

LINEE DI INDIRIZZO PER L'ASSISTENZA AI DETENUTI CON DISTURBO DA USO DI SOSTANZE PSICOATTIVE O COMPORTAMENTI

(Documento allegato alla Deliberazione della Giunta regionale n. 1447 del 10/12/2018 quale parte integrante e sostanziale)

1. Premessa

Nel 2015 il Ministro della Giustizia ha attivato gli Stati generali dell'esecuzione penale, comprendenti 18 tavoli tematici, i cui lavori si sono conclusi nei primi mesi del 2016; tra questi, il tavolo tematico 4 su *“Minorità sociale, vulnerabilità, dipendenze”*. Dal documento conclusivo del tavolo 4: *“Tossicodipendenza e carcere non si coniugano. E' dato inconfutabile, infatti, che il carcere acuisca in modo esponenziale le problematiche dell'individuo: incide, ancor di più, su un'interiorità e un'esistenza già provate; accentua il tasso di recidiva di coloro che vi scontano la pena (al contrario di coloro che usufruiscono delle misure alternative). Quest'ultimo dato, soprattutto, è idoneo a smentire l'ipotesi che il carcere possa avere un qualche effetto deterrente per chi è abitualmente dedito ad assumere sostanze stupefacenti. (...) Paradossalmente, però, il sistema è congegnato in modo tale che il carcere intercetta un numero rilevante di persone tossicodipendenti che non hanno mai avuto accesso ai servizi. La popolazione tossicodipendente in carcere comprende le fasce particolarmente marginali e problematiche per le quali, più che una risposta carceraria, sarebbero opportune politiche sociali. (...) Il carcere, infatti, rompe o comunque allenta legami sociali e familiari, produce spesso la perdita del lavoro, marchia le persone con stigmi difficilmente cancellabili, modifica la percezione della propria identità; è a volte causa di vere e proprie patologie, sia fisiche che psichiche. Il carcere come realtà fattuale ha effetti negativi sui soggetti con 'minorità sociale' o con organizzazioni patologiche, come le dipendenze. Vanno quindi implementate e valorizzate alternative ad esso. Deve essere differenziato il percorso protettivo della salute e riabilitativo, che assume carattere di priorità e di prevalenza, da quello carcerario.”*

Le osservazioni del tavolo tematico sono perfettamente in linea con le ragioni alla base delle *Linee guida regionali interistituzionali per la gestione integrata dei programmi alternativi alla pena detentiva in persone alcol e tossico-dipendenti*, adottate dalla Regione Umbria con la deliberazione della Giunta regionale n.1548/2014, a conclusione di un lungo percorso di confronto e collaborazione che ha coinvolto il Provveditorato regionale dell'Amministrazione penitenziaria, l'UEPE, l'ANCI e i Comuni dell'Umbria, il Tribunale di Sorveglianza di Perugia, oltre agli operatori delle Aziende USL e del privato sociale impegnati nel campo delle dipendenze.

In una prima fase, quindi, in ambito regionale sono state intraprese iniziative finalizzate ad incrementare l'accesso alle misure alternative, anche attraverso un Protocollo d'intesa siglato con il Ministero della Giustizia, l'ANCI Umbria e la Magistratura di Sorveglianza di Perugia per l'ampliamento del numero di persone alcol- e tossico-dipendenti detenute presso gli Istituti penitenziari umbri ammesse a usufruire di misure alternative alla detenzione, a prescindere dal loro luogo di residenza¹.

Sono stati quindi definiti percorsi operativi, procedure e strumenti più funzionali ed omogenei, con l'obiettivo di migliorare la fruibilità e l'efficacia dei programmi in misura alternativa, con accesso sia dal carcere che dalla libertà, promuovendo il passaggio ad un lavoro integrato, di stretta

¹ Il Protocollo d'intesa tra Ministero della Giustizia, Regione Umbria, ANCI Umbria e Tribunale di Sorveglianza di Perugia è stato siglato nel 2014 ed ha avuto durata triennale.

collaborazione tra i diversi ambiti istituzionali ed operativi coinvolti nella predisposizione e attuazione dei programmi terapeutici.

In continuità con il percorso precedente, si pone ora l'obiettivo di estendere il modello di lavoro integrato a tutto il percorso di assistenza ai detenuti con disturbo da consumo di sostanze psicoattive o comportamenti, partendo dalla consapevolezza che all'interno degli Istituti penitenziari il detenuto dipendente è oggetto di una duplice costrizione: lo stato di reclusione e l'obbligatorietà di interrompere l'uso di sostanze dalle quali è dipendente. E' quindi necessario, a tutela della salute e dell'integrità psicologica, predisporre interventi terapeutici che aiutino la persona ad alleggerire i disturbi conseguenti all'astinenza coattiva dal consumo di sostanze, che la supportino a livello psicologico e sociale e, sulla base di una sua libera scelta, la accompagnino verso percorsi di riabilitazione e continuità terapeutica che possano facilitarne il reinserimento sociale.

Questi obiettivi non possono prescindere dalla valutazione dei fattori ambientali specifici; lo stato detentivo ed il contesto carcerario, infatti, da un lato determinano situazioni di stress protratto che incidono sulle condizioni psicofisiche della persona e dall'altro introducono limiti al pieno sviluppo dell'intervento terapeutico. Ne deriva la necessità di agire per la massima integrazione tra tutti i soggetti che intervengono nei confronti del detenuto, afferenti sia al versante della Giustizia che a quello sanitario, per una presa in carico unitaria fra i servizi dell'Amministrazione penitenziaria ed i servizi sanitari presenti all'interno dell'Istituto mirata a garantire la tutela della salute dei detenuti sia durante la reclusione che nella fase della dimissione.

Nello spirito del decreto legislativo n. 230/2001, di riordino della sanità penitenziaria, occorre allo stesso tempo operare concretamente verso la finalità di garantire alle persone detenute pari opportunità di trattamento rispetto ai cittadini liberi, secondo principi di equità di accesso, appropriatezza dei trattamenti, personalizzazione dei programmi terapeutici; per le dipendenze, questo si traduce innanzitutto nell'adozione di un approccio multidisciplinare, unico in grado di intervenire con efficacia nei confronti di un problema complesso e multifattoriale. Tali finalità si associano, inoltre, all'esigenza di superare in ambito regionale le eccessive difformità rilevate tra gli Istituti nelle modalità di assistenza e nelle forme organizzative che le sostengono, a salvaguardia del principio di equità alla base dei diritti di salute.

A seguito del DPCM 12 gennaio 2017, *"Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502"*, sono stati introdotti nuovi livelli di assistenza specifici, garantiti dal sistema sanitario pubblico, che comprendono:

- l'estensione della presa in carico multidisciplinare, e degli interventi terapeutici conseguenti, al disturbo da gioco d'azzardo,
- l'introduzione, tra gli ambiti di attività, degli interventi di riduzione del danno.

