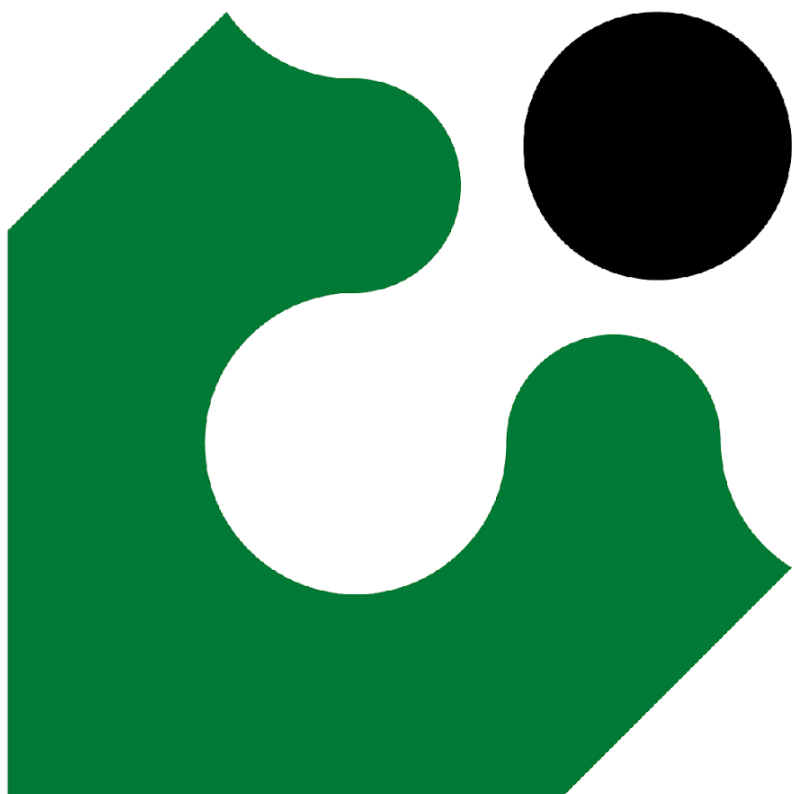


**Progetto di Telemedicina per la consulenza
psichiatrica in carcere (TEPC)**

Emi Bondi

**Corso di formazione manageriale per
la rivalidazione del certificato**

Anno 2024



Corso di formazione manageriale per la rivalidazione del certificato

Codice edizione ECOLE RIV 2401/AE

Ente erogatore : ECOLE

L'AUTORE

Emi Bondi, Psichiatra, Direttore Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze ASST Papa Giovanni XXIII, email: ebondi@asst-pg23.it

Il Responsabile didattico scientifico

Federico Lega, Professore ordinario Dipartimento di Scienze Biomediche per la Salute e Presidente Del Collegio Didattico - Collegio Didattico del Corso di Laurea Magistrale in Management delle Aziende Sanitarie e del Settore Salute, Università degli Studi di Milano

Pubblicazione non in vendita.
Nessuna riproduzione, traduzione o adattamento
può essere pubblicata senza citarne la fonte.
Copyright® PoliS-Lombardia

PoliS-Lombardia
Via Taramelli, 12/F - 20124 Milano
www.polis.lombardia.it

INDICE

INDICE	3
INTRODUZIONE	5
OBIETTIVI STRATEGICI E SPECIFICI DEL PROGETTO	10
DESTINATARI/BENEFICIARI DEL PROGETTO	13
METODOLOGIA ADOTTATA	14
DESCRIZIONE DEL PROGETTO, IMPLEMENTAZIONE DEL PROCESSO, FASI E TEMPISTICHE	15
ANALISI DEI COSTI DI IMPLEMENTAZIONE O REALIZZAZIONE	21
RISULTATI ATTESI	22
CONCLUSIONI	23
RIFERIMENTI NORMATIVI	24

INTRODUZIONE

L'assistenza sanitaria in carcere

Dal 14 giugno 2008, le competenze sanitarie della medicina generale e specialistica penitenziaria, prima di allora in capo al Ministero della Giustizia, sono state trasferite al Sistema sanitario nazionale e quindi a Regioni e Asl. Il D.P.C.M. 30 maggio 2008¹ completa il trasferimento di competenze iniziato con il D.Lgs. n. 230/1992, attraverso il quale era stata decisa la riconduzione della sanità penitenziaria nel Servizio sanitario nazionale. Si è trattato, indubbiamente, di un passaggio importante, epocale per alcuni, frutto di un ampio e lungo dibattito sviluppatosi nel corso degli anni 90, grazie a un movimento di opinione a favore del passaggio delle competenze sanitarie penitenziarie al servizio sanitario nazionale, vissuto come una pietra miliare per la tutela della salute dei detenuti e di un importante passo avanti per la civiltà stessa dell'ordinamento penitenziario. Sin dall'istituzione dell'ordinamento penitenziario con la L. 354 del 1975, una delle materie più controverse e oggetto di acceso dibattito circa la determinazione di competenze, è stata la tutela della salute in carcere.

La responsabilità della gestione e l'organizzazione dei servizi sanitari interni alle carceri è restata per tanti anni fermamente incardinata nel Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria. Le ragioni per tale scelta possono essere ricercate nel parere del Consiglio di Stato che confermò l'esclusiva competenza dell'Amministrazione penitenziaria in tema di tutela della salute delle persone recluse, ritenendo tale assistenza "tra i compiti riservati allo Stato, da svolgere con le preesistenti strutture del servizio sanitario penitenziario". In altri termini, si ribadiva la specialità legittima dell'assistenza sanitaria ai detenuti a causa delle esigenze di sicurezza. L'entrata in carcere del "fuori" rappresentato dal personale dei servizi sanitari pubblici, veniva vissuto come una possibile minaccia alla gestione e alla sicurezza delle carceri. Di diverso avviso il Consiglio d'Europa, che a partire dall' 1987, è intervenuto con diverse risoluzioni sulla stringente necessità di avere un trattamento sanitario per i detenuti e le persone private della libertà personale equivalente o identico alle persone in stato di libertà, determinando un'attivazione di tutti i paesi dell'Unione a considerare questo problema e a programmare normative in tal senso. L'Italia, insieme alla Francia, alla Germania e altri Paesi sono stati i primi a legiferare in tema di sanità penitenziaria rendendo applicabili all'interno delle carceri tutte le opzioni disponibili sul territorio per i cittadini liberi. Particolare attenzione è stata posta in tutti gli Stati membri all'assistenza e al recupero dei tossicodipendenti e alle loro comorbilità psichiatriche e infettive, alla tutela dei minori coinvolti in attività criminali, alle donne detenute.

