenuti nell'art. 7 del D.Lgs 112/98; il personale operante negli Istituti nei settori della prevenzione e della tossicodipendenza con rapporto di impiego o a convenzione è, quindi, posto dal 1 gennaio 2000 alle dipendenze funzionali del SSN;
- con D.M. del 21.4.2000 è stato elaborato il Progetto Obiettivo Nazionale che prevede lo sviluppo di programmi atti e idonei a garantire la salute del tossicodipendente detenuto e prioritariamente tesi a garantire la immediata presa in carico dei detenuti da parte del SerT, l'implementazione di specifiche attività di prevenzione e informazione, l'effettuazione delle indagini chimico-cliniche e sierologiche ritenute importanti a fini diagnostici e/o di screening, l'effettuazione di interventi specialistici per l'approfondimento diagnostico, la predisposizione di programmi terapeutici personalizzati, di trattamenti farmacologici sostitutivi e/o con antagonisti.

Alla luce delle suddette previsioni normative e al fine di garantire un livello assistenziale minimo ed efficace ai tossicodipendenti, si rende indispensabile dettare alcune linee guida essenziali da adottare nell'ambito dei circuiti penitenziari in cui si trovano ristretti tale tipologia di detenuti.

Nella trattazione si distinguerà tra istituti o sezioni di 1° livello, ove automaticamente allocare i detenuti tossicodipendenti che fanno ingresso in Istituto (sia nuovi giunti che provenienti da altri Istituti per motivi di giustizia, familiari, di studio, di sicurezza o altro) e istituti o sezioni di secondo livello denominati di custodia attenuata, ove l'allocazione o l'assegnazione del detenuto è subordinata a un preventivo esame da parte di un'apposita Commissione ed al previo consenso formale dell'interessato di adesione al programma di trattamento. L'assegnazione nella C.A. è, infatti, mirata ad uno specifico percorso socio-riabilitativo-trattamentale da attuare nei confronti di quei detenuti che hanno già mostrato un particolare ravvedimento e partecipazione all'opera rieducativi avviata nell'Istituto e di cui si prevede e si vuole agevolare il reinserimento nella società.

Nell'Allegato B) è riportato uno schema tipo di convenzione tra Il Provveditorato regionale dell'Amministrazione Penitenziaria e L'ASL territorialmente competente disciplinante l'organizzazione e le modalità operative della custodia attenuata, mentre nell'Allegato C) è presentato uno schema di contratto di adesione all'ingresso in c.a. da parte del detenuto tossicodipendente

4.2.4.2 Caratteri strutturali e organizzativi degli Istituti o sezioni di 1° livello

Locali ed attrezzature

L'Istituto metterà a disposizione del SerT idonei locali per un agevole ed efficace intervento degli operatori ai fini dello svolgimento dei programmi diagnostici, terapeutici e riabilitativi e ogni altra forma di attività concordata con la Direzione dell'Istituto. I locali saranno individuati in modo tale da favorire la funzionalità dei servizi e il rispetto delle esigenze di sicurezza.

Compatibilmente con le disponibilità strutturali dell'Istituto, il SerT disporrà di:

- locale adibito ad ambulatorio e locale ad uso ufficio dotato di armadio di sicurezza (per il depositi delle scorte di metadone, farmaci sostitutivi e antagonistici forniti dal SerT), classificatori per archivio, arredo minimo d'ufficio e telefono/fax passante dal centralino, nonché uso di personal computer e, ove disponibile, delle fotocopiatrici, con spesa a carico dell'amministrazione penitenziaria, nel limite della buona gestione della cosa pubblica e del generale criterio della massima economia;
- locali per incontri di gruppo e con familiari.

Il personale

Il personale è composto da quello appartenente al Presidio Tossicodipendenti e Alcooldipendenti (medico del presidio, infermiere e psicologo), già passato alle dipendenze funzionali del Ser.T., dagli operatori del SerT (medico, infermiere, assistente sociale e psicologo) e dalle altre figure professionali specialistiche dell'ASL (es. psichiatra, infettivologo).

I giorni, le modalità e gli orari di presenza sono concordati con la Direzione dell'Istituto, secondo la normativa vigente.

Modalità operative: presa in carico

Il sanitario che effettua la visita medica di primo ingresso, svolta dal servizio di accoglienza sanitaria dell'istituto, ove rilevi che il detenuto è soggetto tossicodipendente o alcooldipendente, segnalerà immediatamente il caso al SerT al fine di favorire una tempestiva presa in carico del soggetto, assicurando così l'esame di problematiche urgenti (anche di tipo diagnostico Per es. ricerca dei cataboliti delle droghe nei liquidi biologici) e la necessaria continuità assistenziale. L'accertamento si basa sulla presenza di almeno uno degli elementi di cui all'art.1 del D.M. della Salute 12.7.90 n.186.

La segnalazione riguarda sia i soggetti provenienti dalla libertà (i cosiddetti "nuovi giunti"), sia quelli provenienti da altro istituto per trasferimento provvisorio, definitivo o in transito per motivi giudiziari e necessitanti di un intervento da parte del SerT.

La segnalazione al SerT dovrà essere fatta per iscritto e dovrà contenere anche l'indicazione dell'eventuale necessità di continuare una terapia farmacologica e/o sostitutiva e/o la richiesta di prestazioni specialistiche, diagnostiche e di laboratorio.

La segnalazione dovrà essere, inoltre, fatta all'Area Trattamentale dell'istituto e al CSSA territorialmente competente per quei detenuti tossicodipendenti o alcooldipendenti che necessitano d'interventi del servizio sociale.

La direzione comunicherà al SerT eventuali scarcerazioni, remissioni in libertà o proposte di misure alternative che interverranno a qualsiasi titolo a favore del detenuto.

Con la presa in carico del soggetto tossicodipendente o alcooldipendente, il SerT attiverà le seguenti procedure:

- primo contatto e valutazione della domanda;
- apertura della sezione informatica specifica della cartella clinica;
- formulazione ed avvio di un programma terapeutico, farmacologico e riabilitativo intramurario individualizzato;
- la prevenzione e il trattamento delle recidive e delle patologie correlate;
- eventuale proposte di ammissione a misure alternative.

I servizi del SerT

Ai soggetti in carico al SerT sono assicurati i seguenti servizi:

- visite mediche legate allo stato di tossicodipendenza e/o alcooldipendenza e alle patologie correlate;
- formulazione della diagnosi di tossicodipendenza (visita, indagini chimico-cliniche e serologiche ritenute importanti ai fini diagnostici e di screening, interventi specialistici necessari per l'approfondimento diagnostico);
- terapia farmacologica della sindrome di astinenza;
- trattamenti farmacologici con antagonisti, quando indicati, in particolare nella fase di avviamento e preparazione all'assistenza post-definitiva;
- terapia delle patologie correlate allo stato di tossicodipendenza e/o alcooldipendenza;
- colloqui con lo psicologo e l'assistente sociale;
- incontri di gruppo;
- predisposizione di programmi terapeutici interni ed esterni individualizzati sulla base di una diagnosi multidisciplinare dei bisogni del detenuto;
- prevenzione, diagnosi e trattamento delle recidive;
- relazioni sullo stato clinico;
- aiuto per un reinserimento sociale.

Continuità terapeutica farmacologica e/o sostitutiva

Nell'ambito della primaria valutazione dei bisogni e delle richieste del detenuto, deve essere garantita ogni forma di continuità terapeutica farmacologica e/o sostitutiva.

A tal fine, il SerT provvede a somministrare al detenuto tossicodipendente direttamente, o in caso di assoluta urgenza, tramite il personale sanitario presente in istituto, i farmaci sostitutivi o antagonisti secondo un protocollo antiastinenziale elaborato dal SerT.

S'intende per urgenza ogni necessità sopravvenuta o al di fuori del normale orario di servizio ambulatoriale del SerT o altra necessità che per caratteri, tempi, e/o modalità d'espressione, debba essere considerata come tale e/o comunque diversa dalla normale attività ambulatoriale del SerT.

Attività diagnostiche

Le eventuali indagini cliniche e diagnostiche per l'accertamento dello stato di tossicodipendenza sono a cura del SerT, che vi provvede con le proprie strutture e con immediatezza.

Il DSP assicura l'assistenza sanitaria di base, le prestazioni sanitarie d'urgenza e le prestazioni specialistiche necessarie.

Approvvigionamento farmaceutico

Per il fabbisogno di farmaci (farmaci sostitutivi e/o antagonisti), lo scarico e il carico, la registrazione, la prescrizione e la somministrazione provvederà il SerT, fatti salvi i casi di urgenza precedentemente menzionati.

I farmaci sostitutivi e/o antagonisti saranno prelevati dal personale Sert operante all'interno dell'istituto penitenziario, accompagnato, per motivi di sicurezza, dal personale di polizia penitenziaria con la macchina di servizio.

I suddetti farmaci saranno conservati, unitamente al registro di carico e scarico fornito dal Sert, nell'armadio di sicurezza presente nell'ambulatorio dell'istituto penitenziario ove opera il personale sanitario del Sert.

Multidisciplinarietà degli interventi

Sarà compito del SerT curare il coordinamento con i SerT di provenienza del detenuto tossicodipendente o alcooldipendente, comunicando l'avvenuto ingresso in Istituto, la presa in carico, assumendo e fornendo ogni utile informazione per la elaborazione dei programmi terapeutici e le cure farmacologiche.

Sarà il SerT operante in Istituto a richiedere alla direzione l'autorizzazione a far accedere gli operatori dei SerT di provenienza, ove necessario, nonché assicurare, nell'ambito delle convenzioni di cui all'art.117 del D.P.R. 309/90, il collegamento e l'accesso delle Comunità Terapeutiche e delle strutture di recupero sociali di cui agli artt. 114, 115, e 116 del D.P.R. su citato.

Il SerT fornirà ogni utile informazione relativa alle condizioni cliniche del soggetto al DSP, nonché quelle relative al percorso terapeutico socio-riabilitativo agli operatori dell'area trattamentale da poter utilizzare per la realizzazione dei programmi individualizzati di trattamento e le relazioni di sintesi.

Una copia del programma terapeutico-farmacologico e socio riabilitativo, nonché le prestazioni sanitarie sono registrate una scheda sanitaria che è inserita nel diario clinico del detenuto che lo segue in caso di trasferimento dello stesso.

Gli operatori del SerT possono partecipare all'equipe trattamentali e/o multiprofessionali in veste di consulenti esterni ai sensi dell'Ordinamento Penitenziario.

Il Responsabile del SerT e la direzione dell'Istituto concordano periodici incontri, tra gli operatori penitenziari, quelli del SerT e degli altri enti e/o associazioni per integrare e formulare proposte operative per il miglioramento del servizio, per formulare una diagnosi multidisciplinare, il programma terapeutico individualizzato e prevedere ipotesi di scarcerazione o di ammissione alle misure alternative.

Gli operatori del SerT potranno visionare, per esigenze connesse all'attività professionale svolta, la documentazione sanitaria e il diario clinico del soggetto.

L'eventuale necessità di visionare gli atti relativi alla cartella biografica è subordinata alla preventiva autorizzazione della direzione. I dati e le informazioni sono strettamente vincolati al segreto professionale e d'ufficio.

In ogni momento dovrà essere garantito il massimo diritto di rispetto della privacy sulle condizioni di salute e l'accesso al materiale sanitario è di esclusiva competenza del personale medico e paramedico che ne cura la tenuta e la conservazione. Ogni qualvolta vi sia un'esigenza diversa, il detenuto deve dare il proprio consenso scritto alla visione della cartelle/diario clinico.

I programmi terapeutici

Il SerT, congiuntamente agli operatori trattamentali penitenziari, elabora un programma terapeutico interno e uno esterno.

Il programma interno, fondato su incontri terapeutici con gli esperti psico-socio-riabilitativi, deve prevedere l'inserimento e la partecipazione del soggetto a tutte le attività lavorative, sportive, culturali, ricreative, scolastiche e professionali organizzate in Istituto.

Particolare attenzione sarà rivolta ai rapporti con la famiglia. L'equipe multidisciplinare potrà proporre l'avvio del soggetto presso gli Istituti penitenziari di custodia attenuata qualora tale inserimento sia funzionale al percorso trattamentale del soggetto stesso.

Il programma terapeutico esterno è finalizzato alla prosecuzione del trattamento già avviato nell'Istituto ed è elaborato quando il soggetto sia uscito dal carcere o sia stato ammesso alle misure alternative esterne.

Saranno potenziati i contatti con la famiglia, il SerT di residenza, il CSSA e i servizi sociali interessati al fine di prevenire ricadute del soggetto e favorire la continuità terapeutica fuori dall'Istituto.

Una particolare ed innovativa modalità di realizzazione dei programmi terapeutici potrà attuarsi con la realizzazione di Istituti o Sezioni a "Custodia Attenuata". Nell'Allegato "A" si propone una possibile ipotesi progettuale.

Formazione e informazione

Il SerT e la Direzione dell'Istituto Penitenziario fissano uno o più incontri con i detenuti per la informazione sui problemi della salute in attuazione del D.M 21.4.2000.

