

MALATTIE INFETTIVE E CARCERE:

dimensionamento, proposte e necessità organizzative con il passaggio delle competenze dall'Amministrazione Penitenziaria al S.S.N.

SINTESI

- Le malattie Infettive sono la prima disciplina (seguite da Dipendenza Patologica e Psichiatria) maggiormente presente in carcere.
- L'Amministrazione Penitenziaria aveva disposto l'obbligatorietà di tale specialista per tutti i 205 Istituti Penitenziari Italiani.
- Le Linee di Indirizzo collegate al D.P.C.M. 01/04/2008 (di applicazione del D.L.vo. 230/99) relativo al transito delle funzioni sanitarie dal Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria al S.S.N., prevedono uno specifico paragrafo sulle Malattie Infettive.
- E' necessaria un'autonomia professionale ed organizzativa dei servizi di Infettivologia Penitenziaria (Unità Operative semplici o incarichi di alta specializzazione) dipendenti dalle U.U.O.O. Universitarie o Ospedaliere e funzionalmente inserite anche attraverso nuovi modelli organizzativi di assistenza alle persone detenute (come ad esempio i SER.T e i D.S.M. che operano in carcere).
- Appare irrinunciabile l'appartenenza dell'Infettivologo Penitenziario alla Unità Operativa di Malattie Infettive Universitarie o Ospedaliere per l'applicazione dei protocolli e delle linee guida sulle terapie antivirali e sui loro effetti collaterali, in base a quanto stabilito .
- L'Infettivologo Penitenziario è indispensabile per il controllo epidemiologico delle infezioni trasmissibili più diffuse, anche in un ottica di salute pubblica, soprattutto in ragione del continuo incremento dei fenomeni migratori.
- Appare indispensabile il mantenimento in servizio in tale ambito di tutti gli Infettivologi che hanno acquisito un'esperienza peculiare ed il loro impiego nelle campagne di educazione Sanitaria intramurarie per i detenuti e nei progetti di aggiornamento e formazione del personale.
- E' necessario il controllo della corretta assunzione delle terapie antivirali per non favorire lo sviluppo e la circolazione di ceppi virali resistenti e/o multiresistenti.
- L'unificazione dei comportamenti diagnostici e terapeutici in tutte le carceri nazionali è l'obiettivo da raggiungere per tutti gli Infettivologi anche con la partecipazione, in stretta collaborazione con altri operatori del settore con cui si condividono le scelte fondamentali nel trattamento del paziente detenuto, a gruppi di lavoro nazionali e/o regionali che si pongano come punto di riferimento per il Ministero della Salute, il Ministero della Giustizia, la Conferenza Unificata Stato - Regioni -, le Province autonome, gli Assessorati Regionali alla Salute.

Negli oltre duecento Istituti Penitenziari Italiani si stima che i detenuti esenti da malattia siano meno di un terzo dei 62.000 giornalmente residenti. Le Malattie Infettive in carcere sono le maggiormente rilevate con oltre il 40% delle diagnosi, avendo sopravanzato negli ultimi due decenni le patologie psichiatriche, che seguono oggi con il 27% [fonte Gsk-Eurisko]. Dati rilevati dalla Letteratura Internazionale indicano come la prevalenza di detenuti affetti da infezione da HIV/AIDS sia del 7,5%, i portatori di HBsAg il 6,7% con oltre la metà dei giornalmente residenti anti-HBcAgIgG positivi, il 38% siano anti-HCV positivi, il 17,9% risultino positivi alla Intradermoreazione secondo Mantoux con PPD 5 U.I. ed il 6,9% sia la proporzione di detenuti con sierologia positiva per Lue. Non sono disponibili dati controllati su altre patologie sicuramente diffuse in tale ambito, quali le infezioni dell'apparato respiratorio, le malattie Sessualmente Trasmesse, la Pediculosi e la Scabbia.

