

# Progetto Terapeutico Riabilitativo Individualizzato e continuità carcere-territorio

## Titolo

**Implementazione di metodiche e strumenti relativi al Progetto Terapeutico Riabilitativo Personalizzato, inclusi protocolli di valutazione medico-farmacologica in funzione della continuità terapeutica carcere-territorio.**

## Descrizione sintetica

Per rendere maggiormente efficace il Progetto Terapeutico Riabilitativo Personalizzato (PTRI) occorre condividere i suoi obiettivi non solo con il paziente ma con l'intera rete di operatori coinvolti nella sua implementazione, a cominciare dai Servizi specifici per le Dipendenze, la salute mentale (**A112, A110, A113**) e includendo il coinvolgimento delle Persone che Usano Droghe (PUD) in linea con l'approccio del Budget di Salute (**A142**), potenziando lo stanziamento delle risorse finalizzate alla *recovery* (**A119**) e istituendo protocolli di valutazione medico farmacologica precoce (**A125**). Occorre inoltre attribuire a ogni progetto un Budget di Salute (BdS) in grado di sancire e garantire le risorse economiche e professionali idonee alla realizzazione del PTRI (**A107, A115**) inserendo nel PTRI anche le proposte di giustizia riparativa (**A108**). Il percorso avviato con il PTRI deve inoltre poter proseguire in continuità al momento della dimissione dal carcere, anche tramite la figura del *Case-Manager* individuato dai Servizi territoriali di competenza (**A117**). Infine, per garantire il corretto passaggio di informazioni tra Servizi, è necessario implementare una cartella informatizzata unica o almeno interoperabile che risulti funzionale al superamento delle differenze territoriali presenti sul territorio nazionale (**A106**).

## Il target

- Operatori in ambito sociosanitario e penitenziario, sia dei Servizi per la salute mentale sia dei Servizi per le Dipendenze, che di altre strutture pubbliche che lavorano in ambito penitenziario
- Medicina penitenziaria
- Operatori che lavorano nella Riduzione del Danno
- Operatori Sociosanitari dei Comuni singoli o associati e operatori degli Enti del Terzo Settore (ETS)
- Persone detenute
- Persone detenute tossicodipendenti
- Familiari delle persone detenute tossicodipendenti

## Obiettivo / Contiene le azioni:

**A106, A107, A108, A110, A112, A113, A115, A117, A119, A125, A142**

Strutturare un modello/strumento operativo finalizzato a condividere gli obiettivi del PTRI tra Istituzioni e operatori, che implichi nello specifico l'adozione dello strumento del Budget di Salute (BdS), l'adozione di protocolli di valutazione multidisciplinari e che preveda percorsi operativi strutturati che assicurino la continuità carcere-territorio mediante la predisposizione di strumenti sociali ed educativi finalizzati a garantire la continuità terapeutica e sostenuti dall'implementazione di una cartella informatizzata unificata o almeno interoperabile.

## Funzioni e modalità operative

Gli obiettivi del PTRI, concordati con la persona e con altri soggetti significativi, devono trovare declinazione di tempi, modalità e *setting* dell'intervento complessivo, nonché monitoraggio del percorso e indicatori di efficacia, nella condivisione fattiva tra istituzioni, operatori coinvolti e pazienti.

Tale processo si articola conseguentemente secondo le seguenti modalità operative:

- per qualificare il PTRI si attribuisca a ogni PTRI un Budget di Salute (BdS) in grado di sancire e garantire le risorse economiche e professionali idonee alla sua realizzazione; il BdS è individuato come strumento funzionale a rendere sostenibile la realizzazione dei PTRI, anche ponendo un argine alle disuguaglianze territoriali esistenti. Il BdS è già parte di diversi atti regionali e oggetto di una proposta di legge (Proposta di Legge di iniziativa parlamentare D'Arrando n.1752 9 aprile 2019 "Introduzione sperimentale del metodo del Budget di Salute per la realizzazione di progetti terapeutici riabilitativi individualizzati" del 2019), che lo introduce come metodo di lavoro nel campo dei servizi alla persona e si lega a progetti terapeutico-riabilitativi costruiti a livello territoriale anche in un contesto di co-programmazione e co-progettazione, cui destinare almeno il 10% delle risorse dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) sociosanitari. L'applicazione in ambito carcerario del BdS è necessaria per rendere operativi i PTRI, trattandosi di uno "strumento di definizione quantitativa e qualitativa delle risorse economiche, professionali e umane necessarie per innescare un processo volto a restituire centralità alla persona, attraverso un progetto individuale globale".
- Si adotti un modello di presa in carico integrata e multidimensionale della persona con Disturbo da Uso di Sostanze (DUS) in regime detentivo, tenendo conto della necessità di una precoce valutazione medico-farmacologica-psicologica per disporre eventuali interventi sanitari d'urgenza e favorire lo *screening* per patologie infettive o correlate al DUS. Si evidenzia la necessità di garantire la specificità dell'intervento sanitario e di dedicare particolare attenzione da un lato alle patologie infettive e dall'altro alle patologie psichiatriche correlate.
- In tal senso si rende anche necessaria una valutazione psicologica e un'approfondita indagine sociale della persona e del suo contesto e una valutazione psichiatrica o di altra specialità utile allo scopo. In particolare, alla luce del fatto che negli Istituti penitenziari molti pazienti in carico per DUS presentano anche sintomatologie o disturbi che coinvolgono i servizi della salute mentale e sono carenti risorse dedicate per assicurare le necessarie dotazioni organiche dei servizi, si sviluppi un programma congiunto nel quale trovino attuazione differenti protocolli applicativi.
- Iniziare il percorso di inserimento lavorativo e professionalizzazione già durante la pena, favorendo, una volta usciti, il processo di reinserimento, anche ampliando la disponibilità abitativa e sviluppando percorsi di inserimento lavorativo. Risorse specifiche vanno utilizzate per prevedere degli accordi con imprenditori del territorio per la defiscalizzazione volta all'assunzione di ex-detenuti. Per quanto riguarda lo stanziamento di risorse è prevista già la stipula di un Protocollo d'Intesa per creare gruppi di lavoro integrati (Aziende Asl, Istituti penitenziari) secondo quanto previsto in accordo tra Stato e Regione all'interno della Conferenza.
- Al fine di limitare drasticamente l'occorrenza di patologie infettive nella popolazione detenuta, si rende necessario, su tutta la popolazione *target*, lo *screening* per HCV mediante prelievo ematochimico o, in alternativa, *test* salivare nei casi in cui per motivazioni culturali, religiose o psicologiche la persona detenuta rifiuti il prelievo. Allo stato attuale, lo *screening* HCV viene supportato dal decreto attuativo dello «Screening nazionale gratuito per l'eliminazione del virus HCV» del Ministero della Salute.
- In relazione alle infezioni da epatite B (HBV) si dispone la messa a sistema di una vaccinazione rapida in ambito detentivo. La vaccinazione anti Epatite Virale tipo B (HBV) viene effettuata secondo la seguente scheda: 1° dose al T0, 2° dose dopo un mese e 3° dose dopo sei mesi. La permanenza media di detenzione, soprattutto nelle Case Circondariali, può inficiare il completamento del ciclo vaccinale, pertanto si rende necessario utilizzare una modalità accelerata che preveda la somministrazione di: 1° dose al T0; 2° dose dopo una settimana; 3° dose dopo 3 settimane dalla 1° dose; un richiamo dopo dodici mesi dalla 1° dose. Nel caso di liberazione molto precoce a vaccinazione non completata il paziente dovrà essere indirizzato ai servizi di vaccinazione territoriale.

- Si ipotizzi una correlazione tra l'istituto della messa alla prova e le fattispecie delittuose contenute nell'Art. 73 per le fattispecie delittuose di minore gravità, al fine di consentire l'applicazione del paradigma riparativo, prevedendo la possibilità per i soggetti con problemi di dipendenza di frequentare un progetto socioriabilitativo, con contenuti adeguati, quale forma di riparazione del sé e della relazione con la società che ne trae beneficio. Il paradigma riparativo richiede la volontarietà e la spontaneità della richiesta da parte del reo, per cui è possibile costruire un momento in cui l'imputato si sente incoraggiato alla scelta riparativa e inclusiva, dando spazio al comma 5 bis dell'Art. 73 del DPR 309/90. È necessario definire con estrema chiarezza i criteri che qualificano questa specifica area (consensualità, riconoscimento della vittima, partecipazione attiva ecc.). A tal fine occorre prevedere una formazione preliminare degli operatori coinvolti e un'informazione pubblica adeguata. Contestualmente si deve prevedere un accompagnamento educativo, mediante *counseling*, finalizzato al superamento delle "inaudite emozioni" (paure) che si pongono come ostacolo al reinserimento sociale. Per rispondere ai temi della giustizia riparativa, si auspica a latere un'importante revisione dell'aspetto sanzionatorio del DPR 309/90.