Oggetto degli incontri saranno le problematiche relative alla tossicodipendenza e patologie correlate, alcooldipendenza, salute mentale e disagio sociale, prevenzione della salute in ambito penitenziario ed esterno.

4.2.4.3 Istituti o sezioni di custodia attenuata

Premessa

Gli interventi degli operatori dei Ser.T. negli Istituti Penitenziari prevedono un'attività tesa a definire programmi trattamentali e riabilitativi, tra cui l'inserimento nelle Comunità Terapeutiche.

Pur non disconoscendo l'utilità di questa tipologia di intervento, è necessario ed utile pensare ad un approccio complementare da non considerarsi alternativo all'invio in C.T., ma propedeutico ad esso e direttamente riabilitativo: l'istituzione di un circuito penitenziario a custodia attenuata.

Il crescente numero di detenuti tossicodipendenti presenti negli Istituti pone all'Amministrazione Penitenziaria problemi non indifferenti di gestione, sia per la loro particolare strutturazione di personalità, sia per la necessità di attuare un'attività trattamentale diversa, specifica e più individualizzata, atta a mettere a disposizione del tossicodipendente elementi e stimoli per un processo terapeutico-riabilitativo, nonché tesi ad evitare tentativi autolesionistici, messi in atto il più delle volte per richiamare l'attenzione sul proprio caso.

Il carcere, in quanto struttura deputata a preservare la società esterna, pur nella sua forma totalitaria e coercitiva, può comunque fornire al tossicodipendente l'opportunità per poter riflettere sulla propria condizione.

E', dunque, compito dell'operatore accogliere la domanda d'aiuto del tossicodipendente, guidarlo, condurlo e stimolarne la volontà a farsi aiutare, anche se ciò potrà passare attraverso eventuali rifiuti.

E' perciò necessario prevedere due fasi di intervento:

- 1) la prima, diretta a tutti i detenuti tossicodipendenti, che assicuri il diritto alla salute e all'informazione necessaria e che si può definire di contatto e di dialogo. In questo primo momento si favorisce un adeguato livello di conoscenza sia da parte degli operatori che dell'interessato;
- 2) la seconda, rivolta all'individuazione di possibili programmi di trattamento.

Sulla scorta di tali considerazioni e dalla necessità imprescindibile di operare congiuntamente ed in sintonia tra tutti coloro che entrano in relazione con il tossicodipendente, l'Amministrazione Penitenziaria e le AASSLL territorialmente competenti, in conformità a quanto disposto dalla normativa vigente, propongono di realizzare in Abruzzo una struttura a custodia attenuata, utilizzando una apposita sezione o istituto, che offra l'occasione di attuare un adeguato e mirato percorso terapeutico-riabilitativo.

La sezione o la struttura penitenziaria a C.A. si prefigge due finalità sostanziali:

- a) *non peggiorare il soggetto*, offrendo un luogo detentivo dove il giovane non subisca influenze negative e dove si vada verso il superamento di stili di vita e di comportamenti tipici degli ambienti devianti;
- b) *avviare un progetto di recupero delle potenzialità di ciascun utente*, fornendo strumenti di riflessione capaci di stimolare il cambiamento, nonché riattivare un rapporto costante e costruttivo tra il soggetto ed il suo sociale esterno (famiglia, lavoro, C.T., Ser.T., ecc.).

4.2.4.5 - Schema degli elementi qualificanti il circuito della C.A.

A) Caratteristiche strutturali

- Autonomia gestionale
- Capienza contenuta
- Spazi adeguati

B) Caratteristica dell'utenza

- Problematiche di dipendenza da sostanze
- Volontarietà
- Età
- Appartenenza al territorio
- Stato psicofisico
- Bassa pericolosità sociale
- Posizione giuridica

C) Caratteristiche dell'organizzazione intramuraria

- Selezione utenti
- Sottoscrizione del contratto
- Tempi e spazi da autoregolamentare
- Orari di vita quotidiana
- Controlli
- Assenza di bevande alcoliche
- Uso solo terapeutico di psicofarmaci

D) Programmazione delle iniziative da realizzarsi con la Comunità esterna

- Pianificazione istituzionale
- Partecipazione del sociale esterno

E) Caratteristiche delle attività trattamentali

- Lavoro
- Attività scolastiche e culturali
- Attività formative
- Attività sportive e ricreative
- Attività terapeutiche psico-riabilitative

F) Caratteristiche del personale

- Numero
- Figure professionali presenti
- Integrazione
- Volontarietà
- Formazione

CARATTERISTICHE STRUTTURALI

Da un punto di vista strutturale, la sezione o l'istituto in questione deve essere conformata alle esigenze di una custodia attenuata, nonché alle esigenze delle attività trattamentali e terapeutiche socio-riabilitative che si intendono privilegiare in essa d'intesa tra l'Amministrazione Penitenziaria e l'ASL competente, con la partecipazione degli Enti Locali, degli Enti Ausiliari e della comunità locale. Ampi spazi dovranno, pertanto, essere riservati per le attività trattamentali, formative, occupazionali, espressive e ludiche, per le attività terapeutiche e socio-riabilitative, individuali e collettive, fra loro interagenti, coordinate ed integrate. Gli spazi personali del detenuto e relativi all'organizzazione della vita quotidiana (camere detentive, spazi per socialità, sale colloqui, cucina, refettorio, etc.) dovranno avere, per quanto possibile, aspetti di normalità, di vita sociale ordinaria e, soprattutto, prevedere l'eliminazione di qualsiasi riferimento alla "diversità". Anche le sale colloqui saranno approntate con criteri adeguati alle finalità prefissate, dunque, arredate senza vetri divisorii, così da agevolare la creazione di un clima diverso negli incontri con i familiari e da poter essere utilizzate anche per esigenze terapeutico-riabilitative e/o trattamentali..

È essenziale poter disporre di stanze per i colloqui individuali e di gruppo con gli operatori interni ed esterni, nonché ambienti da destinare ad attività quali: aule scolastiche, biblioteca, campo sportivo, sale polivalenti, etc.. Sarebbe, inoltre, opportuno poter avere a disposizione una sala teatro, una palestra e spazi verdi annessi alle strutture in oggetto. I sistemi di sicurezza sono garantiti con modalità tali da non interferire con la prevalente funzione terapeutico-riabilitativa e di recupero sociale della struttura, nella quale la stessa relazione personale penitenziario-detenuti assume una connotazione qualitativamente diversa, essendo il personale di polizia penitenziaria parte attiva, insieme agli altri operatori, del processo di responsabilizzazione del soggetto. L'approccio al detenuto, in tale struttura, presuppone un modello operativo d'intervento ad ampio raggio, che così concretizza la necessaria collaborazione tra la struttura penitenziaria e la rete dei servizi socio-sanitari e riabilitativi, deputati per legge alla cura, riabilitazione ed al reinserimento sociale dei tossicodipendenti.

CARATTERISTICHE DEL PERSONALE

Nella struttura a C.A. opera una équipe integrata composta da:

- Direttore dell'Istituto, che la presiede e che è responsabile del programma di trattamento individualizzato ex art. 13 L. 354/75 e della gestione complessiva della struttura;
- Coordinatore del Ser.T. della ASL territorialmente competente, responsabile del programma terapeutico e socio-riabilitativo individualizzato il quale procede all'elaborazione del programma stesso, avvalendosi allo scopo degli operatori del Ser.T. addetti e delegati;
- Operatori penitenziari addetti e delegati;
- Operatori del Ser.T. addetti e delegati;
- Operatori degli Enti Locali addetti e delegati;
- Operatori degli Enti Ausiliari, del Volontariato, dei soggetti sociali coinvolti.

Gli esiti di tali interventi, nonché ogni altro elemento utile nel corso della sua attuazione, sono trasmessi dal Coordinatore del Ser.T. al Direttore dell'Istituto che provvede ad integrare con tali elementi il programma di trattamento individualizzato e/o la relazione di sintesi.

Appartiene all'equipe dell'Istituto, integrata dagli operatori del territorio, provvedere alla definizione e gestione del progetto complessivo ed a garantire l'esercizio delle funzioni di cui a seguito:

- la presa in carico del soggetto;
- l'elaborazione e gestione del programma di trattamento ex art. 13 L. 354/75;
- l'attivazione ed il coinvolgimento delle famiglie, là ove è possibile ed opportuno, nel programma trattamentale individualizzato;
- l'attivazione di tutte le risorse disponibili negli Enti pubblici e sul territorio ed al coinvolgimento delle strutture, pubbliche e private, utili e disponibili al perseguimento degli obiettivi che presiedono l'intervento nella struttura;
- il necessario collegamento con la Magistratura di Sorveglianza e con le altre Autorità Giudiziarie.

SELEZIONE DEGLI UTENTI E PERCORSO TERAPEUTICO

La specifica finalità terapeutica a custodia attenuata esige che siano prese in considerazione due criteri di base:

- accurata selezione dei soggetti tossicodipendenti che siano particolarmente motivati al recupero;
- Volontarietà del detenuto tossicodipendente ad accedere a tale opportunità ed a conformarsi alle regole di vita propria del progetto.

Una fase preliminare alla selezione è quella di fornire ai detenuti tossicodipendenti informazioni sulla possibilità di usufruire di questo tipo di esperienza detentiva e degli impegni che essa comporta.

La selezione dei detenuti che dovranno accedere alle strutture a custodia attenuata avverrà ad opera delle equipe di osservazione e trattamento degli Istituti invianti, in collaborazione con il SERT competente e ad opera della "equipe integrata" (cioè operatori penitenziari, più operatori del SERT, operatori del Presidio per Tossicodipendenti e dal Magistrato di Sorveglianza) operante nella struttura stessa. Questo duplice passaggio dovrebbe garantire una selezione il più possibile mirata, tendente a ridurre i rischi di strumentalizzazione spesso attuati da questa tipologia di detenuti.

La selezione è rivolta ad individuare una tipologia di utenza, le cui caratteristiche principali sono le seguenti:

- Età dei detenuti, compresa preferibilmente tra i 18 e 30 anni;
- Posizione giuridica: detenuti preferibilmente definitivi o già condannati in primo grado con specifica attenzione ai soggetti alla prima esperienza detentiva;
- Avvenuta disintossicazione;
- Basso indice di pericolosità sociale desumibile da elementi derivanti dalla conoscenza delle caratteristiche del soggetto e, all'occorrenza, da elementi oggettivi quali: il fine pena, il titolo di reato commesso, nonché dalla pena da scontare anche quale residuo, i precedenti, la presenza di segnalazioni significative a livello disciplinare, etc.;
- Territorialità: detenuti tendenzialmente provenienti dal distretto regionale ove è situata la struttura stessa.

Ai soggetti selezionati verrà sottoposto, nell'ambito del colloquio d'ingresso, il progetto della struttura, le norme di comportamento che essi devono impegnarsi a rispettare e il contratto relativo al programma psico-socio-riabilitativo predisposto in base ad un modello-tipo approvato dall'Amministrazione Penitenziaria Centrale. Il soggetto dovrà prendere atto ed impegnarsi, secondo quanto il contratto stabilisce con formale sottoscrizione, ad aderire a quanto indicato e a quanto il progetto propone, specie in merito agli obiettivi terapeutico-trattamentali.

FORMAZIONE DEL PERSONALE

L'attuazione del trattamento penitenziario individualizzato centrato sugli specifici bisogni e problemi del detenuto tossicodipendente, nonché del programma terapeutico e socio-riabilitativo individualizzato, necessitano di personale adeguatamente preparato e motivato, così come previsto dall'art.135, comma 3, DPR 309/90.

Pertanto, per il personale che opera nelle strutture a custodia attenuata, è previsto corsi di formazione professionale gestiti in collaborazione tra la scuola di formazione del personale del D.A.P., della ASL e degli Enti Locali, aperti agli operatori degli Enti Ausiliari coinvolti nel progetto.

Per quanto attiene al personale penitenziario, lo stesso è selezionato preferibilmente tra i giovani agenti più motivati e sensibili ad un lavoro di tipo trattamentale, provenienti dalla Scuola di Formazione del D.A.P. .

I suddetti Corsi prevedono, mediante appositi stage, la formazione congiunta del personale penitenziario e degli operatori e del territorio che lavorano in Istituto, così da creare, già in fase formativa, una base culturale ed operativa comune.

VERIFICA DELL'ESPERIENZA NELLA STRUTTURA A CUSTODIA ATTENUATA

Particolare attenzione è posta dai soggetti partecipi del progetto alla verifica dello stato di attuazione degli interventi in atto, procedendo periodicamente, avvalendosi allo scopo del Comitato di cui all'art.2 della Convenzione.

Per concludere, appare importante ricordare che per ciò che concerne l'organizzazione dell'attività interne, sia lavorative che psicoterapiche, dei colloqui con gli operatori, della strutturazione dei gruppi terapeutici, delle riunioni organizzative, degli incontri con i familiari, degli incontri con i SERT di appartenenza, delle uscite libere, delle visite in Comunità Terapeutica, delle misure alternative, etc. saranno formulate in una successiva stesura, al momento dell'attivazione dell'istituto della custodia attenuata.