Va segnalata, infine, una importante innovazione introdotta dal DSM 5, ovvero la versione più recente del Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, che costituisce un riferimento riconosciuto a livello internazionale: in questa area, elimina la distinzione operata nelle versioni precedenti tra il comportamento di abuso e la condizione di dipendenza ed adotta una definizione unica, quella di disturbo da consumo di sostanze o comportamenti (gioco d'azzardo), declinata secondo livelli crescenti di gravità e inquadrata attraverso una serie di criteri diagnostici definiti. Questa innovazione nosografica implica il riconoscimento di un continuum tra uso problematico/abuso/dipendenza e nella pratica clinica aiuta a superare inutili quanto artificiali differenziazioni, che nello specifico del contesto penale hanno ostacolato di fatto non solo

l'adozione di un corretto approccio clinico ma in molti casi anche l'accesso alle misure alternative specifiche.

2. Caratteristiche degli Istituti penitenziari

I 4 Istituti penitenziari presenti in Umbria si distinguono tra loro sia per la tipologia di istituto sia per le caratteristiche dei circuiti penitenziari che vi afferiscono, come è schematicamente riassunto nella tabella seguente.

Tipologia dei circuiti detentivi degli Istituti penitenziari dell'Umbria

SEDE ISTITUTO	TIPOLOGIA	ANNO APERTURA	TIPOLOGIA CIRCUITI DETENTIVI
ORVIETO	Casa Reclusione	anni '30	circuito a custodia attenuata
PERUGIA	Nuovo complesso penitenziario Perugia Capanne	2005	media sicurezza
SPOLETO	Casa di Reclusione	1982	media sicurezza / alta sicurezza
TERNI	Casa Circondariale	1992	media sicurezza / alta sicurezza

Ai diversi circuiti detentivi sono associate differenti esigenze e modalità di trattamento praticabili; occorre pertanto tenere in considerazione le caratteristiche specifiche dell'Istituto entro cui si colloca l'intervento sanitario.

Il Carcere di Orvieto dalla fine del 2015 è stato trasformato da Casa di reclusione ordinaria ad Istituto a Custodia Attenuata; sotto il profilo dell'invio di nuovi detenuti è a pieno regime, mentre l'organizzazione ed i programmi sono in via di adeguamento. Sono presenti in una percentuale significativa detenuti alcol- e tossico-dipendenti, non in terapia farmacologica sostitutiva, che dovranno essere avviati ad attività di inserimento sociale in coerenza con le finalità dell'Istituto. Tuttavia la condizione di dipendenza, come ampiamente stabilito dalla comunità scientifica internazionale, non può ritenersi risolta dall'interruzione del contatto con la sostanza d'abuso determinata dalla detenzione, né per il completamento di una terapia farmacologica di disassuefazione. Tra i detenuti presenti ad Orvieto, si rileva un diffuso bisogno di interventi sanitari di follow up e di supporto psicologico e sociale; occorre valutare, pertanto, se non sia opportuno definire un protocollo specifico tra l'Istituto penitenziario, l'Azienda USL e le Istituzioni locali riguardo alle attività sanitarie e sociali da prevedere in relazione alle necessità sopra richiamate.

Il carcere di Terni e quello di Spoleto prevedono circuiti di alta sicurezza, nell'ambito dei quali le disposizioni limitative delle opportunità di contatto tra i detenuti si traducono in limitazioni oggettive riguardo ad alcune attività trattamentali, come ad es. le attività terapeutiche di gruppo, limitazioni che non intervengono per i detenuti appartenenti al circuito di media sicurezza.

Nel carcere di Spoleto, inoltre, è stata attivata un'area per l'Osservazione psichiatrica.

Il carcere di Terni negli ultimi anni ha aumentato la propria capienza e si è caratterizzato per un notevole incremento del numero dei detenuti nel circuito di alta sicurezza e 41 bis, assumendo pertanto caratteristiche di maggiore complessità.

Il carcere di Perugia è una casa circondariale, caratterizzata da frequente turn over dei detenuti, che vi permangono in molti casi per periodi brevi. Ha adottato un sistema di "sorveglianza dinamica", che consente relazioni continue tra tutti i detenuti.

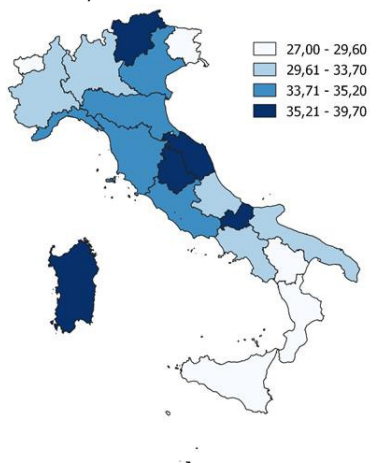
3. Quadro epidemiologico

Nell'analizzare i dati relativi alla presenza di tossicodipendenti tra i detenuti, occorre tenere presente, riprendendo il documento del tavolo 4 degli Stati generali, che *“la legislazione in materia di stupefacenti favorisce di fatto la penalizzazione di condotte che sono in realtà riferibili all'ambito del semplice consumo. Né va sottaciuto che il legislatore ha generalmente previsto un carico sanzionatorio elevatissimo”*. Ne deriva la presenza nelle carceri italiane di una quota elevata di detenuti con disturbo da uso di sostanze psicoattive, che ha visto nel tempo oscillazioni delle sue dimensioni in correlazione agli interventi legislativi di diverso orientamento attuati negli ultimi anni.

La Relazione al Parlamento sulle tossicodipendenze pubblicata nel 2018 (dati 2017) riporta che in Italia *“la popolazione carceraria è costituita per un terzo (32,7%) da detenuti per reati di produzione, traffico e detenzione di sostanze stupefacenti (art. 73 DPR n. 309/1990)”*; l'Umbria è, al pari delle Marche, la regione con la più alta quota di reclusi per tale tipologia di reati, presenti alla fine del 2017 (40% circa).

Nella figura seguente, tratta dalla Relazione al Parlamento 2018, è riportata la distribuzione regionale della percentuale di detenuti presenti alla fine del 2017 per violazione dell'art.73 del DPR n. 309/1990.

Distribuzione regionale della percentuale di detenuti presenti alla fine dell'anno per art.73 DPR n. 309/1990. Fonte: Ministero della Giustizia, anno 2017.



Il numero dei dipendenti e degli assuntori di stupefacenti ristretti negli Istituti penitenziari non coincide naturalmente con i dati sopra riportati, poiché la commissione di tali reati non sempre si associa ad una condizione di dipendenza attuale, che al contrario può essere presente in detenuti per reati diversi.

Per quanto riguarda l'Umbria, abbiamo a disposizione i dati rilevati dai servizi ASL ai sensi degli Accordi in Conferenza Unificata dell'8/7/2010 e del 18/5/2011, ed elaborati dagli Uffici regionali competenti.

Analizzando i dati degli ultimi anni, entro un andamento caratterizzato dal progressivo aumento del numero dei detenuti negli Istituti umbri, spicca in maniera particolarmente evidente il forte incremento della quota di detenuti tossicodipendenti e assuntori registrato a fine 2017, rispetto ai dati dei due anni precedenti.

Già a partire dal 31/12/2012 il numero più elevato di tossicodipendenti e assuntori si ha presso l'Istituto di Terni, dato confermato nelle rilevazioni del triennio 2015-2016-2017; ad Orvieto si

rileva invece il rapporto più elevato tra la quota di tossicodipendenti/assuntori ed il totale dei detenuti presenti.