La nota legge 833 del 1978 istitutiva del Servizio sanitario nazionale, testualmente dispone che la salute d'ogni individuo (deve essere assicurata dal Servizio sanitario nazionale, nel rispetto della dignità e della libertà della persona umana. Il diritto alla salute di coloro che si trovano in condizione di privazione della libertà deve essere, quindi, garantito quale diritto inviolabile dell'uomo sia come singolo, sia nelle formazioni sociali ove si svolge la sua personalità ed è chiaro che l'istituto penitenziario in cui un individuo viene ristretto, concretizzandosi in una formazione sociale, diviene il luogo in cui lo stesso esplica la propria personalità., e parla della "necessità istituzionale che la medicina penitenziaria collabori all'opera di trattamento dei detenuti". Tale formula era legata alla convinzione di considerare la salute della persona detenuta come parte imprescindibile e propedeutica di qualsiasi forma di trattamento psico-sociale e di recupero.

Il DPCM del 01/04/2008, promulgato in legge in data 14 giugno 2008, ha sancito il passaggio di gestione ed erogazione dei servizi di medicina penitenziaria dal Ministero della Giustizia al Servizio Sanitario

Progetto TEPC

Nazionale. In Lombardia l'erogazione dei servizi sanitari è in capo alle Aziende Socio Sanitarie Territoriali (ASST) che hanno assunto l'incarico di gestione del servizio all'interno delle Case Circondariali. Con la deliberazione n. 1310 del 20 ottobre 2009 sono state assunte le prime determinazioni in merito all'organizzazione dell'assistenza sanitaria presso le Case Circondariali. A seguito delle modifiche introdotte dalla LR 23/2015, in particolare al trasferimento dell'area delle Dipendenze dalla ex ASL alla ASST e delle nuove indicazioni in merito alla prevenzione, nel 2016 è stato modificato il protocollo d'intesa tra ASST, ATS e Amministrazione penitenziaria. Infine, l'Accordo della Conferenza Unificata n. 3/CU del 22/01/2015 avente per oggetto "Linee guida in materia di modalità di erogazione dell'assistenza sanitaria negli istituti penitenziari per adulti; implementazione delle reti sanitarie regionali e nazionali ai sensi dell'art 9, comma 2, lett.c, del D.lge 28.8.1997 n281" è stato recepito presso Regione Lombardia attraverso la DGR 4716 del 13/01/2016 che ha definito, per il territorio lombardo, l'istituzione della "Rete regionale dei servizi penitenziari e ha ribadito la tipologia e la modalità di erogazione dei servizi, oltre a stabilirne la dotazione organica.

L'assistenza psichiatrica in carcere

Il trasferimento al servizio sanitario nazionale, con presa in carico delle regioni, dell'assistenza sanitaria ai reclusi nelle carceri, ha fatto sì che ai Dipartimenti di Salute mentale fosse dato il compito di rispondere ai bisogni di salute mentale, sia legati alle malattie psichiatriche in senso stretto, sia dopo la legge 15 del 2016, che vede l'entrata del SERD nel Dipartimento di salute mentale, anche per quanto riguarda la tossicodipendenza. Per la psichiatria, questo vale sia per i detenuti nelle carceri che per i pazienti ricoverati, negli allora ospedali psichiatrici giudiziari oggi REMS. Per quanto non vi siano dati nazionali certi dei bisogni di salute mentale, presso gli istituti di detenzione in quanto il passaggio alle regioni ha determinato una frammentarietà dei dati sullo stato di salute dei detenuti e sull'assistenza sanitaria erogata negli istituti penitenziari, a causa dell'eterogeneità degli strumenti informativi attualmente in uso nelle diverse realtà territoriali italiane., a livello nazionale sono stati condotti alcuni studi finalizzati a valutare lo stato di salute della popolazione carceraria che appaiono significativi dei bisogni. L'esperienza più significativa è il progetto CCM 2012, coordinato dalla ARS Toscana, che ha consentito la rilevazione dello stato di salute in sei regioni italiane (Toscana, Umbria, Veneto, Liguria e ASL di Salerno), coinvolgendo 15.751 detenuti. Sia in questo che in altri report effettuati i disturbi psichici si collocano al primo posto fra le patologie presenti in carcere, con dati d'incidenza che oscillano fra il 38 e 41% dei detenuti presenti. Tra le patologie prevalenti vengono segnalate in particolare disturbi di natura tossicomane e dell'adattamento, con elevato tasso di suicidi e atti autolesionistici, seguiti da problemi del cavo orale e del sistema epatobiliare, e le malattie infettive (epatiti B e C, HIV, sifilide e tubercolosi). Tragicamente evidenziato è l'incremento dei suicidi e dell'autolesionismo fra i detenuti, con tassi nettamente superiori alla media della popolazione generale. Ad agosto di quest'anno erano già 66 i suicidi registrati nelle carceri a fronte dei 60 dello stesso periodo dello scorso anno. Nel 2022 sono stati 89 i suicidi nelle carceri.

Dal rapporto 2023 dell'Associazione Antigone emerge **che** il 10% dei detenuti ha una diagnosi psichiatrica grave. Inoltre, il 20% assume stabilizzanti dell'umore, antipsicotici o antidepressivi ed addirittura il 40,3% sedativi o ipnotici. Per quanto riguarda le diagnosi Nel 60% dei casi si riscontrano disturbi di personalità, di cui la metà di tipo antisociale, il 4% della popolazione carceraria soffre di un disturbo psicotico dello spettro schizofrenico e la percentuale dei disturbi depressivi e

d'ansia in carcere è 2-3 volte quella di cui soffre la popolazione generale. Ad acuire i disturbi mentali in una situazione di detenzione sono le sostanze stupefacenti, il più forte mediatore dei comportamenti violenti: oltre metà della popolazione detenuta assume sostanze stupefacenti soprattutto cocaina. Difficile identificare con precisione l'incidenza di patologia psichiche in questa popolazione, anche se i dati di letteratura indicano le malattie psichiche come le patologie in assoluto più frequenti nella popolazione carceraria.