4.2.5 *Le patologie infettive con particolare riferimento all'infezione da HIV e la cura delle patologie correlate*

Le malattie infettive costituiscono un problema rilevante in tutte le comunità chiuse ed in particolare assumono una rilevanza notevole nelle condizioni che si determinano all'interno delle comunità penitenziarie, dove si verificano situazioni abitative, alimentari e comportamentali che facilitano la diffusione e l'acquisizione delle stesse.

Inoltre, l'eterogeneità della provenienza della popolazione detenuta costituisce un rischio rilevante per l'importazione e la successiva diffusione di patologie non presenti o non più attuali e comuni nel nostro Paese.

Va inoltre considerata la difficoltà di inquadramento e di attribuzione etiologica di segni e sintomi che entrano nella diagnosi differenziale delle malattie infettive, ma che potrebbero essere determinati da altri fattori, tra cui vanno ricordati l'abuso di sostanze e la simulazione.

L'analisi delle patologie infettive più frequentemente segnalate all'interno della struttura penitenziaria indicano che:

- a) *la presenza massima di infezioni è determinata dalle epatiti virali non A e dall'infezione da HIV in diversi stadi di evoluzione;*
- b) *le malattie più frequenti in carcere sono la scabbia, la dermatofitosi, la pediculosi, l'epatite A e la tubercolosi;*
- c) *le sintomatologie associate ad etiologie infettive sono febbre e diarrea.*

L'analisi del tempo di incubazione e delle modalità di trasmissione delle patologie sopra riportate fornisce informazioni ai fini della definizione degli interventi necessari.

Le patologie del *gruppo a)* sono prevalentemente acquisite al di fuori del carcere, anche se casi di trasmissione potrebbero verificarsi durante la detenzione attraverso, scambio di siringhe e rapporti sessuali, procedure di tatuaggio taglienti, ecc.

Le patologie del *gruppo b)* sono prevalentemente acquisite in carcere per trasmissione persona-persona a seguito dell'ingresso nel sistema di un soggetto infetto/infestato (con o senza segni e sintomi di infezione al momento dell'ingresso).

Le malattie infettive *del gruppo c)* possono essere prevalentemente correlate nel primo caso alla circolazione all'interno della comunità penitenziaria di influenza ed altre infezioni respiratorie acute a carattere epidemico, e nel secondo a problemi legati all'igiene dell'alimentazione, inclusa la conservazione di cibi all'interno delle celle.

Al fine di prevenire fenomeni a carattere endemico all'interno di un istituto penitenziario, è necessario ottimizzare le procedure già esposte nel paragrafo relativo alla prevenzione.

Per quanto riguarda la infezione da HIV e le patologie ad essa correlata, è utile individuare una strategia operativa che sia finalizzata al controllo della malattia in tutte le sue fasi evolutive.

In particolare, sarà necessario una interazione tra il DSP e l'unità operativa di Malattie Infettive territorialmente competente, per assicurare al paziente detenuto tutte le prestazioni diagnostico-terapeutiche indicate dai protocolli attualmente operativi.

Gli istituti penitenziari, nel cui territorio non è presente l'unità operativa di Malattie Infettive, interagiranno con il nosocomio civile idoneo territorialmente più vicino o comunque incidente nell'ASL di riferimento.

4.2.6 Le attività di riabilitazione

Le condizioni di prevalente immobilità proprie della detenzione, nonché gli stati di invalidità e cronicità determinati da eventi morbosi interni o esterni alla condizione detentiva, richiedono la predisposizione di programmi mirati che prevedono un approccio multidisciplinare al paziente e l'integrazione di interventi di diverse professionalità (sanitarie, educative e sociali) avendo sempre e comunque a riferimento l'unitarietà della persona e il principio della continuità e della integrazione dei trattamenti sanitari.

Le varie prestazioni di riabilitazione vengono erogate all'interno di spazi adeguatamente attrezzati; negli istituti penitenziari dove è presente, allo stato, un servizio già attivo di fisiocinesiterapia, vengono individuate le risorse professionali e strumentali già esistenti, prevedendo eventuali integrazioni necessarie all'erogazione delle prestazioni standard minimali.

Negli istituti dove non è attivo il servizio di fisiocinesiterapia e soprattutto dove è problematico realizzare idonee strutture per l'attivazione del servizio stesso, si prevede un centro di raccordo con l'ASI territorialmente competente, per concordare modalità operative di erogazione, che verranno effettuate presso gli ambulatori territoriali.

Ciò avverrà attraverso corsie preferenziali di prenotazione, mirate a garantire le norme di sicurezza previste dall'ordinamento penitenziario in materia di traduzione all'esterno dell'istituto.

4.2.7 La tutela della salute della donna e la salvaguardia del diritto di maternità

Negli istituti penitenziari dove è presente la sezione femminile (Casa Circondariale di Teramo e Pescara), è necessario prevedere l'erogazione di prestazioni sanitarie rivolte alla tutela della salute della donna.

Nello specifico è necessario il coinvolgimento di tutti quei servizi sanitari e sociali che vengono garantiti nello stato di libertà, attraverso i consultori familiari.

Inoltre è di fondamentale importanza potenziare gli asili nido esistenti nelle strutture penitenziarie della Regione (Casa Circondariale di Teramo), per garantire alle donne in stato di detenzione il diritto alla maternità.

4.2.8 La tutela della salute dei detenuti disabili e portatori di handicap

I detenuti disabili e/o portatori di handicap, devono essere tutelati all'interno delle strutture penitenziarie soprattutto fornendo loro i presidi di cui necessitano, nonché tutte le prestazioni riabilitative necessarie.

E' opportuno evitare che siano allocati in istituti dove la presenza di barriere architettoniche, rappresenti un limite alla loro integrazione nella vita di relazione.

A tal proposito è bene sottolineare che l'Amministrazione Penitenziaria ha fornito indirizzi per costituire moduli per disabili, mirati ad accogliere detenuti a cui è possibile fornire le prestazioni standard minimali, garantendo comunque fruizione degli spazi e delle attività in comune con gli altri detenuti.

4.2.9 L'assistenza sanitaria alle persone immigrate detenute

La popolazione immigrata detenuta ha subito, nell'ultimo decennio, un incremento sostanziale legato anche alla presenza di frange di criminalità proveniente dagli ambienti degli immigrati.

Molti di questi soggetti vengono a contatto per la prima volta nella loro vita con un sistema sanitario organizzato, solo all'ingresso in un istituto penitenziario.

E' quindi necessario che le conoscenze circa le condizioni di salute della popolazione immigrata detenuta vengano al più presto approfondite, tramite indagini conoscitive adeguate.

Per fare ciò è quindi necessario:

- 1) conoscere i reali bisogni di carattere sanitario della popolazione immigrata detenuta;
- 2) rendere fruibili le risorse sanitarie esistenti;
- 3) adottare i programmi di prevenzione esistenti per le malattie trasmissibili in carcere tenendo conto della specificità della persone immigrate detenute.

Come previsto dall'art. 1 comma 5 del D.Lgs.vo n 230/99, gli stranieri, compresi gli extracomunitari in regola e non con il permesso di soggiorno in Italia, limitatamente al periodo in cui sono detenuti o internati negli istituti penitenziari, sono iscritti al SSN, per cui hanno parità di trattamento e piena uguaglianza di diritti al pari dei cittadini liberi e ad essi vanno garantite tutte le prestazioni sanitarie erogate dall'ASL alla popolazione detenuta. Per superare le difficoltà conseguenti alla mancata conoscenza della lingua, si dovrà ricorrere ai mediatori culturali presenti negli istituti penitenziari.

4.2.10 La tutela della salute mentale

E' ormai riconosciuta a livello internazionale l'esistenza di un disagio psichico maggiore e diffuso negli istituti penitenziari.

Allo stato non esistono stime epidemiologiche attendibili, ma l'esperienza dei medici psichiatri che operano negli istituti da tempo evidenzia il problema, sollecitando più mirati interventi di prevenzione, cura e riabilitazione dei disturbi mentali.

Le patologie psichiatriche prevalenti negli istituti penitenziari sono i disturbi psicotici, depressivi e nevrotici, nonché gli atteggiamenti autodistruttivi e i disturbi della personalità, con conseguente alto numero di eventi autolesionistici a scopo prevalentemente dimostrativo.

A scopo esemplificativo si riportano, nella seguente tabella, i dati relativi agli eventi critici verificatisi nel corso dell'anno 2001 nell'ambito della regione Abruzzo.

Tab. n. 5 – Eventi critici verificatisi nell’anno 2001

<i>ISTITUTO PENITENZIARIO</i>	Autolesionismo	Tentato suicidio	Suicidi	Deceduti	Ferimenti	Incendi	Sciopero della fame	Astensione dal lavoro	Rifiuta della terapia o del vitto	Totale eventi critici
AVEZZANO	19	0	0	0	9	1	3	0	0	32
CHIETI	9	0	0	0	13	0	9	0	1	32
LANCIANO	0	0	0	0	0	0	1	2	0	3
L’AQUILA	49	6	0	1	10	0	20	2	41	129
PESCARA	6	2	0	0	47	0	18	0	0	73
SULMONA	16	3	0	0	12	0	41	1	1	74
TERAMO	85	10	1	0	18	8	51	3	19	195
VASTO	33	5	1	0	0	0	72	0	2	113
TOTALE	217	26	2	1	109	9	215	8	64	651

La promozione e la tutela della salute mentale negli istituti penitenziari vanno considerati come obiettivi che, nell’immediato e in ogni caso, il Servizio Sanitario Nazionale deve porsi, non solo ai fini più strettamente sanitari, ma anche ai fini della sicurezza degli istituti stessi.

Un’adeguata assistenza psichiatrica in carcere si ritiene possa essere assicurata da una équipe composta dalle varie figure professionali già operanti attualmente negli istituti penitenziari, coadiuvati dal personale dei Servizi psichiatrici territorialmente competenti.

Le ASL cureranno periodici corsi di formazione ed aggiornamento degli operatori, rivolti anche al personale di polizia penitenziaria, al fine di fornire indirizzi utili e risposte comportamentali più idonee sia rispetto agli stati psicologici in generale che, più in particolare, rispetto alle possibili situazioni critiche o di urgenza.

Per ogni detenuto in trattamento psichiatrico vi sarà una presa in carico personalizzata con la dotazione di un modulo di cartella psichiatrica del DSM (in aggiunta al diario clinico ordinario) che sarà curato ed aggiornato dallo specialista psichiatra.

In caso di trasferimento ad altro Istituto Penitenziario, detta cartella psichiatrica seguirà il detenuto quale allegato al diario clinico.

Tutti gli Istituti devono disporre, proporzionalmente al numero dei ristretti, di ambienti idonei allo svolgimento di attività di relazioni aperte (es. laboratorio di attività di arte terapia) da riservarsi a quei soggetti psicotici con prognosi positiva ad un progetto riabilitativo, individuati sulla base sia delle valutazioni cliniche dello specialista psichiatra, sia su indicazione dei servizi psichiatrici territoriali che lo avevano in carico prima della detenzione.

E' necessaria una cooperazione tra il Dipartimento della Sanità Penitenziaria Regionale e il Provveditorato dell'Amministrazione Penitenziaria dell'Abruzzo nella determinazione delle sedi di assegnazione di detenuti affetti da disturbi mentali, per i quali va evitato il più possibile l'allontanamento eccessivo dal territorio di appartenenza, in modo da consentire il mantenimento dei rapporti già instaurati con i servizi territorialmente competenti.

A tal fine sarà cura dello specialista psichiatra della struttura penitenziaria segnalare alla Direzione dell'Istituto, i nominativi dei detenuti per i quali sia consigliabile, fatti salvi i motivi di ordine giuridico, un'assegnazione vicinore al luogo di residenza, evitando così il più possibile l'interruzione delle prestazioni erogate dall'ente territoriale di competenza (CIM), cosa che, seppur valida per qualsiasi detenuto, per il soggetto affetto da disturbi mentali è sicuramente determinante all'ottenimento di uno stato di compenso psichico adeguato.

L'équipe psichiatrica opera in collaborazione con l'area trattamentale dell'Istituto penitenziario, attraverso periodici incontri nell'interesse del miglior trattamento del detenuto e di una integrazione con l'istituzione.

4.2.11 L'assistenza farmaceutica

Le aziende USL garantiscono l'erogazione di farmaci e presidi medico-chirurgici, attraverso la farmacia ospedaliera competente per territorio.

Al personale medico operante nella struttura penitenziaria viene dato in dotazione il ricettario regionale, per la prescrizione di farmaci non erogabili dalla farmacia ospedaliera.

Ogni istituto penitenziario sarà dotato di un armadio farmaceutico.

L'approvvigionamento avverrà utilizzando la modulistica in dotazione presso gli altri servizi dell'Azienda USL.

I farmaci inclusi nella tabella I saranno conservati e somministrati secondo le procedure legislative in vigore.