Inoltre, le differenze che sussistono a livello regionale rendono necessario:

- Lo sviluppo di un processo strutturato per l'individuazione di risorse, procedure, protocolli, affinché i territori possano accogliere e implementare i percorsi riabilitativi. Il processo deve essere implementato attraverso la costituzione di un Tavolo *multistakeholder* con la finalità di sviluppare specifiche Linee di Indirizzo per rafforzare la dotazione organica e la garanzia di una presenza costante e continuativa dei servizi intramurari, nonché una cooperazione con il Ser.D territoriale di riferimento, in un'ottica di integrazione e complementarietà volta a far fronte alle peculiarità territoriali.
- Occorre rivisitare l'attuale approccio attraverso l'adozione di protocolli e interventi condivisi tra Regioni e Province Autonome, ASL, Dipartimenti Salute Mentale (DSM), e Ser.D per assicurare in maniera omogenea sul territorio nazionale la continuità nell'assistenza. La continuità della cura tra carcere e comunità deve essere garantita sia in entrata sia in uscita. È quindi utile considerare la necessità di una presa in carico al momento dell'entrata che permetta la strutturazione del progetto in itinere e che, conseguentemente, accompagni il detenuto nel momento della dimissione, garantendo *de facto* la continuità dell'intervento. Tra il presidio di medicina penitenziaria, il Servizio Dipendenze e gli Istituti penitenziari dovranno essere stipulati specifici protocolli atti ad assicurare il raccordo con i servizi territoriali presso i quali il detenuto sia stato preso in carico o presso i quali indirizzarlo in previsione della dimissione, in modo da garantire una dimissione protetta.
- L'assenza di una cartella sanitaria digitalizzata unificata in tutte le Regioni e Province Autonome costituisce una delle maggiori criticità nell'accesso alle cure, nell'assicurare la continuità terapeutica, nell'ammissibilità al programma terapeutico degli Istituti a Custodia Attenuata per il Trattamento dei Tossicodipendenti (ICATT), nonché nella programmazione stessa, che se deve essere integrata, ha necessità di avvalersi di strumenti adeguati, a partire dalla cartella clinica informatizzata. La cartella deve essere unificata o quanto meno le cartelle devono essere interoperabili tra loro.

### Soggetti attuatori

- Dipartimento Politiche Antidroga (DPA)
- Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria (DAP)
- Ministero della Giustizia anche nelle sue articolazioni locali (Provveditorato Regionale Amministrazione Penitenziaria (PRAP), operatori e dirigenti delle strutture carcerarie)
- Ministero della Salute
- Regioni e Province Autonome
- Associazione Nazionale Comuni Italiani (ANCI)
- ASL
- Dipartimenti
- Ser.D
- Comuni singoli o associati
- Enti del Terzo Settore con implicazioni dirette nelle azioni previste dal PTRI

## Stakeholder

- Ministero dell'Interno
- Ministero del Lavoro
- Ministero dell'Istruzione
- Decisori politici nazionali, regionali e locali
- Magistratura di Sorveglianza e dei Tribunali (GIP)
- Magistrati
- Garante per i diritti delle persone detenute
- Forze dell'Ordine
- Associazioni delle Persone che Usano Droghe
- Enti del Terzo Settore
- Università, Enti di ricerca
- Società Scientifiche
- Avvocati
- Associazioni di categoria e Organizzazioni Sindacali

