



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

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

Stato di salute e trattamento farmacologico nella popolazione detenuta in Italia

Dr. Sandro Libianchi

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

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

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

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

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

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

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

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

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

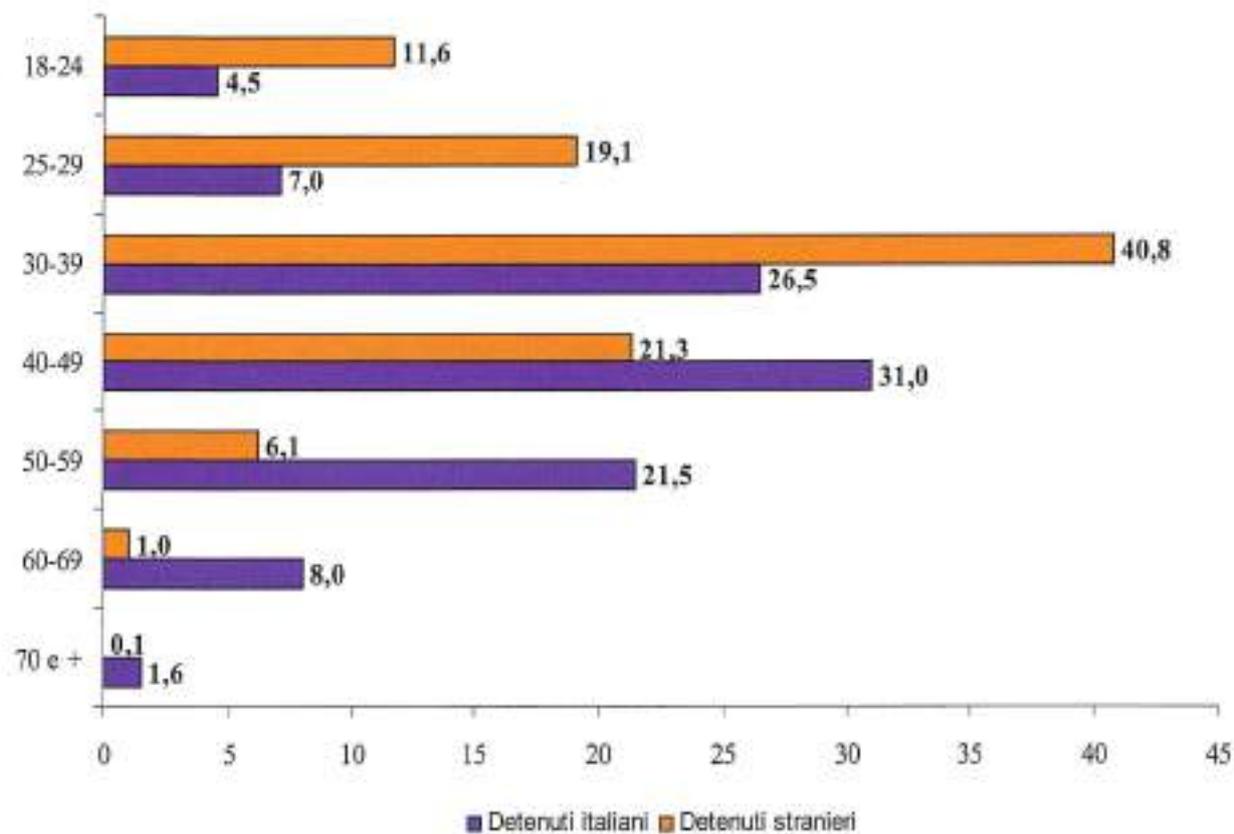
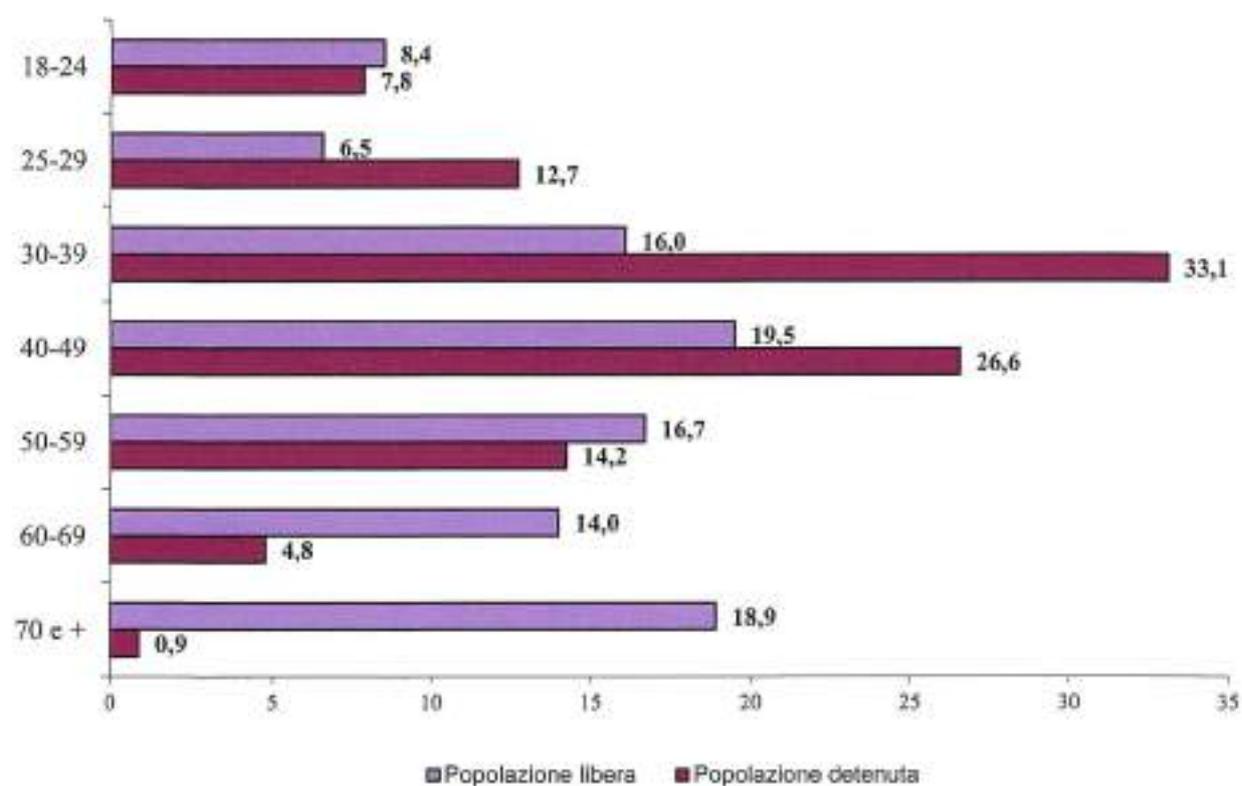
Le 57 strutture detentive italiane coinvolte rappresentano il 28% del totale nazionale.