5. I MODELLI ORGANIZZATIVI

Per uniformare l'organizzazione dell'assistenza sanitaria negli istituti penitenziari, viene istituito a livello Regionale, presso la Direzione Sanità, una *struttura* con funzioni di indirizzo, coordinamento e controllo, denominata **SERVIZIO DI MEDICINA PENITENZIARIA**, diretta da un Dirigente Medico, così articolata:

- 1) *Ufficio Prevenzione ambientale e sanitario, formazione del personale, educazione sanitaria* il cui responsabile sia un Funzionario Medico;
- 2) *Ufficio tutela della salute femminile e dei minori* alla cui responsabilità sia preposto un Funzionario Medico.

Ogni AUSL (come previsto dal Decreto del Ministero della Sanità del 21.04.2000 pubblicato sulla G.U. n. 120 del 25.05.2000) attua quanto segue:

- istituisce nel proprio ambito una *struttura organizzativa complessa*;
- la differenzia in rapporto alla tipologia e alla consistenza dell'istituto o degli istituti penitenziari incidenti nel proprio territorio;
- eroga le prestazioni assistenziali, attraverso un volume di risorse professionali, tecnologiche e strutturali tali da configurarne l'autonomia organizzativa;
- fornisce risposte adeguate alle specifiche e particolari esigenze assistenziali della popolazione detenuta

Per l'istituzione della struttura complessa, si applica la seguente direttiva:

- a) *la ASL nel cui ambito trovasi uno o più istituti penitenziari con una popolazione complessiva fino a 200 detenuti*, istituisce un **DISTRETTO SANITARIO PENITENZIARIO (DSP)**;
- b) *la ASL nel cui ambito trovasi uno o più istituti penitenziari con una popolazione complessiva superiore a 200 detenuti*, istituisce l'**UNITA' OPERATIVA PENITENZIARIA MULTIPROFESSIONALE**, ovvero un **DIPARTIMENTO PER LA TUTELA DELLA SALUTE DEI DETENUTI**;
- c) *la ASL nel cui ambito trovasi un istituto penitenziario provvisto di sezione femminile*, istituisce il **DIPARTIMENTO PER LA TUTELA DELLA SALUTE DEI DETENUTI**, con almeno una **unità operativa multidisciplinare** per la tutela della salute della donna;
- d) *la ASL nel cui ambito trovasi un istituto penitenziario minorile*, istituisce il **DIPARTIMENTO PER LA TUTELA DELLA SALUTE DEI DETENUTI**, con almeno una **unità operativa multidisciplinare** per la tutela della salute dei minori.

L'incarico di direzione di ogni singola struttura, è assegnato dal Direttore Generale della ASL, secondo le procedure previste dalla normativa vigente in materia di conferimento degli incarichi dirigenziali, utilizzando, al momento dell'istituzione della struttura stessa, le risorse professionali già operanti all'interno degli istituti penitenziari e che abbiano svolto l'incarico di dirigenza dei servizi sanitari penitenziari.

Inoltre l'organizzazione interna, sia in termini di dotazione organica che di organizzazione funzionale, sarà definita in sede ASL dal Direttore Generale, su proposta del relativo Dirigente.

In ogni caso, indipendentemente dai modelli organizzativi su menzionati, l'Azienda Sanitaria Locale deve garantire, in analogia con quanto previsto per i cittadini in stato di libertà, l'attività assistenziale per l'intero arco della giornata e per tutti i giorni della settimana, attraverso il coordinamento operativo e l'integrazione professionale tra le varie figure e le varie strutture operative del Servizio Sanitario Nazionale.

6. IL RICOVERO NELLE UNITA' OPERATIVE DI DEGENZA

Il ricovero in una unità operativa di degenza esterna al carcere è previsto per la cura degli stati acuti di malattia dei soggetti detenuti.

Per evidenti ragioni di sicurezza, è necessario limitare il ricorso al ricovero esterno ai soli casi necessari, anche se in nessun caso le ragioni della sicurezza possono mettere a rischio la salute e la vita dei detenuti.

In ogni ASL si individua un nosocomio civile presso cui istituire una stanza di degenza "protetta" ove allocare il detenuto degente, dotato almeno di unità di terapia intensiva e unità coronaria.

In caso di urgenza clinica conclamata, il detenuto deve essere ricoverato nel nosocomio civile territorialmente incidente nella sede dell'istituto penitenziario, assicurando la sicurezza del detenuto direttamente nel reparto di degenza ordinario.

Si fa riferimento alla normativa vigente per il ricovero dei malati affetti da patologia correlata all'infezione da HIV.

7. CONCLUSIONI

Il presente progetto obiettivo, come previsto dall'art. 5 comma 5 del D. Lgs 22 giugno 1999 n. 230, trova attuazione nell'ambito del Piano Sanitario Regionale, di cui è parte integrante, in quanto prevede specifici progetti di intervento in materia di assistenza sanitaria nei confronti dei detenuti ristretti negli istituti penitenziari della Regione Abruzzo.

Il presente provvedimento deve essere sottoposto alla ratifica della Giunta Regionale



Ministero della Salute

REGIONE
ABRUZZO



DIREZIONE SANITA'



Ministero della Giustizia

Dipartimento Amministrazione Penitenziaria
Provveditorato Regionale per l'Abruzzo e il Molise
Unità Operativa di Sanità Penitenziaria

QUESTIONARIO INFORMATIVO
CASA CIRCONDARIALE – CASA DI RECLUSIONE DI :

DIRETTORE Dott. _____

Anno 2002

A cura di :

Gruppo di coordinamento per il perseguimento delle finalità indicate nel Progetto Obiettivo Nazionale per la tutela della salute in ambito penitenziario, approvato dal Ministero della Sanità con Decreto 21 aprile 2000 .

A) ASPETTI GENERALI ED EDILIZI

Capacità regolamentare della struttura : M _____ F _____ Totale _____
 Detenuti alla data della rilevazione : M _____ F _____ Totale _____
 Presenza di soggetti stranieri : M _____ F _____ Totale _____
 Soggetti semiliberi o ammessi a lavoro esterno : M _____ F _____ Totale _____
 Presenza di bambini di età inferiore a 3 anni : M _____ F _____ Totale _____

Camere sezione maschile:

Tipo	Altezza (m)	Superficie (mq)	Numero	Capienza regolamentare N.	Occupanti Reali N.
Singole					
Doppie					
Multiple					
Bunker					
Semilibera					

Totale : _____

Camere sezione femminile:

Tipo	Altezza (m)	Superficie (mq)	Numero	Capienza regolamentare N.	Occupanti Reali N.
Singole					
Doppie					
Multiple					
Bunker					
Semilibera					

Presenza soggetti : Totale _____

Le camere hanno rapporto di illuminazione naturale sufficiente ($\geq 1/10$)? Tutte solo n. ___ camere Nessuna

Le camere sono dotate di servizi igienici? : Tutte solo n. ___ camere Nessuna

Le camere sono dotate di acqua calda? : Tutte solo n. ___ camere Nessuna

Indicare il numero dei servizi igienici delle camere dotati di:

antibagno	n. _____
aerazione naturale	n. _____
aerazione forzata	n. _____
Lavandino, water	n. _____
bidet	n. _____
rivestimento e pavimentazione con gres maiolicato	n. _____

Osservazioni : _____

Tutte le camere sono dotate di arredi :

letto tavolo armadietto sedie pensile recipienti portarifiuti

Osservazioni : _____

E' consentito l'uso di fornelli? SI NO

Gli effetti letterei sono ininfiammabili ed autoestinguenti? Si No In Parte Non Verificato

Frequenza dei cambi relativi a:

materassi	<input type="checkbox"/> Annuale ogni _____	<input type="checkbox"/> Mensile ogni _____	
cuscini	<input type="checkbox"/> Annuale ogni _____	<input type="checkbox"/> Mensile ogni _____	
federe e lenzuola	<input type="checkbox"/> Annuale ogni _____	<input type="checkbox"/> Mensile ogni _____	<input type="checkbox"/> Settimanale ogni _____

Numero dei locali docce : _____
 Posti doccia per detenuti maschi : _____
 Posti doccia per detenuti femmine: _____

N. cortili esistenti : _____

La dimensione dei cortili consente lo svolgimento di attività sportive,
 quali ad es. pallacanestro, pallavolo, ecc. ? SI NO

Osservazioni : _____

Esiste nei cortili una zona coperta dotata di servizi igienici? SI NO

Esiste un campo sportivo ? SI NO

Esiste una palestra? SI NO

La palestra è dotata di docce? SI NO

E' presente un locale adibito a lavanderia? SI NO

I percorsi sporco-pulito ad essa relativi sono convenientemente separati? SI NO

Esiste un refettorio? SI NO

Viene effettivamente utilizzato? SI NO

Se si, da quanti detenuti viene utilizzato? _____

Esiste un locale per le attività di barbiere e parrucchiere? SI NO

Esiste un'aula scolastica? SI NO

Esiste una biblioteca? SI NO

Esiste una sala lettura ? SI NO

Esiste una sala per le attività culturali (teatro, cinema ecc.) ? SI NO

Esiste una sala per il culto religioso? SI NO

E' garantita la riservatezza nella sala colloqui con educatori, assistenti sociali,
 operatori SER.T., religiosi? SI NO

Le condizioni di manutenzione igienico-sanitaria della struttura sono
 sufficienti ? SI NO

Quante ore "d'aria" giornaliere sono concesse ai detenuti? _____

Quante ore di socialità giornaliere sono concesse ai detenuti? _____

Negli istituti ove è allocata la sezione femminile :

E' presente l'asilo nido ?

SI NO

Ci sono le puericultrici ?

SI NO

Osservazioni :

B) ORGANIZZAZIONE SANITARIA

Direttore Sanitario dott. _____

Quanti medici del SIAS operano nella struttura? _____

Per quante ore al giorno è garantita la presenza di almeno un medico del SIAS ? n. _____ / di

Nel caso in cui non è in sede un medico , come si garantisce la continuità assistenziale h/24 ?

Quanti infermieri professionali di ruolo operano nella struttura? _____

Quanti infermieri professionali non di ruolo operano nella struttura? _____

Quanti infermieri generici operano nella struttura? _____

Per quante ore giornaliere svolgono le loro attività ? n. ore giornaliere _____

Assistenza sanitaria ai detenuti dipendenti da sostanze .

(* Indicare gli operatori in possesso dei relativi Titoli di Studio .)

E' presente il *Medico del Presidio Tossicodipendenti ? SI NO Per ore/di _____

E' presente *l'infermiera/e del Presidio Tossicodipendenti ? SI NO Per ore/di _____

E' presente la *Psicologa/o del Presidio Tossicodipendenti ? SI NO Per ore/di _____

Protocollo col SERT SI NO In corso di stipula

Presenza del SERT SI NO

Operatori del SER.T. che prestano attività nel carcere:

Medici	n. _____	Per ore settimanali n. _____
Psicologi	n. _____	Per ore settimanali n. _____
Assistenti sociali	n. _____	Per ore settimanali n. _____
Educatori professionali	n. _____	Per ore settimanali n. _____
Infermieri professionali	n. _____	Per ore settimanali n. _____

Totale operatori SERT _____

Comunità esterne SI NO

Somministrazione metadone SI NO

Fornito da : _____

Somministrazione Alcover SI NO

Fornito da : _____

Terapia di mantenimento SI NO

A scalare SI NO

Quanti ambulatori specialistici sono disponibili ? _____

Quali specialità vengono erogate nella struttura?

Quanti laboratori sono disponibili ? _____

Quali laboratori sono operanti nella struttura?

Quanti ambulatori medici sono disponibili ? _____

Esiste un ambulatorio apposito per l'attività odontoiatrica? SI NO

Esiste un reparto infermeria con posti letto ? SI NO

Indicare il numero dei posti letto : n° _____

Esistono camere d'isolamento per soggetti affetti da malattie infettive o diffuse? SI NO

I locali ad uso sanitario presentano carenze di tipo igienico-edilizio? SI NO

Gli impianti elettrici sono sottoposti alle verifiche prescritte dalle norme CEI 62-5? SI NO

Se no, specificare il motivo _____

Gli ambulatori sono dotati di idonei presidi per:

- > prima diagnosi SI NO
- > manovre di rianimazione SI NO

Vengono correttamente utilizzati i materiali monouso? SI NO

E' presente l'attrezzatura per la sterilizzazione fisica? SI NO

stufa a secco autoclave chemiclave altro _____

I rifiuti di origine sanitaria vengono smaltiti secondo quanto previsto dal D.L.vo SI NO

22/97 e successive modifiche e integrazioni ?