I dati rilevati al 31 dicembre 2015, al 31 dicembre 2016 e al 31 dicembre 2017 sono riportati nella tabella seguente.

Totale detenuti, tossicodipendenti e assuntori negli IIPP dell'Umbria. Rilevazioni puntuali al 31/12/2015, al 31/12/2016 e 31/12/2017. Elaborazione a cura dell'Osservatorio epidemiologico regionale sulle Dipendenze

	31 dicembre 2015			31 dicembre 2016			31 dicembre 2017		
	Totale detenuti	N.Tossicodip. /assuntori	%	Totale detenuti	N.Tossicodip. /assuntori	%	Totale detenuti	N.Tossicodip. /assuntori	%
IP PERUGIA	293	55	19%	337	40	12%	365	64	18%
IP SPOLETO	463	30	6%	477	47	10%	466	57	12%
IP TERNI	435	90	21%	441	89	20%	443	121	27%
IP ORVIETO	48	19	40%	63	21	33%	96	61	64%
UMBRIA	1.239	194	16%	1.318	197	15%	1.370	303	30%

Per quanto riguarda le presenze dei detenuti alcolodipendenti, i dati risultano decisamente più contenuti (v. tabella seguente); in realtà, ciò è dovuto ad una generale sottostima del problema, che nella maggior parte dei casi non viene segnalato né registrato, ma è in realtà piuttosto diffuso nella popolazione detenuta.

Dai dati dei servizi risulta in una quota considerevole dei casi la compresenza di dipendenza da sostanze stupefacenti. Le presenze di detenuti alcolodipendenti si registrano soprattutto negli Istituti di Perugia e di Terni.

Detenuti alcol dipendenti negli IP dell'Umbria – Rilevazioni puntuali al 31/12/2014, al 31/12/2015 e al 31/12/2016. Elaborazione a cura dell'Osservatorio epidemiologico regionale Dipendenze

	Detenuti alcol-dipendenti al 31/12/2014	Detenuti alcol-dipendenti al 31/12/2015	Detenuti alcol-dipendenti al 31/12/2016
IP PERUGIA	11	15	14
IP SPOLETO	2	6	8
IP TERNI	9	7	6
IP ORVIETO	0	0	0
TOT. UMBRIA	22	28	28

4. Obiettivi specifici delle Linee di indirizzo

- Uniformare in ambito regionale le modalità di assistenza e le relative forme organizzative, pur nella salvaguardia delle esigenze effettivamente legate a caratteristiche specifiche dei singoli Istituti.
- Favorire l'accesso ai trattamenti per i detenuti con disturbo da consumo di sostanze psicoattive o dipendenze comportamentali.
- Favorire l'accesso alle misure alternative alla detenzione nei casi in cui ricorrano i requisiti stabiliti dalla legge.
- Garantire ai detenuti pari opportunità di trattamento rispetto agli interventi disponibili sul territorio, compresi quelli a carattere più innovativo.
- Depotenziare per quanto possibile gli effetti "patogeni" della carcerazione, ponendo l'attenzione, in una concezione ampia della salute, non solo agli aspetti più specificamente

sanitari, ma anche agli aspetti ricadenti sull'Amministrazione penitenziaria rilevanti ai fini della tutela della salute.

- Garantire una presa in carico unitaria fra i servizi dell'Amministrazione penitenziaria ed i servizi sanitari presenti all'interno dell'Istituto ai fini della tutela della salute dei detenuti, dall'ingresso in istituto, durante la detenzione e fino alla fase della dimissione.
- Evitare sovrapposizione di interventi e mancanza di coordinamento, al fine di prevenire il rischio di incoerenza tra i diversi interventi e di promuovere una maggiore efficienza.
- Migliorare i sistemi di rilevazione, di registrazione e di comunicazione delle informazioni sanitarie, definendo al contempo le specifiche competenze nella gestione dei dati sanitari e giuridici sottoposti a vincolo di segretezza e riservatezza rispettivamente dalla Sanità e dall'Amministrazione penitenziaria.

5. Destinatari

Sono destinatari delle attività definite dalle presenti Linee di indirizzo i detenuti con disturbo da uso di sostanze psicoattive, qualunque sia la sostanza oggetto di abuso, o da comportamenti (gioco d'azzardo), a prescindere dall'interruzione coercitiva del comportamento di consumo determinata dalla detenzione.

Il decreto legislativo n. 230/2001 stabilisce che *“sono iscritti al Servizio sanitario nazionale gli stranieri, limitatamente al periodo in cui sono detenuti o internati negli istituti penitenziari. Tali soggetti hanno parità di trattamento e piena uguaglianza di diritti rispetto ai cittadini liberi, a prescindere dal regolare titolo di permesso di soggiorno in Italia. I detenuti e gli internati sono esclusi dal sistema di compartecipazione alla spesa delle prestazioni sanitarie erogate dal Servizio sanitario nazionale”* (D. Lgs n. 230/1999, art. 1, commi 5 e 6). L'Accordo Stato-Regioni del 20/12/2012 specifica in maniera ulteriore che l'iscrizione al SSR è obbligatoria per *“i detenuti negli istituti penitenziari per adulti e minori e internati negli ospedali psichiatrici giudiziari; in semilibertà, sottoposti a misure alternative alla pena, con o senza permesso di soggiorno”* (disposizioni contenute nell'Allegato – paragrafo 1.1.1).”.

6. I professionisti coinvolti nel percorso assistenziale

I professionisti che intervengono, a vario titolo, all'interno dell'Istituto penitenziario nel percorso diagnostico-assistenziale dei detenuti con disturbo da uso di sostanze psicoattive o da comportamenti comprendono:

- Responsabile sanitario dell'Istituto penitenziario
- Operatori dei servizi per le dipendenze dell'Azienda USL competente per territorio,
- Operatori dei servizi di salute mentale dell'Azienda USL competente per territorio,
- Medico di assistenza primaria
- Operatori di prossimità afferenti alle Unità di strada del territorio.

In base ad esigenze specifiche, si affiancano inoltre i seguenti professionisti:

- Operatori dell'UEPE (Ufficio di Esecuzione Penale Esterna),
- Operatori dei Servizi sociali dei Comuni,
- Operatori delle Comunità terapeutiche accreditate,
- Operatori delle organizzazioni del privato sociale e delle associazioni impegnate presso l'Istituto.

7. Il modello organizzativo

Per garantire appropriatezza clinica ed organizzativa, multidisciplinarietà, efficacia ed efficienza del percorso diagnostico-assistenziale, è necessario che l'approccio organizzativo evolva nella direzione di:

- assicurare la presenza dei seguenti profili professionali: medico con esperienza nel trattamento delle dipendenze, infermiere, psicologo, assistente sociale o professionista equivalente, tutti coinvolti in un approccio multidisciplinare integrato;
- garantire opportune modalità di raccordo ed integrazione tra gli operatori delle dipendenze e gli specialisti psichiatri per i casi di comorbidità;
- stabilizzare la presenza degli operatori di prossimità, afferenti alle Unità di strada del territorio, per lo svolgimento di funzioni specifiche volte alla riduzione dei danni correlati alle dipendenze;
- garantire forme organizzative che mettano in relazione a livello funzionale tutte le figure professionali coinvolte, a prescindere dalle specifiche competenze e forme contrattuali;
- garantire strumenti idonei per la comunicazione delle informazioni e il raccordo tra tutti i professionisti coinvolti.

