



**LA GESTIONE
DELL'ASSISTENZA
FARMACEUTICA NEL SISTEMA
PENITENZIARIO ITALIANO:**

**Atti della sessione precongressuale del
XXXIX CONGRESSO SIFO**



Indice

Introduzione	pag.3
La gestione dell'assistenza farmaceutica nel sistema penitenziario italiano	pag.6
Stato di salute e trattamento farmacologico nella popolazione detenuta in Italia	pag.7
Assistenza sanitaria negli Istituti penitenziari	pag.15
Le malattie infettive in carcere: il caso dell' epatite C	pag.17
Monitoraggio, Controllo, Rendicontazione e Flussi istituzionali dell'assistenza farmaceutica penitenziaria	pag.20
La gestione del rischio clinico nell'uso dei farmaci e dei DM all'interno degli istituti penitenziari	pag.31
La Riconciliazione della terapia farmacologica nelle carceri	pag.35
Esperienze organizzative dell'assistenza sanitaria e farmaceutica penitenziaria: Regione Piemonte	pag.42
Esperienze organizzative dell'assistenza sanitaria e farmaceutica penitenziaria: Regione Lazio	pag.49
Esperienze Organizzative dell'Assistenza Farmaceutica Penitenziaria: Regione Basilicata	pag.51

Introduzione

Dr.ssa Simona Serao Creazzola

La legge n.833 di istituzione del SSN dispone che la salute di ogni individuo debba essere assicurata dal Servizio Sanitario Nazionale, nel rispetto della dignità e della libertà della persona umana, parificando in tal modo il diritto alla salute di tutti i cittadini, inclusi quelli reclusi. In questo ultimo caso, la tutela del diritto alla salute avviene nel contesto sociale dove la personalità dell'individuo trova espressione, e l'istituto penitenziario, concretizzandosi in una formazione sociale, è il luogo in cui il detenuto esplica la propria personalità.

Con il Dlgs. n. 230 del 22 giugno 1999, "Riordino della medicina penitenziaria a norma dell'articolo 5, della legge 30 novembre 1998, n. 419", l'Italia è stata il primo Paese ad affidare esplicitamente la salute nelle carceri, intesa come diritto universale, al SSN. L'art. 1 del Decreto dispone che "i detenuti e gli internati hanno diritto, al pari dei cittadini in stato di libertà, all'erogazione delle prestazioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, efficaci ed appropriate, sulla base degli obiettivi generali e speciali di salute e dei livelli essenziali ed uniformi di assistenza individuati nel Piano Sanitario Nazionale, nei Piani sanitari regionali e in quelli locali". L'art. 2 stabilisce, inoltre, che "all'erogazione delle prestazioni sanitarie provvede l'Azienda sanitaria locale", mentre "l'amministrazione penitenziaria provvede alla sicurezza dei detenuti e a quella degli internati ivi assistiti". Infine, all'art. 20, nel dettare le disposizioni per gli infermi e seminfermi di mente, si specifica che "il servizio sanitario pubblico accede in istituto per rilevare le condizioni e le esigenze degli interessati e concordare con gli operatori penitenziari l'individuazione delle risorse esterne utili per la loro presa in carico [...] per il loro successivo reinserimento sociale".

Dal punto di vista procedurale, il Dlgs. 230/99 individua un percorso idoneo ad assicurare la gradualità del passaggio delle funzioni sanitarie al Ministero della Sanità, al fine di evitare conflitti fra i diversi poteri e lacune direttive ed operative. In particolare dispone:

- il trasferimento, alla data del 01/01/2000, dal Ministero della Giustizia – Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria alle Asl di tutto il territorio nazionale, delle sole funzioni relative alla prevenzione generale e alla diagnosi e terapia delle tossicodipendenze;
- l'individuazione di sei Regioni (Emilia-Romagna, Toscana, Campania, Lazio, Puglia e Molise) nelle quali avviare il trasferimento graduale in forma sperimentale anche di tutte le altre funzioni sanitarie.

Il processo evolutivo avviato con le enunciazioni di principio e le disposizioni operative del Dlgs 230/99 ha implicato il superamento di importanti resistenze e di preoccupazioni tra cui:

- la preoccupazione che l'apertura ai servizi sanitari esterni potesse interferire negativamente con i principi e le procedure volti a garantire la sicurezza del sistema penitenziario;
- le difficoltà culturali ed operative delle Asl ad estendere la loro competenza ad ambiti fortemente problematici.



A maggio 2007, è stato costituito, presso il Ministero della Salute, un gruppo tecnico per la redazione di un provvedimento attuativo di quanto previsto dal Dlgs. 230/99. Al contempo, il Ministero della Salute avviava la stesura delle “Linee di indirizzo per gli interventi del Servizio Sanitario Nazionale a tutela della salute dei detenuti, e degli internati negli istituti penitenziari, e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale”, entrambi esitati nella promulgazione del DPCM del 1 aprile 2008, “Le modalità, i criteri e le procedure per il trasferimento al Servizio Sanitario Nazionale delle funzioni sanitarie, delle risorse finanziarie, dei rapporti di lavoro, delle attrezzature, arredi e beni strumentali relativi alla sanità penitenziaria” nel quale si individuano principi di riferimento e obiettivi di salute in ambito penitenziario coerenti con il dettato della Costituzione e con l’equità di accesso ai servizi sanitari di tutta la popolazione.

In virtù di tale decreto, a partire dal 15 giugno 2008 sono state trasferite ai Servizi Sanitari Regionali tutte le funzioni sanitarie svolte dal Dipartimento dell’Amministrazione Penitenziaria e dal Dipartimento della Giustizia minorile del Ministero della Giustizia. Tale provvedimento ha rappresentato un punto di svolta fondamentale per assicurare ai detenuti l’accesso alle cure.

I farmacisti delle Aziende Sanitarie sono chiamati a gestire l’organizzazione che porta farmaci e dispositivi medici all’interno delle carceri, e si trovano da tempo di fronte ad una “*vacatio legi*” che spesso non permette di operare nel modo ottimale.

Non è chiaro né il rapporto con l’esterno, quindi con l’assistenza farmaceutica delle Aziende Sanitarie né come questa debba essere disciplinata all’interno delle strutture penitenziarie. In virtù di ciò, c’è bisogno di lavorare alla definizione di percorsi che individuino chiaramente competenze e responsabilità.

L’esigenza della definizione di una normativa specifica rispetto all’assistenza farmaceutica nei penitenziari si configura nel passaggio delle competenze. È certo che questa vada garantita, ma non si hanno informazioni su come debba essere fatto e cioè sull’integrazione e trasposizione delle norme esistenti nel settore farmaceutico, tra l’altro continuamente in evoluzione.

Il trasferimento delle norme esistenti per i cittadini liberi all’interno delle strutture penitenziarie, infatti, non è automatico: alcune circostanze trovano soluzione nell’assimilare approssimando lo status del detenuto a quello della persona libera, alcune nell’assimilarlo a quello della persona che si trova nelle strutture residenziali territoriali, altre nell’assimilarlo a quello della persona ricoverata.

Altro punto fondamentale riguarda definire di cosa abbiano effettivamente diritto le persone detenute; l’assistenza farmaceutica permea tutti gli aspetti dell’assistenza sanitaria in maniera trasversale.

Il contesto carcerario italiano risulta assai complesso. La popolazione carceraria è costituita in larga misura da persone con gravi problemi sanitari e sociali. In Italia il 35% dei detenuti non ha completato la scuola dell’obbligo, il 50% non ha un lavoro e il 33% non vive una condizione abitativa regolare, il 36% è straniero; il 7-10% dei detenuti è sieropositivo per l’HIV, il 38% è affetto da epatite C, il 52% da epatite B, il 40% è dipendente da sostanze stupefacenti; il sovraffollamento costringe oltre 68.000 reclusi in carceri che ne possono ospitare al massimo 44.200 e il suicidio è dieci volte superiore a quello della popolazione generale.



Da tale analisi si evince quanto questo sia un setting molto particolare e la gestione clinica del farmaco, in termini di continuità terapeutica, prontuari regionali, strutture disponibili, rapporti con i servizi del territorio (dai Serd, alla Salute mentale, all'Infettivologia) e tra operatori sanitari e detenuti, inevitabilmente ne è influenzata e ne risente.

A seconda delle diverse tipologie di istituti detentivi, si configurano popolazioni più o meno stanziali e, pertanto, la necessità della gestione delle cronicità; oppure ci si trova di fronte a popolazioni in continuo cambiamento, con differenti caratteristiche di patologia. Le difficoltà dell'assistenza farmaceutica riguardano l'elaborazione corretta dei fabbisogni, una adeguata programmazione, l'attivazione di un monitoraggio e dei controlli specifici.

Risulta ormai necessario e doveroso creare i presupposti per una corretta gestione della salute della popolazione carceraria attraverso un'organizzazione integrata ed ottimizzata dell'assistenza farmaceutica garantendo un migliore accesso alle cure all'interno degli istituti penitenziari.



La gestione dell'assistenza farmaceutica nel sistema penitenziario italiano

Dr.ssa Domenica Costantino

Nel passaggio legislativo delle competenze sull'assistenza sanitaria negli Istituti Penitenziari dal Ministero della Giustizia al Ministero della Salute, non risulta ad oggi chiaramente disciplinata l'assistenza farmaceutica alla popolazione detenuta. Il contesto carcerario italiano non è assimilabile ad altri contesti sanitari: la sua strutturazione dipende dal Ministero della Giustizia e prevede norme specifiche che hanno influenza sulla organizzazione delle attività sanitarie; le persone private della propria libertà presenti nelle carceri dipendono da altri soggetti anche per i bisogni di salute e possono, quindi, essere indotte ad assumere atteggiamenti inopportuni verso il proprio stato di salute.

Tale difficile contesto influenza anche la gestione del farmaco, in termini di continuità terapeutica (ricognizione/riconciliazione), di controllo del Prontuario Terapeutico Regionale, del numero di strutture disponibili, dei rapporti con i servizi territoriali (tra gli altri, Ser.D, Dipartimento di Salute Mentale, Diabetologia, Infettivologia, ecc.), di relazione fra operatori sanitari e detenuti, di garanzia di libera scelta al detenuto.

Si è rilevata, pertanto, l'esigenza di condividere e chiarire gli aspetti normativi disciplinanti l'assistenza farmaceutica penitenziaria, individuare le lacune normative, evidenziare la rilevanza dell'assistenza farmaceutica nella gestione dell'assistenza sanitaria alla popolazione detenuta, individuare le problematiche inerenti l'assistenza farmaceutica penitenziaria ed il loro impatto sugli aspetti di salute ed economici, condividere esperienze e *best practice* anche con i medici e le Società scientifiche ed Associazioni maggiormente impegnate in questo particolare setting sanitario.

L'obiettivo è quello di creare un network nazionale per l'assistenza farmaceutica penitenziaria, che punti a migliorare l'assistenza farmaceutica e garantire l'omogeneità di accesso alle cure nelle carceri di tutto il territorio nazionale.

Stato di salute e trattamento farmacologico nella popolazione detenuta in Italia

Dr. Sandro Libianchi

Il progetto “*Lo stato di salute dei detenuti degli istituti penitenziari di sei regioni italiane*”, realizzato con il finanziamento del CCM del Ministero della Salute e coordinato da Regione Toscana e Agenzia Regionale di Sanità (ARS) e della durata di due anni, ha coinvolto la Toscana, il Lazio, l’Umbria, il Veneto, la Liguria e l’Azienda Sanitaria Locale di Salerno.

Obiettivo generale del progetto è stato rilevare le condizioni di salute della popolazione detenuta nelle strutture penitenziarie delle regioni coinvolte, con particolare attenzione alla valutazione del rischio suicidario e sperimentazione di azioni preventive in alcuni istituti penitenziari degli enti partecipanti al progetto. Nello specifico:

1. Costruzione di una breve scheda clinica per la raccolta di informazioni relative a stili di vita, diagnosi internistiche e psichiatriche codificate attraverso la classificazione ICD9cm\ICD10, trattamenti farmacologici e valutazione del rischio suicidario;
2. Sviluppo di uno strumento informatizzato su tecnologia informatica free/open source in grado di rilevare le informazioni specifiche sullo stato di salute e il trattamento farmacologico dei detenuti, con particolare attenzione al rischio suicidario;
3. Rilevazione dello stato di salute dei detenuti presenti nelle regioni coinvolte attraverso lo strumento informatizzato costruito;
4. Costruzione di un elenco di azioni multidisciplinari a cui far riferimento per la prevenzione del suicidio e degli atti autolesivi;
5. Sperimentazione delle azioni multidisciplinari volte alla prevenzione di azioni suicidarie o auto lesive in alcuni strutture coinvolte nel progetto.

La popolazione in studio era rappresentata da tutti i detenuti presenti all’interno degli Istituti Penitenziari di Toscana, Lazio, Umbria, Veneto, Liguria e ASL di Salerno dalle ore 24:00 del 3 Febbraio 2014.

È stata condotta un’indagine trasversale di prevalenza: è stata redatta la lista dei detenuti presenti all’interno di ogni istituto, compresi i nuovi giunti nella giornata del 3 Febbraio 2014, i medici hanno avuto a disposizione 4 mesi per compilare la scheda di rilevazione dello stato di salute di tutti i cittadini detenuti presenti al 3 febbraio 2014 ed i dati sono stati inviati ad ARS entro il 3 giugno 2014. Ha fatto seguito l’elaborazione di una scheda informatizzata, che rilevasse alcune informazioni contenute nella cartella clinica cartacea del detenuto, composta da due parti:

- una parte socio-demografica: età, genere, nazionalità, anni di studio, provenienza del detenuto da libertà (con segnalazione di eventuale prima detenzione), da altro Istituto, da Centro Diagnostico Terapeutico, da affidamento sociale o da arresti domiciliari;
- una parte sanitaria: consumo di tabacco e sigarette fumate al giorno; peso e altezza, per calcolare l’Indice di Massa Corporea (IMC); numero di ore trascorse in cella al giorno; diagnosi di malattie, sia internistiche che psichiatriche, codificate secondo la **classificazione ICD-9-CM** (possibile inserire solo una diagnosi principale e un numero illimitato di diagnosi secondarie); trattamenti farmacologici associati ad ogni diagnosi e censiti per nome

commerciale (con relativo dosaggio giornaliero, formulazione e via di somministrazione);
specifiche informazioni su tentato suicidio e atti di autolesionismo.

Nella tabella sottostante, viene riportata la popolazione arruolata al 3 Febbraio 2014 in ciascuna regione coinvolta nello studio, con la rispettiva copertura percentuale:

Regione	N° di detenuti presenti al censimento	N° di detenuti effettivamente partecipanti allo studio	Copertura %
Toscana	3.748	3.403	90,8
Lazio	6.811	6.366	93,5
Umbria	1.469	1.248	85,0
Veneto	2.781	2.607	93,7
Liguria	1.661	1.591	95,8
ASL Salerno	616	536	87,0
Totale	17.086	15.751	92,2%