Prima di essere ammessi in collettività, i detenuti vengono visitati? SI NO

Viene tenuta una cartella clinica per ogni detenuto? SI NO

Osservazioni : _____

Presenza di soggetti dipendenti da sostanze M _____ F _____ Totale _____

Presenza di soggetti sieropositivi per HIV M _____ F _____ Totale _____

Nell'anno 2001 quanti soggetti affetti da AIDS
conclamata sono stati scarcerati ? M _____ F _____ Totale _____

Nel 2001 sono stati organizzati interventi di educazione sanitaria :

> Ai detenuti ? SI NO

> Al personale di Polizia Penitenziaria ? SI NO

> Al personale Sanitario ? SI NO

Se si, specificare : _____

Esistono rapporti di collaborazione con strutture dell'ASL? SI NO

Se si, specificare : _____

Nell'ultimo anno si sono verificati casi di malattie infettive? SI NO

Se si, specificare : _____

In forma epidemica? Specif. SI NO

Sono state inoltrate le relative notifiche al Servizio I.E.S.P. SI NO

Quali misure di profilassi sono state adottate? _____

Si sono manifestati casi di malattia tubercolare? SI NO

Quali misure di profilassi sono state adottate? _____

Ai detenuti viene effettuata routinariamente la prova tubercolinica? SI NO

Se si, specificare la periodicità _____

Vengono svolti interventi di profilassi immunitaria per alcune malattie infettive? SI NO

Se si, specificare : _____

Esistono apparecchi radiogeni? SI NO

Sono stati denunciati in base al D.L.vo 230/96? SI NO

Esiste una convenzione fra carcere e ASL ? SI NO

Se si, per quali prestazioni? _____

C) FARMACIA

Esiste un locale adibito a deposito farmaceutico? SI NO

Esiste almeno un frigorifero per conservare i farmaci a temperatura inferiore a 8°C? SI NO

I farmaci sono conservati alla temperatura prescritta? SI NO

- Esistono farmaci scaduti? SI NO
- Sono conservati separatamente, in apposito contenitore? SI NO
- Come vengono smaltiti? _____
- Sono disponibili farmaci stupefacenti (tab.I-II-III-IV)? SI NO
- Sono conservati separatamente rispetto agli altri farmaci? SI NO
- Esiste un registro di carico e scarico dei farmaci stupefacenti? SI NO
- E' correttamente aggiornato? SI NO
- Esistono stupefacenti scaduti? SI NO
- Come vengono smaltiti? _____

D) ATTIVITA' LAVORATIVE

All'interno del carcere i detenuti svolgono attività lavorativa? SI NO

Se si, specificare : _____

Esistono laboratori? SI NO

Quali lavorazioni vi vengono praticate? _____

E) ATTIVITA' DIDATTICO - FORMATIVE

All'interno del carcere i detenuti svolgono attività didattico - formative ? SI NO

Se si, specificare : _____

F) PREPARAZIONE E SOMMINISTRAZIONE ALIMENTI NELLA CUCINA

NOTIZIE PRELIMINARI

Cucina per detenuti

SI NO

Numero di pasti/giorno _____

Numero di addetti alla cucina _____

Autorizzazione sanitaria ai sensi dell'art. 2 L.283/62 ?

SI NO

Estremi autorizzazione : N. _____ del _____ rilasciata da _____

Approvvigionamento idrico:

acquedotto comunale

altro

Smaltimento liquami:

fognatura comunale

altro

Riserva idrica

SI

NO

Smaltimento rifiuti solidi urbani: _____

Smaltimento oli post frittura: _____

LOCALE CUCINA PER DETENUTI

Superficie approssimativa (mq) _____ (>12 mq)

Altezza (m.) _____ (>3m)

Pareti rivestite in _____ fino a m. _____ angoli _____

Superficie illuminante naturale di circa mq _____

Pavimentazione in _____

piletta di scarico

SI NO

Supplemento di areazione forzata

SI NO

Dispositivi idonei ad evitare l'ingresso agli insetti e roditori

SI NO

Viene effettuata periodicamente operazione di disinfestazione e derattizzazione

SI NO

Cappa/e d'aspirazione sopra i fornelli

SI NO

Zona separata lavaggio-stoviglie

SI NO

Sterilizzatore coltelli

SI NO

Piani di lavoro in : _____
Contenitori portarifiuti : _____
modalità di lavaggio : _____
Osservazioni : _____

DEPOSITO-STOCCAGGIO

Superficie approssimativa (mq) _____
Altezza (m) _____
Pareti rivestite in _____
Pavimentazione in _____

Separato dalla cucina		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Aerazione naturale		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Dispositivi idonei ad evitare l'ingresso agli insetti e/o roditori		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Scaffalature idonee		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Alimenti separati per generi		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Esistono frigoriferi o camere separate per tipo di alimento?		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Abbattitori di temperatura		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Adeguate distribuzione, separazione e protezione degli alimenti nei frigoriferi?		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Cella o frigo carni		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	T° = _____	
Cella o frigo verdure		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	T° = _____	
Cella o frigo latticini		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	T° = _____	
Camere miste o altre camere		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
	T° = _____	

Altro _____

LOCALI REFETTORIO

Superficie approssimativa (mq) _____
Altezza (m) _____
Pareti rivestite in _____
Pavimentazione in _____

Presenza lavandini attigui al locale SI NO

Idonea dotazione lavaggio mani (sapone, asciugamani non riutilizzabili) SI NO

Idonee condizioni di pulizia SI NO

Osservazioni: _____

PERSONALE ADDETTO ALLA PREPARAZIONE , MANIPOLAZIONE E
SOMMINISTRAZIONE DEGLI ALIMENTI

Numero addetti dotati di libretto di idoneità sanitaria : _____

Esiste il bagno per il personale di cucina? SI NO

Numero dei wc per il personale _____
Altezza (m) _____
Pareti rivestite in _____
Pavimentazione in _____

Aerazione: naturale meccanica
Comando di erogazione idrica: manuale non manuale

Distributore automatico di sapone SI NO

Asciugamani non riutilizzabili SI NO

Esiste un locale spogliatoio per il personale di cucina? SI NO

Sono presenti armadietti a doppio scomparto? SI NO

CONDIZIONE IGIENICO SANITARIA COMPLESSIVA:

Data della compilazione ____ / ____ / ____

VISTO
IL DIRETTORE

Dott. Giovanni CARUSI F.to _____

Dott. Stefano GIOVANNOLI F.to _____

Dott. Ing. Dante Carlos SALCE F.to _____

Dott. Franco PETTINELLI F.to _____

Dott. Massimo FORLINI F.to _____

Dott. Francescopaolo SARACENI F.to _____

Dott. Ercole RANALLI F.to _____

Dott. Pietro D'EGIDIO F.to _____

Dott.ssa Rossana CASSIANI F.to _____

Sig. Roberto ANGELUCCI F.to _____

Dott.ssa Manuela DI GIACOMO F.to _____

Pescara, 30/05/2002

V°

V°

L'Assessore alla Sanità
Regione Abruzzo

Il Provveditore Amm.ne Penitenziaria
Regione Abruzzo-Molise

Dr Arturo Stuart

Dir. Gen. dr Raffaele Iannace

F.to _____

F.to _____

Pescara, 31/05/2002

ALLEGATO A

**Schede di sorveglianza
per le malattie infettive**

REGIONE ABRUZZO
ASSESSORATO SANITA'

**SCHEDA DI SORVEGLIANZA PER MENINGITE /
MENINGOENCEFALITE DA**

CASO sospetto confermato di _____

U.O. ospedaliera che segnala il caso _____

Medico che segnala il caso _____ Tel. _____

Data della segnalazione _____

STRETTAMENTE RISERVATO

(Se il caso è di età inferiore a 15 anni, intervistare insieme ad un parente o tutore)

COGNOME _____ NOME _____

sex M F Luogo e data di nascita _____

residenza _____ domicilio abituale _____

scuola frequentata _____

titolo di studio _____ professione _____

**IMPORTANTE: Effettuare l'indagine in un clima di assoluta riservatezza.
Intervistare il paziente senza aspettare i risultati di laboratorio, da aggiungere**

NOTIZIE CLINICHE

Data inizio malattia _____ luogo inizio sintomi _____

P.O. di ricovero _____ U.O. _____

Segni clinici rilevanti _____

➤ **Dati di laboratorio**

Indagini per isolamento virale/batterico

	data prelievo	data invio	isolamento di:
feci/tampone rettale			
1:	___/___/___	___/___/___	_____
feci/tampone rettale			
2:	___/___/___	___/___/___	_____

➤ **studi sierologici**

	data prelievo	data invio	titoli anticorpali (specificare)
siero 1*:	__/__/__	__/__/__	_____
siero 2:	__/__/__	__/__/__	_____
siero 3**:	__/__/__	__/__/__	_____

*fase acuta; **convalescenza (15-30 giorni dall'inizio della sintomatologia)

➤ **indagini sul liquor**

	data prelievo	globuli rossi	globuli bianchi	% linfociti	glucosio	proteine
liquor 1:	__/__/__	_____	_____	_____	_____	_____
liquor 2:	__/__/__	_____	_____	_____	_____	_____

➤ **esami elettrodiagnostici:** NO SI tipo _____ allegare referto

➤ **risultati tipizzazione virale batterica:**

Commenti

➤ **esame autoptico:** NO SI Istituto _____

materiale	data prelievo	risultati
_____	__/__/__	_____
_____	__/__/__	_____
_____	__/__/__	_____

NOTIZIE EPIDEMIOLOGICHE

1. **Contatti con casi analoghi nei giorni precedenti l'inizio della malattia:**

NO SI specificare _____

2. **Sintomatologia in altri componenti del nucleo familiare?** NO SI
 Specificare nominativo ed età _____
3. **Casi simili in:** Scuola NO SI specificare _____
 Lavoro NO SI specificare _____
 Vicinato NO SI specificare _____
 Comunità NO SI specificare _____
4. **Malattie in atto** (otite media acuta, polmonite, ecc.) _____
5. **Malattie preesistenti** (immunodeficienza, diabete, etilismo, ecc.) _____
6. **Interventi neurochirurgici** (fratture cranio, ecc) _____
7. **Ha effettuato la vaccinazione** nei confronti del germe responsabile della meningite?
 NO SI I° dose _____ II° dose _____ III° dose _____
8. **E' stato morso da un animale?** NO SI specificare _____
9. **E' stato punto da insetti?** NO SI specificare _____
10. **L'approvvigionamento di acqua potabile è di tipo** _____
11. **Ha effettuato viaggi/permanenza in Stati Esteri?**
 NO SI specificare _____
12. **Quante persone vivono nella sua casa?** (Specificare grado di parentela ed età) _____

PROVVEDIMENTI NEI CONFRONTI DEI CONTATTI STRETTI

(contatti stretti: persone che convivono con Il caso o che hanno condiviso lo stesso spazio confinato per numerose ore al giorno; sono contatti stretti tutti i membri della famiglia che vivono sotto lo stesso tetto.

Per ciascun soggetto specificare la comunità interessata e i provvedimenti adottati (sorveglianza sanitaria, chemioantibiotico profilassi....)

NOMINATIVO	ETA'	COMUNITA'	PROVVEDIMENTI

Descrivere eventuali aspetti dell'indagine non rilevati dalla presente scheda:

Data di compilazione: _____

Firma del compilatore

REGIONE ABRUZZO

ASSESSORATO SANITA'

SCHEDA DI SORVEGLIANZA PER MENINGITE MENINGOCOCCICA

CASO sospetto confermato

U.O. ospedaliera che segnala il caso _____

Medico che segnala il caso _____ *tel.* _____

Data della segnalazione _____

STRETTAMENTE RISERVATO

(Se il caso è di età inferiore a 15 anni, intervistare insieme ad un parente o tutore)

COGNOME _____ *NOME* _____

sexo M F Luogo e data di nascita _____

residenza _____ *domicilio abituale* _____

scuola frequentata _____

titolo di studio _____ professione _____

***IMPORTANTE: Effettuare l'indagine in un clima di assoluta riservatezza.
Intervistare il paziente senza aspettare i risultati di laboratorio, da aggiungere appena disponibili.***

NOTIZIE CLINICHE

Data inizio malattia _____ luogo inizio sintomi _____

P.O. di ricovero _____ *U.O.* _____

Segni clinici rilevanti _____

Isolamento di N. Meningitidis:

materiale da cui è stato isolato liquor petecchie sangue

sierogruppo del meningococco _____

Sensibilità ai chemioantibiotici:	Sens.	In	Res.
Ciprofloxacina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ceftriaxone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rifampicina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Minociclina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spiramicina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eritromicina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Penicillina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ampicillina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sulfamet-Trimet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Altro:specificare _____

NOTIZIE EPIDEMIOLOGICHE

1. Contatti con casi di Meningite nei 10 giorni precedenti l'inizio della malattia:

NO SI specificare _____

2. Sintomatologia in altri componenti del nucleo familiare?

NO SI specificare nominativo ed età _____

3. Casi simili in: Scuola NO SI specificare _____

Lavoro NO SI specificare _____

Vicinato NO SI specificare _____

Comunità NO SI specificare _____

4. Quante persone vivono nella sua casa? (Specificare grado di parentela ed età) _____

PROVVEDIMENTI NEI CONFRONTI DEI CONTATTI STRETTI

(contatti stretti: persone che convivono con il caso o che hanno condiviso lo stesso spazio confinato per numerose ore al giorno; sono contatti stretti tutti i membri della famiglia che vivono sotto lo stesso tetto.