A fronte di un aumentato bisogno, purtroppo si è assistito, come del resto per tutti gli ambiti di operazione del DSMD, ad una riduzione drammatica delle risorse, prevalentemente personale medico, con cui rispondere. Nel report del 2023 le ore di servizio degli psichiatri in carcere sono, in media nazionale, 8,75 ogni 100 detenuti, quelle degli psicologi 18,5 ogni 100 detenuti. Si rende quindi più che mai necessaria una razionalizzazione e ottimizzazione delle risorse attualmente erogate e una loro implementazione per fronteggiare una situazione ogni giorno più insostenibile sul piano del diritto alla salute dei cittadini, in regime di detenzione l'utilizzo delle possibilità che la rivoluzione digitale ha messo a disposizione della medicina, come la telemedicina può rappresentare una importante risorsa da utilizzare per ridurre il gap oggi esistente fra bisogno di salute e risposta del servizio pubblico.

Telemedicina

La telemedicina specialistica comprende le varie modalità con cui si forniscono servizi medici a distanza all'interno di una specifica disciplina medica. Può avvenire tra medico e paziente oppure tra medici e altri operatori sanitari. Dipendentemente dal tipo di relazione tra gli attori coinvolti, le prestazioni della telemedicina Specialistica possono realizzarsi secondo le seguenti modalità:

- la televisita è un atto sanitario in cui il medico interagisce a distanza con il paziente, con l'eventuale supporto di terzi, che può luogo alla prescrizione di cure oltre che di documentazione medica. In questa condizione deve esserci un collegamento in tempo reale che deve consentire al medico di vedere ed interagire con il paziente stesso.
- il teleconsulto è un'indicazione di diagnosi e/o di scelta di una terapia senza la presenza fisica del paziente.

Si tratta di un'attività di consulenza a distanza che permette ad un medico di chiedere consiglio ad uno o più medici, in ragione della specifica formazione e competenza, sulla base di informazioni mediche legate alla presa in carico del paziente.

La televisita e il teleconsulto/teleconsulenza sono servizi di assistenza sanitaria, effettuati tramite il ricorso a tecnologie innovative, in situazioni in cui il professionista della salute e il paziente (o due professionisti) non hanno la possibilità di interagire fisicamente nello stesso luogo al fine di prevenire, diagnosticare, trattare e fissare il successivo controllo. Di seguito le finalità per cui si attivano le diverse tipologie di prestazione. Televisita per paziente con patologia cronica/malattia rara : conferma diagnostica, prognosi, decisione terapeutica, verifica del trattamento, modifica del trattamento, prevenzione terziaria, follow-up. Televisita per paziente con patologia acuta ma non in urgenza/emergenza : conferma diagnostica, prognosi, decisione terapeutica, verifica del trattamento, modifica del trattamento, prevenzione terziaria, controlli in convalescenza, follow-up. Televisita per paziente in urgenza/emergenza : non è auspicabile in quanto non deve costituire ragione per ritardare

Progetto TEPC

interventi in presenza nei casi in cui questi garantiscono maggiore efficacia o sicurezza rispetto all'intervento da remoto. Il teleconsulto/teleconsulenza può essere svolto in favore di qualsiasi paziente. Per la televisita e il teleconsulto/teleconsulenza sono potenzialmente coinvolte tutte le branche specialistiche. Tuttavia, nella televisita, le specialità mediche che hanno maggiormente necessità di eseguire manovre semeiotiche non eseguibili a distanza con le attuali tecnologie, avranno maggiori limiti nell'esecuzione della stessa, fatte salve ulteriori innovazioni tecnologiche.

Il teleconsulto/teleconsulenza può essere particolarmente utile nei casi in cui è impossibile trasportare il paziente o risulta difficile la mobilità per cause cliniche o ambientali, oppure in condizioni di limitata libertà personale. In tali circostanze il teleconsulto/teleconsulenza e, in generale il ricorso alle prestazioni in telemedicina, sono da considerare preferibili ad altre modalità di consulto o di altre prestazioni sanitarie (es. Limitazioni degli spostamenti a causa di epidemia o pandemia).

Il Piano Nazionale di ripresa e resilienza -Missione 6 Salute- si propone come finalità l'utilizzo della telemedicina per supportare al meglio i pazienti con patologie croniche (decreto del 30/09/2022). Le persone ristrette in carcere hanno spesso condizioni particolarmente difficili per la tutela della salute e per il monitoraggio di malattie croniche.

La telemedicina potrebbe rappresentare una valida opportunità per la valutazione dei pazienti con patologie psichiatriche sottoposte a regime restrittivo, evitando al detenuto e alla relativa organizzazione penitenziaria lo spostamento all'esterno del Carcere per effettuare una visita specialistica o nella peggiore delle ipotesi di accessi in pronto soccorso per complicanze acute di malattia.

Il Sistema Sanitario Lombardo ha attivato negli ultimi anni modalità organizzative innovative di presa in carico per il paziente cronico e fragile, che si avvalgono delle più aggiornate tecnologie e pratiche metodologiche, tra cui quelle di telemedicina. La telemedicina che fa parte del più ampio ecosistema della salute digitale ed è finalizzata a garantire la continuità nell'accesso alla rete dei servizi insieme all'appropriatezza delle prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali sta guadagnando slancio come alternativa sempre più popolare alla tradizionale assistenza clinica.

