

# **TOSSICODIPENDENZA & CARCERE**

---

Ruolo del  
Dipartimento delle Dipendenze

Giovanni Serpelloni  
2002

# Premesse: **I bisogni**

# PRINCIPALI BISOGNI SOCIO-SANITARI

N	BISOGNO	SPECIFICHE (patologie e situazioni a intervento prioritario)
1	<b>Sanitario</b>	Malattie diffuse (TBC, epatiti, infezione da HIV, MTS, malattie cutanee – scabbia, dermatofitosi, pediculosi...)
2	<b>Tossicologico</b>	Sindrome astinenziale, prevenzione del rischio overdose da recidiva post uscita dal carcere
3	<b>Psichiatrico</b>	Patologie psichiatriche presenti o latenti (con possibilità di scompenso)
4	<b>Psichico</b>	Rischio di etero ed auto lesionismo sino al rischio suicidiario
5	<b>Sociale/legale</b>	Necessità di attivare percorsi riabilitativi idonei (interni od esterni al carcere) mediante anche l'attivazione degli inserimenti in comunità terapeutica previsti sulla base del D.M. 309/90

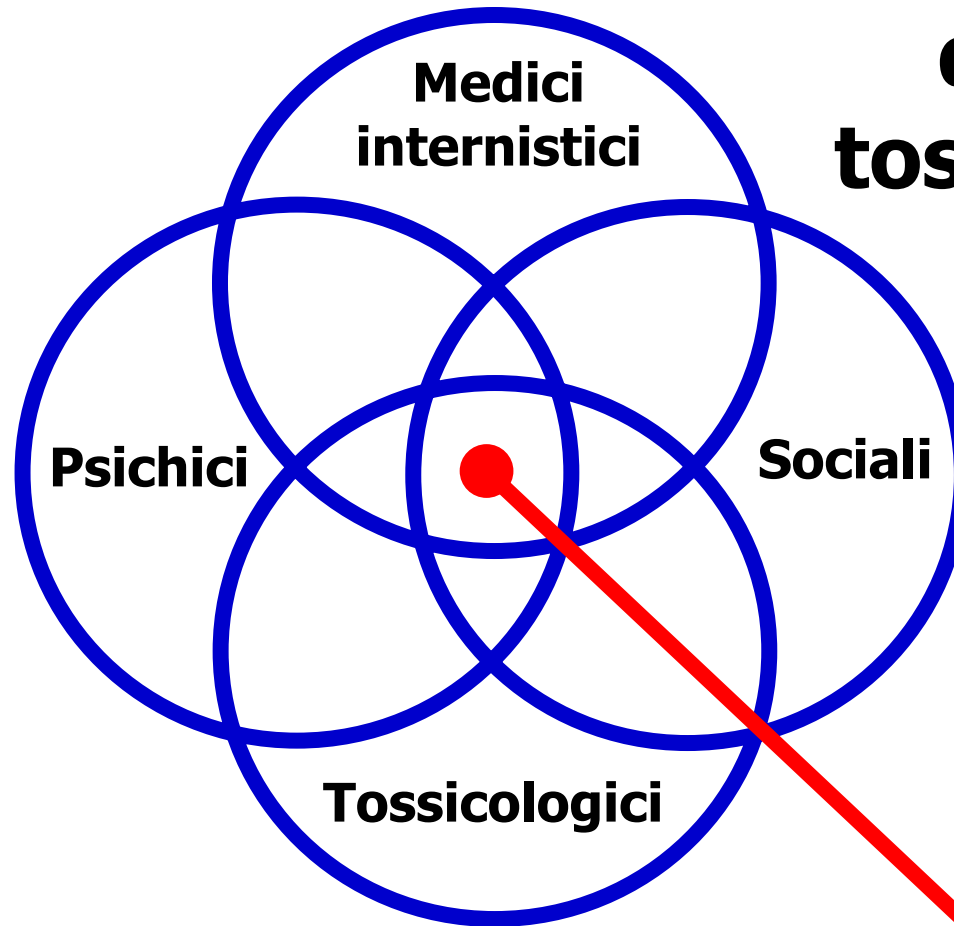
# I PRINCIPALI E PRIORITARI BISOGNI SOCIO-SANITARI DELLE PERSONE TD RECLUSE

---

I bisogni sopra rappresentati devono considerarsi elencati in ordine prioritario utilizzando come criteri ordinatori:

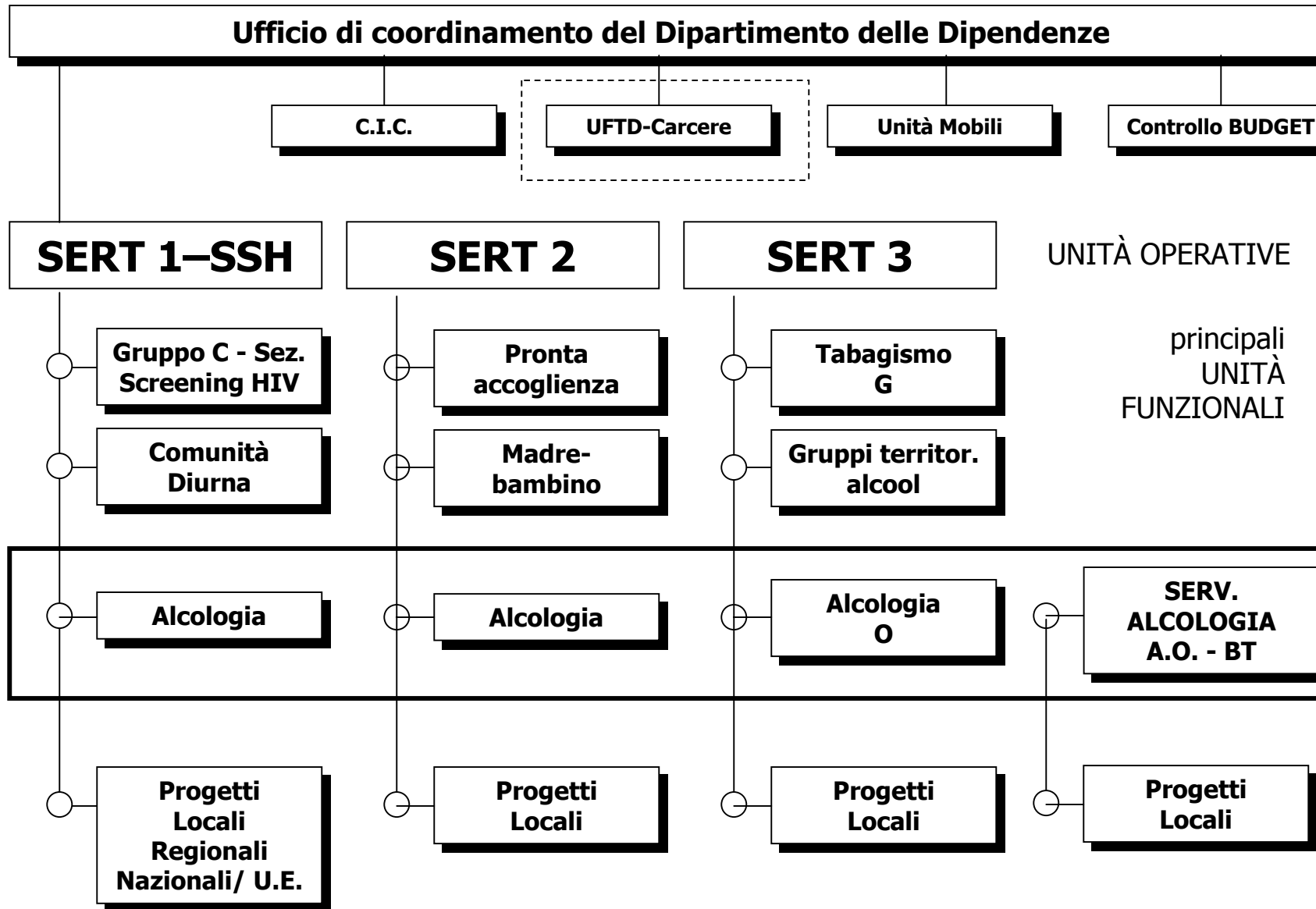
- la necessità di intervento urgente
- la gravità del danno derivante dal non intervento o da un suo ritardo, sia per il singolo che per la comunità carceraria.