I Consulenti Infettivologi hanno operato nei Penitenziari Italiani con rapporti ad orario sottoscritti con le Direzioni dei singoli Istituti; nel loro mansionario (vedi allegato 1) erano inseriti compiti non solo di assistenza, ma anche di prevenzione, di controllo epidemiologico e di educazione sanitaria. In larga maggioranza si trattava di specialisti operanti anche nelle Unità

Operative territoriali di Malattie Infettive; le loro prestazioni sono state in alcuni casi erogate in orario di servizio (convenzione con l'Azienda Ospedaliera o Sanitaria in cui era inserita la U.O.), ovvero come attività intramoenia (sempre in convenzione con l'Azienda di appartenenza dello Specialista), mentre nella maggioranza dei casi erano stati sottoscritti dei contratti libero-professionali grazie all'applicazione della deroga prevista nella Legge 740/1970. Alcuni specialisti Libero Professionisti non erano inquadrati in U.O. di Malattie Infettive.

Il controllo delle Malattie Infettive in carcere non è solo diagnosi e cura di chi vi è ristretto. Il detenuto di oggi sarà cittadino del domani. Questo ambiente è, in realtà, uno straordinario osservatorio epidemiologico che spesso anticipa gli eventi che poi si manifestano nella popolazione generale. Per esempio, oggi un terzo della popolazione detenuta ha meno di 30 anni e dovrebbe risultare obbligatoriamente vaccinata per HBV; in realtà, la metà di questi sono stranieri che non essendo nati nel territorio italiano non lo sono mai stati; anzi, molti di questi provengono dai paesi balcanici dove HBV è ancora estremamente diffuso. Tutto questo sottintende la possibilità di diffusione del virus all'interno delle celle, invece di una sua progressiva riduzione fino alla scomparsa, e potrebbe precorrere il fallimento nella popolazione generale della campagna vaccinale obbligatoria italiana per HBV a causa degli stessi motivi.

Il ruolo dello Specialista Infettivologo, come peraltro già in precedenza previsto dall'Amministrazione Penitenziaria (vedi allegati), non potrà limitarsi alla clinica e terapia, ma dovrà prevedere anche il controllo epidemiologico delle malattie infettive trasmissibili, in particolare HIV, HBV, HCV, TBC e LUE, con riferimento soprattutto alla sempre crescente popolazione straniera ed in collaborazione con le strutture ed i servizi preposti al rientro del singolo nella popolazione generale. Appare verosimile che fornendo un buon livello di educazione sanitaria a tutti i ristretti, divenga più alta la proporzione di persone che una volta tornata in libertà, sarà consapevole della propria patologia e mentalmente predisposta a curarsi o quantomeno a prendere le precauzioni per limitarne la diffusione. Appare anche auspicabile la partecipazione a progetti di aggiornamento e formazione di tutto il personale che opera in tale ambito, che assumerebbero elevata valenza specifica se condotti sotto l'egida della SIMIT ed in collaborazione con altre associazioni, quali ad esempio la SIMSPE, che come noi condivide l'impostazione di fondo nell'assistenza ai detenuti.

Con il passaggio delle competenze della Sanità Penitenziaria dal Ministero della Giustizia al S.S.N. e, quindi, alle Regioni appare assolutamente necessario che in tutti gli Istituti Penitenziari l'Infettivologo, sia che lavori in orario di servizio che come attività intramoenia, dipenda dalla competente per vicinanza Unità Operativa di Malattie Infettive. Non deve essere possibile la presenza di Specialisti che operino fuori dal controllo di un Centro Specialistico autorizzato alla prescrizione della terapia delle infezioni da HIV e Virus epatitici, come peraltro indicato per legge. Questo anche in funzione della gestione degli eventuali effetti collaterali che devono essere di esclusiva competenza dei Presidi territoriali. A questo proposito, appare utile sottolineare come in carcere un buon controllo della corretta assunzione delle terapie antivirali, anche mediante la diretta osservazione delle assunzioni, garantisca la massima soppressione virale. Questo riduce drasticamente il rischio di sviluppo e circolazione di ceppi virali resistenti e multiresistenti che, a causa della tipologia comportamentale di questi pazienti, rischiano una notevole diffusione soprattutto per via sessuale, una volta riacquisita la libertà.