Il principio fondante dell'approccio organizzativo, in continuità con quanto stabilito dalle *Linee guida regionali per i programmi in misura alternativa* approvate con la DGR 1548/2014, è l'integrazione tra i diversi operatori sanitari che operano all'interno dell'Istituto e tra gli operatori sanitari, in particolare gli operatori dei servizi per le dipendenze, e gli operatori della Giustizia, in particolare afferenti all'area trattamentale dell'Istituto (Direzione dell'Istituto penitenziario, funzionari giuridico pedagogici, assistenti sociali dell'UEPE).

A questo scopo si prevede la costituzione in ciascun Istituto di una Equipe multidisciplinare per la definizione ed il monitoraggio congiunto dei Programmi Terapeutici Individuali dei casi che presentano un disturbo da consumo di sostanze o da comportamenti.

L'Equipe multidisciplinare:

- si riunisce regolarmente, a cadenza periodica (indicativamente, 1 volta al mese);
- è composta da:
 - Responsabile sanitario dell'Istituto,
 - funzionari giuridico pedagogici,
 - psicologi ex art.80 interessati ai casi in discussione,
 - operatori dei servizi per le dipendenze,
 - eventualmente, il medico di assistenza primaria riguardo alla situazione clinica-assistenziale,
 - eventuali altri operatori coinvolti di volta in volta nella gestione dei casi all'ordine del giorno (ad es. altri operatori sanitari nel caso di co-morbidità; operatori di prossimità afferenti alle Unità di strada del territorio; operatori sociali dei Comuni);
- assolve ai seguenti compiti:
 - la definizione del Programma Terapeutico Individuale ed i relativi interventi trattamentali-terapeutici, per ciascuno dei detenuti che ha evidenziato un disturbo da uso di sostanze o da comportamenti,
 - la valutazione dei casi ai fini dell'accesso a misure alternative specifiche e l'attivazione delle relative procedure,
 - il monitoraggio congiunto dei casi presi in carico,
 - aspetti organizzativi e procedurali;

- stabilisce le modalità di relazione con altri soggetti esterni, quali i servizi per le dipendenze di appartenenza dei detenuti provenienti da altri territori, le comunità terapeutiche individuate per programmi da avviare in misura alternativa, le Unità di strada, i Servizi Sociali dei Comuni, le associazioni di volontariato presenti in Istituto.

8. Il Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per i detenuti con disturbo da consumo di sostanze psicoattive o da comportamenti

I disturbi da consumo di sostanze psicoattive o da comportamenti sono problemi di salute complessi, a carattere multifattoriale, e necessitano, come posto in evidenza dalla letteratura scientifica internazionale, di un approccio multidisciplinare, che si esplica nella valutazione diagnostica multidimensionale e nella definizione di un Programma Terapeutico Individuale (PTI) appropriato al singolo caso, basato generalmente sull'integrazione di diverse tipologie di intervento.

8.a. L'ingresso dalla libertà o da altro Istituto

L'accoglienza dei "nuovi giunti" (provenienti dalla libertà o trasferiti da altro Istituto penitenziario) necessita di un approccio multidisciplinare ed è mirata ad individuare con tempestività i bisogni sociali e di salute dei detenuti e a coinvolgere in una progettualità condivisa tutti gli operatori.

Viene effettuata all'atto dell'ingresso dal personale di Polizia Penitenziaria e dal Medico di assistenza primaria. Successivamente il detenuto incontra il Direttore o un suo delegato.

In questa fase viene definita una prima diagnosi e una prima analisi della situazione e conseguentemente vengono individuati i primi interventi di tipo diagnostico-terapeutico, specialistico, logistico e di sorveglianza.

Le modalità di attuazione di questa fase, che coincide con il momento dell'ingresso in carcere, sono definite da protocolli stabiliti dall'Azienda USL e dalle disposizioni dell'Amministrazione Penitenziaria; si formulano in merito le seguenti indicazioni:

- acquisire informazioni sull'eventuale uso di sostanze psicoattive, uso problematico di alcol o dipendenze comportamentali ed effettuare, con il consenso dell'interessato, gli opportuni esami tossicologici;
- informare il detenuto dell'importanza di dichiarare l'eventuale uso o dipendenza da sostanze già al momento dell'ingresso, in modo da consentire l'attivazione delle procedure di accertamento laboratoristico, che non potranno più essere effettuate con risultati positivi in un momento successivo;
- assicurare la disponibilità di test rapidi per la verifica tempestiva di sospette sindromi da astinenza che richiedano un trattamento terapeutico/farmacologico immediato;
- per i trasferiti da altro Istituto, qualora non sia stato fatto al momento dell'ingresso, chiedere comunque al detenuto se sia portatore di un disturbo da consumo di sostanze psicoattive ed in caso affermativo verificare se siano stati eseguiti i controlli di laboratorio sopra indicati ed acquisire eventuali documentazioni di supporto;
- eseguire, dietro consenso dell'interessato, gli screening per le malattie infettive;
- per coloro che abbiano segnalato l'uso di sostanze o dipendenze comportamentali, facilitare la tempestiva presa di contatto con gli operatori dei servizi per le dipendenze presenti presso l'Istituto, anche al fine di completare e documentare il quadro diagnostico;
- segnalare tempestivamente ai servizi per le dipendenze presenti in carcere i soggetti che si ritiene possano avere un disturbo da consumo di sostanze o da comportamenti, anche se non dichiarati esplicitamente.

Durante tutto il periodo di detenzione è inoltre importante:

- documentare nella cartella clinica gli eventuali comportamenti del detenuto che possano essere riferiti, anche in via ipotetica, a un disturbo da consumo di sostanze psicoattive o da comportamenti (come inalazione di gas, abuso di alcol e/o psicofarmaci);
- fornire ai detenuti informazioni rispetto alle misure alternative (in particolare, quelle specifiche per alcol- e tossico-dipendenza) e alle procedure per accedervi.

8.b. Valutazione e prevenzione del rischio di suicidio

Le modalità di attuazione di queste attività sono definite dal Piano regionale specifico; si sottolineano le seguenti raccomandazioni:

- nei casi valutati a rischio, indagare l'eventuale presenza di un disturbo da uso di sostanze psicoattive o da comportamenti, anche pregresso,
- coinvolgere gli operatori delle dipendenze qualora emergano, anche solo a livello anamnestico, disturbi o comportamenti riconducibili al consumo di sostanze psicoattive o alle dipendenze e, nel caso tali condizioni siano rilevate, inserire tali operatori nei momenti di valutazione in equipe.