# **I PROBLEMI della persona tossicodipendente reclusa**



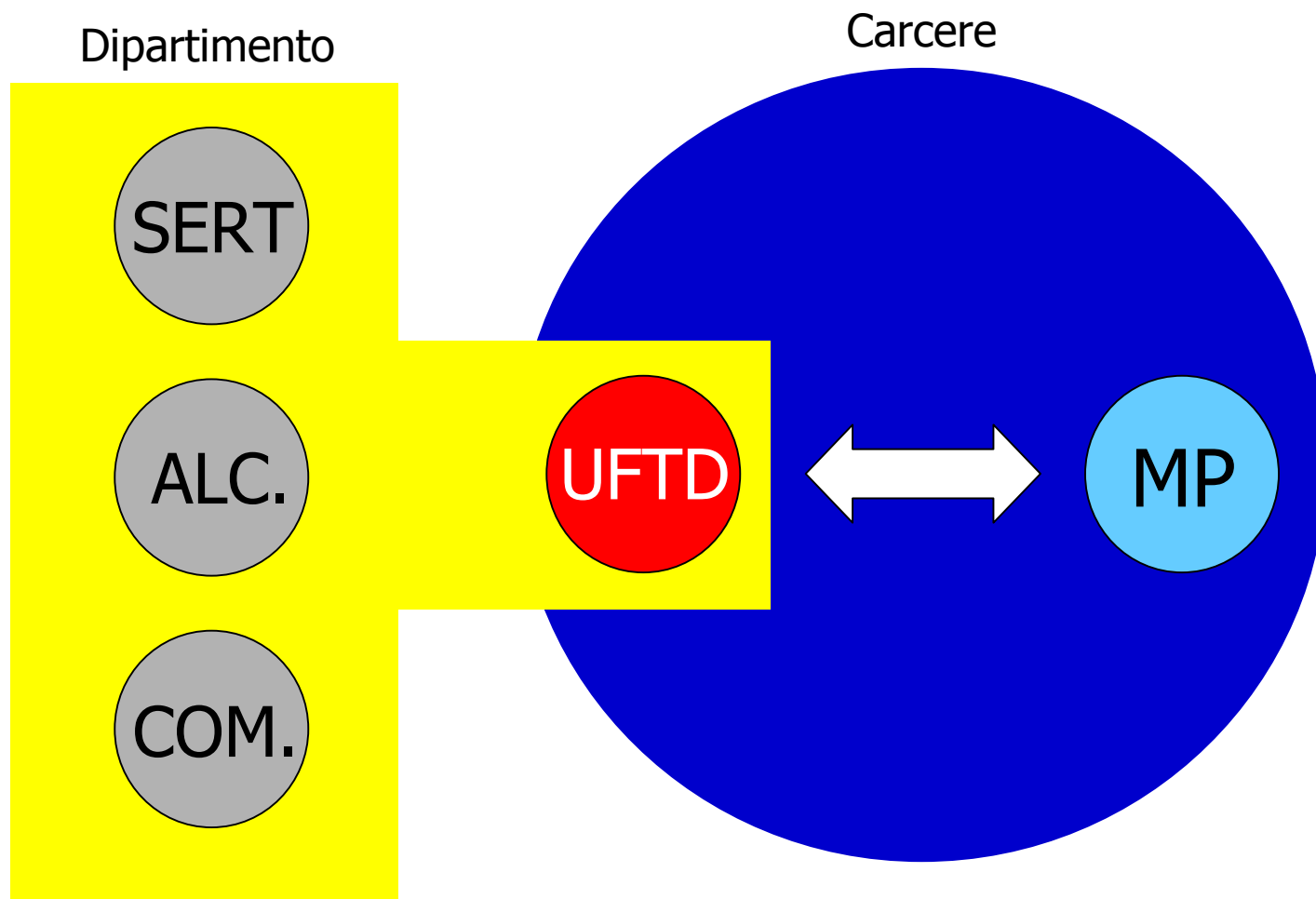
**GESTIONE UNITARIA  
DI TUTTI GLI ASPETTI**

# Le strutture pubbliche esistenti nella ULLS 20 (SerT)



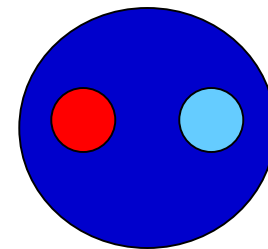
# Modello organizzativo generale

## UFTD



# Modello organizzativo generale

## UFTD



- Unità Funzionale Tossicodipendenze in carcere
- Autonomia operativa e decisionale dai Sert
- Coordinata con i Sert di provenienza dei TD detenuti
- Inserita nell'organigramma del Dipartimento (non di un singolo Sert)
- In grado di gestire interamente la persona TD in carcere
- Diretta da un dirigente medico