La popolazione arruolata, nello specifico, era così distribuita:

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

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

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



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

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

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

* Un detenuto può essere affetto da più malattie

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Ma l'impegno nell'affrontarle e superarle, oltre alle evidenti ricadute in tema di salute pubblica, consente di offrire un servizio adeguato alle attualizzate indicazioni dell'Ordinamento

Penitenziario, nelle quali il principio generale dell'*appropriatezza clinica* è divenuto uno dei cardini della tutela della salute all'interno del carcere.

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

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

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

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

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

- "rete territoriale"
- "polo ospedaliero".

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

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

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

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

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

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



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

Considerato che:

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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



FLUSSO DELLA DISTRIBUZIONE DIRETTA

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

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

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

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

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

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

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

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

Indice Autori

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

Calamia Teresa – UOC Farmacia Ospedaliera Ospedale Perrino Brindisi

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

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

Cavassa Silvia - SC Farmacie Ospedaliere ASL Città di Torino

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

Costantino Domenica - ASP Reggio Calabria

Crosasso Paola - SC Farmacie Ospedaliere ASL Città di Torino

De Pasquale Elisa - SC Assistenza Farmacia Territoriale ASL AT Asti

Deambrosis Paola - Direzione Farmaceutico - Protesica - Dispositivi medici Venezia

Giordano Vincenzo – Direttore Sanitario ASL Napoli 1 Centro

Irollo Vincenzo - CC Poggioreale ASL Napoli 1 Centro

Leggieri Anna - SC Farmacie Ospedaliere, ASL Città di Torino

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

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

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

Monciino Rossana - SC Farmaceutica Territoriale ASL VC Vercelli

Musolino Maurizio – UOC Risk Management ASL Roma 2

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

Pagliano Marina - SC Farmacie Ospedaliere ASL Città di Torino

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

Scalpello Silvia - SC Farmaceutica Territoriale ASL VC Vercelli

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



Soliveri Nicola - ASST Papa Giovanni XXIII Bergamo

Vighi Elena - SC Farmacia Territoriale ASL NO Novara

Zinetti Elena - SC Farmacia Ospedaliera ASL TO4 Ivrea

CD SIFO

Presidente: Simona Serao Creazzola

Vice Presidente: Maria Grazia Cattaneo

Segretario: Francesco Cattel

Tesoriere: Ignazia Poidomani

Consigliere: Alessandro D'Arpino

Consigliere: Maria Ernestina Faggiano

Consigliere: Marcello Pani

Consigliere: Piera Polidori

Consigliere: Barbara Rebesco

EDITOR

Maria Natalia Diana