Emarginato o integrato, socialmente e culturalmente negletto ovvero inserito, italiano o straniero che sia, questo malato tornerà nella comunità con tutto il proprio carico di problemi primariamente sociali ma anche sanitari. In libertà il "bisogno salute" non viene considerato primario da un'ampia maggioranza di questi individui e, pertanto, non vi sarà alcuna possibilità che si affidi alle cure di uno specialista, ma anche che faccia attenzione a non diffondere la propria malattia. Non cogliere l'occasione offerta dal passaggio della Sanità Penitenziaria al S.S.N. anche per sviluppare una organizzazione integrata tra "dentro e fuori" avvalendosi dell'esperienza, spesso ultra decennale, di tutti gli Infettivologi che hanno operato in tale ambito con competenza e passione, sarebbe veramente deleterio.

Allegato 1: Documento di indirizzo, programmazione, organizzazione e funzionamento del servizio sanitario negli istituti penitenziari 2005. Capitolo di Bilancio 1764.

-----omissis-----

III) Aree critiche

Assistenza infettivologica

In linea con quanto descritto nel precedente documento di indirizzo si conferma che anche nel 2005 la popolazione detenuta del nostro Paese è interessata da un'elevata prevalenza di diverse infezioni di rilevanza sanitaria. In particolare, l'infezione tubercolare, quella da virus epatitici B e C, nonché quella da HIV.

Questo fenomeno è correlabile a diverse possibili cause, prima tra tutte l'alta concentrazione tra la popolazione detenuta, di gran lunga superiore a quella registrata tra la popolazione generale, di soggetti ad alto rischio per tali infezioni: tossicodipendenti (30% circa di tutti i detenuti), immigrati (33% di tutti i soggetti reclusi, con punte sino al 59% negli istituti di alcune regioni, contro il 2,5% registrato nella comunità libera), alcoolisti, disagiati sociali, persone senza fissa dimora, sofferenti di patologie psichiatriche, ecc.

Quest'alta frequenza di soggetti malati comporta varie, rilevanti implicazioni di carattere sia individuale (i detenuti stessi) che di sanità pubblica (collettività dei detenuti e personale degli istituti), le principali delle quali si menzionano qui di seguito:

La necessità di un intervento sanitario mirato alla diagnosi e alla terapia dei soggetti malati. Questa esigenza è rafforzata dalla osservazione che gran parte di questi detenuti, specie a causa della disagiata condizione socio-culturale dei Paesi da cui provengono, non sono essi stessi a conoscenza delle infezioni da cui sono affetti o comunque non possiedono sufficienti informazioni inerenti le problematiche infettivologiche in questione e le rispettive esigenze terapeutiche. La conseguenza di questa mancata o tardiva diagnosi comporta il più delle volte, per l'assenza di una terapia adeguata, una progressione delle patologie infettive sopra menzionate a fasi avanzate (es. cirrosi epatica per l'epatite C e B, AIDS conclamata per l'infezione da HIV), gravate da frequenti complicanze gravi e spesso mortali.

Il rischio di diffusione intramuraria delle stesse infezioni, con possibile coinvolgimento nel contagio non solo di altri detenuti, ma anche del personale (sia sanitario che di polizia) e, tramite i soggetti infetti (detenuti e personale) che tornano in libertà, anche della comunità libera.

Le responsabilità medico-legali. La mancata o insufficiente realizzazione delle iniziative sanitarie in questione espone le Direzioni di Istituto e la stessa Amministrazione Penitenziaria a rilevanti ripercussioni medico-legali, ad esempio a seguito di mancata o tardiva offerta di tests diagnostici o di casi di sospetto contagio intramurario a carico di detenuti o unità del personale.

La scrivente Direzione Generale, anche per il 2005 intende adottare, attraverso il Progetto "Iceberg" finanziato con il Fondo Nazionale per la lotta alla droga (T.U. 309/90) e il collegato P.E.A. "Terapia anti- HIV in carcere pari opportunità e massima efficacia" una serie di iniziative, divulgative conoscitive ed organizzative, con l'obiettivo di migliorare ed adeguare la risposta alle problematiche sanitarie sopra menzionate.

Tra queste rientra la diffusione di un manuale di aggiornamento (su supporto cartaceo e informatico) di pratica e facile consultazione che verrà inviato alle Direzioni degli istituti che potrà essere utilizzato dai medici incaricati e dagli infettivologi per la necessaria opera di aggiornamento del personale medico e infermieristico.