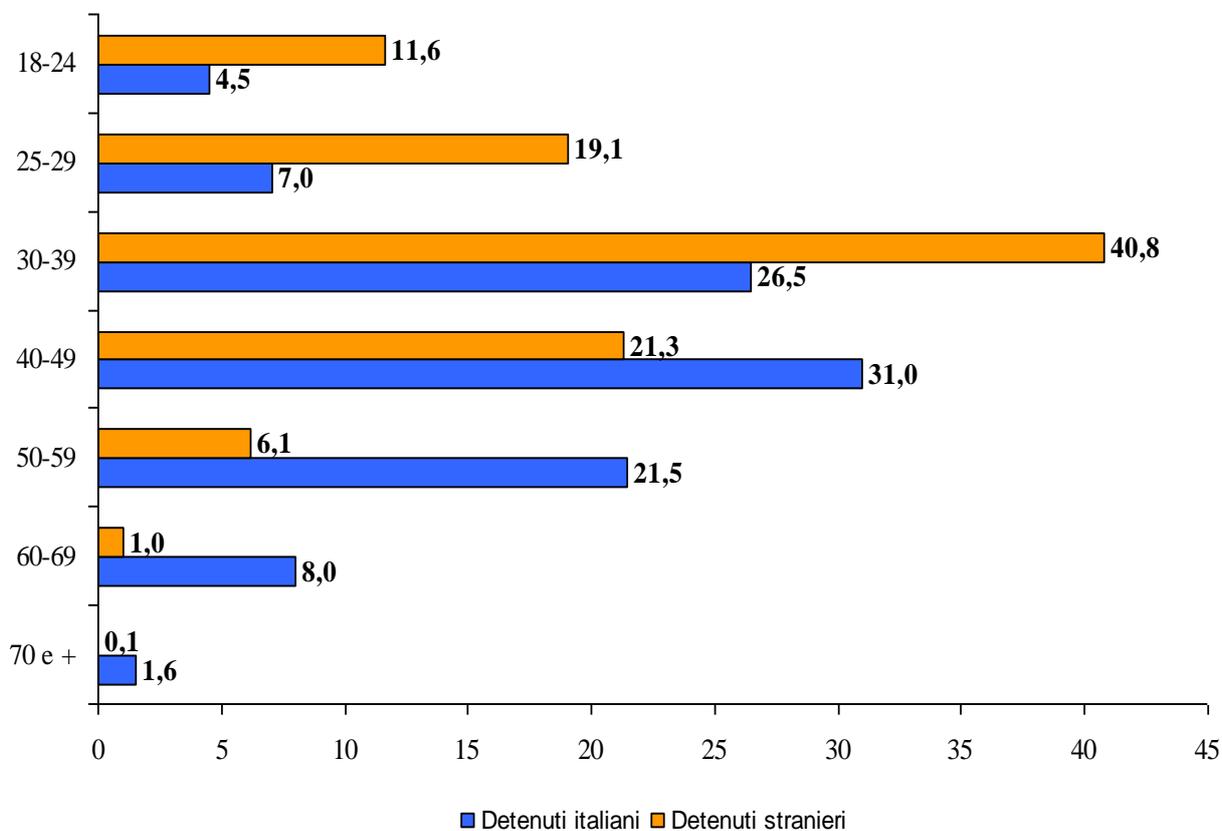
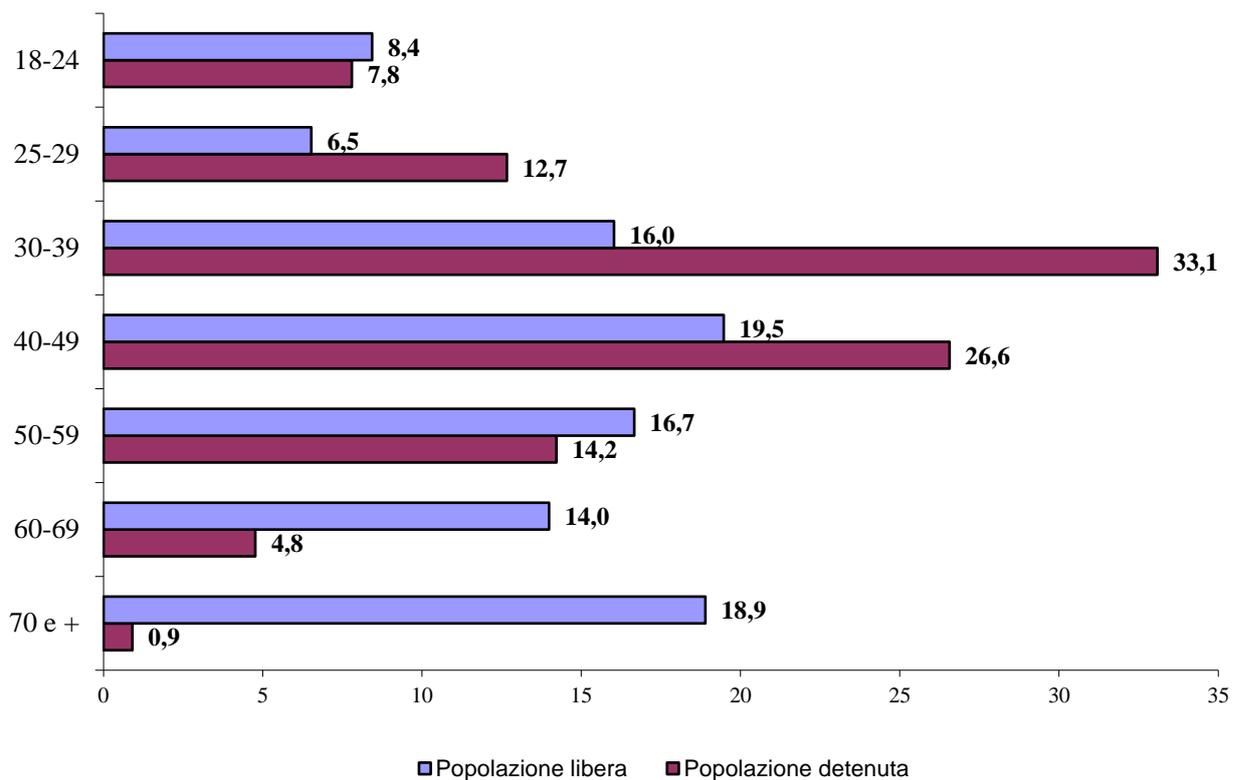
Le 57 strutture detentive italiane coinvolte rappresentano il 28% del totale nazionale.

La popolazione arruolata, nello specifico, era così distribuita:

Regione	Uomini		Donne		Transgender		Totale
	N°	%	N°	%	N°	%	N°
Toscana	3.202	94,1	183	5,4	18	0,5	3.403
Lazio	5.861	92,1	491	7,7	14	0,2	6.366
Umbria	1.216	97,4	31	2,5	1	0,1	1.248
Veneto	2.514	96,4	79	3,0	14	0,5	2.607
Liguria	1.517	95,3	74	4,7	0	0,0	1.591
ASL Salerno	525	97,9	11	2,1	0	0,0	536
Totale	14.835	94,2	869	5,5	47	0,3	15.751

Al 28 Febbraio 2014, i dati sulle strutture detentive nazionali mostravano una percentuale del 95,6% di detenuti uomini e del 4,4% di detenute donne.

Considerando i dati ISTAT 2014, è stata messa a confronto l'età della popolazione detenuta rispetto a quella della popolazione libera. Da tale analisi è emerso che l'età media dei detenuti presi in esame ha un valore di 39,6 anni. Nel dettaglio, per i detenuti italiani (53,7%) l'età media si attesta ad un valore di 43,6 anni, mentre per quelli stranieri (46,3%) ad un valore di 35 anni.



È stato valutato lo stato di salute dei cittadini, rilevando che i detenuti fumatori costituivano il 71% della popolazione, con una media di 18,6 sigarette fumate al giorno, senza significative differenze di genere o nazionalità. Nella popolazione generale la prevalenza di fumatori è attorno al 22% (meno di un terzo di quella registrata tra i detenuti dello studio) e la media di sigarette fumate al giorno di 12,7 (*Multiscopo ISTAT 2012*).

Sul totale della popolazione arruolata di 15.751 detenuti, il 67,5% (N = 10.631) presentava una condizione patologica, anche non grave; il restante 32,5% (N = 5.120) mostrava apparenti condizioni di buona salute. Sono state effettuate 23.031 diagnosi, in media 2,2 per detenuto affetto da almeno una condizione patologica.

Grandi gruppi di patologie ICD IX-cm**	Totale	
	N*	% totale arruolati (N=15.751)
Disturbi psichici	6.504	41,3
Malattie dell'apparato digerente	2.286	14,5
Malattie infettive e parassitarie	1.812	11,5
Malattie del sistema circolatorio	1.788	11,4
Malattie endocrine, del metabolismo ed immunitarie	1.348	8,6
Malattie dell'apparato respiratorio	854	5,4
Malattie del sistema osteomuscolare e del connettivo	791	5,0
Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti	809	5,1
Malattie del sistema nervoso	626	4,0
Malattie dell'apparato genitourinario	452	2,9
Traumatismi e avvelenamenti	344	2,2
Malattie della pelle e del sottocutaneo	282	1,8
Tumori	135	0,9

* Un detenuto può essere affetto da più malattie

** Esclusi dalla tabella alcuni grandi gruppi di malattia con pochi casi

Per ogni diagnosi di malattia, è stato possibile associare i rispettivi farmaci. Tale opzione non è stata contemplata in assenza di diagnosi.

Totale farmaci prescritti e associati alle diagnosi	23.712	
Detenuti malati con almeno un farmaco associato	8.296	52,7% totale arruolati 78% totale detenuti malati
Detenuti malati e senza alcun farmaco associato	2.335	22% totale detenuti malati
Numero medio di farmaci per detenuto in terapia	2,8	

A seguire, i dati relativi all'abuso e dipendenza da droghe per tipologia di sostanza:

Abuso di droghe e Dipendenza da droghe	N	%
Abuso di cocaina	1.086	23,5
Dipendenza da oppioidi	766	16,6
Altra dipendenza da droghe	701	15,2
Dipendenza da cocaina	696	15,1
Abuso di cannabinoidi	577	12,5
Abuso di oppioidi	492	10,7
Dipendenza da cannabinoidi	254	5,5
Altro abuso di sostanze *	44	1,0
Totale	4.616	100,0

*allucinogeni, barbiturici, sedativi, ipnotici, amfetamine o simpatico-mimetici, antidepressivi.

È stato analizzato, poi, il trattamento farmacologico dei disturbi psichici, mostrando come il sottogruppo terapeutico maggiormente utilizzato nella popolazione detenuta sia stato quello degli ansiolitici:

Sottogruppo terapeutico farmacologico	N.	%
Ansiolitici	3.910	37,8
Antipsicotici	1.824	17,6
Antiepilettici	1.427	13,8
Antidepressivi	1.342	13,0
Ipnnotici e Sedativi	1.170	11,3
Farmaci utilizzati nei Disturbi da Dipendenza	509	4,9
Sostanze Anticolinergiche	130	1,3
Altri farmaci	40	0,4
Totale	10.352	100

Risultano prescritti 3.910 ansiolitici a 3.206 detenuti affetti da disturbi psichici, con un largo utilizzo dei derivati benzodiazepinici, costituenti il 99,6% delle prescrizioni:

Derivati Benzodiazepinici		Antistaminici 1 ^a generazione	
Principio attivo	N.	Principio attivo	N.
<i>Diazepam</i>	1.785	<i>Idrossizina</i>	17
<i>Lorazepam</i>	1.228		
<i>Alprazolam</i>	511		
<i>Delorazepam</i>	340		
<i>Bromazepam</i>	20		
<i>Clordiazepossido</i>	8		
<i>Ketazolam</i>	1		
Totale	3.893 (99,6%)		17 (0,4%)

Per quanto concerne agli antipsicotici, ne sono stati prescritti 1.824 per 1.507 detenuti affetti da disturbi psichici, di cui il 38,2% di prima generazione e il 60,1% di seconda generazione. In 16 casi è stato prescritto il Litio.

Antipsicotici tipici		Antipsicotici atipici		Stabilizzatori dell'umore	
Principio attivo	N.	Principio attivo	N.	Principio attivo	N.
<i>Promazina</i>	206	<i>Quetiapina</i>	744	<i>Litio Carbonato</i>	16
<i>Clorpromazina</i>	190	<i>Olanzapina</i>	241		
<i>Levomepromazina</i>	144	<i>Clotiapina</i>	37		
<i>Aloperidolo</i>	124	<i>Risperidone</i>	35		
<i>Perfenazina</i>	15	<i>Aripiprazolo</i>	27		
<i>Levosulpiride</i>	8	<i>Amisulpiride</i>	21		
<i>Flufenazina</i>	6	Altri	7		
Altri	3				
Totale	696 (38,2%)		1.112 (60,1%)		16 (1,7%)

Sono stati prescritti 1.427 antiepilettici per 1.219 persone affette da disturbi psichici: i più utilizzati sono gli anticonvulsivanti tradizionali (65,6%), seguiti dai derivati benzodiazepinici (33,1%), mentre raramente sono stati usati i barbiturici.

Anticonvulsivanti tradizionali		Derivati Benzodiazepinici		Barbiturici	
Principio attivo	N.	Principio attivo	N.	Principio attivo	N.
<i>Acido Valproico</i>	582	<i>Clonazepam</i>	473	<i>Fenobarbital</i>	18
<i>Gabapentin</i>	218				
<i>Pregabalin</i>	66				
<i>Carbamazepina</i>	44				
Altri	26				
Totale	936 (65,6%)		473 (33,1%)		18 (1,3%)

Gli antidepressivi principalmente prescritti risultano appartenenti alle classi SSRI (44,3%), NaSSA (28%) e antidepressivi triciclici (11%). In misura minore, sono stati prescritti antidepressivi di 2^a generazione, SNRI e altri tipi di antidepressivi.

SSRI		NaSSA		Antidepressivi triciclici	
Principio attivo	N	Principio attivo	N	Principio attivo	N
<i>Paroxetina</i>	227	<i>Mirtazapina</i>	377	<i>Amitriptilina</i>	102
<i>Sertralina</i>	149			<i>Trimipramina</i>	35
<i>Citalopram</i>	112			<i>Clomipramina</i>	9
<i>Escitalopram</i>	79			<i>Imipramina</i>	1
<i>Fluoxetina</i>	27				
<i>Fluvoxamina</i>	1				
Totale	595 (44,3%)		377 (28,0%)		147 (11,0%)
Antidepressivi 2^a generazione		SNRI		Altri tipi di antidepressivi	
Principio attivo	N	Principio attivo	N	Principio attivo	N
<i>Trazodone</i>	120	<i>Venlafaxina</i>	60	<i>Bupropione</i>	12
		<i>Duloxetina</i>	20	<i>Mianserina</i>	11
Totale	120 (8,9%)		80 (6,0%)		23 (1,8%)

Risultano prescritti 1.170 farmaci ipnotici/sedativi per 1.090 detenuti con disturbi di salute mentale: più utilizzati i derivati benzodiazepinici (80,1%), mentre meno frequente è l'uso dello Zolpidem (19,9%).

Derivati Benzodiazepinici		Analoghi delle Benzodiazepine	
Principio attivo	N	Principio attivo	N
<i>Triazolam</i>	708	<i>Zolpidem</i>	224
<i>Lormetazepam</i>	180		
<i>Flurazepam</i>	58		
Totale	946 (80,1%)		224 (19,9%)

Malattie infettive e parassitarie	N.	% sul totale delle diagnosi	% sul totale dei visitati
Epatite C	1.165	54,6	7,4
Epatite B	321	15,0	2,0
HIV	310	14,5	2,0
TBC	104	4,9	0,6
Sifilide	71	3,3	0,5
Micosi della cute e annessi cutanei	49	2,3	0,3
Epatite A	27	1,3	0,2
Infezioni da Herpes simplex	15	0,7	0,1
Condiloma acuminato	14	0,7	0,1
Altre epatiti	3	0,1	0,0
Epatite Delta	3	0,1	0,0
Altro	52	2,4	0,3
Totale	2.134	100,0	11,5

Assistenza sanitaria negli Istituti penitenziari

Dr.ssa Paola Deambrosis

Il DPCM 1.4.2008 ha trasferito al Servizio sanitario nazionale tutte le funzioni, le risorse finanziarie, i rapporti di lavoro, etc. relativi alla sanità penitenziaria, demandando alle Regioni l'espletamento delle funzioni ivi trasferite. Le Regioni hanno quindi provveduto, con propri atti, a definire i requisiti organizzativi delle UU.OO. sanitarie operanti negli istituti penitenziari, le prestazioni sanitarie dovute ai detenuti ed al personale della polizia penitenziaria, la dotazione di personale e la classificazione degli Istituti (secondo quanto previsto dall'Accordo della Conferenza Unificata del 2015).

Bisogni di salute della popolazione detenuta

I dati OMS riferiscono che la popolazione detenuta presenta un alto rischio di sviluppare malattie, sia legato alle condizioni che precedono e/o accompagnano la detenzione sia per le condizioni socio-sanitarie svantaggiose (ad es. basso livello di istruzione, elevato uso di tabacco, alcol e droghe illegali).

Disturbi psichiatrici, malattie infettive e malattie gastroenteriche rappresentano infatti le principali patologie che colpiscono la popolazione detenuta. A riguardo i dati della Relazione presentata al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze dell'anno 2017, riportano che:

- 1 soggetto su 3 entra per reati connessi alla detenzione/spaccio etc. di stupefacenti;
- i soggetti tossicodipendenti presenti in carcere al 31 dicembre 2017 erano 14.706, pari al 25,5% dell'intera popolazione carceraria, senza sostanziali variazioni rispetto agli anni precedenti. In Liguria, Emilia Romagna, Veneto e Lombardia si registrano le quote più elevate di detenuti tossicodipendenti;
- il 18% dei detenuti con dipendenza accertata è stato sottoposto a trattamenti di tipo farmacologico: di questi il 62% è stato sottoposto a trattamento sostitutivo prevalentemente con metadone. I trattamenti psicosociali e il counselling sono stati erogati rispettivamente al 25% e al 13% dei tossicodipendenti in carcere, mentre il trattamento integrato ha coinvolto il 44% di essi. Il 37% dei soggetti in trattamento integrato ha usufruito di un trattamento sostitutivo, anche in questo caso prevalentemente con metadone;
- i test infettivologici per HIV, HCV e HBV sono stati effettuati su circa il 45% dei detenuti con diagnosi di dipendenza e di questi il 4% è risultato HIV positivo, il 12% positivo all'HBV e il 21% all'HCV.

La complessità della sanità penitenziaria

Data quindi la elevata complessità della sanità penitenziaria, si ritiene necessario attuare interventi sanitari integrati tra SSN e amministrazione penitenziaria, al fine di favorire l'educazione sanitaria e il trattamento all'interno del carcere, alla luce della necessità di fornire un'assistenza sanitaria paritaria tra soggetti detenuti e internati e individui liberi per garantire la tutela della salute pubblica e garantire una continuità dell'assistenza anche dopo la scarcerazione.

Assistenza farmaceutica in carcere

Per far fronte ai bisogni di salute della popolazione detenuta è opportuno pertanto sviluppare procedure omogenee, che garantiscano una omogeneità di accesso alle prestazioni farmaceutiche e gli stessi standard di sicurezza dei pazienti in trattamento con farmaci.

Per quanto attiene alla prescrizione, il medico della struttura penitenziaria è tenuto a prescrivere nel rispetto delle disposizioni vigenti (note AIFA, PT/ registri AIFA..), utilizzando una «Scheda unica

di terapia» (scheda di ingresso/ diario clinico/scheda terapia) informatizza laddove possibile. Per la fornitura, le aziende sanitarie devono garantire l'assistenza farmaceutica fornendo farmaci di fascia A, H C inclusi nei Prontuari Terapeutici Aziendali –PTA (richieste di approvvigionamento con cadenza da definire). Le forniture di farmaci extra –PTA (comprese urgenze) e di farmaci per usi *off-label* avvengono con richiesta motivata.

La conservazione del farmaco deve avvenire secondo le normative vigenti, ossia è consentita solo in locali e spazi adeguati (armadio farmaceutico, carrelli e contenitori idonei) con verifica periodica delle scadenze; i farmaci con confezione o un nome simile evidenziati e/o separati nell'armadio di reparto; lista dei farmaci LASA/SALA, ecc.