# Posizione organizzativa

---

- collegare funzionalmente la UFTD con l'ufficio di direzione e coordinamento del Dipartimento delle Dipendenze a cui viene affidata la responsabilità degli interventi in carcere
- Autonomia rispetto ai Sert
- Personale proprio con assetto simile al Sert
- Budget proprio (obiettivi + risorse)

# Obiettivi e compiti principali

Organizzare una “unità di operativa” interna al carcere che gestiscano giornalmente i seguenti aspetti:

1. Valutazione precoce dei nuovi ingressi → gestione precoce della sind. astinenziale
2. Screening diagnostico specialistico in ambito tossicologico, medico e psichiatrico/psicologico con individuazione delle situazioni di rischio ed attivazione fin da subito degli interventi prioritari.
3. Valutazione giornaliera delle domande dei detenuti TD con attività ambulatoriale presso le sezioni (su domanda)
4. Gestione delle terapie farmacologiche e della farmacia
5. Monitoraggio e gestione programmata delle situazioni di malattia o di rischio individuate
6. Immediata e diretta attivazione dei Sert competenti mediante l'invio rapido delle domande di commutazione pena
7. Gestione e coordinamento degli accessi dei vari operatori esterni sulle persone TD per il coordinamento dei programmi di intervento
8. Preparazione delle dimissioni/scarcerazione → continuità assistenziale e prevenzione dell'overdose

# COLLABORAZIONI con organizzazioni del volontariato

---

“Coinvolgere alcune organizzazioni del privato sociale accreditato con una apposita convenzione al fine di supportare l’UFTD negli aspetti pratici gestionali delle domande dei detenuti TD e il controllo dell’attivazione dei programmi terapeutici e dell’avanzamento delle pratiche legali per l’inserimento in programmi di riabilitazione (alternativi alla carcerazione) di tipo residenziale e/o semiresidenziale.”

# Responsabilità sul caso "recluso"

“la responsabilità clinica del caso in regime di reclusione, viene affidata alla UFTD-Carcere in collaborazione con il Sert che però non ha più la titolarità”.

la programmazione degli interventi viene affidata all'equipe interna al carcere che dovrà operare mantenendo la continuità assistenziale ma con:

- Autonomia decisionale (e responsabilità derivante dalle scelte cliniche)
- Obbligo di prevedere e programmare le dimissioni/scarcerazioni con Sert e/o Comunità e/o Volontariato.