Nell'ambito delle attività sperimentali poste in essere per la diagnosi e cura della infezione da HIV, in alcuni grandi Istituti (Milano S.Vittore, Viterbo, Roma Regina Coeli, Bari) è stata incentivata l'offerta del test anti-HIV alla popolazione detenuta e nel 2005 ne è prevista l'estensione ad altri Centri.

Nel 2004 è stata introdotta anche la modifica della tipologia della convenzione per le prestazioni della branca specialistica di malattie infettive, con passaggio da un sistema di remunerazione per prestazione ad un altro a compenso orario.

Vale la pena sottolineare come eventuali risparmi di spesa ottenibili con tale modifica non debbono pregiudicare la qualità e la completezza delle prestazioni infettivologiche.

L'obiettivo della modifica della convenzione è, infatti, quello di assicurare ai detenuti un più adeguato e continuativo monitoraggio clinico, chiamando l'infettivologo dell'istituto a collaborare con il medico incaricato alla proposizione, organizzazione, coordinamento e realizzazione di programmi sanitari in risposta alle problematiche di salute individuale e collettiva sopra menzionate. L'infettivologo, quindi, in virtù della necessità di monitoraggio clinico di laboratorio, sia delle patologie croniche che delle complesse terapie prescritte per contrastarle, dovrà autodeterminare la frequenza dei controlli a cui sottoporre i propri assistiti. Resta immutata ovviamente la responsabilità del medico incaricato di verificare la congruità degli interventi secondo i criteri della buona pratica clinica e dell'evidenza scientifica.

Inoltre, le ore assegnate agli specialisti devono tener conto delle attività organizzative, informative e di partecipazione a programmi realizzati nell'Amministrazione Penitenziaria.

Il monte ore mensile assegnato allo specialista deve essere pertanto determinato in base ai criteri di graduazione specificati nella tabella 6. L'assegnazione differenziata delle ore assegnate in base al numero e al carico delle attività svolte ha l'obiettivo di incentivare l'espletamento quantitativo e qualitativo delle attività stesse, al fine del perseguimento degli obiettivi e dei motivi ispiratori della modifica della tipologia di convenzionamento. Si raccomanda pertanto che sia da parte delle Direzioni che dello specialista sia garantito l'assolvimento della maggior parte, o preferibilmente di tutte, le attività previste.

Il monte ore assegnato per ciascun Istituto può essere soggetto a variazione nel corso della stessa convenzione in base all'aumento o alla diminuzione del numero delle attività indicate in tabella. Ad ogni rinnovo annuale della convenzione, la riconferma delle ore assegnate per ciascuna attività svolta nel corso dell'anno precedente deve avvenire previa verifica della stessa, da parte della direzione dell'istituto, sulla base delle documentazioni previste in nota alla tabella.

Lo specialista infettivologo può organizzare il proprio lavoro e la distribuzione del monte ore assegnato, in termini di frequenza e periodicità degli accessi in istituto, da concordare con la Direzione dell'istituto sentito il responsabile dell'area sanitaria.

Le S.S.L.L. potranno autorizzare nell'ambito del monte ore attività previste e certificate, che si svolgano all'esterno dell'istituto (es. riunioni convocate presso i Provveditorati, incontri con rappresentanti di istituzioni esterne, ecc.),

A titolo esemplificativo si propone la seguente tabella n.6 per la determinazione del monte orario del servizio infettivologico che le S.S.L.L. potranno adottare in base alle effettive necessità degli Istituti di competenza ed al livello di integrazione con i Servizi di Prevenzione e di Malattie Infettive delle ASL competenti, che possono farsi carico degli interventi previsti (es. esecuzione dei test diagnostici)

Tabella 6 - Criteri di determinazione delle ore assegnate allo specialista infettivologo convenzionato