8.c. Il primo contatto, valutazione e diagnosi

Ferme restando le disposizioni riguardanti l'accoglienza dei detenuti all'ingresso degli istituti penitenziari, ai fini della tutela della salute e per favorire l'accesso ai programmi alternativi alla detenzione è importante incoraggiare una precoce comunicazione tra i detenuti con disturbo da consumo di sostanze o comportamenti e gli operatori sanitari, anche qualora non ci sia una esplicita dichiarazione della propria condizione da parte dell'interessato.

Il primo contatto del detenuto con gli operatori delle dipendenze, in genere il medico, avviene a seguito di segnalazione:

- direttamente dal detenuto interessato, mediante istanza;
- da soggetti terzi quali, ad esempio, staff multidisciplinare di accoglienza, altri reclusi, il personale penitenziario (sanitario e non), gli avvocati difensori, i familiari, la magistratura, servizi territoriali pubblici, enti privati.

E' importante che tali segnalazioni pervengano tempestivamente agli operatori sanitari dei servizi per le dipendenze attraverso procedure semplici e chiaramente definite. Le visite del medico del servizio dipendenze sono stabilite dal medico stesso nella giornata del suo accesso in carcere.

Gli operatori del servizio dipendenze attuano quindi le attività elencate di seguito.

- **ACCOGLIENZA.** Attività finalizzate alla prima valutazione e all'orientamento del paziente rispetto all'offerta del servizio, o all'invio verso altro servizio appropriato ai bisogni rilevati. Vengono fornite informazioni esaustive sugli interventi attivabili all'interno dell'Istituto. Il medico, che costituisce in genere il primo operatore del servizio dipendenze con cui il detenuto viene in contatto, compila una scheda cartacea in cui vengono inseriti i dati personali, l'anamnesi tossicologica, gli eventuali trattamenti precedenti (eseguiti in carcere o nel territorio), i dati necessari a produrre eventuali certificazioni. Viene indagata l'eventuale presenza di altre patologie. Tali dati vengono inseriti nel sistema informativo regionale (cartella clinica informatizzata regionale). Viene fatto firmare il consenso al trattamento dei dati personali. Se viene prescritta una terapia farmacologica, viene fatto firmare il consenso informato.

- **VALUTAZIONE E DIAGNOSI.** Attività di carattere multidisciplinare finalizzate al rilevamento e alla graduazione dei problemi della persona nel suo rapporto con le sostanze. La diagnosi è multidimensionale e costituisce la base fondante delle successive scelte terapeutiche. Sono compresi:
 - raccolta dell'anamnesi,
 - esame obiettivo medico,
 - prescrizione di esami tossicologici e di eventuali altri accertamenti laboratoristici o diagnostici strumentali,
 - raccolta di eventuale materiale documentale,
 - valutazione psicologica,
 - valutazione sociale,
 - valutazione psichiatrica nei casi in cui si riscontri una comorbidità.
 Tutte le informazioni rilevanti ed il materiale documentale vengono inseriti nella cartella clinica informatizzata. Nel caso il detenuto comunichi di essere stato seguito presso un servizio per le dipendenze, si informa il servizio di provenienza dell'avvenuta presa in carico del detenuto, al fine di verificare l'iscrizione preesistente, stabilire un rapporto di collaborazione e acquisire informazioni e documentazioni, quali relazioni storiche e anamnesi medica, trattamenti precedenti, ecc., utili a completare il quadro diagnostico.
- **INFORMAZIONE E SENSIBILIZZAZIONE,** riguardo alla possibile partecipazione alle attività presenti nell'Istituto penitenziario, come i gruppi motivazionali, ecc.

8.d. I programmi di trattamento

La situazione di partenza mostra una gamma di opzioni di trattamento all'interno degli Istituti umbri innegabilmente ridotta rispetto a quella disponibile nel territorio; l'obiettivo generale è quindi quello di uniformare quanto più possibile le opportunità terapeutiche, compresi gli interventi a carattere più innovativo, in particolare nella direzione di una maggiore flessibilità e personalizzazione dei programmi terapeutici, con un approccio multidisciplinare che integri interventi diversi. L'integrazione dei diversi interventi in un Programma Terapeutico Individuale integrato (PTI) viene definita all'interno dell'Equipe multidisciplinare, come pure il monitoraggio e l'aggiornamento dei casi.

- **Terapie con farmaci agonisti e con altri farmaci**

Sono comprese: le terapie con farmaci sostitutivi per le tossicodipendenze, le terapie farmacologiche per l'alcolismo (con farmaci agonisti o antagonisti), le terapie per le sindromi astinenziali.

Il criterio-guida nella prescrizione e gestione farmacologica è, come in ogni altro contesto, quello dell'appropriatezza clinica, tenendo anche conto della specificità del contesto detentivo, nonché della necessità di prevenire possibili usi impropri dei farmaci.

Per quanto riguarda i farmaci agonisti, occorre allineare la copertura dei programmi a quella attuata sul territorio, seguendo le indicazioni della letteratura scientifica internazionale, anche ai fini della prevenzione delle overdose. Come nelle terapie attuate presso i servizi territoriali, in molti casi l'obiettivo terapeutico più appropriato è quello della stabilizzazione farmacologica con farmaci agonisti, che presenta anche il vantaggio di ridurre il ricorso a farmaci psichiatrici, il cui uso si associa a effetti collaterali più gravosi².

² Il documento del Tavolo 4 degli Stati generali dell'Esecuzione Penale cita una revisione del 2012 su 21 studi condotti sui programmi con metadone a mantenimento in carcere, che riporta benefici simili a quelli riscontrati per i programmi sul territorio, quali: la capacità di attrarre le persone in trattamento, la riduzione dell'uso di oppiacei illegali, la

Il piano terapeutico dei pazienti viene aggiornato, previa visita medica di controllo, a cadenza settimanale. Nei pazienti con comorbidità psichiatrica il medico del servizio dipendenze si confronta regolarmente, a cadenza periodica (indicativamente settimanale), con lo psichiatra referente per l'Istituto.

Il monitoraggio delle terapie farmacologiche e le relative informazioni vengono condivisi con gli altri operatori nell'ambito dell'Equipe multidisciplinare, anche al fine di poter programmare eventuali variazioni funzionali alle esigenze del più ampio Programma Terapeutico Individuale.

- **Interventi di supporto psicologico**

La presa in carico da parte degli psicologi del servizio per le dipendenze, effettuata nell'ambito del Programma Terapeutico Individuale, è volta a:

- favorire nei detenuti il processo di presa di coscienza della personale condizione di dipendenza,
- facilitare l'emergere di una richiesta d'aiuto più consapevole,
- ricostruire la fiducia nelle proprie possibilità di reinserimento,
- aiutare ad orientarsi verso un percorso riabilitativo,
- promuovere il passaggio da una richiesta generica di misura alternativa alla detenzione, ad una domanda più consapevole di un programma terapeutico, orientando nella scelta di un percorso appropriato al caso specifico.

Si esplica attraverso:

- colloqui individuali informativi, di orientamento, di sostegno alla motivazione;
- percorsi di sensibilizzazione per far conoscere e favorire la partecipazione agli interventi di gruppo (gruppi di auto mutuo aiuto, motivazionali, ecc.);
- gruppi di auto mutuo aiuto, gruppi motivazionali, gruppi di sostegno psicologico;
- nel caso di richiesta di misure alternative, compartecipazione alla diagnosi multidisciplinare e alla relativa certificazione, alla individuazione del programma terapeutico, redazione di relazioni cliniche a supporto.