# I rapporti di collaborazione con il personale della casa circondariale

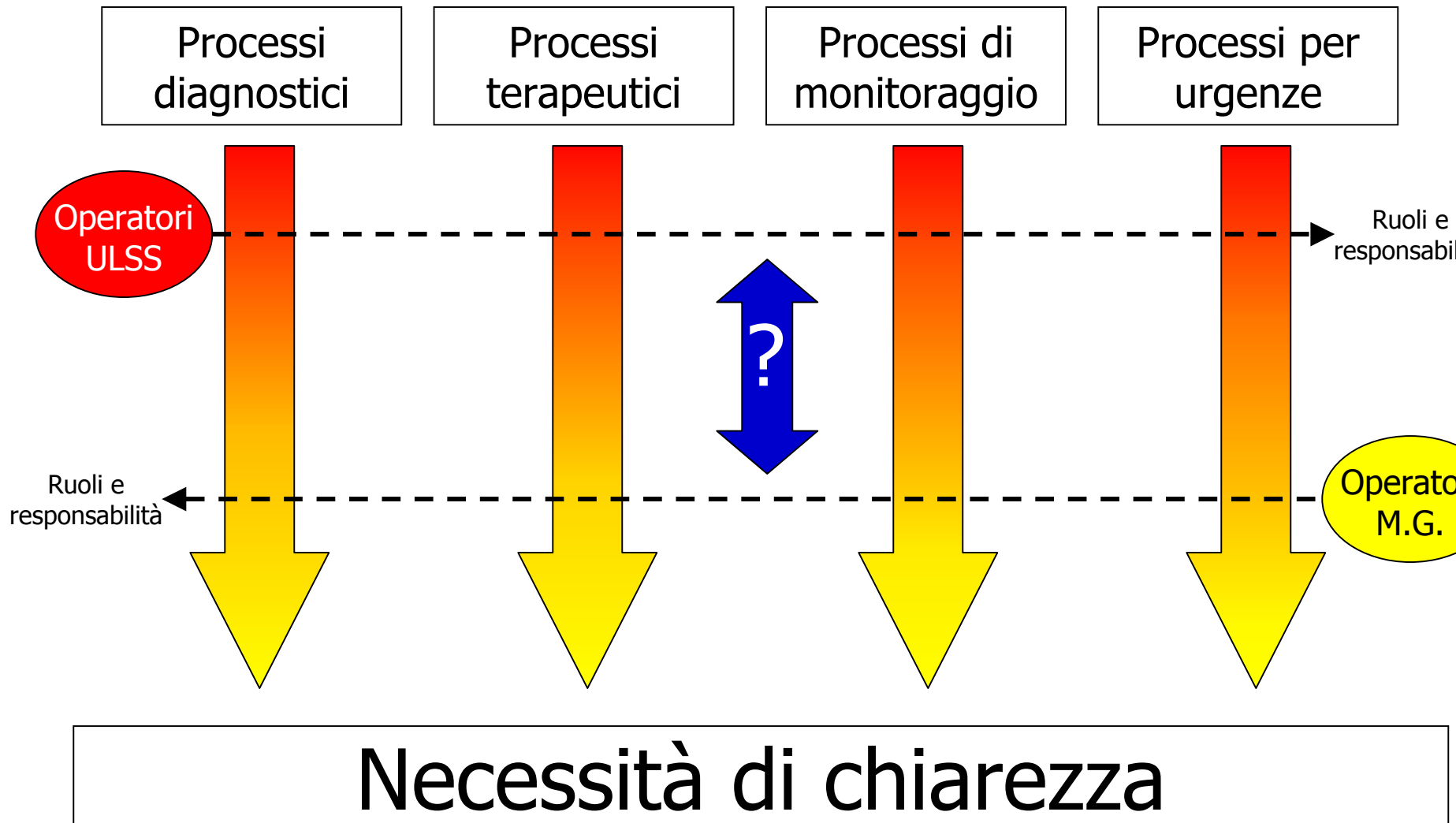
---

- **Agenti** → problemi di sicurezza e tutela
- **Personale sanitario** → sinergie e competenze