Parametro di determinazione	Attività espletate dal consulente infettivologo					N. totale massimo ore mensili assegnato
	1) Visite mediche, monitoraggio clinico pazienti; informazione individuale ai pazienti*					
	2) Screening tubercolinico sui nuovi giunti°					
	3) Attività periodica di informazione e counselling collettivo su detenuti e/o personale * §					
	4) Attività di ideazione, promozione, organizzazione, coordinamento e rinforzo di iniziative nell’ambito di programmi di controllo delle problematiche infettivologiche in carcere e di collegamento con le strutture esterne per la continuità diagnostico-terapeutica dei detenuti al termine detenzione §					
	5) Partecipazione, promozione e coordinamento di iniziative di studio, ricerca e miglioramento dell’assistenza in campo infettivologico promosse dal D.A.P. §					
Dimensione Istituto (Numero di detenuti ospitati nell’Istituto)	N. ore mensili (1)	N. ore mensili (2)	N. ore mensili (3)	N. ore mensili (4)	N. ore mensili (5)	N. totale massimo ore mensili assegnato
Sino a 200 detenuti	10	4	2	5	5	40
Da 200 a 400	20	10	10	8	8	66
400 a 700	40	15	15	10	10	90
da 700 a 1100	50	20	20	12	12	114
da 1100 a 1600	60	25	25	14	14	138

* Dette attività devono essere documentate da appositi registri.

§ Dette attività devono essere documentate in relazioni annuali da trasmettere all'amministrazione dell'Istituto e, per conoscenza, al Provveditorato e al D.A.P.

Allegato 2: Ministero della Salute – Ministero della Giustizia

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

SOMMARIO

Premessa

Principi di riferimento.....

Obiettivi di salute e Livelli essenziali di assistenza.....

Le azioni programmatiche e gli interventi prioritari.....

Organizzare le conoscenze epidemiologiche

Promozione della salute

Garantire la salubrità degli ambienti di vita e l'igiene degli alimenti

Organizzare gli interventi di prevenzione, cura, riabilitazione e recupero sociale

La medicina generale e la valutazione dello stato di salute dei nuovi ingressi

Le prestazioni specialistiche

Le risposte alle urgenze

***Le patologie infettive***

Prevenzione, cura e riabilitazione per gli stati di tossicodipendenza.....

Prevenzione, cura e riabilitazione nel campo della salute mentale

La tutela della salute delle detenute e delle minorenni sottoposte a provvedimenti penali e la loro prole

La tutela della salute della popolazione immigrata.....

Indicazioni sui modelli organizzativi.....

Monitoraggio e valutazione

.....omiss....

Le patologie infettive

L'analisi delle patologie infettive più frequentemente segnalate negli Istituti di pena indica che la prevalenza massima di infezioni è determinata dalle epatopatie C-correlate e dall'infezione HIV, entrambe in diversi stadi di evoluzione. Inoltre, altri stati morbosi segnalati di frequente in carcere sono la scabbia, le dermatofitosi, la pediculosi e la tubercolosi.

Alcune patologie (HIV, epatiti virali croniche, ecc.) sono prevalentemente acquisite prima dell'ingresso nell'istituto penale, anche se casi di trasmissione possono verificarsi durante la reclusione attraverso rapporti sessuali, procedure di tatuaggio, scambio di siringhe e oggetti taglienti, etc..

Altre patologie (scabbia, pediculosi, ecc.) sono prevalentemente acquisite per trasmissione persona-persona a seguito dell'ingresso di un soggetto infestato.

Per tali scopi, le principali azioni da promuovere, sono:

- attuare una efficace informazione per i detenuti, per i minorenni sottoposti a provvedimenti penali e per il personale (con particolare riferimento agli addetti alla preparazione e distribuzione dei cibi) sulle infezioni/malattie infettive, ai fine di ridurre comportamenti a rischio, anche attraverso l'adozione di modelli di intervento psico-sociale e comportamentale;
- effettuare la valutazione anamnestico-clinica dei detenuti adulti e dei minorenni sottoposti a misura limitativa della libertà, all'ingresso e prima dell'immissione nelle sezioni di pena, associata all'offerta di esami diagnostici per le principali patologie infettive;
- sviluppare protocolli per l'inquadramento e la gestione delle infezioni/malattie infettive clinicamente evidenti, con una dettagliata guida delle misure di barriera e delle procedure di isolamento;
- sperimentare programmi di immunizzazione primaria (ad esempio epatite A e epatite B) e di terapie preventive per soggetti già infetti (ad esempio per la tubercolosi), anche attraverso una valutazione costo-efficacia;

.....omiss....