Con riferimento a preparazione/ dispensazione/ somministrazione, è opportuno che il medico, in base alle esigenze del paziente, tenendo conto di patologia e situazione psicologica e ambientale, definisca in forma scritta le modalità di dispensazione/somministrazione delle terapie direttamente nelle aree detentive o in ambulatorio. Le preparazioni di medicinali devono avvenire solo nelle infermerie ed essere contestuali alla somministrazione.

Per le operazioni di ispezione e verifica, dovrebbe essere individuato un farmacista referente per ogni azienda sanitaria. La farmacia ospedaliera dovrebbe effettuare ispezioni con cadenza almeno annuale (es. schede di audit).

Per quanto all'omogeneità di accesso all'assistenza farmaceutica, risulta di assoluta importanza definire protocolli di gestione del farmaco condivisi tra Aziende ULSS e Istituti penitenziari (ricognizione e riconciliazione in ingresso –farmaci con registro AIFA, usi off-label, segnalazioni di reazioni avverse etc..), che vadano a individuare procedure operative standard, nonché ruoli e responsabilità.

Un esempio relativo alle malattie infettive: il caso dell'epatite C

La recente delibera di Giunta della Regione del Veneto n.791/2018 ha previsto l'avvio di un programma di eliminazione dell'epatite C con istituzione di una Cabina di regia HCV. Tale delibera ha previsto varie fasi attuative tra cui una revisione analitica e sistematica dei dati epidemiologici disponibili nella popolazione generale, nei i principali gruppi a rischio - in particolare nei Servizi Ambulatoriali Dipendenze (Ser.D.) e nelle Carceri del Veneto, nonché una fase di ricerca attiva dei pazienti non noti attuando azioni di screening anche nelle Carceri, con sviluppo di registri di patologia che mettano in rete i Ser.D con le Carceri.

Le malattie infettive in carcere: il caso dell' epatite C

Dr. Luciano Lucania

Tutelare la salute in carcere potrebbe sembrare un controsenso, ma non lo è. La complessità dell'ambiente, la intrinseca problematicità dei ristretti in ragione della posizione penale e, spesso, del vissuto personale, rendono questo impegno, ancor prima ed ancor più che giuridico, stimolo professionale, deontologico ed etico oltremodo difficile. Il trattamento delle malattie infettive da sempre è considerato un aspetto primario dell'assistenza sanitaria intramuraria anche se il panorama clinico è molto più vario e complesso. Ma le malattie infettive sono, all'interno di una comunità reclusa, il paradigma della cronicità e, come tali, il modello operativo per affrontare questo aspetto peculiare di medicina di comunità, valorizzando metodologie operative possibilmente uniformi. Ma è anche il momento del confronto con specifiche modalità di gestione che sino al 2008, epoca del transito, venivano affrontate con uno spirito diverso.

L'ambiente carcere è un ambiente a rischio oggettivo, sotto il duplice profilo della convivenza interumana e della possibilità di atti di violenza con possibile contagio che non coinvolge solo i reclusi ma anche tutti gli operatori ed chi anche occasionalmente vi fa accesso. Prevenire, informare, effettuare campagne di screening, curare, quando ve ne sono le condizioni, è un'azione qualificante. La collaborazione interistituzionale con il Ministero della Giustizia, il Dipartimento Centrale, i Provveditorati Regionali e le singole Direzioni è un'azione di reciproco interesse.

Di fondamentale importanza risulta trattare le persone che presentano il maggior rischio di trasmettere HCV:

- Tossicodipendenti [e.v. - sniff]
- Dediti a tatuaggi, piercing
- Giovani, sessualmente attivi, con partner multipli, ad elevato rischio di MST.

Soprattutto, è importante trattare dove i malati sono maggiormente concentrati:

- Centri Epatologici/Infettivologici accreditati AIFA
- Ser.D.
- Carceri

Questo elenco evidenzia tipologie di pazienti consapevoli della patologia o inconsapevoli, ma che in buona parte si ritrovano per tipologia anche negli istituti penitenziari. Ridurre il serbatoio di malattia che rappresentano diviene una azione di interesse sanitario generale.

Su 102.794 detenuti in Italia nel 2017 (persone che hanno avuto contatto con il luogo carcere), sono stimati circa 20.000 infetti/anno, di cui il 70% HCV conosciuti, ma dei quali solo il 20% stadiati, ed ancor meno, appena il 4%, quelli trattati.

Dal 1 giugno 2017, l'AIFA ha divulgato gli 11 Criteri di trattamento per i pazienti affetti da HCV:

- Criterio 1: Pazienti con cirrosi in classe di Child A o B e/o con HCC con risposta completa a terapie resettive chirurgiche o loco-regionali non candidabili a trapianto epatico nei quali la malattia epatica sia determinante per la prognosi.

- Criterio 2: Epatite ricorrente HCV-RNA positiva del fegato trapiantato in paziente stabile clinicamente e con livelli ottimali di immunosoppressione.
- Criterio 3: Epatite cronica con gravi manifestazioni extra-epatiche HCV-correlate (sindrome crioglobulinemica con danno d'organo, sindromi linfoproliferative a cellule B, insufficienza renale).
- Criterio 4: Epatite cronica con fibrosi METAVIR F3 (o corrispondente Ishak).
- Criterio 5: In lista per trapianto di fegato con cirrosi MELD <25 e/o con HCC all'interno dei criteri di Milano con la possibilità di una attesa in lista di almeno 2 mesi.
- Criterio 6: Epatite cronica dopo trapianto di organo solido (non fegato) o di midollo in paziente stabile clinicamente e con livelli ottimali di immunosoppressione.
- Criterio 7: Epatite cronica con fibrosi METAVIR F2 (o corrispondente Ishak) e/o comorbidità a rischio di progressione del danno epatico [coinfezione HBV, coinfezione HIV, malattie croniche di fegato non virali, diabete mellito in trattamento farmacologico, obesità (body mass index ≥ 30 kg/m²), emoglobinopatie e coagulopatie congenite].
- Criterio 8: Epatite cronica con fibrosi METAVIR F0-F1 (o corrispondente Ishak) e/o comorbidità a rischio di progressione del danno epatico [coinfezione HBV, coinfezione HIV, malattie croniche di fegato non virali, diabete mellito in trattamento farmacologico, obesità (body mass index ≥ 30 kg/m²), emoglobinopatie e coagulopatie congenite].
- Criterio 9: Operatori sanitari infetti.
- Criterio 10: Epatite cronica o cirrosi epatica in paziente con insufficienza renale cronica in trattamento emodialitico.
- Criterio 11: Epatite cronica nel paziente in lista d'attesa per trapianto di organo solido (non fegato) o di midollo.

Tra questi, i maggiormente e più frequentemente riscontrati nella popolazione detenuta sono i criteri 1, 4, 7 ed 8. Bisogna considerare, infatti, che le condizioni cliniche espresse negli altri criteri spesso rendono evidenti aspetti di incompatibilità con la stessa detenzione per motivazioni sanitarie.

Di fronte a questo quadro, e nella prospettiva di eradicare la viremia nella popolazione gli strumenti ci sono, ma la loro applicazione è resa complessa proprio nell'ambiente a maggiore rischio e dalla prevalenza di soggetti potenzialmente infetti ed infettanti.

Di seguito, alcuni elementi di riflessione, dai quali le prospettive di migliorare l'approccio clinico alla patologia:

- La rete infettivologica intramuraria e le procedure di primo ingresso, di *counselling* e di rivalutazione
- La rete infettivologica territoriale, la rete dei laboratori attrezzati per la diagnostica virologica, la rete dei centri prescrittori
- La compliance del paziente, degli operatori, del sistema penitenziario
- I limiti tuttora imposti dalla normativa vigente (in particolare la perdurante necessità dell'esame con il *fibroscan*)
- La rete dei centri prescrittori

- Le procedure di acquisizione del farmaco, dispensazione, assunzione
- Il monitoraggio e follow up
- La continuità terapeutica (trasferimenti per giustizia, sede, salute, altro)

Non si può dimenticare come il transito dei servizi sanitari sia tuttora *in fieri* sotto numerosi profili, in particolare quelli relativi al personale, allo status giuridico di quello transitato e tuttora operante, alla collocazione nell'organigramma aziendale e nel funzionigramma integrato agli altri servizi. Vi sono differenze significative fra le Regioni e da parte del SSN/SSR non è semplice la comprensione del rapporto intrinseco del servizio sanitario penitenziario con l'Autorità Giudiziaria e l'Amministrazione Penitenziaria, ognuna con le sue esigenze, spesso antitetiche con quelle sanitarie.

Il caso dell'epatite C rappresenta un modello per oggi e domani, con punti di forza ed elementi di criticità.

Sicuramente la patologia è presente, anche in comorbidità, con possibilità di diagnosi. La cura esiste ed è efficace, e le possibilità di utilizzarla sono favorite nell'interesse generale della salute pubblica. Lo Stato italiano, infatti, ha finanziato in maniera specifica tali azioni.

Tra gli elementi di criticità troviamo difficoltà operative generali e di ottenere il consenso degli interessati. Inoltre, vi è la necessità di effettuare le analisi strumentali in ambiente esterno all'istituto penitenziario. Potrebbe essere difficoltosa la redazione del piano terapeutico e la fornitura del farmaco da parte dell'Azienda Sanitaria o struttura ospedaliera, così come effettuare verifiche sulla corretta assunzione da parte del paziente.

Ma l'impegno nell'affrontarle e superarle, oltre alle evidenti ricadute in tema di salute pubblica, consente di offrire un servizio adeguato alle attualizzate indicazioni dell'Ordinamento Penitenziario, nelle quali il principio generale dell'*appropriatezza clinica* è divenuto uno dei cardini della tutela della salute all'interno del carcere.

Monitoraggio, Controllo, Rendicontazione e Flussi istituzionali dell'assistenza farmaceutica penitenziaria

Dr. Nicola Soliveri

IL CONTESTO

L'attribuzione dell'assistenza sanitaria al Servizio Sanitario Nazionale ha avuto origine con il Decreto legislativo n.230 del 22/06/1999, con il progressivo trasferimento della competenza sanitaria dal Ministero di Giustizia (che fino a quella data si era posto come "gestore" dei fabbisogni di salute dei detenuti) alle Aziende Ospedaliere/ASL territoriali di competenza.

La dichiarazione di principio che *"I detenuti e gli internati hanno diritto, al pari dei cittadini in stato di libertà, alla erogazione delle prestazioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, efficaci ed appropriate..."* (contenuta nel suddetto DLvo n. 230/1999, aveva lo scopo di migliorare la condizione degli ammalati in carcere.

Il mondo carcerario riproduce in piccola scala quanto avviene nell'ambito dell'assistenza sanitaria garantita ai cittadini. Di fatto la persona "reclusa" ha gli stessi diritti del cittadino "libero": il "domicilio" della persona reclusa è individuato presso la Casa Circondariale dove si trova a "risiedere", mentre il domicilio del cittadino è il luogo in cui abita abitualmente, in altre parole il proprio indirizzo di casa.

Il carcere è quindi un "microcosmo" del mondo civile in cui le prestazioni sanitarie vengono garantite (come per i liberi cittadini) sia dal punto di vista "territoriale" che dal punto di vista "ospedaliero".

L'assistenza "territoriale" riguarda, ad esempio, l'assistenza nell'ambito delle "(tossico)dipendenze", il supporto psichiatrico e le profilassi vaccinali, mentre l'assistenza "ospedaliera" riguarda l'aspetto sanitario tipico dell'ambiente nosocomiale in tutte le sue sfaccettature, dalle prestazioni ambulatoriali "semplici" a quelle dei piccoli interventi ed, in alcuni casi, fino all'assistenza odontoiatrica fornita in luoghi adibiti, ed adeguatamente attrezzati allo scopo, all'interno della stessa Casa Circondariale. Per i casi piu' gravi l'assistenza ospedaliera viene fornita direttamente presso l'ospedale di riferimento che garantisce e fornisce il supporto sanitario alla Casa Circondariale.

In Regione Lombardia l'assistenza sanitaria ai detenuti è pertanto garantita da personale sanitario (medico, infermieristico e Farmacista) "pagato" dall'Azienda Ospedaliera nel cui territorio di competenza si trova la Casa Circondariale.

In ogni Azienda Ospedaliera (a cui è stata attribuita una Casa Circondariale) sono stati "creati" specifici Centri di Responsabilità (con Centri di Costo chiaramente individuati) a cui assegnare le risorse (umane, strumentali di farmaci e beni di consumo in generale) con cui far fronte alle necessità di salute delle persone detenute. Il Piano Organizzativo Aziendale Strategico (POAs) riporta le specifiche organizzative con cui viene garantita l'assistenza sanitaria "dentro le mura" del carcere.

LA RIFORMA SANITARIA DELLA REGIONE LOMBARDIA (LR 23/2015)

Con la riforma sanitaria della Regione Lombardia (Legge Regionale 11 agosto 2015 , n. 23) si è verificato il "trasferimento" di tutte le attività sanitarie "territoriali" dalle Aziende Sanitarie Locali (ASL) alle varie Aziende Ospedaliere che espletavano esclusivamente attività squisitamente "ospedaliera": le ASL si sono quindi trasformate in Agenzie di Tutela della Salute (ATS), mentre le varie Aziende Ospedaliere si sono trasformate in Aziende Socio Sanitarie Territoriali (ASST).

Nella nuova legge viene ribadito il principio della "separazione delle funzioni di programmazione, acquisto e controllo da quello di erogazione".

Le ATS (agenzie di tutela della salute) si configurano infatti come articolazioni amministrative della Regione che si proiettano nei territori. Strutture che attuano la programmazione definita dalla Regione, attraverso l'erogazione di prestazioni sanitarie e sociosanitarie tramite i soggetti accreditati e contrattualizzati pubblici e privati.

Le ASST (aziende socio sanitarie territoriali) costituiscono le strutture operative pubbliche della sanità lombarda (art.7) che si articolano a loro volta in due settori aziendali:

- "rete territoriale"
- "polo ospedaliero".

Il polo ospedaliero si articola in "presidi ospedalieri" e/o in "dipartimenti organizzati in diversi livelli di cura".

La rete territoriale della ASST ha il compito di erogare i seguenti servizi:

- prestazioni specialistiche, di prevenzione sanitaria, diagnosi, cura e riabilitazione a media e bassa complessità, cure intermedie;
- prestazioni distrettuali che in passato erano erogate dall'ASL;
- prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali territoriali e domiciliari anche delegate dalle ATS o dalle autonomie locali.

In quest'ambito la competenza sanitaria "territoriale" sulle carceri è stata trasferita completamente dalle ex ASL (diventate ATS) alle ex Aziende Ospedaliere (diventate ASST), che già garantivano l'assistenza "ospedaliera". In particolare, il supporto sanitario "territoriale" alla popolazione carceraria è stato trasferito alle ASST per:

- l'assistenza alle tossicodipendenze, gestita all'interno dei Servizi per le Dipendenze (SerD);
- la profilassi vaccinale, gestita presso il Presidio Socio Sanitario Territoriale (PreSST) - servizio prevenzione, autorizzazioni, certificazioni -.

Conseguentemente all'attivazione della Riforma Sanitaria Regionale (LR/2015) in ogni ASST (a cui era attribuita una Casa Circondariale) sono quindi stati "aggiornati" gli specifici Centri di Responsabilità (con Centri di Costo chiaramente individuati) a cui assegnare le risorse (umane, strumentali di farmaci e beni di consumo in generale) con cui far fronte alle necessità di salute delle persone detenute garantendo le prestazioni tipiche sia del "polo ospedaliero" che della "rete



territoriale". Il nuovo Piano Organizzativo Aziendale Strategico (POAs) è stato integrato con le specifiche organizzative da dedicare al carcere aggiungendo, alla già attivata assistenza "ospedaliera", l'assistenza "territoriale" di nuova attribuzione (ereditata della ex ASL).

Particolare attenzione deve essere posta riguardo alle responsabilità "apicali" a cui fanno capo le competenze "territoriali" e "ospedaliere" del personale sanitario (dell'ASST di appartenenza) che lavora "distaccato" presso la CASA CIRCONDARIALE. Infatti la competenza "territoriale" rientra sotto la "giurisdizione" del Direttore Socio Sanitario (che gestisce sia il personale medico dirigente che il personale infermieristico del comparto che lavora in ambito territoriale), mentre la competenza "ospedaliera" rientra nell'ambito del Direttore Sanitario (al quale fa capo tutto il personale sanitario che lavora in ambito ospedaliero).

Di fatto il personale sanitario che opera presso la CASA CIRCONDARIALE si trova ad avere contemporaneamente come riferimento superiore il DIRETTORE SANITARIO, per le attività "OSPEDALIERE", ed il DIRETTORE SOCIO SANITARIO, per le attività "TERRITORIALI". Conseguentemente, sotto il profilo "legale", la gestione delle criticità sanitarie comporta, a seconda degli ambiti, l'attribuzione o al DIRETTORE SANITARIO ("Polo Ospedaliero") o al DIRETTORE SOCIO SANITARIO ("Rete Territoriale"). Per semplificazione, nel POAs dell'Azienda Socio Sanitaria Territoriale Papa Giovanni XXIII di Bergamo (ASSTPG23), il Centro di Responsabilità (con i relativi Centri di Costo) della CASA CIRCONDARIALE è posizionato all'interno del "Polo Territoriale" ed è assegnato alla gestione di un referente medico e di un coordinatore infermieristico.