## Risultati attesi

- Creazione di un modello/strumento operativo per la rilevazione dei fabbisogni regionali
- Individuazione degli strumenti sociali ed educativi comuni a tutte le realtà territoriali
- Sviluppo di un Protocollo Operativo per la continuità terapeutica carcere-territorio
- Sviluppo di indicazioni condivise per la gestione dei sistemi autorizzativi
- Applicazione del BdS alla programmazione dei PTRI in ambito carcerario
- Sviluppo di un Protocollo di presa in carico integrata e multidimensionale
- Accordi con gli imprenditori del territorio; incremento di percorsi di inserimento lavorativo attivati
- *Screening* per HCV e HIV gratuito a tappeto su tutta la popolazione carceraria
- Diminuzione della prevalenza di HCV e HIV nella popolazione carceraria
- Ciclo vaccinale anti-HBV completo su tutte le persone non vaccinate detenute
- Sviluppo di Protocolli Operativi per la continuità dell'assistenza all'uscita dal carcere condivisi tra Regioni e Province Autonome, ASL, Aziende Ospedaliere Universitarie, Enti Locali, per assicurare la continuità
- Linee di Indirizzo per rafforzare la dotazione organica dei servizi intramurari
- Aumento della dotazione organica dei servizi intramurari
- Aumento dei tempi di presenza dei servizi intramurari
- Individuazione delle informazioni comuni necessarie per la cartella informatizzata unificata
- Approvazione della cartella informatizzata unificata da parte del Garante per i diritti delle persone detenute e del Garante per la Privacy
- Implementazione di una cartella informatizzata unificata e/o interoperabile

## Indicatori di risultato

- Numero di Enti Locali e Servizi territoriali che recepiscono il modello operativo
- Numero di PTRI per persone detenute tossicodipendenti con attribuzione del BdS
- Numero di protocolli di presa in carico integrata e multidimensionale attivati a livello nazionale
- Numero di accordi con gli imprenditori del territorio
- Numero di percorsi di inserimento lavorativo attivati
- Numero di residenze abitative
- Numero di permessi di soggiorno in prova concessi ai migranti con valutazione positiva
- Numero di *test di screening* per HCV e HIV effettuati a livello nazionale sulla popolazione carceraria
- Numero di Istituti carcerari che effettuano lo *screening* per HCV e HIV
- Prevalenza di HCV e HIV negli Istituti detentivi a livello nazionale
- Numero di persone detenute sottoposte a vaccinazione anti-HBV a livello nazionale
- Numero di persone detenute sottoposte a vaccinazione anti-HBV a livello di Istituto/Casa Circondariale
- Prevalenza di HBV negli Istituti detentivi a livello nazionale
- Numero di accordi stipulati per assicurare la continuità nell'assistenza alla dimissione dal carcere
- Numero di operatori dei servizi intramurari
- Numero di giorni di attività dei servizi intramurari
- Individuazione delle informazioni comuni necessarie per la cartella informatizzata unificata
- Approvazione della cartella informatizzata unificata da parte del Garante per i diritti delle persone detenute e del Garante per la Privacy
- Implementazione di una cartella informatizzata unificata

## Le risorse

Area degli inserimenti lavorativi

Cassa Ammende

Fondi sociali

Ministero del Lavoro e delle politiche sociali

Ministero della Giustizia

Ministero della Salute

Fse+ 2021-2027; Programma Operativo Nazionale; Programma Operativo Regionale

Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza – PNRR (Missione 5 C 1, Programma GOL)

Risorse sulla digitalizzazione

Regioni e Province Autonome (Sistema Sanitario Nazionale)

Livelli Essenziali di Assistenza

Piano Nazionale Ripresa e Resilienza (PNRR): progetto Garanzia di Occupabilità dei Lavoratori (GOL)

Patto per il lavoro (RdC)

## Tempi

24 mesi per l'implementazione del BdS

36 mesi per la strutturazione della cartella informatizzata unificata

Tempi di vigenza del Piano

## Settori e obiettivi trasversali

- Comunicazione e disseminazione del Piano d'Azione Nazionale sulle Dipendenze
- Flussi informativi
- Formazione e ricerca
- Informazione e comunicazione
- Migranti
- Minori
- Partecipazioni a reti europee e internazionali anche di cooperazione
- Percorsi formativi per il settore delle Dipendenze
- Prospettiva di genere
- Sistema di *governance* e programmazione territoriale
- Sviluppo di un sistema di monitoraggio e valutazione degli interventi