Il Progetto Telemedicina lombardo ha come obiettivo quello di offrire servizi che migliorino la fruibilità delle cure, della diagnostica e della consulenza medica a distanza, oltre al costante monitoraggio di parametri vitali, costituendo un vantaggio oggettivo per alcune popolazioni "fragili", tra cui rientra indubbiamente la popolazione carceraria. È stato sviluppato secondo le indicazioni del Ministero della Salute: Decreto 21 settembre 2022 "Approvazione delle linee guida per i servizi di telemedicina - Requisiti funzionali e livelli di servizio." (22A06184) (G.U. Serie Generale, n. 256 del 02 novembre 2022; Decreto 30 settembre 2022 "Procedure di selezione delle soluzioni di telemedicina e diffusione sul territorio nazionale, nonché i meccanismi di valutazione delle proposte di fabbisogno regionale per i servizi minimi di telemedicina e l'adozione delle Linee di indirizzo per i servizi di telemedicina." (22A07125) (G.U. Serie Generale, n. 298 del 22 dicembre 2022)

La popolazione carceraria presenta un aumentato bisogno di assistenza sanitaria, aggravato ulteriormente da situazioni di deterioramento delle condizioni di vita (anche dovuto al sovraffollamento presente negli istituti penitenziari). A ciò, si aggiunge una esigenza di sicurezza che potrebbe talvolta influire sulla fruizione delle prestazioni sanitarie e, in generale, di accesso alle cure e quindi sul diritto alla cura. Sotto tutti questi punti di vista, la telemedicina può essere uno strumento

efficace per migliorare l'accesso alle cure per i detenuti, favorendo l'accessibilità all'assistenza, la riduzione dei tempi di attesa e la presa in carico per le patologie croniche. Inoltre, gli sforzi messi in atto per ottenere l'equivalenza nelle cure avvalendosi della Telemedicina, implicano un coinvolgimento attivo anche da parte delle persone detenute, con una ricaduta ottimale sulla responsabilità delle stesse nei riguardi della propria cura e, più in generale, della propria salute.

Per quanto riguarda l'utilizzazione della telemedicina in psichiatria possiamo innanzi tutto affermare che la Psichiatria è fra le branche medica quella in cui è più facile l'applicazione, dato che nella visita psichiatrica, non è mediamente necessaria un'azione diretta sul corpo. Esiste già una consolidata esperienza di utilizzo della telemedicina in psichiatria, chiamata anche psichiatria a distanza o online, ad iniziare dal periodo della pandemia COVID. Grazie ad essa è possibile avere interazioni dirette - sia che si tratti di messaggi, conversazioni o videochiamate - tra psichiatri e pazienti, tra psichiatri e medici di cure primarie o altri specialisti per consulenze, annullando il problema della distanza fisica.

A supporto tecnologico di tale servizio sono disponibili numerose app di telepsichiatria tra cui LARKR, Talkspace e Pacifica, così come è sempre più diffuso il trattamento psicoterapeutico online, anche questo attraverso l'utilizzo di piattaforme di uso comune

Sul piano scientifico la telemedicina in psichiatria, è una pratica pienamente validata ed efficace della medicina, che aumenta l'accesso alle cure come affermato nel 2015 dall' American Psychiatric Association, che supporta l'uso della telemedicina come componente legittimo di un sistema di consegna della salute mentale nella misura in cui il suo uso è nel migliore interesse del paziente ed è conforme alle politiche in materia di etica medica e riservatezza.

OBIETTIVI STRATEGICI E SPECIFICI DEL PROGETTO

L'obiettivo nasce nell'ambito di una riorganizzazione, ai fini di una razionalizzazione e ottimizzazione dell'assistenza sanitaria che ASST Papa Giovanni XXIII, fornisce alla Casa Circondariale di Bergamo, nell'ambito dell'attività di consulenza specialistica. Il forte mandato regionale di implementare i rapporti ospedale territorio, con la finalità di ampliare le reti di cura di prossimità, non può che coinvolgere anche l'assistenza sanitaria in carcere. Assimilabile ad una realtà territoriale con bisogni peculiari e specifici L'applicazione della telemedicina a tale realtà è apparsa come una risorsa importante per aiutare ad avere quella "prossimità" richiesta ad una più congrua presa in carico delle "fragilità" presenti, contribuendo ad una ottimizzazione dell'utilizzo dell'attività medica specialistica, in una realtà nazionale e locale che vede le risorse umane a disposizione sempre più limitate. Nell'ambito di questo progetto, le aree di applicazione della telemedicina, già attivate e o in corso di attivazione, nella Casa circondariale di Bergamo sotto forma sia di televisita che di teleconsulto sono :

- 1) *Diagnostica radiologica* : telerefertazione di radiografie (effettuate in Istituto tre volte a settimana, due fisse e una a chiamata) ed ecografie (effettuate in Istituto una volta al mese)
- 2) *Diagnostica cardiologica* : telerefertazione quotidiana, anche in urgenza, dei tracciati ECG; telerefertazione degli Holter pressori posizionati nell'istituto penitenziario; possibilità di teleconsulti cardiologici settimanali
- 3) *Diagnostica di laboratorio* : già in atto per la telerefertazione in regime routinario e di urgenza di esami di laboratorio, con prelievi effettuati quotidianamente nei giorni feriali in Istituto. Aree di ampliamento : "point of care test" (test rapidi HCV e HIV, esami di interesse emergente come troponina, emoglobina glicata, emocromo, test identificativi di sostanze specifiche...)
- 4) *Area Emergenza di alta specializzazione (Pronto Soccorso)*: teleconsulto con i medici del Pronto Soccorso per la gestione di problematiche acute ed urgenti.
- 5) *Dermatologia* : mediante l'utilizzo di strumentazione adeguata, quale il videodermatoscopio digitale, è in programma l'attivazione della telemedicina per aumentare l'offerta di visite di controllo per pazienti già valutati dal consulente dermatologo interno al carcere, riducendo i tempi di attesa sia per i controlli che, in maniera consequenziale, per le prime visite (che risulterebbero sgravate dai controlli effettuati in telemedicina e non in presenza). In situazioni particolari, la telemedicina potrebbe essere uno strumento utile anche per le prime visite, in caso di periodi prolungati di assenza del consulente dermatologo del carcere.