CARATTERISTICHE DELLA CASA CIRCONDARIALE DI BERGAMO

L'istituto si compone di due blocchi di edifici entrambi accessibili dall'esterno, ma collegati anche internamente attraverso una serie di passaggi e di varchi. In uno di questi edifici sono collocati i reparti del circondariale, mentre nell'altro fabbricato, ossia l'ex aula bunker, sono presenti due sezioni della reclusione. La Casa Circondariale è costituita da una struttura a tre piani, ogni piano è suddiviso in tre sezioni a raggio; una sezione, situata al piano terra, è adibita a reparto infermeria. Oltre alle suddette sezioni, sono presenti una sezione separata per i detenuti semiliberi, una per detenuti ammessi al lavoro all'esterno ex art. 21 O.P. e una ordinaria femminile.

Il numero di detenuti presenti è di circa 550 a fronte di 320 posti regolamentari.

La responsabilità sanitaria della Casa Circondariale è attribuita al Direttore dell' Unità Organizzativa Complessa Dipendenze dell' ASST Papa Giovanni XXIII, che opera nell'ambito della "rete territoriale" (e che fa capo al DIRETTORE SOCIO SANITARIO).



L'ORGANIZZAZIONE DELLE RICHIESTE DEL MATERIALE FARMACEUTICO SANITARIO PRESSO LA CASA CIRCONDARIALE DI BERGAMO

Considerato che:

- il personale sanitario (medici ed infermieri) che lavora presso la sede del carcere della CASA CIRCONDARIALE di BERGAMO è dipendente dell' ASST Papa Giovanni XXIII (ASSTPG23 ex Azienda Ospedaliera Papa Giovanni XXIII),
- il materiale farmaceutico sanitario viene fornito dalla Farmacia dell' ASST Papa Giovanni XXIII (sia per la competenza "ospedaliera" che "territoriale"),

l'organizzazione di tutto il supporto alla parte sanitaria della CASA CIRCONDARIALE (inclusa la richiesta dei beni farmaceutico sanitari) è organizzato esattamente come per tutti i Centri di Costo (e tutti i Centri di Responsabilità) dell' ASSTPG23.

Infatti per le modalità di approvvigionamento del materiale farmaceutico sanitario (richiesta, allestimento, consegna) avanzate alla Farmacia, valgono le stesse procedure ed istruzioni operative in essere per tutti i Reparti e le Strutture del "polo ospedaliero" e del "polo territoriale" dell' ASSTPG23.

L'omogeneità dell'uso degli strumenti di richiesta in tutta l'Azienda garantisce la standardizzazione della modalità di generazione dei dati di consumo del materiale farmaceutico sanitario che vanno poi ad alimentare tutti "flussi istituzionali", compresi quelli dell'assistenza farmaceutica penitenziaria (relativamente ai beni di consumo).

Detti "flussi" sono gli elementi basilari di "monitoraggio" e "controllo" ad uso interno dell'Azienda (per il dimensionamento ed il monitoraggio del Budget) e devono soddisfare il "debito informativo" nei confronti del Ministero della Salute e della Regione Lombardia, che, a loro volta, ne fanno uso a scopo di controllo, verifica "comparativa", per prendere decisioni strategiche di politica sanitaria in ambito di Piano Sanitario Nazionale e di Piano Sanitario Regionale.

Come già accennato, la predisposizione dei Centri di Costo (in ambito di specifici Centri di Responsabilità), da parte del Controllo di Gestione nel rispetto di quanto riportato nel Piano Organizzativo Aziendale Strategico (verso il "polo ospedaliero" e verso la "rete territoriale") costituisce il punto di partenza per garantire la corretta gestione dei beni di consumo (tra cui i beni farmaceutico sanitari).

I Centri di Costo predisposti per la destinazione del materiale farmaceutico sanitario sono:

1. SANITÀ PENITENZIARIA (dello STAFF DELLA DIREZIONE SOCIO-SANITARIA);
2. DIPENDENZE - SERD CARCERE (del DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE E DELLE DIPENDENZE);
3. VACCINAZIONI CARCERE - BERGAMO (che fa capo al PRESIDIO SOCIO SANITARIO TERRITORIALE - Servizio prevenzione, autorizzazioni, certificazioni - dell' AREA TERRITORIALE);



Tutte le registrazioni di movimentazione dei beni farmaceutico-sanitari sono "tracciate" (dalla richiesta alla consegna) sui Centri di Costo suddetti.

FARMACI PER LA CURA DELL'EPATITE C (unici farmaci tracciati "nominalmente")

Il medico di riferimento per tutte le patologie infettive all'interno della Casa Circondariale un medico individuato delle Malattie Infettive. I pazienti siero positivi vengono trattati con i Farmaci anti HIV che vengono richiesti "cumulativamente" (senza individuazione del paziente) sul Centro di Costo della SANITA' PENITENZIARIA.

Qualora si rendesse necessaria la terapia con un qualsiasi altro farmaco sottoposto a monitoraggio Aifa, questo deve essere tracciato con identificazione del paziente.

Al momento gli unici farmaci gestiti (e tracciati) con "riferimento individuale" sono i farmaci per la cura dell' EPATITE C.

Questi farmaci (sottoposti a MONITORAGGIO AIFA) vengono infatti gestiti con prescrizione/allestimento ed erogazione tramite la Farmacia delle Dimissioni e dei Farmaci H. La competenza clinica è attribuita all' Ambulatorio Malattie Infettive. La consegna di tali farmaci viene effettuata presso la Farmacia delle Dimissioni dell'ASSTPG23 tramite prescrizione informatizzata e stampa della relativa richiesta dal SITO AIFA: il ritiro avviene a cura dello stesso medico che si reca poi presso il Carcere, per garantire l'assistenza ed i controlli necessari.

Tutte le erogazioni dei Farmaci anti HCV vengono poi fatte fluire mensilmente a Regione Lombardia nel FILE F (tipologia 18) come flusso di "prestazionale" tramite l'Ufficio Flussi dell'ASSTPG23 (vedi sotto al punto FLUSSO DEI DATI DEI FARMACI DESTINATI AL CARCERE).

INTERVENTO DEI NAS PER INDAGINI IN CORSO SULL'EX DIRETTORE DEL CARCERE DI BERGAMO

Nei fatti di cronaca l'accaduto viene definito come "CASO PORCINO", dal nome dell' ex Direttore (per 33 anni) del Carcere di Bergamo Antonino Porcino. Nell'indagine (aperta sin dalla fine del 2016 dai PM Maria Cristina Rota ed Emanuele Marchisio) Porcino è imputato di 20 capi d'accusa tra corruzione, turbativa d'asta, truffa, peculato, contestazioni di violenza sessuale e tentata concussione. Nel caso sono stati coinvolti medici ed infermieri dipendenti dell' Ospedale Papa Giovanni XXIII che operavano presso la sede del carcere. Infatti, in conseguenza all'accaduto, sono stati presi provvedimenti disciplinari da parte della Direzione dell' ASST PG23 che hanno portato al licenziamento di un medico e di 2 infermieri. L'attuazione della suddetta riforma sanitaria Regionale ha poi contribuito a "confondere" le responsabilità "apicali" dal momento che il riferimento del carcere era rimasto sulla Direzione Sanitaria di HPG23 fino a fine 2015, per passare, da gennaio 2016, sulla Direzione Socio Sanitaria (nell'ambito della nuova ASST).



Conseguentemente, nel luglio 2018 la Farmacia è stata coinvolta in un' indagine da parte dei NAS dei Carabinieri di Brescia che aveva lo scopo di risalire all'origine della fornitura di varie specialità medicinali destinate al Carcere di Bergamo.

Nell'occasione i Carabinieri, su esplicita richiesta, sono stati informati (come sopra riportato) che le modalità di richiesta dei beni farmaceutico/sanitari da parte del carcere seguono le stesse procedure ed istruzioni operative in essere per tutti i Reparti e le Strutture di ASSTPG23 (precedentemente HPG23). E' stato specificato che la Farmacia non traccia la "destinazione" di lotto e scadenza delle specialità consegnate ai vari Centri di Costo e che le scadenze di quanto gestito in giacenza sul magazzino della Farmacia vengono mensilmente segnalate a tutti i riferimenti aziendali di destinazione con l'elenco dei farmaci con lotto e data di scadenza che cade entro i successivi 2 mesi. I farmaci NON gestiti in giacenza (acquistati da Ditta o, estemporaneamente, dal/i grossista/i di zona), sebbene tracciati in tutte le movimentazioni, al momento dell'arrivo non vengono registrati per lotto e scadenza in quanto i volumi di attività operativi non sono sostenibili a fronte delle risorse umane e tecnologiche disponibili. E' infatti stata data la priorità e la massima cura a tenere sotto controllo i lotti e le scadenze dei prodotti gestiti in giacenza sul magazzino della farmacia.

In seguito a verifica "sul campo" di quanto sopra riportato, il controllo è stato fatto partendo dalle informazioni presenti nel database del SW gestionale aziendale, senza far riferimento (come da espressa volontà dei NAS) ad alcuna documentazione cartacea.

Sono stati analizzati 3 elenchi riportanti i nomi di vari medicinali (per un totale di circa un centinaio di confezioni) con numero di AIC e relativo/i lotto/i di produzione: ciascun elenco era parte di un precedente verbale di perquisizione effettuato al domicilio di 3 indagati. Il numero di AIC (riportato, ove presente, su ogni farmaco presente nei 3 elenchi) è stato l'elemento chiave per procedere alla ricerca. Dapprima è stato verificato se i farmaci, oggetto di indagine, risultavano consegnati al carcere verificandone le movimentazioni tracciate nel SW gestionale aziendale con destinazione Carcere. Successivamente, tramite il database di tracciatura di arrivo dei lotti e delle scadenze delle specialità medicinali pervenute (prima della data della perquisizione), si è proceduto a verificare se le suddette specialità, per i relativi lotti di produzione riportati nei 3 elenchi, erano state consegnate al magazzino della Farmacia.

La maggior parte delle confezioni di farmaci riportate negli elenchi delle 3 perquisizioni appartenevano a lotti che rientravano tra quelli consegnati al magazzino della Farmacia. Per pochissime confezioni non c'è stato riscontro tra le specialità gestite (anche solo "di transito") sul magazzino della Farmacia.

Le rilevazioni sono state molto puntuali e, nel verbale redatto dai NAS, sono state riportate tutte le evidenze documentali (con elenchi e tabelle) della verifica effettuata, oltre all'assetto operativo/gestionale sopra riportato.

L'esperienza, sebbene onerosa, ci ha permesso di appurare quanto sia importante la standardizzazione dell'operatività (supportata da chiare procedure ed istruzioni operative) che porta a tracciare (informaticamente) tutte le movimentazioni. E' stata l'ennesima "confortante" occasione per constatare "sul campo" che l'organizzazione efficiente dell'attività costituisce la migliore garanzia a tutela del nostro operato.

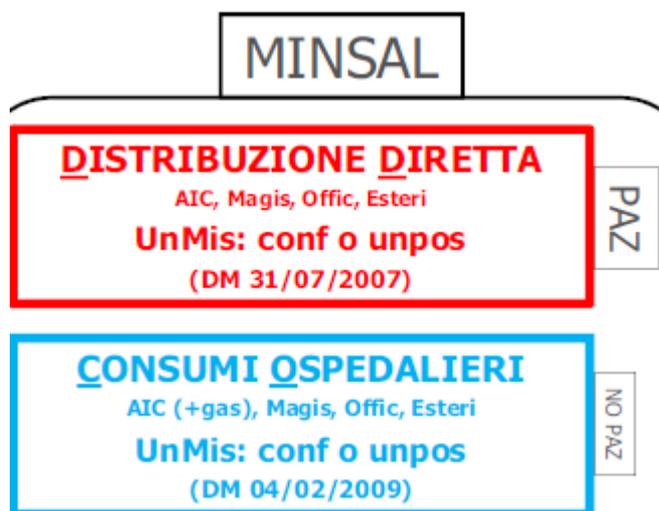
FLUSSO DEI DATI DEI FARMACI DESTINATI AL CARCERE COME DEBITO INFORMATIVO AL MINISTERO DELLA SALUTE

Il Ministero della Salute, con i Decreti Ministeriali 31/07/2007 e 04/02/2009, dispone che, anche per il Carcere, il debito informativo dei dati dei farmaci venga indirizzato in 2 "contenitori" distinti:

1. Farmaci destinati alla Distribuzione Diretta (=DD), in ottemperanza al DM 31/07/2007;
2. Farmaci destinati al Consumi Ospedalieri (=CO), in ottemperanza al DM 04/02/2009.

I quantitativi dei farmaci (in unità posologica od in confezione), con i relativi valori (su prezzo medio ponderato o prezzo di acquisto con IVA), vengono esposti con riferimento qualitativo al N° di Autorizzazione di Immissione in Commercio (AIC), all'identificativo del prodotto Magistrale od Officinale o al numero di riconoscimento ministeriale del farmaco Estero (come da tabella reperibile all'indirizzo http://www.dati.salute.gov.it/imgs/C_17_dataset_23_download_itemDownload0_upFile.CSV).

Rappresentazione dei "2 contenitori" del debito Informativo verso il Ministero della Salute



FLUSSO DELLA DISTRIBUZIONE DIRETTA

I farmaci che rientrano nel flusso della "DISTRIBUZIONE DIRETTA" hanno

- come riferimento di destinazione: l'IDENTITÀ DI OGNI PAZIENTE a cui sono stati consegnati i farmaci in qualità, quantità e valore (come specificato al paragrafo precedente);
- come riferimento "cronologico": la DATA DI EROGAZIONE DEL FARMACO.

Solo i "parafarmaci" non sono "autorizzati" nel flusso della Distribuzione Diretta del Carcere.

Riguardo ai farmaci "distribuiti" ai pazienti del carcere, il Ministero della Salute non obbliga che questi vengano dettagliati sull'identità di ogni persona fisica, ma permette un'aggregazione complessiva mensile sul riferimento specifico (Codice regionale) di ogni Casa Circondariale.

Si tratta dell'unico caso in cui il flusso della Distribuzione Diretta non obbliga l'individuazione del paziente.

Nel "debito informativo" verso Regione Lombardia la "Distribuzione Diretta", all'interno del carcere (come aggregazione complessiva mensile sul riferimento di ogni Casa Circondariale), rientra nella TIPOLOGIA 12 del FILE F.

Infatti è la Regione Lombardia che genera il flusso della DISTRIBUZIONE DIRETTA (di ciascuna propria ASST) al Ministero della Salute, "prelevando" dal FILE F (di ogni ASST) quanto rendicontato nella "Tipologia 12".

Presso ASSTPG23 il flusso della TIPOLOGIA 12 del FILE F (-> Distribuzione Diretta) è costituito da TUTTI I FARMACI addebitati mensilmente sul Centro di Costo "SANITÀ PENITENZIARIA (STAFF DELLA DIREZIONE SOCIO-SANITARIA)".

Tabella riportante i farmaci ad impatto economico piu' pesante rendicontati del flusso della Distribuzione Diretta (= FILE F Tipologia 12 "farmaci destinati a Istituti Penitenziari") del Carcere di Bergamo (anno 2017 verso anno 2018) – nel 2017 sono state usate 491 specialità medicinali diverse che sono aumentate a 552 nel 2018 -

ATC	Descrizione ATC	Specialità	via som m	Totale Euro 2017	Prezzo Medio Unità Pos anno 2017	Totale Euro 2018	Prezzo Medio Unità Pos anno 2018	Delta Euro (2018-2017)	Delta Prezzo Medio Unità Pos (2018-2017)
L04AB04	4-Adalimumab_	>HUMIRA*40MG S02SIR*2TAM (CLASSEH)--HUMIR/	INJ			7.449	465,55	7.449	
J05AR18	avir e cobicistat_	>GENVOYA*150/150/200/10MG 30C (CLASSEH)	nalNJ	3.983	26,55	20.709	26,55	16.727	0,00
J05AR19	nide e rilpivirina_	>ODEFSEI*200/25/25MG 30CPR (CLASSEH)--ODEFSI	nalNJ	6.587	19,96	17.964	19,96	11.377	0,00
J05AF10	a_10-Entecavir_	>BARACLUDE*0,5MG 30CPR (CLASSE A)--ENTECAVI	nalNJ			7.552	10,43	7.552	
J05AR15	avir e cobicistat_	>EVOTAZ*300/150MG 30CPR RIV (CLASSEH)	nalNJ	13.946	11,92	20.854	12,41	6.907	0,49
J05AR17	vir alafenamide_	>DESCOovy*200/25MG 30 CPR RIV. (CLASSEH)--DESCO	nalNJ	16.667	13,55	21.241	12,64	4.575	-0,91
P01AX06	6-Atovaquone_	>WELLVONE*750MG/5HLOS SOSP240 (CLASSEH)	nalNJ			1.210	242,01	1.210	
DISPOSIT	E F (TIPO 12) -N_	>DISPOSITIVI MEDICI (SENZA CODIF.) FILE F	nalNJ	11.534	0,11	12.537	0,11	1.003	-0,00
J05AR10	navir e ritonavir_	>KALETRA*200+50MG 120CPR RIV (CLASSEH)--KALEI	nalNJ	1.073	2,98			-1.073	
J05AE08	el_03-Ritonavir_	>NORVIR*100MG 30CPR RIV. (CLASSEH)--NORVIR*10	nalNJ	1.643	0,83	237	0,79	-1.406	-0,04
J05AF07	ofovir disoproxil_	>VIREAD*245 MG 30 CPR (CLASSEH)--TENOF DIS AC	nalNJ	1.640	9,11	64	1,07	-1.576	-8,04
J05AR06	roxil e efavirenz_	>ATRIPLA*600+200+245MG 30CPR (CLASSEH)--EFA/I	nalNJ	6.560	19,88	4.932	18,27	-1.628	-1,61
N07BC51	a, associazioni_	>SUBOXONE*16+4MG 28 CPR (CLASSE A)--SUBOXO/	nalNJ	1.852	4,41			-1.852	
J05AX08	_08-Raltegravir_	>ISENTRESS*400MG 60CPR (CLASSEH)--ISENTRES	nalNJ	9.613	6,97	7.477	6,23	-2.135	-0,73
J05AE08	_08-Atazanavir_	>REYATAZ*300MG 30 CPS (CLASSEH)--REYATAZ*2C	nalNJ	7.659	11,10	3.996	11,10	-3.663	0,00
J05AR02	dina e abacavir_	>KIVEXA*600+300MG 30 CPR (CLASSEH)	nalNJ	4.504	11,55	521	1,93	-3.982	-9,62
J05AR13	ire e dolutegravir_	>TRIUMEQ*50/600/300MG 30CPR (CLASSEH)	nalNJ	13.428	22,38	9.380	22,33	-4.048	-0,05
J05AR09	avir e cobicistat_	>STRIBILD*30 CPR (CLASSEH)	nalNJ	8.775	26,59	3.191	26,59	-5.584	0,00
J05AX12	12-Dolutegravir_	>TIVICAY*50MG 30 CPR (CLASSEH)--TIVICAY*50MG	nalNJ	25.260	16,51	17.324	16,50	-7.937	-0,01
J05AR03	e emtricitabina_	>TRUVADA*200/245MG 30CPR (CLASSEH)	nalNJ	21.506	14,63	5.434	13,93	-16.072	-0,70
J05AR08	roxil e rilpivirina_	>EVIPLERA*30 CPR (CLASSEH)	nalNJ	16.168	19,96			-16.168	
J05AE10	i_10-Darunavir_	>PREZISTA*800MG 30 CPR (CLASSEH)--PREZISTA*	nalNJ	17.385	11,59			-17.385	
Totale SP-SANITA' PENITENZIARIA				250.592	0,39	232.625	0,36	-17.966	-0,03
z-Totale SP-SANITA' PENITENZIARIA				Anno 2017		Anno 2018			
Evidenziati Delta Euro oltre 1.000 Euro e sotto -1.000 Euro.									