Per ciascun soggetto specificare la comunità interessata e i provvedimenti adottati (sorveglianza sanitaria, chemioantibiotico profilassi....)

NOMINATIVO	ETA'	COMUNITA'	PROVVEDIMENTI

Descrivere eventuali aspetti dell'indagine non rilevati dalla presente scheda:

data di compilazione: _____

Firma del compilatore

REGIONE ABRUZZO
ASSESSORATO SANITA'

**SCHEDA DI SORVEGLIANZA PER EPATITE A TRASMISSIONE
OROFECAL (A, E, ..)**

CASO sospetto confermato

U.O. ospedaliera che segnala il caso _____

medico che segnala il caso _____ tel. _____

data della segnalazione _____

STRETTAMENTE RISERVATO

(Se il caso è di età inferiore a 15 anni, intervistare insieme ad un parente o tutore)

COGNOME _____ NOME _____

Sesso M F Luogo e data di nascita _____

Residenza _____ domicilio abituale _____

Scuola frequentata _____

Titolo di studio _____ Professione _____

**IMPORTANTE: Effettuare l'indagine in un clima di assoluta riservatezza.
Intervistare il paziente senza aspettare i risultati di laboratorio, da aggiungere**

NOTIZIE CLINICHE

Data inizio malattia _____ luogo inizio sintomi _____

P.O. di ricovero _____ U.O. _____

Segni clinici rilevanti _____

Esami di laboratorio essenziali ed esito (markers,...) _____

NOTIZIE EPIDEMIOLOGICHE

1. Durante le 8 settimane prima della malattia:

a) ha avuto contatti con malati di Epatite A?

NO SI specificare _____

b) ha effettuato viaggi/permanenza/provenienza da Stati Esteri?

NO SI specificare _____

c) ha consumato cibi crudi (frutti di mare, verdure, ...)?

NO SI specificare località e data di consumo _____

d) ha consumato altri alimenti di dubbia provenienza?

e) ha bevuto acqua di pozzo o di sorgente?

NO SI specificare località e data di consumo _____

2. **sintomatologia in altri componenti del nucleo familiare?** NO SI

Specificare nominativo ed età _____

CASI SIMILI in Scuola NO SI specificare _____

Lavoro NO SI specificare _____

Vicinato NO SI specificare _____

Comunità NO SI specificare _____

FONTE DI CONTAGIO

Alimento sospetto _____ data di consumo _____

n° di persone che hanno consumato il cibo specificato _____

modo in cui il cibo identificato è stato messo in commercio (sfuso, confezionato) _____

luogo di consumo del cibo identificato (casa privata, ristorante, mensa...)

PROVVEDIMENTI NEI CONFRONTI DEL MALATO

Luogo di permanenza del malato _____

adozione di tutte le possibili "precauzioni enteriche":

NO SI specificare le eventuali carenze _____

SOGGETTI SOTTOPOSTI A SORVEGLIANZA SANITARIA

NOMINATIVO	ETA'	COMUNITA'	MARKERS ED ESITO	DATA VACCINAZIONE

L'educazione sanitaria è stata effettuata nei confronti di:

- malato
- conviventi
- contatti

Descrivere eventuali aspetti dell'indagine non rilevati dalla presente scheda:

Data di compilazione: _____

Firma del compilatore

REGIONE ABRUZZO
ASSESSORATO SANITA'

**SCHEDA DI SORVEGLIANZA EPATITE A TRASMISSIONE
PARENTERALE (B, C)**

CASO sospetto confermato di _____

U.O. ospedaliera che segnala il caso _____

Medico che segnala il caso _____ Tel. _____

Data della segnalazione _____

STRETTAMENTE RISERVATO

(Se il caso è di età inferiore a 15 anni, intervistare insieme ad un parente o tutore)

COGNOME _____ NOME _____

Sesso M F Luogo e data di nascita _____

Residenza _____ domicilio abituale _____

Scuola frequentata _____

Titolo di studio _____ Professione _____

**IMPORTANTE: Effettuare l'indagine in un clima di assoluta riservatezza.
Intervistare il paziente senza aspettare i risultati di laboratorio, da aggiungere**

NOTIZIE CLINICHE

Data inizio malattia _____ luogo inizio sintomi _____

P.O. di ricovero _____ U.O. _____

Segni clinici rilevanti _____

Esami di laboratorio essenziali ed esito (markers,...) _____

NOTIZIE EPIDEMIOLOGICHE

1. Durante i 6 mesi prima della malattia:

a) ha avuto somministrazione di sangue o plasma NO SI specificare _____

b) ha avuto somministrazione di derivati del sangue (fattori della coagulazione, immunoglobuline ecc....)

NO SI specificare _____

c) ha avuto interventi chirurgici (compresa piccola chirurgia e manovre endoscopiche)

NO SI specificare tipo di intervento _____

d) é stato ospedalizzato negli ultimi mesi NO SI

P.O. _____ U.O. _____ data _____

- e) si è iniettato sostanze stupefacenti? NO SI specificare _____
- f) ha avuto trattamenti dentari? NO SI
- g) si è fatto buchi all'orecchio? NO SI
- h) le è stata praticata agopuntura? NO SI
- i) si è rasato dal barbiere? NO SI
- l) si è depilato con l'elettrocoagulazione? NO SI
- m) è stato dal callista o dal manicure? NO SI
- n) è stato emodializzato? NO SI
- o) ha effettuato una visita ginecologica? NO SI

2. Le è stata somministrata almeno una dose di vaccino per l'Epatite B?

NO SI I° dose _____ II° dose _____ III° dose _____

3. Durante i 6 mesi prima dell'inizio della sua epatite, un suo familiare, convivente, partner sessuale, amico, compagno di scuola o di lavoro ha avuto l'epatite:

NO SI specificare il tipo di relazione e il nominativo _____

La loro malattia è iniziata meno di 2 mesi prima della sua? NO SI

In caso di Epatite B: era a conoscenza che un componente della sua famiglia (o il suo partner) fosse portatore di HbsAg prima che lei avesse l'epatite?

NO SI Si era vaccinato? SI NO Perché non si era vaccinato? Specificare:

- non era sicuro dell'efficacia del vaccino
- aveva paura degli effetti collaterali
- non sapeva a quale struttura rivolgersi
- altro _____

4. Ha un convivente tossicodipendente? NO SI

5. Durante lo scorso anno ha avuto rapporti sessuali occasionali?

NO SI Ha utilizzato il profilattico?

- sempre
- occasionalmente
- mai

7. Viaggi/permanenza/provenienza da Stati Esteri?

NO SI specificare _____

8. **Quante persone vivono nella sua casa?** (Specificare grado di parentela ed età) _____

9. **Sintomatologia in altri componenti del nucleo familiare?** NO SI

Specificare nominativo ed età _____

CASI SIMILI in Scuola NO SI specificare _____

Lavoro NO SI specificare _____

Vicinato NO SI specificare _____

Comunità NO SI specificare _____

PROVVEDIMENTI NEI CONFRONTI DEL MALATO

Luogo di permanenza del malato _____

Adozione di tutte le possibili "precauzioni standard" per prevenire il contatto con il sangue e altri fluidi biologici: NO SI specificare le eventuali carenze _____

SOGGETTI SOTTOPOSTI A SORVEGLIANZA SANITARIA

NOMINATIVO	ETA'	COMUNITA'	MARKERS	DATA VACCINAZIONE

L'educazione sanitaria è stata effettuata nei confronti di:

- malato
- conviventi
- contatti

Descrivere eventuali aspetti dell'indagine non rilevati dalla presente scheda:

Data di compilazione: _____

Firma del compilatore

REGIONE ABRUZZO
ASSESSORATO SANITA'

SCHEMA DI SORVEGLIANZA PER SCABBIA

CASO sospetto confermato

U.O. ospedaliera che segnala il caso _____

Medico che segnala il caso _____ Tel. _____

Data della segnalazione _____

STRETTAMENTE RISERVATO

(Se il caso è di età inferiore a 15 anni, intervistare insieme ad un parente o tutore)

COGNOME _____ NOME _____

Luogo e data di nascita _____

Residenza _____ domicilio abituale _____

Scuola frequentata _____

Titolo di studio _____ Professione _____

IMPORTANTE: Effettuare l'indagine in un clima di assoluta riservatezza.
Intervistare il paziente senza aspettare i risultati di laboratorio, da aggiungere

NOTIZIE CLINICHE

Data inizio malattia _____ luogo inizio sintomi _____

P.O. di ricovero _____ U.O. _____

Segni clinici rilevanti _____

Esami di laboratorio essenziali _____

NOTIZIE EPIDEMIOLOGICHE

CONTATTO CUTANEO con soggetto infetto: NO SI
specificare _____

ALTRE MODALITA' DI

TRASMISSIONE _____

LUOGO DOVE E' AVVENUTO IL

CONTAGIO _____

CASI SIMILI Scuola NO SI specificare _____
 Lavoro NO SI specificare _____
 Altro NO SI specificare _____

PROVVEDIMENTI NEI CONFRONTI DEL MALATO

Luogo di permanenza (specificare) _____

Tipo di terapia _____

Controlli _____

SOGGETTI SOTTOPOSTI A SORVEGLIANZA SANITARIA

NOMINATIVO	ETA'	COMUNITA'	ESITO ACCERTAMENTI	PROVVEDIMENTI

Provvedimenti adottati nei confronti dell'ambiente (disinfezione biancheria, disinfezione ambientale ecc.)

Osservazioni: _____

Data di compilazione: _____

Firma del compilatore

REGIONE ABRUZZO

ASSESSORATO SANITA'

SCHEDA DI SORVEGLIANZA PER TOSSINFEZIONI ALIMENTARI ED ENTEROCOLITI BATTERICHE

CASO sospetto confermato di _____

U.O. che segnala il caso _____

Medico che segnala il caso _____ Tel. _____

Data della segnalazione _____

STRETTAMENTE RISERVATO

(Se il caso è di età inferiore a 15 anni, intervistare insieme ad un parente o tutore)

COGNOME _____ NOME _____

Luogo e data di nascita _____

Residenza _____ domicilio abituale _____

Scuola frequentata _____

Titolo di studio _____ Professione _____

IMPORTANTE: Effettuare l'indagine in un clima di assoluta riservatezza. Intervistare il paziente senza aspettare i risultati di laboratorio, da aggiungere

NOTIZIE CLINICHE

Data inizio malattia _____ luogo inizio sintomi _____

P.O. di ricovero _____ U.O. _____

Esami di laboratorio essenziali _____

Insorgenza dei sintomi dal pasto sospetto in ore _____

Sintomi:

➤ FEBBRE NO SI

➤ VOMITO NO SI

➤ DIARREA NO SI Tipo di diarrea: Infiammatoria Acquosa

Altri sintomi:

NOTIZIE EPIDEMIOLOGICHE

Sintomatologia in altri componenti del nucleo familiare: NO SI

specificare nominativo, grado di parentela ed età

CASI SIMILI	Scuola	NO	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	specificare	_____
	Lavoro	NO	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	specificare	_____
	Mensa	NO	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	specificare	_____
	Altro	NO	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	specificare	_____

FONTE DI CONTAGIO

Tipo di alimento individuato o sospetto _____

Luogo dove è stato consumato l'alimento: casa privata, comunità (specificare se scuola, ristorante, mensa o altro) _____

N° soggetti coinvolti: _____

Inizio 1° caso: Ore _____ Giorno _____

Fine ultimo caso: Ore _____ Giorno _____

Nel caso in cui l'alimento sia stato consumato in un locale:

- è stato effettuato il sopralluogo dai Servizi competenti: NO SI
- sono state riscontrate irregolarità: NO SI quali _____
- sono stati eseguiti prelievi di campioni alimentari: NO SI
con che esito? _____

PROVVEDIMENTI NEI CONFRONTI DEL MALATO

Tipo di terapia

Esito: Guarigione Esiti Exitus

Accertamenti diagnostici eseguiti:

- *Coprocoltura:* _____ esito

- *Sierodiagnosi:* _____ esito

- *Emocoltura:* _____ esito

- *Altri esami:* _____ esito

➤ *Residuo di alimenti:* _____ esito

SOGGETTI SOTTOPOSTI A SORVEGLIANZA SANITARIA

NOMINATIVO	ETA'	COMUNITA'	ESAMI	ESITO

Osservazioni:

Data di compilazione: _____

Firma del compilatore

REGIONE ABRUZZO
ASSESSORATO SANITA'

SORVEGLIANZA EPIDEMIOLOGICA DELLA TBC

SCHEDA DI INDAGINE PER CASO DI MALATTIA SOSPETTO CONFERMATO

U.O. che denuncia il caso _____

medico che denuncia il caso _____ tel. _____

data della notifica _____ note _____

DATI ANAGRAFICI

Cognome _____ Nome _____

sexo M F nato a _____ prov. _____ il _____

residente in _____ via _____ tel. _____

(se il luogo di residenza non coincide con il domicilio abituale compilare la riga successiva)

domiciliato in _____ via _____ tel. _____

(se immigrato da paese straniero compilare la riga successiva)

provenienza _____ anno di ingresso in Italia _____

professione _____

sede di lavoro o scuola _____

Vive in collettività NON NOTO NO SI (se si barrare la casella appropriata)

Casa di riposo per anziani

Istituto penitenziario

Istituto di lungodegenza

Campo nomadi

Istituto per portatori di handicap fisico e mentale

Comunità di recupero

tossicodipendenti

Altra collettività (specificare): _____

Indirizzo collettività _____

Componenti il nucleo familiari e conviventi: n°

Frequentatori abituali: n°

PRECEDENTI PERSONALI PER TBC

	DATA	ESITO
Test tuberculino	___ / ___ / ___	_____
Indagini radiologiche eseguite	___ / ___ / ___	_____
Diagnosi di TBC polmonare	___ / ___ / ___	_____
Diagnosi di TBC extra polmonare	___ / ___ / ___	_____
Chemioprolifassi per TBC	___ / ___ / ___	_____
Vaccinazione BCG	___ / ___ / ___	_____

DATI RELATIVI ALLA MALATTIA

Data di inizio presente episodio ___ / ___ / ___

Diagnosi: (barrare la voce relativa al caso) nuovo caso recidiva

TBC polmonare contagiosa

specificare _____

TBC extrapolmonare _____

Ricovero NO SI data ___ / ___ / ___

Specificare Ospedale o Casa di Cura

Data di dimissione ___ / ___ / ___

FATTORI DI RISCHIO E CONDIZIONI PREDISPONENTI

SI NO NON NOTO

- Terapia immunosoppressiva
- Alcolismo
- Tossicodipendenza

Uso di sostanze stupefacenti non e.v.