- 6) *Neurologia* : attivazione della telemedicina prevalentemente in ambito di visite di controllo; possono essere incluse le prime visite in situazioni di particolare impegno clinico, per un corretto orientamento diagnostico-terapeutico, laddove per motivi vari tra cui quelli di sicurezza, il paziente non possa essere tradotto a visita, escludendo l'ambito dell'emergenza.
- 7) *Terapia del dolore* : la gestione del dolore in tutte le sue forme è un aspetto fondamentale della presa in carico del paziente detenuto. I detenuti soffrono molto spesso di dolori cronici associati a comorbidità psichiatriche (tra cui ansia e depressione), a disturbi del sonno e a comorbidità fisiche (obesità, sedentarietà e malattie quali diabete, malattie cardio-vascolari, malattie muscolo-scheletriche). Il controllo del dolore richiede sicuramente un approccio multidisciplinare, tra cui anche quello farmacologico, con la necessità di una interazione frequente tra detenuto e specialista, per modulare al meglio la terapia, in un'ottica di massima efficacia e minor tossicità, considerando anche lo stato di dipendenza da sostanze da parte di molti detenuti e le numerose interazioni farmacologiche. E' stato quindi attivato l'ambulatorio in telemedicina nell'ambito della terapia del dolore, che prevede visite mensili, in particolare per i detenuti con dolori cronici di tipo osteo-muscolare degenerativo, non gestibili con la normale terapia antalgica.
- 8) *Ortopedia*: è stata attivata la possibilità di eseguire visite in telemedicina in due ambiti: 1) prime visite con lo specialista ortopedico in Pronto Soccorso in caso di traumatismi non complicati, con il supporto della diagnostica radiologica effettuata in istituto penitenziario; 2) visite di controllo di pazienti già valutati dal consulente ortopedico interno al carcere; trattasi di un ambulatorio al mese, che permette di ridurre i tempi di attesa sia per i controlli che, in maniera consequenziale, per le prime visite (che risulterebbero sgravate dai controlli effettuati in telemedicina e non in presenza).
- 9) *Diabetologia/endocrinologia* : è stato attivato l'ambulatorio in telemedicina per le prime visite e per le visite di controllo, avvalendosi degli esami laboratoristici effettuati presso la struttura carceraria e del monitoraggio glicemico digitale ; è stato implementato il sistema automatico di infusore insulinico, autogestito dal detenuto. In attesa di acquisto di oftalmoscopio digitale per esecuzione FOO in Istituto con lettura da remoto.

Obiettivo del presente progetto è ampliare anche alla Psichiatria la possibilità di utilizzare la telemedicina per implementare l'assistenza psichiatrica in carcere : vista la cronica carenza di disponibilità di specialisti psichiatri che operano all'interno della struttura carceraria (attualmente presenti solo due giorni feriali a settimana), in particolare per i detenuti già presi in carico dal servizio. La finalità del progetto, è garantire alla popolazione carceraria una migliore assistenza psichiatrica, fornendo un numero maggiore di ore specialistiche che

Progetto TEPC

consentano con riduzione delle liste di attesa, sia per le prime visite che per il controllo, una riduzione degli accessi in Pronto Soccorso dell'ospedale per urgenze, gestibili anche in contesto carcerario e, conseguentemente, anche un'auspicabile riduzione della necessità di ricoveri in ambito ospedaliero.

DESTINATARI/BENEFICIARI DEL PROGETTO

I destinatari del progetto sono tutti i detenuti della Casa Circondariale di Bergamo (attualmente 570) che presentano una qualunque forma di sofferenza psichica.

METODOLOGIA ADOTTATA

Analisi quantitativa dei bisogni presenti: identificazione delle patologie psichiche presenti nella Casa Circondariale in termini numerici potenziali sulla base della letteratura scientifica sull'argomento e in termini reali con la valutazione del percentuale di pazienti, già seguiti all'interno del carcere o che assumono farmaci psichiatrici, o che risultano positivi agli screening iniziali nel "programma nuovi giunti", costituito da una prima visita psicologica e medica, con somministrazione di test di valutazione disagio psichico . Si è inoltre valutata la lista d'attesa per richiesta di visita psichiatrica, il numero di invii al Pronto Soccorso dell'Ospedale per consulenza psichiatrica urgente e il numero di ricoveri per acuzie psichiatrica effettuate presso le "camere blindate" dell'ospedale (un mini reparto con quattro camere sorvegliate dagli agenti di custodia, dentro l'ospedale Papa Giovanni XXIII).

Analisi delle tipologie di prestazione richieste, in termini assoluti e quantitativi distinte e dell'impegno orario richiesto per evaderlo : si è proceduto ad una valutazione oggettiva delle risorse disponibili per rispondere alla richiesta, in termini orari questo corrisponderebbe ad almeno 150 ore mensili. Si sono quindi valutate le ipotesi possibili e si è convenuto che l'utilizzo della telemedicina, già presente in carcere per altre discipline mediche e applicabile alla psichiatria, rappresenta la risorsa più facilmente realizzabile nonché la più economica.

Analisi della normativa inerente all'applicazione della tele medicina e alla stesura di un protocollo operativo alla luce di tale normativa e dell'esperienza maturata con l'applicazione di tale metodica in altri contesti.

DESCRIZIONE DEL PROGETTO, IMPLEMENTAZIONE DEL PROCESSO, FASI E TEMPISTICHE

Analisi situazione iniziale

La casa circondariale di Bergamo, ospita attualmente 570 detenuti, a fronte dei 314 che dovrebbe ospitare, La popolazione carceraria è prevalentemente maschile, vi è infatti una unica sezione femminile di 38 detenute, e gli stranieri presenti sono 265. I dati relativi alla salute mentale rilevano che nella popolazione carceraria il 60% circa ha una diagnosi di uso di sostanze (spesso in comorbidità con disturbi psichici) ed il 30 % una diagnosi di disturbo psichico, fra questi accanto ai disturbi di personalità, trovano una grande diffusione depressione, ansia e disturbi dell'adattamento, con una percentuale non elevata ma presente di psicosi conclamate.

L'ASST Papa Giovanni XXIII fornisce l'assistenza sanitaria necessarie, per tutte le discipline specialistiche, mediante l'invio di proprio personale in consulenza al carcere come supporto ai medici assunti per la sanità penitenziaria. All'interno del carcere, il dipartimento di salute mentale vede la presenza di un SERD per i pazienti con problemi di tossicodipendenza e un servizio di psicologia clinica, che si occupa in modo particolare dei "nuovi giunti" in carcere, con un lavoro oltre che di sostegno psicologico, anche di screening di situazioni a rischio clinico. Nel caso specifico dell'assistenza psichiatrica erogata attualmente, questa è di circa 60 ore mensili a fronte delle 130 ore previste, al momento della presa in carico della sanità penitenziaria da parte dell'ospedale e si declina con due accessi settimanali al carcere da parte di due psichiatri. All'attività di consulenza specialistica in carcere si aggiunge l'assistenza fornita nell'eventuale ricovero presso "le camere blindate" (piccolo reparto di tre camere doppie, ricavato in prossimità del reparto di chirurgia generale, che prevede la sorveglianza degli agenti penitenziari) presso l'Ospedale Papa Giovanni, per le situazioni di acuzie medica, che necessitano appunto di ricovero ospedaliero e che evita di fatto il piantonamento nei reparti. Reparto previsto per tutte le patologie, ma di fatto sempre occupato da pazienti con problematiche psichiatriche. L'ospedale fornisce attualmente le consulenze in urgenza presso il Pronto Soccorso dell'ospedale. L'attività dello psichiatra, che attualmente si reca in consulenza in carcere prevede:

- visite per sorveglianza sanitaria, ossia visite ai pazienti che agli screening iniziali siano risultati a rischio suicidario;
- visite di consulenza ai pazienti in carico al SERD con problemi di comorbidità psichiatrica;
- visite per anomalie comportamentali: gesti di autolesionismo, agitazione psico-motoria, discontrollo degli impulsi e aggressività su segnalazione del medico della sanità penitenziaria;
- visite di prosecuzione della presa in carico di pazienti già seguiti dai servizi prima dell'entrata in carcere o comunque con anamnesi psichiatrica positiva;
- visite di valutazione psichiatrica per quadri psichici che possono insorgere all'interno del carcere come ansia, depressione, disturbi della adattamento, esordi psicotici;

- stesura di relazioni medico legali in risposta a richieste dall'autorità giudiziaria;

A questa attività clinica si aggiunge la partecipazione alle riunioni di equipe con gli altri operatori del Dipartimento presenti, al fine dell'integrazione e del coordinamento delle attività svolte.

Tutte le componenti del Dipartimento collaborano alla gestione dei pazienti, che spesso presentano bisogni complessi e richiedono trattamenti multidisciplinari e riunione di equipe allargate. Sono state anche già fatte procedure condivise per la gestione del rischio suicidario, così come per la gestione della somministrazione dei farmaci. Resta comunque alta la criticità rappresentata dalla gestione delle patologie psichiche e soprattutto dell'acuzie psichiatrica a volte ingeneratasi proprio per la difficoltà di garantire controlli più ravvicinati a coloro che lo necessitano.

Per quanto riguarda l'attività di consulenza ordinaria da parte degli psichiatri, questa si svolge due giorni alla settimana ed è coperta da due psichiatri, già impegnati in attività dipartimentali (reparto e servizio territoriale) che svolgono tale servizio oltre il loro normale orario di lavoro, con una retribuzione aggiuntiva. L'organico della psichiatria, vede una riduzione del 30% del personale medico, ormai da circa cinque anni, correlata alla difficoltà di reperire specialisti in psichiatria, nonostante i bandi di concorso effettuati, problematica questa, peraltro, comune a tutti i servizi pubblici psichiatrici.

La consulenza in presenza in carcere comporta inoltre in termini di tempo un aggravio di "tempi morti" legato al raggiungimento del carcere, alle prassi necessarie di identificazione all'ingresso dello stesso e di vari controlli, prima di raggiungere l'operatività piena, che riducono di fatto ulteriormente l'operatività

L'attuale ridotta disponibilità della consulenza psichiatrica, oltre a non garantire una risposta adeguata ai bisogni espressi, con tempi lunghi di attesa per le visite e più frequenti episodi di scompenso, determina che attualmente, l'acuzie venga gestita con l'invio al Pronto Soccorso dell'Ospedale. L'invio comporta per il carcere la necessità di allocare agenti di custodia al trasporto e poi alla sorveglianza presso il Pronto Soccorso dei detenuti, con riduzione dell'organico disponibile in carcere, anche per molte ore (organico già in cronica carenza); per il Pronto Soccorso e per il medico di guardia psichiatrica, un sovraccarico dell'attività da svolgere, spesso non necessaria, perché nella maggioranza dei casi, la consulenza consiste in una modifica o nell'introduzione di una terapia e il rinvio in carcere. Nei primi sei mesi del 2024, abbiamo avuto 25 ricoveri nelle "blindate" dell'ospedale e circa 60 consulenze in Pronto Soccorso. Ad evidenziare come in un caso su tre poteva essere evitato l'invio.

Si propone, pertanto, l'attivazione di un sistema di consulenza psichiatrica giornaliera di due ore, stabilite, da effettuare con modalità di telemedicina, da parte degli psichiatri che già effettuano consulenza in carcere, su richiesta e prenotazione dei colleghi della medicina penitenziaria. Lo psichiatra potrà quindi valutare il paziente mediante colloquio online alla presenza del collega della medicina penitenziaria che affiancherà il paziente. Tale valutazione consentirà di monitorare con colloqui più frequenti pazienti già conosciuti in carcere e/o d'intervenire in situazione di criticità sopraggiunte, nonché di decidere, qual ora ve sia

l'effettiva necessità, l'invio in PS, per eventuale ricovero. La tele medicina si affiancherà alle ore già effettuate in loco da parte degli psichiatri, che continueranno comunque una attività in presenza, portando il monte ore offerto da 60 ore mensili in presenza a 130, e nel contempo consentirà agli psichiatri di restare a disposizione nel loro luogo di lavoro.

Modalità di attuazione

La tele visita, come previsto dalla normativa vigente, deve essere effettuata attraverso uno strumento che consenta di interagire con il paziente attraverso un collegamento audio e video; è richiesta pertanto strumentazione quale pc/tablet con telecamera annessa e connessione internet. Per l'espletamento della tele visita verrà utilizzata la piattaforma Fenix Tele, che presenta le seguenti caratteristiche:

- è certificata come Dispositivo Medico CE classe IIA, Direttiva 93/42/CEE.
- è compatibile con le normative in materia di Privacy soluzione GDPR compliance
- è utilizzabile da tutti i dispositivi (PC, tablet, smartphone)
- garantisce la gestione dei consensi
- permette la generazione e la gestione di agende proprie della piattaforma
- permette una tracciatura delle operazioni realizzate e archiviazione dei documenti prodotti e documenti condivisi per un arco temporale minimo e massimo.