Come già detto, i farmaci per la cura dell'EPATITE C (con tutti gli altri farmaci sottoposti a monitoraggio Aifa) sono gestiti (e tracciati) con "riferimento individuale" presso il carcere. Questi flussano nel FILE F in TIPOLOGIA 18 (che va ad alimentare il flusso della Distribuzione Diretta). E' bene ricordare che i Farmaci anti HIV (tutti di classe H) destinati al carcere – che appaiono per lo piu' nella precedente tabella - vengono fatti flussare in Distribuzione Diretta come aggregazione complessiva mensile sul riferimento (codice regionale) di ogni Casa Circondariale – in quanto rendicontati nella TIPOLOGIA 12 del FILE F.

A completare il flusso della Distribuzione Diretta del carcere esiste il flusso di quanto viene somministrato nell'ambito del Servizio Recupero Dipendenze relative al Centro di Costo "DIPENDENZE - SERD CARCERE (DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE E DELLE DIPENDENZE)", che opera nella RETE TERRITORIALE dell' ASSTPG23.

La Farmacia destina TUTTI GLI STUPEFACENTI DEL REGISTRO CARICO/SCARICO al Centro di Costo "Dipendenze SERD CARCERE".

Tutte le somministrazioni a supporto farmacologico alle DIPENDENZE del carcere vengono tracciate tramite il software "GEDI" (Gestione Dipendenze), ereditato dalla ex ASL di Bergamo ed in uso in tutte le sedi della provincia. Dalla base dati di questo software viene generato il flusso della TIPOLOGIA 6 del FILE F che Regione Lombardia "trasferisce" mensilmente nel flusso della

Distribuzione Diretta destinata al Ministero della Salute. In questo caso il flusso risulta INDIVIDUALIZZATO su OGNI PAZIENTE...ma (come da disposto di legge per le tossicodipendenze) rigorosamente ANONIMIZZATO.

Tabella con i dati consumo per gruppo terapeutico dei farmaci destinati al Centro di Costo "DIPENDENZE - SERD CARCERE" – confronto tra anno 2017 e anno 2018

Macro Gr	Gr terapeutico	Un-m	EURO 2017	EURO 2018	Delta Euro	Unità posologiche 2017	Unità posologiche 2018	Delta qtà Unità posologic
1-medicinali (C 25-analgesici (1))	7345 METADONE 5MG/ML 1000ML SOLUZ.ORALE - SOL	FCs	3.702	5.647	1.945,06	59	90	31
1-medicinali (C 25-analgesici (1))	7332 BUPRENORFINA 8 MG SUBLING. ^n^	CPR	304	1.034	729,91	350	1.190	840
1-medicinali (C 25-analgesici (1))	7346 LEVOMETADONE 5MG/ML SOLUZ.ORALE - SOLO	FCs	396	528	132,00	3	4	1
1-medicinali (C 25-analgesici (1))	7330 BUPRENORFINA 2 MG SUBLING. ^n^	CPR	347	269	-77,48	1.190	980	-210
1-medicinali (C 25-analgesici (1))	7344 BUPRENORFINA 8MG + NALOXONE 2MG CPR	- CPR		-200	-200,09			-70
1-medicinali (C 25-analgesici (1))	7347 BUPRENORFINA 16MG + NALOXONE 4MG CPR	- CPR	-961		960,63	-168		168
Totale 25-analgesici (1)			3.788	7.278	3.490,04	1.434	2.194	760
1-medicinali (C 4-antidoti-chelan	3154 SODIO OXIBATO 17,5% 10ML SOL OS ^n^	FCs	162	1.672	1.509,95	120	1.236	1.116
Totale 4-antidoti-chelanti (1)			162	1.672	1.509,95	120	1.236	1.116
Totale 1-medicinali (CdC:DIPENDENZE - SERD CARCERE)			3.951	8.951	4.999,98	1.554	3.430	1.876

FLUSSO DEI CONSUMI OSPEDALIERI

I farmaci che rientrano nel flusso dei "CONSUMI OSPEDALIERI" hanno

- come riferimento di destinazione: Tipo di "REPARTO" (Ricovero, DH, Amb, ...) a cui sono stati addebitati i farmaci in qualità, quantità e valore (come specificato all'inizio del paragrafo precedente);
- come riferimento "cronologico": il MESE DI RIFERIMENTO.

Come già detto i quantitativi dei farmaci (in unità posologica od in confezione), con i relativi valori (su prezzo medio ponderato o prezzo di acquisto con IVA), vengono esposti con riferimento qualitativo al N° di Autorizzazione di Immissione in Commercio (AIC), all'identificativo del prodotto Magistrale od Officinale o al numero di riconoscimento ministeriale del farmaco Estero.

Presso l'ASSTPG23 si tratta dei FARMACI destinati ai Centri di Costo "VACCINAZIONI CARCERE - BERGAMO (PRESIDIO SOCIO SANITARIO TERRITORIALE - Servizio prevenzione, autorizzazioni, certificazioni - AREA TERRITORIALE).

Il servizio di vaccinazione viene garantito dal Presidio Socio Sanitario Territoriale (PRESST) che si occupa della PREVENZIONE e, per la somministrazione dei vaccini ai carcerati, si avvale del personale sanitario che opera presso la sede della casa circondariale.

Tutte le vaccinazioni vengono tracciate informaticamente su singolo paziente nel "Sistema Informativo Anagrafe Vaccinazione Regionale (SI AVR), ma, da questo software, non viene generato alcun flusso che riguardi i Consumi Ospedalieri o la Distribuzione Diretta.

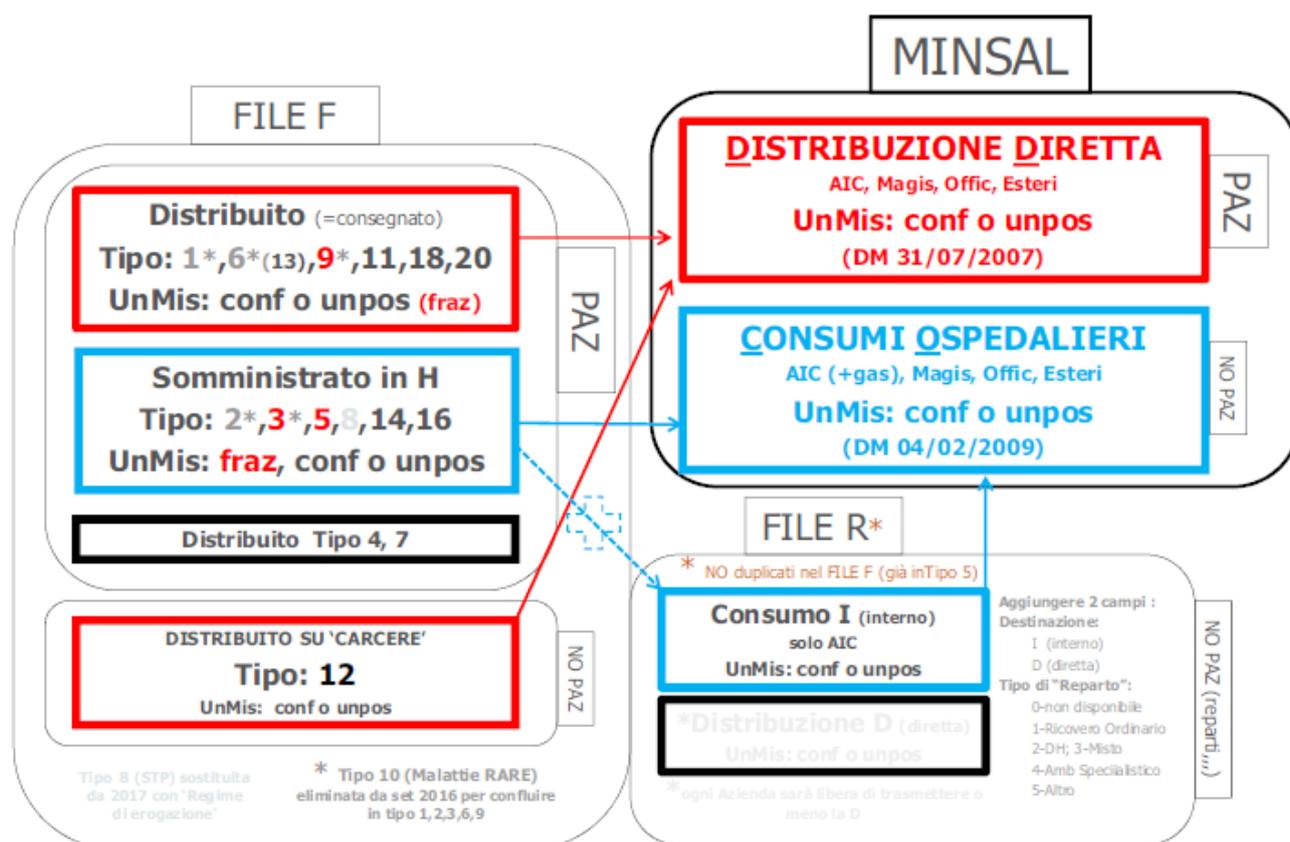
Il debito informativo destinato a Regione Lombardia (contenente i “vaccini” somministrati in carcere) costituisce il FILE R (come “Consumo Interno”) e ha le stesse caratteristiche del flusso dei Consumi Ospedalieri.

Tabella con i dati di consumo per gruppo terapeutico dei farmaci destinati al Centro di Costo “VACCINAZIONI CARCERE - BERGAMO” – confronto tra anno 2017 e anno 2018

Macro	Gr terapeutico	cod	Descrizione PA	U	EURO 2017	EURO 2018	Delta Euro	Unità posologiche 2017	Unità posologiche 2018	Delta qtà Unità posologic	
I-medicinali (C 27-sieri-vaccini (1	6283	VACCINO ANTINFLUENZALE STAGIONALE IM	^n SIR			1.634	1.634,00		280	280	
I-medicinali (C 27-sieri-vaccini (1	6256	VACCINO ANTI ZOSTER VIVO ATTENUATO ^n	SIR			577	577,17		6	6	
I-medicinali (C 27-sieri-vaccini (1	6291	VACCINO PNEUMOCOCCICO 13 VALENTE - POLIS	SIR			502	501,60		10	10	
I-medicinali (C 27-sieri-vaccini (1	6288	VACCINO PNEUMOCOCCICO 23 VALENTE - S.C./I	FLC			203	202,51		10	10	
Totale 27-sieri-vaccini (1)						0	2.975	2.975,28	0	306	306
Totale I-medicinali (CdC: VACCINAZIONI CARCERE - BERGAMO)						0	2.975	2.975,28	0	306	306

Come per la Distribuzione Diretta (con il FILE F), Regione Lombardia alimenta il flusso dei Consumi Ospedalieri di ogni ASST prelevandolo dal relativo FILE R.

Rappresentazione grafica del flusso del debito informativo verso Regione Lombardia (FILE F e FILE R) e trasposizione sul debito informativo del Ministero della Salute (Distribuzione Diretta e Consumi Ospedalieri)



La gestione del rischio clinico nell'uso dei farmaci e dei DM all'interno degli istituti penitenziari

Dr. Maurizio Musolino

La LEGGE 8 marzo 2017, n. 24 Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie. All'Art. 1 (Sicurezza delle cure in sanità) richiama in maniera esplicita il valore della sicurezza in ambito sanitario:

1. La sicurezza delle cure e' **parte costitutiva del diritto alla salute** ed e' perseguita nell'interesse dell'individuo e della collettività.
2. La sicurezza delle cure si realizza anche mediante l'insieme di tutte le attività finalizzate alla prevenzione e alla gestione del rischio connesso all'erogazione di prestazioni sanitarie e l'utilizzo appropriato delle **risorse strutturali, tecnologiche e organizzative**.
3. Alle attività di prevenzione del rischio messe in atto dalle **strutture sanitarie e sociosanitarie, pubbliche e private**, e' tenuto a concorrere tutto il personale, compresi i liberi professionisti che vi operano in regime di convenzione con il Servizio sanitario nazionale.

Nel corso della sua storia, il risk management ha interpretato ed è intervenuto sulle organizzazioni attraverso differenti modalità operative e diverse visioni della propria struttura teorica. Distinguiamo tre grandi periodi storici:

Periodo “tecnologico”

- Visione lineare dei fenomeni;
- Gestione degli errori secondo il principio della ricerca delle cause profonde;
- Interventi basati sulla eliminazione delle cause per annullare la potenzialità futura di evento/errore

Periodo del “fattore umano”

- I fenomeni riconoscono cause manifeste e cause latenti;
- La gestione degli eventi avviene tramite l'eliminazione delle deviazioni dalla norma;
- Gli interventi sono incentrati sui fattori contribuenti l'errore.

Periodo dei “sistemi complessi”

- La variabilità dei fattori organizzativi è presente sia negli esiti desiderati sia nelle evoluzioni avverse;
- La gestione dei processi avviene attraverso la promozione della resilienza organizzativa.

Il Ministero della Salute al fine di uniformare la terminologia in materia di sicurezza delle cure ha redatto un glossario da cui estrapoliamo le definizioni fondamentali.