AIDS\Infezioni da HIV

Malassorbimento \ Denutrizione

Insufficienza renale cronica

Neoplasie \ Linfomi \ Leucemie

Silicosi

Grave Immunodeficienza

Diabete

Esposizione a casi noti di TBC

Immigrazione da Paesi ad alto rischio

Se si, specificare Paese e data di ingresso in Italia

Condizioni igieniche abitazione

salubre

insalubre

NOTE

CRITERI DIAGNOSTICI

Positivo

Negativo

Non eseguito

1. Esame clinico:

2. Esame diretto escreato

*3. Es. diretto altro materiale inclusi esami istologici,
ricerca micobatteri.....*

4. Esame colturale escreato

5. Esame colturale altro materiale, specificare

6. Intradermoreazione

7. Es. radiologico \ Es. strumentali

8. Risposta terapia antitubercolare (due o più farmaci)

Data inizio terapia ___ / ___ / ___

Farmaci impiegati:

Etambutolo

Isoniazide

Pirazinamide

Rifampicina

Streptomycina

Altro _____

NOTE

data indagine ____ / ____ / ____

Sanitario che ha effettuato l'indagine

indirizzo _____ tel. _____

REGIONE ABRUZZO
ASSESSORATO SANITA'

SORVEGLIANZA EPIDEMIOLOGICA DELLA TBC
SCHEMA DI INDAGINE SUI CONTATTI

CASO INDICE

Cognome _____ Nome _____
sesto <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F data di nascita _____ luogo di nascita _____

CONTATTO

Cognome _____ Nome _____
sesto <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F data di nascita _____ luogo di nascita _____
residenza _____ Prov. _____
ASL _____
via _____
tel. _____
Professione _____

CLASSIFICAZIONE DEL CONTATTO:

STRETTO *persone che convivono con il caso o che hanno condiviso lo stesso spazio confinato per numerose ore al giorno*

REGOLARE *persone che condividono regolarmente lo stesso luogo chiuso*

OCCASIONALE *persone che condividono occasionalmente lo stesso luogo chiuso*

AMBITO DEL CONTATTO:

FAMIGLIA *specificare il grado di parentela _____*

COLLETTIVITA' *Scuola, Lavoro, Ospedale, (specificare indirizzo, struttura)*

PRESENZA FATTORI DI RISCHIO:

ETA' **bambini di età inferiore a 5 anni, adolescenti (specificare età)**

PATOLOGIE

diabete, depressione immunitaria, alcolismo, silicosi, etc. (specificare)

CONDIZIONI PREDISPONENTI:

TOSSICODIPENDENZA PER VIA ENDOVENOSA

IMMIGRAZIONE DA PAESI AD ALTA ENDEMI

specificare il Paese di provenienza e

l'anno

di arrivo in Italia

APPARTENENZA A COMUNITA' AD ALTO RISCHIO

Soggetti senza fissa dimora, nomadi,

specificare

ALTRO

CONDIZIONI IGIENICHE ABITAZIONE:

Salubre

Insalubre

SORVEGLIANZA TEMPO ZERO

SI

NO

NON NOTO

Vaccinato con BCG

Precedenti di TBC curati

Mantoux o test Tubercolinico

data _____ esito _____ se Mantoux spec.

mm _____

Rx Torace

data _____ esito _____

Chemioprolifassi

data _____ farmaci: (specificare farmaco dosaggio, durata)

SORVEGLIANZA DOPO DUE MESI

Mantoux o

data _____ esito _____

Rx Torace

data _____ esito _____

Chemioprolifassi

data _____ farmaci: (specificare farmaco dosaggio, durata)

Vaccinazione con BCG

data _____

NOTE

Data di compilazione _____

Firma e timbro del medico compilatore

REGIONE ABRUZZO
ASSESSORATO SANITA'

SORVEGLIANZA EPIDEMIOLOGICA DELLA TBC E DELLE MICOBATTERIOSI

SCHEDA PER SCREENING DI GRUPPI A RISCHIO

COMUNITA'

DATI ANAGRAFICI

Cognome _____ e _____ Nome _____

data _____ di nascita _____ luogo _____ di nascita _____

sexo M F _____ residenza _____

data di ingresso in comunit  ____ / ____ / ____ professione _____

paese di provenienza, se immigrato _____

data di ingresso in Italia ____ / ____ / ____

PRECEDENTI PERSONALI PER TBC

test tubercolinico NON NOTO NO SI data ____ / ____ / ____ esito _____

indagini radiologiche NON NOTO NO SI data ____ / ____ / ____ esito _____

diagnosi tbc in passato NON NOTO NO SI data ____ / ____ / ____ forma _____

chemioprolissi NON NOTO NO SI data ____ / ____ / ____ esito _____

vaccinazione con BCG NON NOTO NO SI data ____ / ____ / ____ esito _____

FATTORI DI RISCHIO E CONDIZIONI PREDISPONENTI

tossicodipendenza _____

alcolismo _____

<i>diabete</i>	_____
<i>infezione da HIV</i>	_____
<i>terapia immunosoppressiva.</i>	_____
<i>immunodeficienza</i>	_____
<i>silicosi</i>	_____
<i>altro</i>	_____

PROVVEDIMENTI DI SORVEGLIANZA

<i>test tuberculinico/mantoux</i>	<i>data</i> ___ / ___ / ___	<i>esito</i> _____
<i>Rx torace</i>	<i>data</i> ___ / ___ / ___	<i>esito</i> _____
<i>vaccinazione con BCG</i>	<i>data</i> ___ / ___ / ___	<i>esito.</i> _____
<i>chemioprolifassi</i>	<i>data</i> ___ / ___ / ___	<i>farmaci</i> _____
<i>note</i>	_____	

data _____

Firma

**CONTROLLI SUCCESSIVI
PROVVEDIMENTI ADOTTATI**

data _____

Firma

CONTROLLI SUCCESSIVI <i>PROVVEDIMENTI ADOTTATI</i>

data _____

Firma

Allegato B

**SCHEMA DI CONVENZIONE TRA IL MINISTERO DELLA
GIUSTIZIA: PROVVEDITORATO REGIONALE /ISTITUTO**

**PENITENZIARIO DI E LA USL DI
..... PER LA CURA E LA
RIABILITAZIONE DEI DETENUTI TOSSICODIPENDENTI
E/O ALCOOLDIPENDENTI RISTRETTI NELL'ISTITUTO O
SEZIONE A CUSTODIA ATTENUATA E RELATIVO
PROTOCOLLO.**

Attuazione delle "Linee d'indirizzo in materia di prevenzione", cura e riabilitazione dei detenuti tossicodipendenti e/o alcooldipendenti coinvolti nell'area penale" emanate in data 12.1992 e ratificate in data 10.03.1994.

IN OTTEMPERANZA a quanto previsto dall'art. 11, comma 10, L. 354/75, dall'art. 17, comma 1, DPR 230/2000, D.Lgs 230/99 e dall'art. 95 DPR 309/90, al fine di promuovere concrete condizioni per l'effettiva attuazione dei principi generali e delle disposizioni precettive contenute nelle leggi sopra citate;

IN ESECUZIONE del dettato normativo del DPR 309/90, che prescrive (artt. 95 e 96) che la pena detentiva dei soggetti tossicodipendenti e/o alcooldipendenti deve essere scontata in Istituti idonei per lo svolgimento di programmi terapeutici e socio-riabilitativi, la cui realizzazione è demandata ai Servizi pubblici per le tossicodipendenze (SERT) delle AASSLL, in collaborazione con il Servizio sanitario penitenziario;

ATTESO quanto previsto dagli artt. 115,116 e 117 DPR 309/90, mediante i quali si prefigura un sistema regionale degli interventi nelle aree delle tossicodipendenze e/o alcooldipendenze strutturalmente aperto agli apporti dei soggetti sociali, degli Enti Ausiliari e della comunità locale;

IN OTTEMPERANZA con quanto previsto dagli artt. 113 e seguenti del DPR 309/90 sulle funzioni sanitarie e socio-assistenziali delle Regioni, delle AASSLL e degli Enti locali in materia di tossicodipendenza e/o alcooldipendenza e dall'art. 122 del DPR citato in materia di definizione e gestione del programma terapeutico e socio-riabilitativo individualizzato;

ACQUISITO quanto previsto dalla Commissione Nazionale Consultiva e di Coordinamento per i Rapporti con le Regioni e gli Enti Locali, in materia di assistenza sanitaria penitenziaria in data 13.6.1989, e in materia di cura e riabilitazione dei tossicodipendenti e/o alcooldipendenti coinvolti nell'area Penale in data 11.12.1992;

TUTTO CIO' PREMESSO

TRA

Il Dott. nella sua qualità di
Provveditore regionale/Direttore dell'istituto Penitenziario su delega del
Provveditore regionale di

E

il Dott. Direttore Generale dell'AUSL di

SI CONVIENE E SI STIPULA QUANTO SEGUE

Art. 1

La struttura a custodia attenuata, istituita presso.....
accoglie detenuti tossicodipendenti e/o alcooldipendenti in custodia
cautelare in carcere o in espiazione di pena, provenienti
da.....

Sono ammessi nella struttura a custodia attenuata le persone che ne
hanno fatto esplicita richiesta, in possesso dei requisiti e con le
caratteristiche previste nel Progetto di cui all'art. 7.

Al fine di realizzare le condizioni idonee a garantire l'attuazione del
Progetto, le parti si impegnano a favorire, sviluppare e promuovere
quelle iniziative ed attività in grado di valorizzare le risorse del territorio,
degli Enti Locali e della partecipazione sociale, rendendo effettiva
l'azione di recupero e di reintegrazione sociale dei detenuti
tossicodipendenti e/o alcooldipendenti prevista nella struttura.
L'intervento degli Enti Locali e della partecipazione sociale è regolata da
un Protocollo d'intesa o da un Accordo di Programma (art. 27 L. 142/90)

Art. 2

Per l'elaborazione, attuazione e verifica del Progetto di cui all'art. 7, è
istituito un Comitato composto dal Direttore dell'istituto, dal Direttore
Generale dell'aUSL, dal Direttore del CSSA, dal Sindaco o dalla
Conferenza dei Sindaci, di cui all'art. 3, comma 14 Legge 502/92, o loro
delegati, dal Magistrato di Sorveglianza, dai referenti degli Enti Ausiliari
e dai soggetti sociali coinvolti.

Il Comitato ha quale compito istituzionale la funzione di programmazione, di supporto e verifica del Progetto d'intervento di cui all'art. 7, nonché la funzione di accompagnare la realizzazione del programma terapeutico e socio-riabilitativo individualizzato attuato dal SERT, in collaborazione con il Servizio sanitario penitenziario e gli operatori penitenziari, di fornire tutte quelle opportunità che ne consentono la piena realizzazione, sia in corso di attuazione che nella prospettiva degli esiti, quindi della reintegrazione sociale del detenuto. L'attività del Comitato è disciplinata da un proprio Regolamento.

Art. 3

Nell'azione di accompagnamento del programma terapeutico e socio-riabilitativo individualizzato, il Comitato tecnico di cui all'art. 2 si impegna a garantire nell'ambito della struttura e, in quanto ammissibile, sul territorio la attività formativa, culturale, sportiva, occupazionale e di studio necessarie per il recupero del soggetto nonché idonei interventi atti a favorire il collocamento del detenuto, esaurita la fase terapeutica e socio-riabilitativa, nel mercato del lavoro e nel settore del lavoro di pubblica utilità, anche mediante la valorizzazione della cooperazione ex art. 134 DPR 309190 e L. 381/91.