- **Interventi di supporto sociale**

La presa in carico da parte degli operatori di profilo sociale, effettuata nell'ambito del Programma Terapeutico Individuale integrato, è volta a:

- Delineare il quadro dei bisogni sociali e delle risorse/competenze personali, riguardo alla formazione, al lavoro, alle relazioni familiari, al quadro giuridico;
- Attivare interventi di orientamento e di supporto in relazione ai bisogni rilevati.

Si esplica attraverso:

- colloqui individuali,
- attivazione di pratiche di rilievo sociale,
- nel caso di richiesta di misure alternative, compartecipazione alla diagnosi multidisciplinare e alla relativa certificazione, alla individuazione del programma terapeutico, redazione di relazioni a supporto.

Si segnala la necessità di promuovere su questo versante programmi più articolati, con un ventaglio di obiettivi nelle diverse aree di vita e con più ampio ricorso a misure di sostegno/reinserimento sociale, in particolare nell'ambito dei percorsi di uscita e nella definizione dei programmi in misura alternativa.

riduzione di comportamenti a rischio (specie l'utilizzo promiscuo di materiale per iniezione). Soprattutto, si riduce il rischio (elevato) di overdose nel periodo immediatamente successivo alla liberazione. (Hedrich, D. et al. (2012), *The effectiveness of opioid maintenance treatment in prison settings: a systematic review*, in *Addiction*, 107 (3), p.501 e segg.)

- **Interventi di riduzione del danno**

Il DPCM 12 gennaio 2017 inserisce espressamente gli interventi di riduzione del danno tra gli ambiti di attività in cui si articola l'assistenza sociosanitaria alle persone con dipendenze patologiche, comprese le persone detenute; le prestazioni relative, come per ogni altro ambito di attività associato alla presa in carico multidisciplinare, devono essere erogate *“mediante l'impiego di metodi e strumenti basati sulle più avanzate evidenze scientifiche”*.³

Negli Istituti penitenziari umbri è stata sperimentata negli anni scorsi, in base ad un progetto regionale, l'introduzione di operatori di prossimità, afferenti alle Unità di strada del territorio, che hanno portato il loro approccio metodologico specifico all'interno del contesto del carcere con attività concernenti:

- Informazione e sensibilizzazione riguardo al rischio di overdose e alle patologie infettive correlate all'uso di sostanze,
- Supporto ai bisogni primari e ad esigenze fondamentali di sostegno sociale,
- Contatti formali ed informali con la rete di relazioni esterna del detenuto,
- Facilitazione dei contatti di rete tra i diversi operatori e soggetti che interagiscono nel singolo caso.

La sperimentazione, alla luce degli esiti concretamente evidenziati, è stata valutata positivamente sia da parte delle direzioni degli Istituti che dagli operatori sanitari. Pertanto va assicurata la continuità di tale intervento, che deve essere stabilizzato tra le attività di riduzione del danno sostenute ordinariamente dalle Aziende USL.

La prosecuzione e lo sviluppo di questa attività costituiscono la base per dare concretezza alla prospettiva di introdurre negli Istituti, sia pure con opportuna gradualità, gli interventi di riduzione del danno applicati nel territorio, in coerenza con i nuovi livelli essenziali di assistenza definiti dal DPCM 12 gennaio 2017, sopra richiamato.

A tale proposito si segnala come svariati organismi di livello internazionale e di indubbia autorevolezza indicano da tempo la necessità di introdurre nel contesto penitenziario misure specifiche di riduzione del danno, delle quali è stata ampiamente verificata l'efficacia tra i cittadini liberi sia a livello locale (la riduzione del danno è stata adottata in Umbria tra le strategie del sistema di intervento regionale fin dal Piano sanitario regionale 1999-2001), che a livello nazionale ed internazionale; tra questi, si citano i documenti prodotti dall'Osservatorio Europeo sulle droghe e le tossicodipendenze, di Lisbona, in coerenza con le indicazioni della strategia europea e dei conseguenti Piani pluriennali di azione, nonché il documento elaborato nel 2012 dalle principali agenzie delle Nazioni Unite, che indica un pacchetto di misure da attuare in carcere, in particolare per la prevenzione delle overdose e della trasmissione delle malattie infettive.⁴

- **Monitoraggio dei programmi di trattamento**

Tutti gli utenti in carico, in terapia farmacologica o meno, vengono regolarmente monitorati mediante:

- visite mediche periodiche e controlli di laboratorio e strumentali,
- colloqui con lo psicologo, l'assistente sociale e/o con gli altri operatori coinvolti nel Programma Terapeutico Individuale integrato,
- verifica della partecipazione ad eventuali gruppi di supporto e dei relativi risultati.

³ DPCM 12 gennaio 2017, “Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502”.

⁴ United Nations Office on Drugs and Crime, International Labour Organization, United Nations Development Programme, World Health Organization, UNAIDS, 2012, *HIV prevention, treatment and care in prisons and in other closed settings: a comprehensive package of interventions*

Ogni elemento utile al monitoraggio e all'aggiornamento dei casi viene riportato all'interno dell'Equipe multidisciplinare.

9. Percorsi per l'accesso a misure alternative

Per quanto riguarda le modalità, le procedure e gli strumenti per l'avvio di programmi in misura alternativa alla detenzione per alcol- e tossico-dipendenti, si rimanda alle delle *Linee guida regionali interistituzionali per la gestione integrata dei programmi alternativi alla pena detentiva in persone alcol e tossico-dipendenti*, approvate con la deliberazione della Giunta regionale n. 1548/2014.

Si richiamano di seguito, in maniera sintetica, i passaggi salienti del documento; si introducono alcuni aggiornamenti alla luce di evoluzioni normative o tecnico-scientifiche, in particolare riguardo alla certificazione.

• Obiettivi delle Linee guida

Adottare in ambito regionale criteri, procedure e strumenti uniformi.

Ampliare la gamma degli interventi con l'obiettivo di una effettiva individualizzazione dei percorsi terapeutici.

Potenziare i rapporti di collaborazione ed il lavoro integrato tra i diversi soggetti istituzionali ed ambiti operativi coinvolti.

• Destinatari

Condannati alcol- e tossico-dipendenti in possesso dei requisiti di legge, inclusi gli stranieri anche irregolari in presenza dei presupposti oggettivi e soggettivi, da valutare caso per caso sia riguardo al profilo giuridico che sul versante sociosanitario.

• ASL competente

Qualora la ASL di residenza del detenuto non coincida con quella competente per l'Istituto penitenziario, la titolarità degli interventi sanitari connessi all'accesso alle misure alternative spetta alla ASL di residenza del detenuto. I servizi che intervengono all'interno dell'Istituto penitenziario sono tenuti a garantire collaborazione e supporto ai servizi di provenienza del detenuto.