Risk management: è l'attività finalizzata alla riduzione del rischio clinico tale attività è costituita dall'identificazione e valutazione dei rischi, **rischio clinico:** è la probabilità per un paziente di rimanere vittima di un evento avverso, **evento avverso:** danno o disagio imputabile (almeno in

parte) alle cure mediche che causa un prolungamento del ricovero ospedaliero / oppure un peggioramento delle condizioni di salute / oppure la morte (evento sentinella), **near miss event**: incidente evitato per l'intervento tempestivo di correzione da parte dell'uomo inoltre da **“La Sicurezza dei Pazienti e la Gestione del Rischio Clinico - Ministero della Salute 2006”** si definisce **Evento sentinella** un **Evento avverso di particolare gravità, potenzialmente indicativo di un serio malfunzionamento del sistema, che può comportare morte o grave danno al paziente e che determina una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del servizio sanitario.**

Gli eventi sentinella sono elencati nella tabella seguente

1. Procedura in paziente sbagliato
2. Procedura chirurgica in parte del corpo sbagliata (lato, organo o parte)
3. Errata procedura su paziente corretto
4. Strumento o altro materiale lasciato all'interno del sito chirurgico che richiede un successivo intervento o ulteriori procedure
5. Reazione trasfusionale conseguente ad incompatibilità ABO
6. Morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica
7. Morte materna o malattia grave correlata al travaglio e/o parto
8. Morte o disabilità permanente in neonato sano di peso > 2.500 grammi non correlata a malattia congenita
9. Morte o grave danno per caduta di paziente
10. Suicidio o tentato suicidio di paziente in ospedale
11. Violenza su paziente
12. Atti di violenza a danno di operatore
13. Morte o grave danno conseguente ad un malfunzionamento del sistema di trasporto (intraospedaliero, extraospedaliero)
14. Morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage nella Centrale operativa 118 e/o all'interno del P S
15. Morte o grave danno imprevisti conseguente ad intervento chirurgico
16. Ogni altro evento avverso che causa morte o grave danno al paziente

Nei confronti di questi eventi di particolare gravità sono state pubblicate idonee raccomandazioni finalizzate a prevenirne il verificarsi o a ridurne l'incidenza

Raccomandazioni:

1. Raccomandazione sul corretto utilizzo delle soluzioni concentrate di cloruro di potassio – KCl – ed altre soluzioni concentrate contenenti potassio
2. Raccomandazione per prevenire la ritenzione di garze, strumenti o altro materiale all'interno del sito chirurgico
3. Raccomandazione per la corretta identificazione dei pazienti, del sito chirurgico e della procedura
4. Prevenzione del suicidio di paziente in ospedale

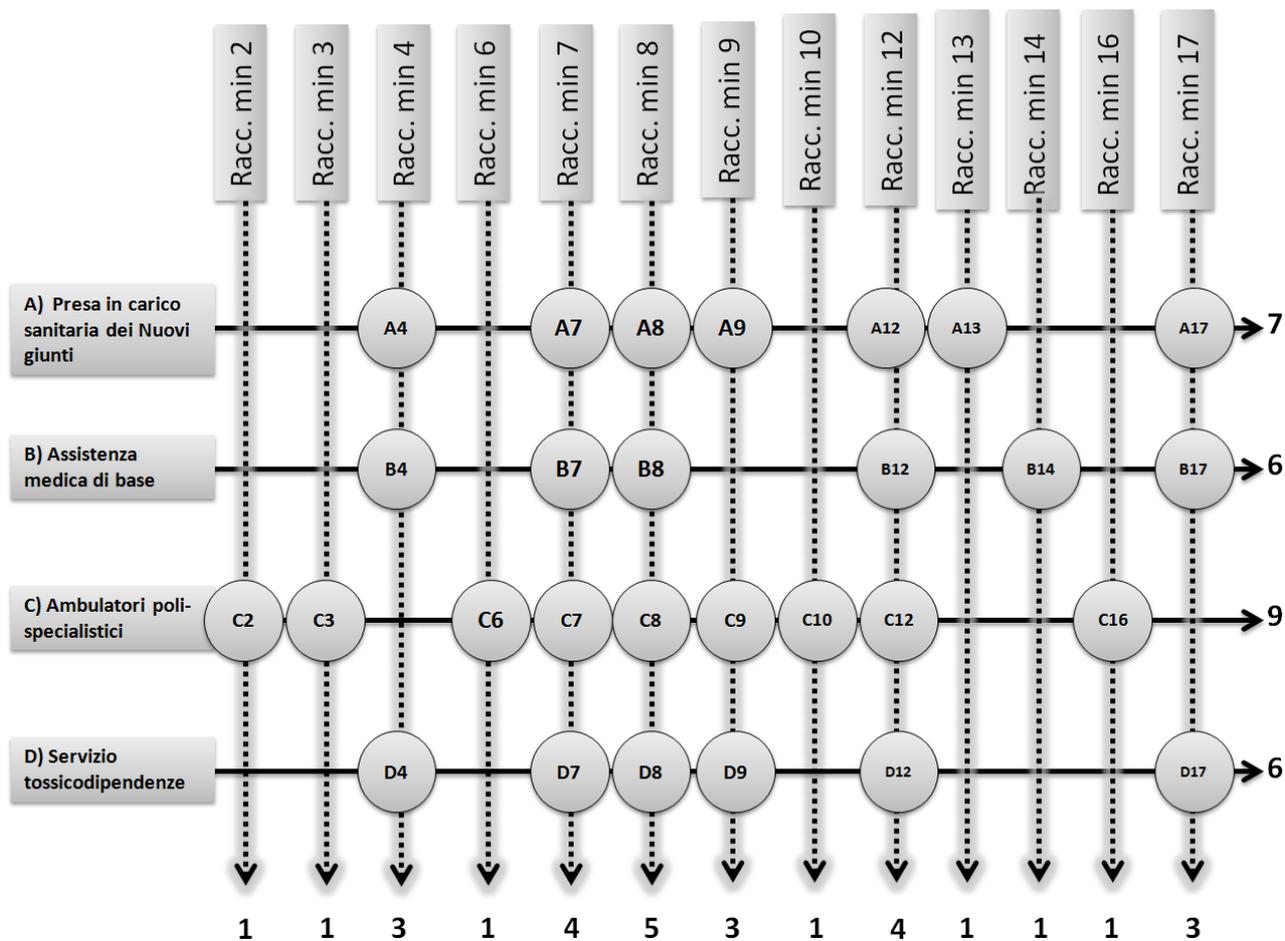
5. Raccomandazione per la prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità ABO
6. Raccomandazione per la prevenzione della morte materna o malattia grave correlata al travaglio e/o parto
7. Raccomandazione per la prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica
8. Raccomandazione per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari
9. Raccomandazione per la prevenzione degli eventi avversi conseguenti al malfunzionamento dei dispositivi medici/apparecchi elettromedicali
10. Raccomandazione per la prevenzione dell'osteonecrosi della mascella/mandibola da bifosfonati
11. Morte o grave danno conseguenti ad un malfunzionamento del sistema di trasporto (intraospedaliero, extraospedaliero)
12. Raccomandazione per la prevenzione degli errori in terapia con farmaci "look-alike/sound-alike"
13. Raccomandazione per la prevenzione e la gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie
14. Raccomandazione per la prevenzione degli errori in terapia con farmaci antineoplastici
15. Morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage nella Centrale operativa 118 e/o all'interno del Pronto Soccorso
16. Raccomandazione per la prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso >2500 grammi non correlata a malattia congenita
17. Raccomandazione per la riconciliazione della terapia farmacologica

Si pone, a questo punto, il problema di come effettuare una mappatura del rischio di un'organizzazione di sanità penitenziaria in coerenza con le raccomandazioni del Ministero della Salute. È possibile, a tal proposito, costruire una matrice a doppia entrata o "Modello a Pallottoliere" con cui incrociare i macro-percorsi sanitari espletati nella struttura penitenziaria con le Raccomandazioni ministeriali. I macro-percorsi sono l'esito di una revisione qualitativa delle attività svolte nella struttura sanitaria finalizzata a delineare in maniera esaustiva tutte le linee di attività svolte.

I macro-percorsi sanitari

• <u>Presa in carico sanitaria dei Nuovi giunti</u>
• <u>Assistenza medica di base</u>
• <u>Ambulatori poli-specialistici</u>
• <u>Richiesta di prestazione esterna</u>
• <u>Servizio tossico dipende</u>

I punti di intersezione corrispondono al coinvolgimento dei contenuti delle raccomandazioni con le specifiche attività dei macro-percorsi individuati. La matrice, o schema a "pallottoliere", deve essere configurata in base alle specifiche caratteristiche della struttura esaminata e delle attività cliniche in essa espletate.



In base a tale mappatura è possibile programmare un piano procedurale di sintesi, come esemplificato nella tabella successiva, che articoli la mappatura effettuata in un numero contenuto di documenti procedurali.

La Riconciliazione della terapia farmacologica nelle carceri

Dr. Lorenzo Acampora, Dr. Vincenzo Giordano, Dr. Vincenzo Maria Irollo

Il DPCM del 01/04/2008 attribuisce alle Aziende Sanitarie Locali il compito di garantire ai detenuti, agli internati ed ai minorenni sottoposti a provvedimento penale il soddisfacimento dei bisogni di salute attraverso le prestazioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione.

Sul territorio campano sono presenti quattro Istituti Penitenziari:

1. La Casa Circondariale (C.C.) di Poggioreale, che dispone di 60 posti letto, un reparto di diagnostica per immagini, un poliambulatorio e un laboratorio di patologia clinica interno per gli esami di base, unico riconosciuto a livello regionale, collegato al territorio per gli esami di II livello.
2. Il Centro Penitenziario di Secondigliano, che conta 20 posti letto e un'articolazione della salute mentale.
3. L'Istituto Per Minori di Nisida.
4. Il Centro Prima Accoglienza dei Colli Aminei.

Nelle diverse strutture si ha una popolazione ristretta, all'interno della quale si attesta una percentuale di stranieri attorno al 10-15%. All'interno della C.C. di Poggioreale ogni anno entrano dallo stato di libertà come "nuovi giunti" circa 12000 cittadini.

La distribuzione della suddetta popolazione all'interno delle strutture campane è la seguente:

STRUTTURA	POPOLAZIONE
C.C Poggioreale	2.150
C.P. Secondigliano	1.350
I.P.M. Nisida	75
C.P.A. Colli Aminei	5

La C.C. di Poggioreale presenta 1.611 posti per i detenuti, tuttavia, la chiusura di due reparti per lavori di ristrutturazione ne rende disponibili ad oggi 1.467. Al momento sono presenti all'interno della struttura 2.150 persone, di cui la maggioranza (1.783) italiani di provenienza locale, pari ad un affollamento del 140,29%.

Negli luoghi di detenzione vengono offerti servizi sanitari, al fine di garantire sia l'assistenza primaria di base che quella specialistica, attraverso l'erogazione di prestazioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione. Ogni istituto entra nella sfera di competenza territoriale della Azienda Sanitaria Locale, il cui obiettivo primario è quello di tutela e promozione della salute della persona detenuta, a partire dal suo arrivo nell'istituto di pena fino al momento dell'uscita, provvedendo alla messa in atto di:

- Attività di promozione della salute psicofisica con il diretto coinvolgimento del detenuto;
- Cure appropriate, terapie ed attività di riabilitazione;

- Rispetto dei principi di **Equità ed Imparzialità**: i servizi vengono erogati tenendo conto dei bisogni di salute dei singoli detenuti, senza alcuna distinzione di sesso, orientamento sessuale, età, paese di origine, lingua, religione ed opinione politica.

In virtù di ciò, il personale sanitario ispira il proprio comportamento a criteri di obiettività, equità ed imparzialità, come previsto dal codice di comportamento dei dipendenti pubblici; l'intero personale svolge la propria attività nel rispetto del segreto professionale, comunicando le informazioni riguardanti la salute della persona solo al diretto interessato o ad un suo delegato. Nel caso in cui sia necessario erogare prestazioni sanitarie, la persona detenuta viene adeguatamente informata sulle finalità delle medesime, affinché dia il proprio consenso ad eseguirle. Il detenuto ha, inoltre, la possibilità di consegnare altri documenti utili ad un miglior approccio clinico.

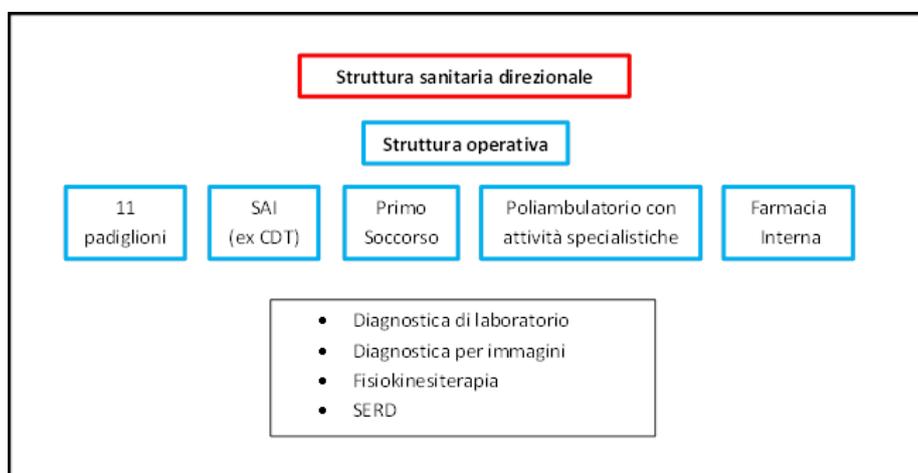
I Medici di Medicina Generale, i Medici Specialisti e gli Infermieri si occupano della presa in carico del paziente detenuto durante il periodo di detenzione fino al ritorno in libertà, aumentando le conoscenze del detenuto circa le sue condizioni di salute ed i servizi sanitari di cui ha diritto e migliorando le sue capacità di curarsi e di sapere a quali servizi sanitari e socio-sanitari può eventualmente rivolgersi una volta uscito dal carcere.

Il responsabile dell'attività di Medicina Generale è il medico di padiglione, che effettua le seguenti prestazioni:

- visite mediche ambulatoriali;
- prescrizioni di farmaci;
- richieste di approfondimenti diagnostici strumentali, di laboratorio o di consulenza specialistica;
- proposte di ricovero in ospedale o altre strutture;
- consulto con gli specialisti di riferimento;
- certificazioni obbligatorie per legge.

Il medico svolge la propria attività in ambulatorio; le visite sono programmate, a richiesta del detenuto o del personale sanitario e vengono effettuate secondo gli orari previsti.

Nella figura sottostante si riporta il modello organizzativo della C.C. di Poggioreale.



Le branche di attività specialistica attive nella struttura sono:

1. Cardiologia (ECG, Ecocardiogrammi);
2. Chirurgia (ecografie);
3. Chirurgia vascolare (eco-color-doppler);
4. Dermatologia;
5. Diabetologia;
6. Endocrinologia;
7. Fisiatria;
8. Infettivologia;
9. Nefrologia;
10. Neurologia;
11. Oculistica;
12. ORL;
13. Ortopedia;
14. Pneumologia;
15. Psichiatria;
16. Radiologia;
17. Urologia.

Le specialità mancanti vengono vicariate dal Distretto Sanitario di Base 33, dove è in corso una specifica lista d'attesa dedicata alla popolazione ristretta attraverso il CUP penitenziario.

Gli errori in corso di terapia farmacologica riguardano tutto il processo di gestione del farmaco sia in ospedale che sul territorio ed anche in ambito penitenziario. In particolare, nei momenti cosiddetti di *Transizione di cura* (rappresentati dal ricovero del paziente in ospedale e dalla sua dimissione con rientro e/o trasferimento in Istituto, dal suo trasferimento tra reparti della stessa struttura (padiglioni del carcere) o ad altra struttura sanitaria o da un Istituto di pena ad un altro), gli errori in terapia, correlati a *discrepanze non intenzionali*, possono causare danni al paziente con un prolungamento della degenza o ricoveri ripetuti e l'impiego di ulteriori risorse sanitarie. In seguito alla dimissione, una comunicazione non accurata o incompleta tra professionisti nonché tra professionisti e pazienti e familiari/care giver, viene indicata come un fattore determinante per il verificarsi di eventi avversi poichè influenza l'aderenza alla terapia.

La Riconciliazione della terapia farmacologica è un *processo formale* che permette, in modo chiaro e completo, di rilevare e conoscere la terapia farmacologica seguita assieme ad altre informazioni relative al paziente e consente al medico che ha in carico il paziente di valutare con attenzione se proseguirla, variarla o interromperla in toto o in parte. L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) raccomanda interventi per la prevenzione degli errori in terapia derivati da un'inadeguata conoscenza delle terapie in atto e considera la Riconciliazione farmacologica una delle migliori strategie per garantire la qualità delle cure. Esperienze di Riconciliazione sono state effettuate soprattutto negli Stati Uniti (USA), Canada e Australia, come dimostrano la maggior parte delle pubblicazioni, anche se non mancano studi condotti in Europa; nel nostro Paese riguardano l'ospedale e, solo recentemente, si hanno indicazioni per il territorio compreso il domicilio del paziente. In molti Stati, come USA e Canada, la Riconciliazione rappresenta uno dei requisiti di



accreditamento delle strutture sanitarie; anche in Italia, a seguito dell'Intesa Stato-Regioni del 20 dicembre 2012, la Riconciliazione è stata inserita tra i criteri ed i requisiti di accreditamento che Regioni e Province Autonome e strutture sanitarie sono tenute ad assicurare.

Obiettivo della Raccomandazione è la prevenzione degli errori in terapia nei momenti in cui il paziente viene ricoverato o dimesso o trasferito tra reparti della stesso ospedale o ad altra struttura ospedaliera o extraospedaliera- territoriale-carceri.

Ogni struttura sanitaria provvede ad elaborare una procedura che fornisce, in base alla propria organizzazione, le indicazioni necessarie ad effettuare la Riconciliazione farmacologica. Le informazioni riguardano gli operatori sanitari coinvolti, i tempi di esecuzione del processo, le informazioni da richiedere, la modulistica da utilizzare (Scheda di Ricognizione/Riconciliazione, di seguito Scheda) e da tenere in considerazione.

La procedura individua una prima fase (Ricognizione) di raccolta di dati che riguardano il paziente e i medicinali assunti, fattori etici, l'eventuale assunzione di alcool, l'uso di droghe e l'abitudine al fumo ed una seconda fase (Riconciliazione) che prevede il confronto tra la terapia seguita e quella che si vuole impostare.

Le due fasi possono coincidere, se espletati dallo stesso medico prescrittore, che è tenuto ad utilizzare l'apposita Scheda secondo le indicazioni della procedura evidenziando le decisioni assunte in merito sulla Riconciliazione farmacologica.

La Scheda di Ricognizione/Riconciliazione deve essere di facile utilizzo, disponibile e conosciuta da tutti i professionisti individuati dalla procedura. Deve riportare esattamente quanto riferito o esibito dal paziente o dal familiare/caregiver oppure attestato dal medico curante, relativamente alle terapie in corso. Nello specifico, in fase di Ricognizione, ci si deve limitare ad annotare esattamente quanto riportato senza convertire il nome commerciale del prodotto in denominazione di equivalente o di principio attivo o viceversa. La Scheda deve essere utilizzata anche nelle consulenze. Una copia deve essere trasferita al reparto che prende in carico il paziente e può essere consegnata alla dimissione quale documento integrante la lettera di dimissione da consegnare al MMG.