Art. 4

Il programma di trattamento individualizzato ex art. 13 L. 354/75 è elaborato ed attuato dagli operatori penitenziari, sotto la responsabilità del Direttore dell'istituto e si avvale delle opportunità e delle risorse rese disponibili dal Comitato di cui all'art. 2 e dei suoi referenti istituzionali e sociali nonché degli apporti dell'intervento terapeutico e socio-riabilitativo attuato, in conformità alla legge, dal SERT così come previsto nel successivo art. 5 e nel Progetto allegato.

Art. 5

Il programma terapeutico e socio-riabilitativo individualizzato per i detenuti tossicodipendenti e/o alcooldipendenti presenti nella struttura a custodia attenuata è elaborato ed attuato dall'AUSL, che a tal fine si avvale del SERT, assicurando la disponibilità dei trattamenti psicologici socio-riabilitativi e farmacologici necessari.

L'AUSL provvede, altresì, all'esecuzione delle analisi cliniche ritenute necessarie per l'accertamento dello stato di tossicodipendenza e/o alcooldipendenza e per la verifica dell'andamento del programma terapeutico e socio-riabilitativo individualizzato.

Il SERT, nell'elaborazione ed attuazione di tale programma si avvale della collaborazione del Servizio sanitario penitenziario e degli operatori penitenziari, e, qualora richiesto, del medico di fiducia, così che la condizione di detenuto sia pienamente accolta ed interpretata nell'ambito del percorso terapeutico e socioriabilitativo individualizzato.

Gli operatori coinvolti nel programma terapeutico e socio-riabilitativo sono tenuti al segreto professionale.

Nella gestione del programma terapeutico il SERT si impegna ad avvalersi, in quanto compatibile, delle risorse, delle professionalità e delle opportunità rese disponibili dai soggetti istituzionali e sociali presenti nel territorio e coinvolte dal Comitato.

L'AUSL, avvalendosi del SERT, si impegna a garantire la continuità terapeutica sviluppando i necessari raccordi e collaborazioni con le USL di provenienza e di destinazione dei detenuti, curando, in collaborazione con il CSSA, i rapporti con i servizi territoriali competenti per i soggetti dimessi dall'istituto.

Art. 6

Il Direttore dell'istituto, responsabile degli interventi trattamentali attuati (art. 3 DPR 230/2000) e garante dello svolgimento degli stessi, e il Coordinatore del SERT, responsabile dell'intervento curativo e riabilitativo per i tossicodipendenti e/o alcooldipendenti, si impegnano a collaborare nel rispetto delle reciproche competenze alla realizzazione dei programmi di trattamento penitenziario e dei programmi terapeutici e socio-riabilitativi individualizzati a favore dei detenuti tossicodipendenti e/o alcooldipendenti e ad integrare, a tal fine, i reciproci interventi.

Il Direttore dell'istituto si impegna a facilitare al massimo l'esecuzione delle misure curative e riabilitative predisposte dall'AUSL per i detenuti tossicodipendenti e/o alcooldipendenti anche attraverso periodici incontri tra gli operatori penitenziari e quelli dell'AUSL.

L'AUSL si impegna a realizzare gli interventi curativi e riabilitativi ritenuti idonei in relazione anche alle caratteristiche e alla specificità dell'istituto, curando i rapporti operativi con il personale penitenziario, al fine di attuare una continuità di trattamento.

Il Direttore dell'istituto ed il Coordinatore del SERT concordano periodici momenti di incontro per integrare i programmi di intervento, esaminare i risultati e formulare proposte operative per il miglioramento del servizio.

Ogni sei mesi è inviata al Dipartimento dell'Amministrazione penitenziaria una relazione circa l'andamento del servizio nonché la scheda riassuntiva allegata alla presente Convenzione.

Art. 7

La presa in carico delle persone tossicodipendenti e/o alcooldipendenti nella struttura penitenziaria a custodia attenuata è regolata dal Progetto e relativo modello operativo allegato, che è parte integrante della presente Convenzione.

Nel Progetto e relativo modello operativo sono specificati i ruoli ed i rispettivi ambiti di operatività del personale penitenziario e del personale dell'USL, le modalità operative attraverso cui si realizza la collaborazione, i contenuti e le modalità di partecipazione aviazione rieducativa e trattamentale degli Enti Locali, degli Enti Ausiliari, dei soggetti sociali e della partecipazione sociale coinvolta.

Tali disposizioni conservano la loro validità anche nell'ipotesi che l'attuazione del programma terapeutico e socio-riabilitativo sia attuato mediante Convenzione con un Ente Ausiliario, di cui all'art. 15 DPR 309/90, in possesso dei requisiti di legge. In tal caso rimangono inalterate le funzioni istituzionali dell'Amministrazione penitenziario, dell'AUSL e del SERT ed il conseguente apporto per la piena realizzazione del Progetto.

Art. 8

Le parti si impegnano a garantire la presenza degli operatori in numero e professionalità commisurate alle effettive esigenze del Progetto di cui all'art. 7 ed a favorire iniziative di formazione congiunta tra gli operatori penitenziari e quelli dell'AUSL coinvolti, aperte agli operatori degli Enti Locali, degli Enti Ausiliari e della partecipazione sociale coinvolti nel Progetto.

Art. 9

Gli oneri finanziari conseguenti all'attuazione degli impegni contenuti nella presente Convenzione gravano sulle parti così come a seguito:

- gli interventi ordinati alla cura ed alla riabilitazione dei soggetti tossicodipendenti e/o alcooldipendenti ristretti nella struttura penitenziario a custodia attenuata gravano sul Fondo Sanitario Regionale (Risoluzione Conferenza Stato e Regioni del 30.7.1992); -
- gli interventi ordinati all'istruzione o al recupero scolastico dei detenuti gravano sugli Organi periferici del Ministero della Pubblica Istruzione;
- gli interventi ordinati alla formazione professionale dei detenuti, gravano sul Fondo Regionale per la Formazione;
- gli interventi ordinati alla prevenzione e alla reintegrazione sociale dei detenuti gravano sugli Enti Locali e sul Fondo Socio Assistenziale (art. 114 DPR 309/90);- gli interventi ordinati alla cura e riabilitazione dei detenuti tossicodipendenti e/o alcooldipendenti nelle situazioni in cui lo stato di tossicodipendenza e/o alcoldipendenza si associ a patologie correlate prevalenti, per le quali si richiedono interventi

sanitari intra ed extra-ospedalieri, gravano sulle parti così come da normativa vigente;

- l'assistenza eventualmente prestata dal medico di fiducia richiesta dal detenuto grava sullo stesso (art. 11, comma 11, l. 354/75)

Nulla è modificato rispetto alla disciplina generale in materia di partecipazione ai costi da parte del cittadino per gli interventi sanitari;

- ogni altro onere istituzionale grava sull'Amministrazione penitenziaria.

Art. 10

La presente Convenzione è esecutiva dopo la sottoscrizione delle parti e l'approvazione del Dipartimento dell'Amministrazione penitenziaria, cui è trasmessa unitamente al Progetto di cui all'art. 7.

Dopo l'approvazione, la Convenzione e il Progetto sono trasmesse a cura del Dipartimento dell'Amministrazione penitenziaria al Provveditore Regionale e al Magistrato di Sorveglianza e dall'AUSL alla Regione.

La Convenzione ha durata annuale ed è tacitamente rinnovata se non disdetta da una delle parti tre mesi prima della scadenza e conserva la propria validità anche a fronte di possibili aggiornamenti della normativa di riferimento, così come stabilito dal Ministero della Giustizia d'intesa con le Regioni.

Ciascuna delle parti si riserva peraltro la facoltà di disdire la Convenzione, con un preavviso di tre mesi, qualora dalla controparte non venissero osservati gli obblighi stabiliti.

..... li

PER L'AUSL di
IL DIRETTORE GENERALE

PER IL MINISTERO DI GRAZIA E
GIUSTIZIA
IL PROVVEDITORE REGIONALE/
DIRETTORE ISTITUTO SU DELEGA DEL
PROVVEDITORE

Allegato C

**SCHEMA DI CONTRATTO TRA L'EQUIPE
DELLA C.A. E IL SIG.....**

Il presente contratto è elemento indispensabile ai fini della permanenza alla C.A. e ne costituisce uno degli elementi più importanti.

Tale contratto viene consegnato al momento dell'ingresso e il residente, qualora voglia intraprendere il programma terapeutico proposto dalla C.A., è tenuto a sottoscriverlo e consegnarlo al primo incontro di gruppo.

Il contratto comporta L'ADESIONE AL PROGRAMMA che prevede:

- Partecipazione alle attività terapeutiche di gruppo della durata di un'ora e trenta ciascuna coordinata da un operatore dell'Azienda A.U.S.L.
- Partecipazione alle attività di manutenzione della casa, della cucina, e di altre attività lavorative da individuare qualora la posizione giuridica lo consenta, dato il parere favorevole dell'equipe.
- Partecipazione alle attività relative al tempo libero.

È permesso l'utilizzo di 55.00 Euro mensili che saranno versati sul conto corrente di ogni singolo residente per le spese personali (sigarette, sapone, ecc.).

Non è consentita alcuna spesa che non sia autorizzata dall'equipe, nonché l'utilizzo di fondi personali.

INOLTRE ACCETTA LE SEGUENTI MISURE TERAPEUTICHE.

Ogni richiesta sarà presentata all'equipe terapeutica che valuterà in base alle esigenze individuali del soggetto, tenendo conto che:

Durante il primo mese di permanenza:

- non è permesso avere contatti con l'esterno. Saranno valutate solo richieste di comunicazione con i familiari.

Durante il secondo mese di permanenza:

- è possibile scrivere, telefonare e avere colloqui con i familiari o persone di riferimento.
- Partecipare alle uscite di gruppo.
- Fare richiesta di colloquio con operatori di comunità o altre strutture coerentemente con il programma concordato con l'equipe.

Durante il terzo mese di permanenza:

- è possibile chiedere permessi presso la comunità o struttura individuata dal programma. La partecipazione alle uscite sarà decisa dall'equipe in base all'impegno ed in rapporto al programma terapeutico individuato.

La richiesta di MISURE ALTERNATIVE o altri benefici di legge (ad esempio: liberazione anticipata) dovrà essere presentata all'equipe C.A che valuterà in base alle necessità del progetto individuato.

Le istanze presentate precedentemente all'ingresso alla C.A. dovranno essere tempestivamente comunicate all'equipe.

L'assegnazione della camera e la scelta degli altri occupanti è di esclusiva competenza dell'equipe che si riserva di stabilire qualsiasi spostamento che si ritiene necessario.

INOLTRE L'UTENTE PRENDE ATTO CHE ALLA C.A. VIGE IL SEGUENTE REGOLAMENTO:

1. E' vietato l'uso di sostanze stupefacenti
2. E' vietato l'uso di bevande alcoliche
3. Non è ammessa la somministrazione di farmaci sostitutivi e di psicofarmaci
4. Sono vietati atti di violenza
5. Non è consentito fumare più di 15 sigarette al giorno della marca consentita (MS, nazionali)
6. Il caffè è limitato ad una tazzina a colazione e una dopo pranzo
7. Non è consentito l'uso di apparecchi musicali e di musicassette personali
8. I telegrammi vengono sempre aperti e letti con un collaboratore di turno
9. Non è consentito allontanarsi dalle attività senza autorizzazione

IL RESIDENTE PRENDE ATTO CHE:

Il lavoro da lui svolto nell'ambito della C.A costituisce il contributo necessario all'integrazione del proprio mantenimento e strumento di terapia. Nel caso di rottura o danneggiamento di oggetti della C.A sarà tenuto a risarcire il danno o, eventualmente, sarà richiesto il rimborso ai familiari.

La mancata ottemperanza ai punti 1 - 2 - 3 - 4 - 9 è motivo di interruzione del contratto senza ulteriori valutazioni.

Inoltre, il contratto potrà essere **INTERROTTO DALL'EQUIPE** qualora si verificano inadempienze che riguardano le prescrizioni date, le mansioni assegnate o il progetto stabilito.

Può essere **INTERROTTO DALL'UTENTE** in qualsiasi momento attraverso una comunicazione scritta presentata ad un collaboratore terapeutico.

L'equipe si impegna a stabilire entro il 3° mese di permanenza presso la C.A. dopo aver valutato le caratteristiche dell'utente e nel rispetto delle esigenze da lui espresse, una proposta di programma terapeutico concordato con l'A.U.S.L. di appartenenza.

La non accettazione del programma concordato comporta la cessazione del contratto ed il rientro ad una sezione ordinaria dell'istituto.

CONTRATTO VALIDO DAL _____

AL _____

Il sottoscritto dopo aver preso conoscenza del metodo e della finalità della C.A sottoscrive in data odierna tale contratto e dichiara che la sua permanenza è finalizzata a

EQUIPE TERAPEUTICA

UTENTE