• Certificazione

La redazione di una certificazione di tossico- o alcol-dipendenza⁵, *conditio sine qua non* per la concessione della misura alternativa, si associa ad una valutazione diagnostica approfondita di carattere multidisciplinare, propedeutica all'individuazione del programma terapeutico personalizzato appropriato in relazione al singolo caso.

Tenuto conto:

- della necessità di discriminare i soggetti che presentano una condizione prevalente di patologia da dipendenza, dai soggetti che, pur consumatori di sostanze, presentano problematiche prevalenti di devianza e integrazione con culture e stili di vita criminogeni, ai quali vanno offerti eventualmente percorsi trattamentali e riabilitativi altri che non la cura per una patologia che non esprimono;
- delle differenti caratteristiche della persona dipendente da cocaina, da sostanze stimolanti o da alcol rispetto a quelle del consumatore di oppiacei che ha ispirato il TU

⁵ La certificazione in questo contesto presenta indubbi livelli di complessità e criticità. In questo paragrafo sono riportate indicazioni già incluse nelle Linee guida approvate con la deliberazione della Giunta regionale n. 1548 del 2014 e considerazioni estrapolate dal documento conclusivo del Tavolo 4 degli Stati generali dell'Esecuzione penale, già ampiamente citato.

309/90 e il decreto del Ministero della Salute n.186/1990, ancora oggi di riferimento normativo per la materia;

- della multidimensionalità della condizione di dipendenza, che non può essere ricondotta alla sola matrice organica e che pertanto non può ritenersi risolta grazie alla sola coercizione determinata dalla detenzione;

si raccomanda di:

- basare la certificazione, di titolarità medica, su un contributo multidisciplinare di competenze, includendo valutazioni sul versante psicologico e sociale, il quadro dei reati commessi ed ogni altro elemento utile;
- considerare tutto lo spettro di informazioni, attuali e/o anamnestiche, comprovate da documentazioni o anche solo riferite, utili a delineare il quadro diagnostico;
- utilizzare di preferenza quale riferimento diagnostico la versione più recente del Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM 5), in quanto ampiamente riconosciuto a livello internazionale e in ragione della sua modularità, in sostituzione dei riferimenti indicati nel Modello allegato alla DGR n. 1548/2014, in quanto ormai superati.

Il modello viene compilato e firmato dal medico del servizio per le dipendenze responsabile per il caso e contestualmente, per quanto di competenza, dagli altri operatori che abbiano contribuito alla valutazione diagnostica multidimensionale sul versante psicologico, educativo e sociale. La certificazione si associa all'indicazione del criterio diagnostico utilizzato e delle procedure di accertamento⁶.

- **Definizione del programma ed attestazione di idoneità**

Effettuata la valutazione diagnostica e la certificazione, nell'ambito dell'Equipe multidisciplinare occorre pervenire alla definizione del programma terapeutico, tenendo conto che il percorso riabilitativo include, ed integra tra loro, le aree sanitaria, psicologica e sociale e che la costruzione della motivazione al cambiamento ne costituisce un elemento intrinseco fondamentale.

Dovrà quindi essere prodotta l'attestazione di idoneità del programma, di competenza del servizio per le dipendenze dell'Azienda USL.

Questo passaggio richiede di considerare le caratteristiche specifiche del beneficiario e le prospettive realisticamente prevedibili a conclusione della pena, condividere il programma con l'utente (che deve esplicitare il proprio consenso), dettagliare il programma terapeutico riabilitativo sia per quanto riguarda obiettivi di breve/medio/lungo termine e relativi indicatori di verifica, sia rispetto alle risorse individuate.

- **Il Gruppo di lavoro integrato sul caso**

L'elemento centrale dell'approccio operativo a carattere interistituzionale è costituito dal *Gruppo di lavoro integrato sul caso*, ovvero un gruppo di livello tecnico-operativo, a carattere multiprofessionale e multiservizi, con composizione variabile e flessibile nel tempo, che costituisce il perno di funzionamento del Programma Terapeutico Individuale integrato.

Il Gruppo è incentrato sul singolo caso e comprende tutti gli operatori che, a vario titolo, sono coinvolti nella definizione e gestione del Programma.

Per coloro che richiedono l'accesso alle misure alternative dalla detenzione, il primo livello di accoglienza e valutazione di tale richiesta è costituito dall'Equipe multidisciplinare descritta al cap.

⁶ Le procedure di accertamento comprendono: segni e sintomi di assunzione abituale e/o di intossicazione in atto, sindrome da astinenza in atto, riscontro di sostanze stupefacenti o metaboliti in liquidi o tessuti organici, documentazioni di trattamenti sociosanitari attuali o pregressi e/o di carattere anamnestico, anche ottenute, con l'autorizzazione dell'interessato, da altri servizi.

7 del presente documento; in questa fase il *Gruppo di lavoro integrato sul caso* comprende operatori dei servizi ASL per le dipendenze, operatori dell'équipe di osservazione e trattamento, operatori dell'UEPE ed eventuali altri operatori coinvolti nella definizione del programma, come gli operatori di prossimità, operatori sociali dei Comuni, ecc.

Il Gruppo, che in questa fase coincide con l'Equipe multidisciplinare, assolve nel suo insieme, nel rispetto delle competenze specifiche dei singoli operatori e servizi coinvolti, ai seguenti compiti:

- effettua la valutazione diagnostica multidimensionale del caso;
- coinvolge all'occorrenza ulteriori competenze esterne;
- predispone, sulla base degli specifici bisogni della persona, il Programma Terapeutico Individuale.

Per ciascun caso, viene individuato da parte del Gruppo un referente per il caso, nella figura di uno degli operatori che fanno parte del Gruppo stesso, con il compito di

- tenere le fila, sul versante organizzativo/processuale, del percorso attinente la richiesta del programma in misura alternativa, verificando la progressione delle tappe previste;
- promuovere gli incontri del Gruppo secondo le modalità condivise al suo avvio, ed almeno in coincidenza con i passaggi cruciali del percorso;
- favorire il passaggio delle comunicazioni tra tutti gli operatori coinvolti;
- vigilare sull'assolvimento degli adempimenti necessari alla gestione del caso.

Qualora sia concessa la misura alternativa, il *Gruppo di lavoro integrato*, modificando la propria composizione, seguirà il caso dalla scarcerazione lungo tutto il percorso di riabilitazione.

10. La qualità della vita in un contesto di detenzione: attività lavorative, di formazione e studio, ricreative.

L'ammissione a svolgere attività lavorative, formative o ricreative assume una valenza importante anche per i detenuti con disturbo da consumo di sostanze o dipendenze comportamentali, ad integrazione del programma di trattamento, in quanto esse sono assimilabili agli interventi socio-educativi svolti in ambito territoriale; occorre quindi valutare queste opportunità contestualmente alla definizione e al monitoraggio del Programma Terapeutico Individuale.

11. La dimissione

Indicazioni specifiche relative ai casi di detenuti con disturbo da consumo di sostanze o da comportamenti si collocano entro le procedure complessive previste a supporto della fase di dimissione del detenuto⁷.