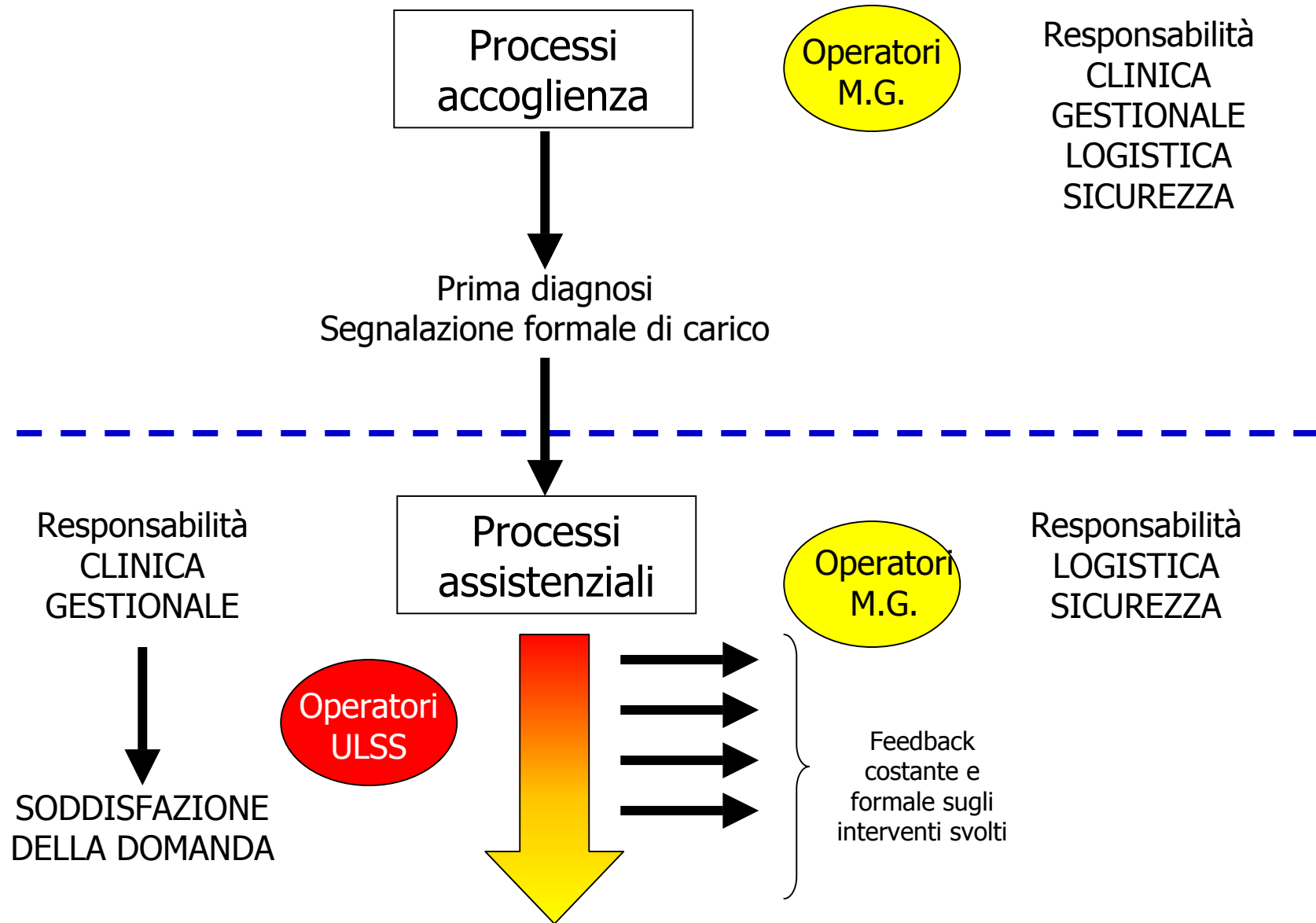
Da definire in base alle particolari condizioni di lavoro MA tenendo presente:

- Le due diverse amministrazioni di appartenenza
- La non subordinazione degli operatori ULSS
- Che il rapporto è da intendersi nell'ambito
  - DOMANDA → OFFERTA
  - CLIENTE → FORNITORE

# Da definire: compiti, responsabilità e interdipendenze



# Processo generale



# Da definire la MATRICE COMPITI/RESPONSABILITÀ

	COMPITI (per FASE)
1	<ul style="list-style-type: none"><li>• ACCOGLIENZA ,</li><li>• VALUTAZIONE INIZIALE (MEDICA E PSICOLOGICA)</li><li>• TERAPIE DI EMERGENZA *</li><li>• PREPARAZIONE ANTIRECIDIVA ALLA DIMISSIONE</li></ul>
2	<ul style="list-style-type: none"><li>• ATTIVAZIONE SERT</li><li>• MONITORAGGIO DELL'ESECUZIONE DEGLI INTERVENTI,</li><li>• MANTENIMENTO DELL'ORGANIZZAZIONE INTERNA AL FINE DI RENDERE POSSIBILE GLI INTERVENTI (AMBULATORI, TURNI E ACCESSI PROGRAMMATI ...)</li></ul>
3	<ul style="list-style-type: none"><li>• PRESA IN CARICO,</li><li>• PROMULGAZIONE INTERVENTI E PRESCRIZIONE TERAPIE PROGRAMMABILI,</li><li>• ATTIVITA' DI PREVENZIONE DELLE PATOLOGIE CORRELATE ALL'USO DI DROGHE</li></ul>
4	<ul style="list-style-type: none"><li>• COORDINAMENTO GENERALE</li></ul>
5	<ul style="list-style-type: none"><li>• FORMAZIONE DEGLI OPERATORI (APPLICATIVA)</li><li>• DEFINIZIONE DELLE LINEE GUIDA DI INTERVENTO</li></ul>
6	.....