Tale applicativo è già in uso presso la nostra Azienda Ospedaliera e richiede una semplice applicazione sui nuovi dispositivi di utilizzo. Sarà pertanto necessaria l'applicazione su dispositivo (PC o tablet) presente presso la Casa Circondariale dove sarà presente il paziente per l'espletamento della Tele visita/Teleconsulto e presso il PC dei due consulenti psichiatri. Il paziente effettuerà la tele visita nella sala visite del carcere dotata del computer con il collegamento alla piattaforma, alla presenza del medico della sanità penitenziaria, che ha richiesto la consulenza. Lo psichiatra a sua volta sarà collegato dal suo studio in ospedale

Tale valutazione, a discrezione del Medico della Casa Circondariale, e dello psichiatra consulente, potrebbe trovare applicazione nelle seguenti condizioni:

- pazienti noti per patologia psichiatrica, già visti in carcere dallo psichiatra, che necessitano di rivalutazione clinica/terapeutica, per modificazioni dello stato di salute oppure di semplice controllo di quanto già prescritto. Visite che possono essere già programmate dallo specialista consulente, dopo la prima visita effettuata in carcere o richieste dal medico della casa circondariale su richiesta dei pazienti stessi;
- pazienti non ancora valutati dallo psichiatra in carcere, ma che hanno già una storia psichiatrica precedente, di presa in carico dai servizi territoriali e non siano in una fase di grave scompenso. Per una corretta valutazione saranno necessari: l'invio della documentazione sanitaria del paziente, relativo alla patologia;

Progetto TEPC

- pazienti non noti, ma che mostrano sintomi psichici che richiedano con una certa urgenza una valutazione psichiatrica e l'inizio di una terapia farmacologica, per una iniziale fase di scompenso;
- pazienti già in carico al SERD o alla psicologia clinica, per i quali è richiesta una consulenza psichiatrica;
- paziente in fase di scompenso o con alterazioni comportamentali importanti per i quali il medico della casa circondariale abbia necessità della consulenza specialistica, per un contenimento farmacologico dei sintomi che riesca ad evitare l'invio immediato in pronto Soccorso e non sia rimandare al giorno di accesso dello psichiatra in carcere.

L'eventuale documentazione clinica del paziente necessaria per la valutazione psichiatrica dovrà essere allegata nella sezione "carica documenti" su apposita piattaforma, per garantire il rispetto dei dati sensibili.

La televisita o teleconsulenza non verrà applicata, a meno di situazioni particolari da concordare, a pazienti per cui:

- la visita è richiesta per sorveglianza sanitaria (risultati positivi allo screening per rischio suicidario) per i quali resta preferibile la visita in presenza, durante l'accesso dello psichiatra consulente al carcere;
- pazienti con patologie complesse o psicotiche, che necessitano di approfondimento diagnostico;
- pazienti che non danno uno specifico consenso o non sono in grado di sostenere il colloquio telematico;
- situazioni di acuzie psicopatologica eclatante, nel qual caso si effettuerà comunque teleconsulto con il medico del carcere.

L'adesione informata del paziente verrà raccolta preventivamente dal medico che eseguirà la televisita. L'adesione informata alla televisita sarà espressa verbalmente.

Il percorso è definito in modo da non implicare alcun accesso fisico alle strutture erogatrici da parte del paziente, nelle fasi di prescrizione, prenotazione, accettazione, erogazione e refertazione. Le visite verranno prenotate dal medico del carcere su una agenda informatizzata CUP dedicata alla telemedicina, le cui prenotazioni al momento sono a carico del reparto (DI_AMB_36 TELEMEDICINA NOCUP). sempre aperta, con ampia disponibilità e slot di 30 minuti, che possono essere anche utilizzati accorpati in caso di necessità di tempo maggiori. La prenotazione avverrà specificando data e ora, negli spazi disponibili indicati dai

consulenti psichiatri con scadenza mensile. Questi si rendono disponibili ad indicare all'inizio di ogni mese sull'agenda gli slot di disponibilità alla teleconsulenza, per quel mese, garantendo ogni giorno uno spazio di circa due ore, compatibile con l'attività svolta contemporaneamente presso il reparto o servizio di assegnazione. In caso di effettiva urgenza previo accordo telefonico con lo psichiatra, potrà essere anche prenotata al momento e fuori dagli spazi preventivamente indicati.

La richiesta di televisita/teleconsulto dovrà essere effettuata dal Medico della Casa Circondariale mediante:

- Emissione di ricetta NRE (visita psichiatrica -prima visita o di controllo - con specifica nel quesito diagnostico di "valutazione in TLM in paziente in regime di detenzione").
- Invio della ricetta dematerializzata tramite email alla casella di posta interna del SPDC, dell'ospedale

Il medico della casa circondariale o lo psichiatra stesso, in caso di controllo programmato, dovrà fissare l'appuntamento su apposita agenda in A4H (VISpsiB02-visita psichiatrica di controllo- agenda DI_AMB_36 TELEMEDICINA NOCUP) e comunicare al Medico psichiatrica d tramite email dedicata di aver richiesto consulenza e la data dell'appuntamento.

Il giorno programmato della visita, il medico di turno all'ambulatorio di Telemedicina, accederà alla piattaforma e all'agenda programmata. La piattaforma Telefenix consente anche di condividere documentazione medica sia da parte del paziente (esami eseguiti, o altro) sia da parte del medico (referto di visita, prescrizione ricetta NRE, appuntamento di controllo). I giorni precedenti la visita è pertanto raccomandato il caricamento come "file allegato" su piattaforma Telefenix di tutto il materiale clinico del paziente.

A fine visita, il medico della psichiatria che ha svolto la televisita, caricherà sempre sulla medesima piattaforma tutta la documentazione relative alla valutazione (referto con commento clinico e indicazioni terapeutiche, eventuali piani terapeutici. La visita sarà refertata sulla piattaforma "Galileo" aziendale, dove vengono refertate tutte le visite effettuate in regime di consulenza in ospedale oppure direttamente sulla piattaforma INSGIO del carcere, nella quale si trova la documentazione clinica relativa ad ogni detenuto. Il medico del carcere seguendo le indicazioni fornite dallo psichiatra prescriverà la terapia necessaria al paziente. Il referto (redatto su cartella ambulatoriale informatizzata in uso), sarà validato e firmato con sistema SISS nella data di esecuzione della telemedicina, verrà caricato automaticamente sul Fascicolo Sanitario Elettronico del paziente (FSE) e consegnato al paziente in modalità telematica, nel rispetto delle vigenti normative in materia di privacy e sicurezza (salvato in formato PDF ed allegato alla scheda di televisita, mediante tasto "carica documenti"). Il medico stesso fornirà inoltre indicazioni temporali per eventuale rivalutazione, con la possibilità di programmare anche la successiva nuova visita in telemedicina.