A livello generale, l'area trattamentale almeno sei mesi prima del termine della condanna, previo consenso del detenuto, favorirà l'attivazione sul territorio dei servizi sociali e tutte le tutele di assistenza del dimettendo; laddove siano rilevate particolari situazioni sanitarie, il medico di assistenza primaria, avvertito nel tempo concordato di sei mesi, previo consenso del detenuto, predispone una lettera di dimissioni da inviare all'area trattamentale con le indicazioni delle esigenze di cura del medesimo, in modo che queste possano essere ricomprese nel piano di sostegno al detenuto in dimissione. Copia della lettera sarà consegnata al detenuto al momento dell'uscita. Per quei detenuti che al momento della dimissione non possano contare su un valido sostegno da parte dei familiari e che abbiano particolari esigenze sanitarie, sarà cura degli operatori del trattamento e dei sanitari collaborare attraverso incontri concordati per definire il piano di azione di ciascun operatore, in modo che contribuisca alla programmazione di una

⁷ Art. 46 dell'ordinamento penitenziario e artt. 88 e 89 del regolamento di esecuzione; l'art. 61, c. 2, prevede inoltre l'obbligo di preparare la famiglia, gli ambienti prossimi di vita e il soggetto stesso al rientro nel contesto sociale.

dimissione protetta con la definizione delle esigenze di cura e la ricerca - laddove necessario, in collaborazione con gli enti esterni - di adeguate strutture di accoglienza.

Per i casi con disturbo da consumo di sostanze, anche qualora siano stati trattati con esito positivo, è necessario approntare misure utili a prevenire episodi di overdose all'uscita, prevedendo colloqui informativi e consegna di Naloxone (Narcan) in fiale associato ad opportuni materiali informativi.

E' necessario inoltre prevedere misure a sostegno della continuità terapeutica, con particolare riguardo alle terapie farmacologiche, incluse le terapie con farmaci sostitutivi.

Nel caso di trasferimento ad altro Istituto penitenziario è necessario un contatto con il servizio dipendenze dell'Istituto di destinazione.

12. Strumenti di supporto

- **Modello univoco** per la certificazione, secondo il facsimile allegato alla DGR n. 1548/2014, aggiornato come indicato al cap. 9 del presente documento (riferimento al Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali - DSM 5, in sostituzione dei sistemi diagnostici precedentemente indicati, in quanto ormai superati).
- **Strumenti per la registrazione dei dati**

La raccolta dei dati socio-anagrafici e clinici ha una duplice finalità:

- facilitare la gestione clinica e lo scambio di informazioni tra i sanitari, nel rispetto delle normative riguardanti il trattamento dei dati sensibili;
- consentire la raccolta di dati ai fini della sorveglianza statistico-epidemiologica, attraverso idonee procedure di anonimizzazione; in questo caso i dati vengono resi pubblici esclusivamente sotto forma di dati aggregati.

I servizi per le dipendenze delle ASL dell'Umbria sono tutti dotati di una cartella clinica informatizzata, supportata da uno stesso software. Il sistema informativo regionale che ne risulta è adeguato sia sul piano della gestione clinica e organizzativa del singolo servizio, sia per adempiere agli obblighi informativi definiti dalla normativa vigente (Sistema Informativo Nazionale per le Dipendenze, afferente al Nuovo Sistema Informativo Sanitario del Ministero della Salute), sia per le rilevazioni statistico-epidemiologiche curate dalla Regione.

Il sistema informativo regionale per le dipendenze deve essere esteso, attraverso idonee soluzioni tecnico-informatiche, a tutti gli Istituti penitenziari, anche per assolvere efficacemente agli adempimenti previsti dalle normative vigenti in materia di dipendenze.

A garanzia della correttezza e qualità delle informazioni, per ogni altra rilevazione di dati di carattere sanitario, sia di iniziativa del Ministero della Salute che del Ministero della Giustizia o di qualsiasi altra autorità autorizzata, la richiesta di dati statistici va rivolta esclusivamente agli Uffici regionali e/o al Provveditorato regionale dell'Amministrazione penitenziaria, che provvederanno, secondo le rispettive competenze, alla raccolta dei dati dal livello locale e alla loro trasmissione al richiedente.

- **Risorse economiche dedicate e modalità di gestione**

Il Decreto Legislativo 22 giugno 1999, n. 230, recante disposizioni per il *“Riordino della medicina penitenziaria, a norma dell’art. 5 della Legge 30 novembre 1998, n. 419”*, all’art. 8 ha stabilito che *“(…) sono trasferite al servizio sanitario nazionale le funzioni sanitarie svolte dall’amministrazione penitenziaria con riferimento ai soli settori della prevenzione e della assistenza ai detenuti e agli internati tossicodipendenti”*; a seguito di tali norme, che hanno anticipato il passaggio complessivo

dell'assistenza sanitaria al Servizio Sanitario Nazionale, l'Umbria al pari delle altre Regioni è destinataria di un finanziamento specifico, che trasferisce periodicamente alle Aziende USL.

Ciò premesso, si ritiene opportuno che tale finanziamento sia finalizzato a supportare il potenziamento delle attività e del personale dedicato all'assistenza dei detenuti tossicodipendenti, in coerenza con quanto indicato dalle presenti Linee di indirizzo.

La gestione della sanità penitenziaria comporta per le Aziende USL, anche nell'area specifica delle dipendenze, spese non sempre preventivabili, ad esempio per l'applicazione di misure alternative disposte dalla Magistratura presso strutture residenziali, per l'invio in REMS, per inserimenti in strutture residenziali con carattere di urgenza o comunque non programmabili in anticipo.

Per ovviare a questi problemi, l'Azienda USL Umbria 2 ha istituito, esclusivamente per il territorio complessivo dei distretti sanitari di Foligno, Spoleto e Valnerina (ex ASL n. 3) e l'Istituto penitenziario di Spoleto, che incide sullo stesso territorio, un capitolo di spesa dedicato specificamente alla sanità penitenziaria; la gestione del capitolo di spesa è affidata al distretto sanitario di Spoleto. Considerati i risultati positivi riscontrati con questa soluzione, si raccomanda alle Aziende USL di adottare analoghi strumenti di gestione economica per tutto il territorio regionale e per tutti gli Istituti penitenziari.

13. Monitoraggio e valutazione delle Linee di indirizzo

L'applicazione delle Linee di indirizzo sarà associata ad un percorso di monitoraggio e valutazione, teso a garantirne l'effettiva attuazione, verificare l'adeguatezza degli strumenti previsti e valutare gli esiti prodotti, che si avvarrà dei seguenti strumenti:

- Costituzione di un Gruppo di lavoro regionale a carattere interistituzionale, che adotterà opportune metodologie valutative e produrrà rapporti periodici in merito,
- Relazioni periodiche delle Aziende USL,
- Iniziative regionali di formazione e di confronto, a partecipazione congiunta.

Infatti, se l'obiettivo di breve/medio termine è quello di rendere più funzionali le metodologie di lavoro, a lungo termine si pone l'obiettivo più ambizioso di riformare la cultura degli operatori e delle istituzioni, anche attraverso l'offerta sistematica di occasioni di dialogo e di formazione che coinvolgano tutte le componenti in gioco e favoriscano la costruzione di reti stabili di interscambio.