Le informazioni che devono essere raccolte durante la Ricognizione riguardano:

- a.** il nome commerciale e/o del principio attivo;
- b.** la forma farmaceutica;
- c.** il dosaggio;
- d.** la posologia giornaliera;
- e.** la data di inizio e la durata della terapia;
- f.** la data e l'ora dell'ultima dose assunta (con particolare attenzione alle formulazioni a lunga durata di azione);
- g.** la via di somministrazione;
- h.** gli eventuali trattamenti a carattere sperimentale, compreso l'utilizzo compassionevole e di farmaci *off label* (in particolare l'indicazione terapeutica);

- i.* l'assunzione di omeopatici, fitoterapici e integratori e ogni altro prodotto della medicina non convenzionale;
- j.* la presenza di patologie, allergie o intolleranze conosciute;
- k.* le terapie pregresse ed eventuali effetti indesiderati;
- l.* l'assunzione di alimenti (dosi elevate di pompelmo, caffè, tè, frutta e verdura) che possono interferire con la terapia;
- m.* i dati inerenti peso e altezza del paziente;
- n.* gli stili di vita (eventuale assunzione di alcool, abitudine al fumo e uso di droghe);
- o.* l'utilizzo di dispositivi medici medicati;
- p.* ogni altro dato ritenuto significativo purchè contemplato nella procedura interna.

Particolare attenzione va riservata alla raccolta di informazioni inerenti i farmaci anticoagulanti, antidiabetici, a lunga durata d'azione o a rilascio prolungato e ad azione immunosoppressiva.

La fonte privilegiata delle informazioni è rappresentata dal paziente; in tal modo si può verificare l'effettivo utilizzo dei medicinali, coerente o meno con le indicazioni del medico curante, e venire a conoscenza di ulteriori prodotti assunti di propria iniziativa.

Se il paziente non è cosciente o collaborante oppure non è in grado di riferire i medicinali che sta utilizzando (circostanze che devono essere contemplate dalla procedura) ci si può rivolgere ad un familiare o un care-giver, purchè a conoscenza dei trattamenti in corso, annotando la provenienza dell'informazione. Per facilitare la Ricognizione, è importante il confronto con l'eventuale lista dei medicinali, redatta dal medico di medicina generale, che dovrebbe essere sempre esibita ogni volta che il paziente effettua una visita o accede ad una struttura sanitaria per cura.

E' indispensabile documentare la fonte delle informazioni sulle terapie in corso e precisare se si tratta di:

- riferimento verbale;
- consegna della lista dei medicinali (o parte di essa);
- presentazione delle confezioni dei medicinali da parte del paziente o del familiare/caregiver (in questo ultimo caso riportarne l'identità);
- documentazione del medico curante precisandone l'identità e eventualmente la struttura di appartenenza.

Numerosi sono i fattori ostacolanti la raccolta e l'affidabilità delle informazioni, in particolare in ambiente penitenziario:

- a) la difficoltà di ottenere un resoconto accurato, specie in presenza di situazioni di urgenza, di barriere linguistiche, di difetti psico-fisici;
- b) l'assenza di un familiare/caregiver informato sulle terapie in atto;
- c) l'impossibilità di stabilire una interazione diretta con il paziente;
- d) la mancanza o incompletezza della lista dei medicinali redatta dal medico curante (ad esempio, non comprensiva di quelli prescritti da altri medici);
- e) la discordanza tra farmaci prescritti ed effettivamente assunti dal paziente (modifica di dosi, sospensione della terapia);

- f) difficoltà di relazione per un soggetto al primo ingresso in Istituto di Pena, fortemente turbato dalla improvvisa perdita della libertà;
- g) volontà del paziente di non riferire l'uso di determinati prodotti.

Il professionista (medico, infermiere) individuato dalla procedura e che abbia parte attiva nel processo terapeutico, effettua la Ricognizione nell'immediatezza della presa in carico del paziente e comunque entro 24 ore dalla stessa, tranne che nelle situazioni di emergenza o qualora le informazioni essenziali non siano immediatamente disponibili; in tali casi la Ricognizione potrà essere condotta o completata successivamente (trasferimento al padiglione di appartenenza) anche dopo le nuove disposizioni di farmaci correlate alla situazione clinica emergente. Qualora la Ricognizione sia eseguita da più professionisti sanitari è necessario che sia utilizzata la stessa scheda.

La Riconciliazione va effettuata appena disponibili i dati della Ricognizione e prima della prescrizione; in alcuni casi, dettati dall'urgenza e contemplati dalla procedura, può essere espletata successivamente. Il medico, prima di eseguire la prescrizione farmacologica, prende visione degli esiti della Ricognizione ed effettua la Riconciliazione; confronta la terapia in corso con le disposizioni (prescrizioni ex novo, modifiche) ritenute necessarie per l'attuale circostanza clinica. Durante questa fase vengono individuate le possibili *incongruenze* ossia sovrapposizioni, omissioni, interazioni, controindicazioni e/o confondimento all'atto della raccolta dei dati anamnestici.

I fattori che possono influenzare la Riconciliazione riguardano:

1. la presenza di una Ricognizione affidabile;
2. la disponibilità di supporti tecnici per approfondire la conoscenza delle caratteristiche farmacologiche e la valutazione della *congruità* dei trattamenti stessi, quali anche dati e/o documentazione scientifica possibilmente on-line;
3. una adeguata comunicazione e una fattiva collaborazione tra medici, infermieri e farmacisti;
4. una procedura accurata o una approfondita conoscenza dei contenuti e dell'utilizzo della Scheda.

Bisogna lasciare traccia della Riconciliazione nella pertinente documentazione sanitaria.

Un fattore importante per la sicurezza e qualità delle cure è rappresentato dalla comunicazione tra operatori sanitari e tra questi e il paziente durante tutto l'intero processo.

E' doveroso informare il paziente (o nei casi già descritti, i familiari/caregiver) delle modifiche apportate al trattamento terapeutico fornendone la motivazione; una completa e chiara comunicazione può evitare errori nell'assunzione dei farmaci ,soprattutto quando la terapia deve essere seguita per un lungo periodo e a domicilio.

Nella lettera di dimissione deve essere riportato l'elenco aggiornato dei farmaci somministrati in Ospedale e/o Istituto con indicazione se debbano essere proseguiti o meno oppure deve essere prevista la consegna di una copia della scheda di Ricognizione/Riconciliazione.

Al momento del trasferimento o della dimissione viene effettuata sempre una revisione della Scheda precedentemente compilata e delle prescrizioni farmacologiche redatte dal medico entro le 24 ore



precedenti; se utilizzato un software si possono inserire i farmaci consigliati a domicilio e rivalutare la presenza di prescrizioni potenzialmente Inappropriate (PPI).

Esperienze organizzative dell'assistenza sanitaria e farmaceutica penitenziaria: Regione Piemonte

Dr. Francesco Cattel, Dr.ssa Silvia Cavassa, Dr.ssa Giacomina Cinnirella, Dr.ssa Paola Crosasso, Dr.ssa Elisa De Pasquale, Dr.ssa Anna Leggieri, Dr.ssa Mariapia Massa, Dr.ssa Rossana Monciino, Dr.ssa Anna Nigro, Dr.ssa Marina Pagliano, Dr.ssa Alessia Pisterna, Dr.ssa Silvia Scalpello, Dr.ssa Elena Vighi, Dr.ssa Elena Zinetti

Il DPCM del 01.04.2008, in attuazione della Legge n. 244 del 24 dicembre 2007 (Finanziaria 2008), trasferisce le competenze delle funzioni sanitarie in ambito penitenziario dal Ministero della Giustizia al Servizio Sanitario Nazionale. Attraverso tale provvedimento viene attribuito alle Aziende Sanitarie Locali di competenza, il compito di garantire alla popolazione degli Istituti Penitenziari il soddisfacimento dei bisogni di salute attraverso l'erogazione delle prestazioni sanitarie di cui necessitano.

Per assicurare l'uniformità delle azioni nel territorio nazionale e la giusta connessione tra le misure volte a garantire la sicurezza e le misure di tutela della salute della popolazione carceraria, il DPCM del 01.04.2008 ha previsto la costituzione del Tavolo di consultazione permanente per la sanità penitenziaria, presso la Conferenza Unificata Stato-Regioni.

In data 22 gennaio 2015 la Conferenza Unificata ha sancito l'Accordo relativo al documento "Linee guida in materia di modalità di erogazione dell'assistenza sanitaria negli Istituti Penitenziari per adulti; implementazione delle reti sanitarie regionali e nazionali", redatto dal Tavolo di consultazione sopra citato, dando mandato alle Regioni di recepirne i contenuti.

L'accordo prevede che la pianificazione regionale dei servizi destinati alla presa in carico dei detenuti, che necessitano di particolare impegno assistenziale, sia orientata al modello organizzativo delle reti cliniche integrate "HUB & SPOKE", concentrando la casistica più complessa in un numero limitato di centri HUB.

L'attività dei centri HUB è fortemente integrata, attraverso connessioni funzionali, con quella dei centri periferici SPOKE. Il modello di rete indicato prevede servizi sanitari di riferimento sia intra che extra penitenziari.

La Regione Piemonte, con propria DGR n. 20-1542 dell'8 giugno 2015, ha recepito il suddetto Accordo e con DGR n. 26-3383 del 30 maggio 2016 ha approvato il documento "La Rete dei servizi sanitari in ambito penitenziario nella realtà piemontese", nel quale viene descritto il Progetto di riorganizzazione dei Servizi Sanitari Penitenziari, definendo così un proprio modello di rete.

Gli HUB e gli SPOKE, nel modello di rete della Sanità Penitenziaria Piemontese, sono identificati in base alla tipologia di assistenza (Tabella 1):



Assistenza di Base – Assistenza tipo SPOKE – Assistenza tipo HUB

Assistenza BASE

- Copertura medica servizio almeno 12h/die. Il servizio notturno è a chiamata ed è garantito dal servizio di continuità assistenziale del territorio al bisogno o secondo le modalità previste dalle Aziende Sanitarie.
- Presenza del Medico Responsabile di Presidio, o suo delegato in caso di assenza dal servizio o impedimento, per almeno 3 ore nei giorni feriali da lunedì a venerdì.
- Presenza di attività Specialistica SERD, DSM, ODONTOIATRIA, INFETTIVOLOGIA, GINECOLOGIA (se presenta una sezione femminile).
- Ambulatorio Infermieristico.

Assistenza SPOKE

- Copertura medica servizio 24h/24h/die.
- Presenza del Medico Responsabile di Presidio, o suo delegato, per almeno 3 ore nei giorni feriali da lunedì a venerdì.
- Specialistica oltre a quella prevista per l'assistenza BASE vanno aggiunte: CARDIOLOGIA, ORTOPEDIA, OCULISTICA, UROLOGIA, DIABETOLOGIA, DERMATOLOGIA.
- Copertura assistenza infermieristica (con almeno 2 unità per turno diurno) almeno 12 ore; un infermiere coordina il servizio in collaborazione con il RID (Referente Infermieristico Distretto) territoriale.
- Percorsi di ricovero garantiti nel Presidio Ospedaliero dell'Asl di riferimento.

Assistenza HUB

- Copertura medica del servizio 24h/24h/die.
- Presenza del Medico Responsabile di Presidio, o suo delegato, per almeno 3 ore nei giorni feriali.
- Specialistica COMPLETA anche con integrazione funzionale con le strutture cliniche aziendali da lunedì a venerdì.
- Copertura assistenza infermieristica copertura 24/24h/die continuative, con almeno due unità per turno diurno, 1 unità nel turno notturno.
- Posti letto dedicati in infermeria per OBI (osservazione breve intensiva) con permanenza fino a 72 ore.
- Posti letto dedicati presso il Presidio ospedaliero dell'ASL di riferimento.



HUB Ospedaliero – Reparto detenuti AOU “Città della Salute e della Scienza di Torino”

Centro di riferimento regionale presso l’Azienda Ospedaliera Città della Salute e della Scienza di Torino dove è presente un Reparto destinato al ricovero dei pazienti detenuti dotato di 19 posti letto.

La programmazione dei ricoveri non urgenti richiesti dai Responsabili Sanitari dei vari Istituti Penitenziari, previa autorizzazione dell’Autorità Giudiziaria, è demandata al Coordinatore Regionale; per i ricoveri urgenti è previsto il passaggio in DEA.

L’attività clinica presso il Reparto è garantita dal personale proveniente dei Reparti Specialistici del nosocomio ed è coordinata da un Medico incaricato dalla Direzione Sanitaria dell’Ospedale. E’ inoltre previsto un Coordinatore Infermieristico (CPSE) a garanzia della presa in carico dell’assistenza.

Servizio Medico Multiprofessionale Integrato con sezioni dedicate e specializzate di assistenza intensiva (S.A.I.) – (ex CDT)

Centro di riferimento regionale presente presso la C.C. Lorusso e Cutugno, così composto:

- Sezione Alta Intensità

19 posti letto più 3 in sede separata, deputata ad ospitare Detenuti con patologie acute o riacutizzate che necessitino di supporto sanitario costante.

In questa Sezione si prevede una copertura medica e infermieristica sulle 24 ore e l’assistenza specialistica necessaria a cura del personale afferente al Presidio Sanitario del carcere.

- Sezione Bassa Intensità

23 posti in cella singola deputata ad ospitare detenuti affetti da patologie croniche stabilizzate ma che presentino la necessità di maggiore sostegno socio-assistenziale, di cui una appositamente allestita per ospitare detenuti con gravi menomazioni della capacità motoria e/o sensoriali. In questa Sezione è previsto il passaggio quotidiano del Medico addetto all’assistenza sanitaria penitenziaria e l’assistenza infermieristica afferente al Presidio Sanitario del carcere.

SEZIONI SANITARIE SPECIALIZZATE:

- Tutela della Salute Mentale

Il Sestante presente presso la C.C. Lorusso e Cutugno e Centro di riferimento regionale e così composto: - Sezione Osservazione Psichiatrica dotata di 21 posti - Sezione Trattamento dotata di 14 celle utilizzabili fino ad un massimo di 20 posti letto. - Sezione Osservazione Psichiatrica per Collaboratori dotata di due celle singole.

- **Assistenza ai detenuti con Patologia da Dipendenza:**

Arcobaleno – Struttura a Custodia Attenuata presente presso la C.C. Lorusso e Cutugno e Centro di riferimento regionale per il trattamento di secondo livello dei detenuti con Disturbi da Uso di Sostanze; accoglie fino ad un massimo di 70 soggetti.

Sezioni di I° livello, deputate alla Disassuefazione e alla Terapia di Mantenimento con farmaci sostitutivi, presenti presso la C.C. Lorusso e Cutugno, la C.C. di Biella e la C.C. di Ivrea.

- **Assistenza ai detenuti affetti da malattie infettive**

Prometeo sezione presente presso la C.C. Lorusso e Cutugno e centro di riferimento regionale, composta da 18 posti in cella singola deputati ad ospitare detenuti affetti da importanti problematiche infettivologiche (HIV positivi e HCV in terapia antivirale).

- **Tutela della Salute “Mamma e bambino”**

ICAM Istituto Custodia Attenuata Mamme dotato di 11 posti per mamme con bambini sotto i sei anni di età.

- **Sezione Sperimentale a Custodia Attenuata** presso la C.C. Lorusso e Cutugno che accoglie fino a 20 detenuti destinatari di interventi integrati per la comorbidità.

Tabella 1 tipologia di strutture penitenziarie e sanitarie (DGR 30 maggio 2016, n. 26-3383).

ASL	Sede\Istituto	SASP	Posti Letto dedicati Ospedalieri (N°)	Capienza / Passaggi annui **
AT	Quarto d’Asti-Casa di Reclusione-Circuito A.S.	HUB	4	245 / 504
CN1	Cuneo-Casa Circondariale -41 bis Fossano-Casa di Reclusione Saluzzo-Casa di Reclusione Circuito A.S.	HUB BASE SPOKE	6	261 /253 128 /111 268 / 561
CN 2	Alba-Casa di Reclusione	BASE *	2	145
VC	Vercelli-Casa Circondariale	SPOKE	2	230 /938

AL	Alessandria Don Soria-Casa Circondariale - Collaboratori S. Michele-Casa di Reclusione	HUB SPOKE	2	236 / 221 260 / 259
NO	Novara-Casa Circondariale- 41 bis	SPOKE	0	161 / 644
BI	Biella - Casa Circondariale	SPOKE	Pl dedicati non ancora attivati	394 / 918
VCO	Verbania-Casa Circondariale	BASE	3	54 / 89
TO4	Ivrea-Casa Circondariale - Collaboratori	SPOKE	0	192 / 1160
TO2 #	Torino-Casa Circondariale	HUB Centri refer.reg.: -SAI -Sestante -Arcobaleno -Prometeo		1125 / 8596
ASO CITTÀ DELLA SALUTE E DELLA SCIENZA	Reparto Detenuti	HUB ospedaliero	19	

* l'Istituto Penitenziario di Alba al momento è chiuso, la tipologia di assistenza potrà essere riesaminata alla sua riapertura

** I passaggi comprendono: nuovi giunti + trasferiti o scarcerati

ora ASL Città di Torino



Il funzionamento del sistema di Rete è garantito, dal punto di vista operativo, dalla figura del Coordinatore Regionale individuato tra i referenti aziendali della Sanità Penitenziaria.

Ogni ASL, sede di Istituto Penitenziario, definisce l'organizzazione interna del Servizio sanitario penitenziario uniformandosi ai principi guida contenuti nel documento, ponendo la responsabilità del Servizio in capo alla Struttura Territoriale Aziendale di riferimento.

E' stato ritenuto utile distinguere le figure del Referente Aziendale, che si fa carico della corretta applicazione di quanto previsto nel Documento di Rete, e quella del Responsabile di Presidio, deputato alla gestione dell'area sanitaria interna all'Istituto di competenza.