Proposta partenza del progetto: gennaio 2025

Previa autorizzazione e verifica dell'installazione/funzionalità dell'applicativo Telefenix sui dispositivi di utilizzo (ospedaliero e Casa Circondariale).

Per l'attività di tele consulenza verrà utilizzata la piattaforma aziendale TELEFELIX, già usata a livello aziendale per video colloqui e telemedicina da altre branche specialistiche, che consente la possibilità di apporre annotazioni scritte condivise accanto all'immagine. Il paziente effettuerà la tele visita nella sala visite del carcere dotata del computer con il collegamento alla piattaforma, alla presenza del medico della sanità penitenziaria, che ha richiesto la consulenza. Lo psichiatra a sua volta sarà collegato dal suo studio in ospedale.

Al termine del colloquio lo psichiatra refererà la visita svolta sulla piattaforma "galileo" aziendale, dove vengono refertate tutte le visite effettuate in regime di consulenza in ospedale oppure direttamente sulla piattaforma INSGIO del carcere, nella quale si trova la documentazione clinica relativa ad ogni detenuto. Il medico del carcere seguendo le indicazioni fornite dallo psichiatra prescriverà a terapia necessaria al paziente.

Le visite verranno prenotate dal medico del carcere su una agenda CUP apposita, sempre aperta, con ampia disponibilità e slot di 30 minuti, che possono essere anche utilizzati accorpati in caso di necessità di tempo maggiori. La prenotazione avverrà specificando data e ora, negli spazi disponibili, in caso di urgenza previo accordo telefonico con lo psichiatra, potrà essere anche prenotata al momento.

Dopo un periodo di sei mesi, di utilizzo del sistema si valuterà l'eventuale possibilità di utilizzare come consulente, in condizioni di urgenza il medico di guardia psichiatra, per le eventuali urgenze notturne o festive.

Fasi del progetto

- Presentazione del progetto agli interessati: medico del carcere, psichiatra, agenti carcerari, operatori del Pronto Soccorso, responsabile infermieristico, direzioni (aziendale e carceraria).
- Preparazione di un protocollo operativo condiviso (modalità di prenotazione visita on line, refertazione)
- Coinvolgimento sistemi informativi, per la parte tecnica.
- Fase di sperimentazione di circa sei mesi, per valutare l'effettiva efficacia del sistema ed evidenziare eventuali criticità

ANALISI DEI COSTI DI IMPLEMENTAZIONE O REALIZZAZIONE

Il progetto è già attivo per altre specializzazioni mediche e non richiede costi aggiuntivi eccetto quelli previsti per la remunerazione delle ore aggiuntive di servizio da parte degli psichiatri.

RISULTATI ATTESI

- Riduzione delle liste di attesa di consulenza psichiatrica in carcere.
- Riduzione degli accessi in pronto Soccorso per consulenza psichiatrica da parte dei detenuti
- Riduzione della necessità di ricovero in “blindata”.

CONCLUSIONI

Per quanto l'utilizzo della telemedicina si sia ampiamente diffusa l'applicazione all'interno delle carceri non è comune. Nello specifico non risultano al momento in regione Lombardia progetti che riguardano la consulenza psichiatrica nelle carceri mediante telemedicina.

RIFERIMENTI NORMATIVI

Ministero della Salute Decreto 21 settembre 2022 Approvazione delle linee guida per i servizi di telemedicina - Requisiti funzionali e livelli di servizio. (22A06184) (G.U. Serie Generale, n. 256 del 02 novembre 2022).

Ministero della Salute Decreto 30 settembre 2022 Procedure di selezione delle soluzioni di telemedicina e diffusione sul territorio nazionale, nonché i meccanismi di valutazione delle proposte di fabbisogno regionale per i servizi minimi di telemedicina e l'adozione delle Linee di indirizzo per i servizi di telemedicina. (22A07125) (G.U. Serie Generale, n. 298 del 22 dicembre 2022).

Documento «Linee guida in materia di modalità di erogazione dell'assistenza sanitaria negli Istituti penitenziari per adulti; implementazione delle reti sanitarie regionali e nazionali» della Conferenza Unificata Stato-Regioni del 22.1.2015.

Modello organizzativo locale «Le regioni, le province autonome e le aziende sanitarie assicurano l'assistenza sanitaria alla popolazione detenuta negli istituti penitenziari e nei servizi della giustizia minorile del proprio territorio regionale attraverso un sistema articolato di servizi sanitari con caratteristiche di complessità organizzativa e funzionale crescenti, che costituiscono la Rete regionale e nazionale per l'assistenza sanitaria penitenziaria» (Accordo Conf.Unif. 2015).

Circolari DAP (Autolesionismo 1997, 2000, 2010, 2012, 2016; Ricovero esterno 2000; Opg 2015; Disabilità motoria 2016).

Circolare D.A.P. 16 luglio 2015, n. 251653 «Linee guida in materia di modalità di erogazione dell'assistenza sanitaria negli istituti penitenziaria per adulti», approvate dalla Conferenza Unificata Stato-Regioni del 22.1.2015(

Progetto obiettivo 2000'assistenza sanitaria negli istituti penitenziari è erogata dal SSN, il quale opera nel rispetto della disciplina sul riordino della medicina penitenziaria L.-delega 30 novembre 1998, n. 419 e D.lgs. 22 giugno 1999, n.230 e succ. modific. L. 24 dicembre 2007, n. 244 (art. 2, commi da 283 a 284)

D.M. 21 aprile 2000 «Progetto obiettivo per la tutela della salute in ambito penitenziario».

D.P.C.M. 1° aprile 2008 «Modalità e criteri per il trasferimento al Servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria», e allegate Linee di indirizzo. Allegato A – «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». Allegato C – «Linee di indirizzo per gli interventi negli ospedali psichiatrici giudiziari (OPG) e nell'III diritto alla salute nelle principali fonti di diritto sovranazionali

Regole penitenziarie europee (Consiglio d'Europa – 2006).

Convenzione e Corte EDU. Risoluzione del Parlamento UE sulle condizioni detentive, 15.12.2011 (punto 8).

The United Nations Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners (c.d. the Nelson Mandela Rules) 2015.