Ogni Servizio sanitario penitenziario dovrà essere dotato di un Responsabile, Medico Dirigente ASL, a cui verranno attribuiti compiti di:

- Referente Aziendale per la Sanità Penitenziaria e pertanto componente dello specifico Tavolo Regionale.
- Coordinamento delle prestazioni di medicina generale individuate dai LEA, dell'assistenza specialistica, della gestione delle emergenze-urgenze, dell'assistenza infermieristica.
- Controllo fornitura di farmaci e presidi.
- Attività amministrativa di pertinenza
- Promuove incontri periodici con il personale sanitario per ottimizzare le attività e collabora con SerD e DSM per gli interventi integrati
- Garantisce i rapporti tra l'ASL e la Direzione dell'Istituto Penitenziario.

Nei Presidi Sanitari posti all'interno degli Istituti Penitenziari è prevista la presenza di un Medico Responsabile del Presidio Sanitario Penitenziario, individuato tra i Medici addetti alla Assistenza Sanitaria Penitenziaria.

In ogni Presidio Sanitario di Istituto è previsto un Medico addetto alla Assistenza Sanitaria Penitenziaria (aASP), responsabile della gestione clinica globale del paziente. Il numero dei medici aASP è riferito alla popolazione ristretta, ovvero una figura ogni 150 detenuti.

L'assistenza sanitaria di tutti gli Istituti si avvale delle funzioni del Coordinatore Infermieristico che gestisce l'attività del personale infermieristico attraverso:

- pianificazione, gestione e verifica dei diversi processi a valenza socio-sanitaria afferenti alla funzione infermieristica.
- organizzazione, gestione e valutazione dei professionisti infermieri
- è responsabile della farmacia, delle richieste di approvvigionamento dei farmaci, del materiale sanitario e della tenuta dell'armadio farmaceutico, comprese le sostanze psicotrope e stupefacenti.



- si interfaccia con il medico Responsabile del Presidio affinché sia garantita l'appropriatezza e la qualità dell'assistenza infermieristica.

APPROVVIGIONAMENTO DEI MEDICINALI

L'approvvigionamento dei medicinali avviene attraverso la richiesta alla Farmacia Ospedaliera del presidio aziendale in cui ha sede l'Istituto Penitenziario. Di norma vengono forniti medicinali contenuti nel Prontuario Terapeutico Aziendale (PTA); mentre i farmaci fuori PTA, se indispensabili, necessitano di richiesta specifica.

I medicinali stupefacenti vengono richiesti esclusivamente tramite il “Buono di richiesta di farmaci a base di stupefacente o sostanza psicotropa” alla farmacia ospedaliera. All'arrivo presso la Casa Circondariale devono essere registrati in carico, dal Responsabile Medico di Presidio, sull'apposito registro di “carico e scarico”, su cui vengono anche registrate le somministrazioni di stupefacenti ai pazienti presso l'Istituto Penitenziario, infine la documentazione di ogni movimentazione va conservata, come da normativa vigente.

La Farmacia Ospedaliera provvede all'inserimento dei dati nello strumento regionale di rilevazione flussi (File F: Codice 09 - Erogazione diretta e gratuita di farmaci agli Istituti Penitenziari).

BIBLIOGRAFIA

DGR n. 20-1542 dell'8 giugno 2015, Recepimento dell'Accordo "Linee guida in materia di modalità di erogazione dell'assistenza sanitaria negli Istituti Penitenziari per adulti; implementazione delle reti sanitarie regionali e nazionali".

DGR n. 26-3383 del 30 maggio 2016, Approvazione della Rete dei servizi sanitari in ambito penitenziario nella realtà piemontese in attuazione dell'Accordo sancito in Conferenza Unificata in data 22.01.2015 recepito con D.G.R. n. 20-1542 del 8.06.2015.

DGR n. 13-6981 del 30 dicembre 2013, “Sistema regionale dei flussi informativi sanitari – Disposizioni agli Istituti di ricovero e cura pubblici e privati accreditati, presenti sul territorio regionale, in ordine agli obblighi informativi ed alle tempistiche di trasmissione dei flussi sulle prestazioni sanitarie erogate”.

Esperienze organizzative dell'assistenza sanitaria e farmaceutica penitenziaria: Regione Lazio

Dr.ssa Teresa Calamia

Il Consumo dei Farmaci all' interno degli Istituti Penitenziari, assorbe circa il 2% della Spesa farmaceutica Regionale del Lazio.

I dati sono ricavati dalla estrapolazione dei Flussi Farmed inviati mensilmente dalle Aziende Sanitarie alla Regione.

L'analisi dei dati evidenzia un consumo prevalente di Farmaci ansiolitici ed antidepressivi ed una forte presenza di farmaci di fascia C. Su quest'ultimo punto andrebbe fatta una valutazione ad hoc per definire un Prontuario di Farmaci di fascia C da erogare a tutte le strutture del SSN.

E' evidente che il criterio della rimborsabilità non può essere vincolante per il paziente detenuto, ma, non tutte le Regioni rendono disponibili tali farmaci.

La Regione Lazio automaticamente respinge i Flussi di Farmaci di fascia C erogati in ambito ospedaliero ma, per gli Istituti Penitenziari, ha creato una eccezione al fine di favorirne l'utilizzo (ad esempio di Benzodiazepine, ASA, paracetamolo...) e garantirne la tracciabilità.

Oltre all'assistenza farmaceutica attraverso l'erogazione di farmaci di fascia H, A e C, andrebbe garantita anche l'erogazione di preparati galenici per particolari patologie ad esempio dermatologiche, affidando l'allestimento ad un laboratorio galenico di riferimento individuato dalla regione.

Sarebbe fortemente auspicabile la presenza del Farmacista all'interno dell'Istituto Penitenziario al fine della corretta gestione del Farmaco, dall'appropriatezza prescrittiva alla razionalizzazione della spesa. Ad oggi la Regione Lazio fornisce i farmaci attraverso i Servizi Farmaceutici delle ASL territorialmente competenti, ma il Farmacista non accede alla struttura.

Le azioni da condividere con le Istituzioni sono:

- Elaborazione di un Prontuario dei Farmaci Erogabili negli Istituti Penitenziari
- Elaborazione di un formulario galenico e definizione dei laboratori riconosciuti idonei per l'allestimento dei preparati
- Presenza di un Farmacista (anche part-time) all'interno dell'Istituto Penitenziario
- Attività di formazione ed informazione sul corretto uso dei farmaci

La stesura di un Prontuario deve essere il primo punto su cui concentrare l'attenzione e deve essere visto come un elenco "minimo" di farmaci di cui dotare gli Istituti, questo soprattutto per evitare



disparità di trattamento tra i detenuti delle varie regioni ed a volte anche all'interno della stessa Regione. Da questo elenco minimo poi ogni ASL/Regione potrà portare eventuali integrazioni a seconda delle patologie più rilevanti nella struttura.

Sono ormai 10 anni che l'assistenza sanitaria penitenziaria è passata dal Ministero di Grazia e Giustizia alle Regioni, e questo ha determinato una differenza di erogazione nei farmaci soprattutto per le Regioni poco virtuose in Sanità, definite in Piano di rientro.

Propongo, in questa sede, di unire le nostre competenze per garantire un livello uguale di assistenza a tutti i detenuti presenti negli Istituti Penitenziari italiani.

Esperienze organizzative dell'assistenza sanitaria e farmaceutica penitenziaria: Regione Basilicata

Dr. Antonio Carretta

L'organizzazione dell'Assistenza Sanitaria Penitenziaria nella Regione Basilicata vede il coinvolgimento di diversi professionisti tra medici, psicologi ed infermieri, non prevedendo la presenza di alcun farmacista.

I Provvedimenti in materia di Assistenza farmaceutica Penitenziaria ad oggi disponibili sono datati 2008, e riguardano il disciplinare tecnico in materia di :

- Erogazione gratuita assistenza farmaceutica ai detenuti: Medicinali classe A, C e dispositivi medici su prescrizione della Direzione Sanitaria del Penitenziario (integrazione DGRB 1928/2008);
- Rendicontazione trimestrale dei medicinali e DM in giacenza;
- Rimborso spesa in sede di riparto FSR (Regione).

In Basilicata sono presenti:

- tre Case Circondariali: Melfi, Potenza e Matera, tutte con degenza media di circa 160-180 detenuti/anno;
- un Istituto Minori a Potenza;
- un OPG (REMS) a Tinchi (MT), che ad oggi conta 5 detenuti.

La normativa vigente prevede che il Dipartimento **Politiche della Persona** contribuisca alla realizzazione delle seguenti attività:

- assistenza sanitaria e salute in carcere per assicurare ai detenuti e ai minori in carico ai servizi minorili i livelli essenziali di assistenza previsti per i soggetti liberi, in materia di erogazione gratuita di farmaci, assistenza specialistica, in ambito ospedaliero e nell'emergenza-urgenza;
- trattamento per soggetti tossico ed alcool dipendenti da garantire attraverso i Ser.T delle aziende sanitarie locali;
- interventi finalizzati al miglioramento delle condizioni delle detenute, in riferimento a specifici problemi legati al sesso, alla maternità e all'accudimento del figlio in situazione di detenzione attraverso la consulenza materno infantile realizzata dai consultori familiari delle aziende sanitarie regionali;
- iniziative a favore di cittadini stranieri, nomadi ed apolidi, adulti e minorenni, rendendo accessibili e fruibili, per tutti, i servizi offerti dalle aziende sanitarie locali.

Il Dipartimento **Politiche della Persona**, relativamente a quanto previsto al punto I, dovrà assicurare ai detenuti ed ai minori in carico ai servizi minorili, attraverso le strutture sanitarie

regionali, le prestazioni previste dei livelli essenziali di assistenza, così come i soggetti liberi, in materia di:

- assistenza specialistica ambulatoriale,
- assistenza farmaceutica,
- assistenza ospedaliera,
- assistenza dell'ambito dell'emergenza-urgenza.

Inoltre, dovrà garantire l'assistenza in carcere e nelle strutture minorili:

- ai soggetti tossico e alcool dipendenti attraverso i Servizi per le Tossicodipendenze (Ser.T),
- ai malati affetti da AIDS ed HIV positivi attraverso le UU.OO. di Malattie Infettive dell'A.O. San Carlo di Potenza e dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Matera (ASM);
- ai soggetti con problemi psichiatrici attraverso i Dipartimenti di Salute Mentale.

Dovranno essere garantiti, infine, gli interventi previsti dagli screening regionali.

Per quanto concerne la cessione di farmaci, la Regione Basilicata si impegna, attraverso le Aziende sanitarie nel cui territorio insiste un Istituto Penitenziario, ad erogare a titolo gratuito, per la popolazione ristretta, i medicinali e i dispositivi medici necessari con le seguenti modalità:

- la Direzione dell'Istituto Penitenziario tramite l'Area Sanitaria, con cadenza di norma settimanale, salvo le urgenze, provvede ad inviare, alla farmacia interna dell'Azienda Sanitaria, su modelli concordati con la stessa, apposita richiesta individuando i medicinali, il relativo dosaggio, la forma farmaceutica e la modalità di rilascio;
- ogni richiesta deve essere firmata dal Responsabile dell'Area sanitaria dell'Istituto Penitenziario, che si assume la responsabilità della corretta conservazione e dell'impiego dei medicinali richiesti, e dal responsabile amministrativo dello stesso penitenziario;
- i medicinali e i dispositivi medici che possono essere richiesti dall'Amministrazione Penitenziaria e dal Dipartimento della Giustizia Minorile, sono quelli inseriti, dalle apposite Commissioni delle Aziende UU.SS.LL., nel Prontuario Terapeutico Ospedaliero (PTO);
- i farmaci non compresi nel PTO sono a carico dell'Amministrazione Penitenziaria e del Dipartimento della Giustizia Minorile, fatti salvi casi particolari da valutarsi di volta in volta;
- la fornitura di medicinali, in ogni caso, deve essere conforme a quanto stabilito dal Decreto Legislativo 30 dicembre 1992 n.539 e successive modificazioni;
- con cadenza trimestrale l'Istituto penale fornisce alla farmacia interna dell'Azienda Sanitaria di riferimento, su apposito modulo concordato con la stessa, l'inventario dei medicinali e dei dispositivi medici forniti dall'Azienda risultanti in deposito presso l'Istituto stesso;
- il ritiro dei medicinali e dei dispositivi medici dalla farmacia interna dell'Azienda Sanitaria è a carico dell'Amministrazione Penitenziaria e del Dipartimento della Giustizia Minorile;
- a livello di accordo locale fra le Aziende USL e gli Istituti penitenziari e i servizi minorili devono essere, inoltre, definiti i seguenti aspetti:
 - modalità e tempi di erogazione di eventuali richieste urgenti;
 - farmacovigilanza;
 - gestione dei farmaci e dei dispositivi medici scaduti, guasti, imperfetti o ritirati dal commercio;

- collaborazioni con il personale sanitario dell’Azienda USL sulle problematiche di carattere amministrativo e sanitario relative all’impiego dei farmaci e dei dispositivi medici;
 - modalità di comunicazione da parte dell’Azienda USL all’Amministrazione Penitenziaria e al Dipartimento della Giustizia Minorile, circa i ritiri dal commercio o le revocche dei medicinali e dei dispositivi medici;
- le modalità di cui ai precedenti punti si applicano per tutti gli Istituti Penitenziari e i servizi minorili presenti nel territorio della Regione Basilicata.

L’erogazione di farmaci di classe A e i dispositivi medici avviene secondo gare, mentre quella per i farmaci di classe C tramite Deposito di zona, in forza dell’articolo 63 comma 1 del Decreto Legislativo n. 50 del 2016.

Gli sconti previsti su farmaci di classe A, C e DM sono rispettivamente pari al 30,35%, 33,23% e 27,50%. Nel dettaglio, in tabella sono riportati gli sconti per parafarmaci in virtù del settore merceologico:

Classe	Settore Merceologico	Tipo	Sconto netto (€)
Parafarmaco	Cosmetico	Normale	12,50
Parafarmaco	Dietetico	Normale	15,51
Parafarmaco	Farmaco confezionato	Generico	33,23
Parafarmaco	Igienico	Normale	14,03
Parafarmaco	Integratori Alimentari	Normale	15,31
Parafarmaco	Latti primi mesi	Normale	5,51
Parafarmaco	Sanitari	Normale	27,50

La Casa Circondariale di Matera conta mediamente 170 detenuti l’anno, con una spesa di circa 15.500 € riferita agli anni 2016 e 2017. La spesa annua raggiunge i 20.000 € nel caso della Casa Circondariale di Potenza, dove la presenza media annua è pari a 180-190 detenuti. Spostandosi alla Casa Circondariale di Melfi (Istituto di Massima Sicurezza, denominato anche “Supercarcere”), si raggiunge una spesa annua di 55.000 € per circa 180 detenuti. Il totale della spesa riferito all’assistenza farmaceutica penitenziaria dell’intera Regione Basilicata è pari a 70.000 € all’anno per circa 530-550 detenuti.

Indice Autori

Acampora Lorenzo – UOC Tutela salute Istituti Penitenziari ASL Napoli 1 Centro

Calamia Teresa – UOC Farmacia Ospedaliera Ospedale Perrino Brindisi

Carretta Antonio - Responsabile Farmaceutico Regione Basilicata - Servizio Farmaceutico Territoriale ASL Potenza

Cattel Francesco - SC Farmacia Ospedaliera AOU Città della Salute e della Scienza di Torino

Cavassa Silvia - SC Farmacie Ospedaliere ASL Città di Torino

Cinnirella Giacomina - SSD Farmacia: Malattie Infettive HCV ASL Città di Torino

Costantino Domenica - ASP Reggio Calabria

Crosasso Paola - SC Farmacie Ospedaliere ASL Città di Torino

De Pasquale Elisa - SC Assistenza Farmacia Territoriale ASL AT Asti

Deambrosis Paola - Direzione Farmaceutico - Protesica - Dispositivi medici Venezia

Giordano Vincenzo – Direttore Sanitario ASL Napoli 1 Centro

Irollo Vincenzo - CC Poggioreale ASL Napoli 1 Centro

Leggieri Anna - SC Farmacie Ospedaliere, ASL Città di Torino

Libianchi Sandro- Presidente Co.N.O.S.C.I ONLUS- Unità Operativa Dipendenze "Istituti penitenziari di Rebibbia" Roma

Lucania Luciano – Presidente SIMSPe ONLUS– Servizi Sanitari Penitenziari ASP Reggio Calabria- Dipartimento Tutela della Salute e Politiche Sanitarie della Regione Calabria

Massa Mariapia - SC Farmacia Ospedaliera Ospedale Sant'Andrea ASL VC Vercelli

Monciino Rossana - SC Farmaceutica Territoriale ASL VC Vercelli

Musolino Maurizio – UOC Risk Management ASL Roma 2

Nigro Anna - SC Farmacia Ospedaliera Ospedale Civile di Saluzzo ASL CN1 Cuneo

Pagliano Marina - SC Farmacie Ospedaliere ASL Città di Torino

Pisterna Alessia - SC Farmacia Ospedaliera AOU Maggiore della Carità di Novara

Scalpello Silvia - SC Farmaceutica Territoriale ASL VC Vercelli

Serao Creazzola Simona – Presidente SIFO - UOC Farmaceutica Convenzionata e Territoriale ASL Napoli 1 Centro



Soliveri Nicola - ASST Papa Giovanni XXIII Bergamo

Vighi Elena - SC Farmacia Territoriale ASL NO Novara

Zinetti Elena - SC Farmacia Ospedaliera ASL TO4 Ivrea

CD SIFO

Presidente: Simona Serao Creazzola

Vice Presidente: Maria Grazia Cattaneo

Segretario: Francesco Cattel

Tesoriere: Ignazia Poidomani

Consigliere: Alessandro D'Arpino

Consigliere: Maria Ernestina Faggiano

Consigliere: Marcello Pani

Consigliere: Piera Polidori

Consigliere: Barbara Rebesco

EDITOR

Maria Natalia Diana