



*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*
CONFERENZA UNIFICATA

Accordo, ai sensi dell'articolo 9 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, sul documento proposto dal Tavolo di consultazione permanente sulla sanità penitenziaria recante: "Dati sanitari, flussi informativi e cartella clinica anche informatizzata".

Rep. n. 83 - C.U. del 26 novembre 2009

LA CONFERENZA UNIFICATA

Nell'odierna seduta del 26 novembre 2009:

VISTO l'articolo 9 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281 e, in particolare, il comma 2, lettera c), in base al quale questa Conferenza promuove e sancisce accordi tra Governo, Regioni, Province, Comuni e Comunità montane, al fine di coordinare l'esercizio delle rispettive competenze e svolgere in collaborazione attività di interesse comune;

VISTO l'articolo 2, comma 283, della Legge 24 dicembre 2007, n. 244 (Finanziaria 2008), il quale prevede che, al fine di dare completa attuazione al riordino della medicina penitenziaria, comprensivo dell'assistenza sanitaria negli Istituti penali minorili, nei centri di prima accoglienza, nelle comunità e degli ospedali psichiatrici giudiziari, con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro della salute e del Ministro della giustizia, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze e con il Ministro per le riforme e le innovazioni nella pubblica amministrazione, di intesa con la Conferenza Stato-Regioni, sono definite le modalità ed i criteri per il trasferimento dal Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria e dal Dipartimento della giustizia minorile del Ministero della giustizia 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;

VISTO il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 1° aprile 2008, emanato in attuazione del menzionato articolo 2, comma 283, della legge 244 del 2007, recante "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";

CONSIDERATO che questa Conferenza, nella seduta del 31 luglio 2008, ha deliberato (Rep. Atti n. 81/CU) la costituzione del "Tavolo di consultazione permanente sulla sanità penitenziaria", di cui all'Allegato A del predetto D.P.C.M. 1° aprile 2008, tra i cui compiti è previsto anche l'espletamento dell'attività istruttoria dei provvedimenti, da sottoporre all'esame di questa medesima Conferenza, attuativi del più volte citato D.P.C.M. 1° aprile 2008, nonché la predisposizione di indirizzi per favorire la realizzazione di programmi di interventi nelle realtà





*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA UNIFICATA

territoriali e di strumenti volti a favorire il coordinamento fra Regioni, Provveditorati regionali dell'Amministrazione penitenziaria e Centri della giustizia minorile;

CONSIDERATO che nel corso delle riunioni del Tavolo di consultazione permanente sulla sanità penitenziaria svoltesi nei giorni 11 marzo 2009 e 23 giugno 2009 è stata concordata, tra l'altro, l'attivazione di un apposito sottogruppo di lavoro per le problematiche afferenti i flussi informativi sulla sanità penitenziaria;

VISTA la nota in data 11 settembre 2009, con la quale le Regioni e le Province autonome hanno inviato, ai fini dell'avvio della relativa istruttoria da parte del suddetto Tavolo di consultazione, una prima bozza del documento indicato in oggetto;

VISTA la nuova versione del documento in parola elaborata dall'anzidetto sottogruppo di lavoro;

CONSIDERATO che l'esame di tale nuova versione del documento di cui trattasi è stato svolto nel corso della riunione del richiamato Tavolo di consultazione del 17 novembre 2009;

RILEVATO che la versione definitiva del documento in oggetto, Allegato sub A, parte integrante del presente atto, approvata dai componenti del Tavolo nel corso della predetta riunione, è stata diramata con lettera in data 18 novembre 2009;

ACQUISITO, nel corso dell'odierna seduta di questa Conferenza, l'assenso del Governo, delle Regioni e delle Province autonome di Trento e Bolzano e delle Autonomie locali;

SANCISCE ACCORDO

tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano e le Autonomie locali sul documento proposto dal Tavolo di consultazione permanente sulla sanità penitenziaria recante: "Dati sanitari, flussi informativi e cartella clinica anche informatizzata".

IL SEGRETARIO
Cons. Ermenegilda Siniscalchi

E. Siniscalchi



IL PRESIDENTE
On. Dott. Raffaele Fitto

R. Fitto



*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*
CONFERENZA UNIFICATA

ALLEGATO A

**DATI SANITARI, FLUSSI INFORMATIVI E CARTELLA CLINICA ANCHE
INFORMATIZZATA**

1. INTRODUZIONE

1.2 OBIETTIVI

Sono sostanzialmente due, in parte interconnessi:

1. la creazione di un sistema informativo nazionale e delle regioni sulla sanità penitenziaria
2. la informatizzazione della cartella clinica nelle carceri.

È opportuno mantenere separati i due obiettivi, tenuto conto che lo stesso passaggio al SSN comporta una serie di problematiche nel perseguimento di questo schema originario.

Se infatti la costruzione di un sistema informativo nazionale è cosa relativamente praticabile e della quale esistono numerosi equivalenti nella sanità odierna (ad es: quello sulla salute mentale, sulle tossicodipendenze, sulla specialistica, la farmaceutica ecc...), non altrettanto può dirsi per l'adozione sul territorio nazionale di un unico strumento informatizzato, che necessita del coinvolgimento di diversi attori.

Detto in altri termini un Sistema Informativo Nazionale può essere costruito anche senza la cartella clinica informatizzata nazionale, mentre l'adozione di una cartella informatizzata nazionale non è necessariamente propedeutica al sistema informativo nazionale, tanto è vero che i sistemi informativi citati (Salute, Mentale, Tossicodipendenze) si basano su cartelle informatizzate di livello regionale o addirittura di Asl.

1.3 NOTE SUL SISTEMA INFORMATIVO NAZIONALE

Si ritiene importante procedere alla costruzione di un sistema informativo nazionale quale strumento per il monitoraggio delle attività, la programmazione, la ricerca sui servizi, la mobilità economica delle prestazioni, la garanzia del passaggio delle informazioni in caso di trasferimento del detenuto/minore e molti altri usi nell'ottica di un sistema di sanità pubblica.

Il documento analizza vantaggi e criticità di due modelli di sistema informativo nazionale: il modello distribuito e quello centralizzato.

Nel primo le informazioni che costituiscono il debito informativo delle aziende USL e delle regioni (indipendentemente da come sono raccolte, se con supporto informatizzato o meno) sono depositate localmente in modo tracciabile (identificative della persona) e poi al livello regionale e nazionale in forma non tracciabile (tendenzialmente individuale a livello regionale e aggregata a livello nazionale).

Occorrerà definire con chiarezza il set di informazioni che costituiscono il debito informativo e gli indicatori che costituiscono il cruscotto di monitoraggio.





*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA UNIFICATA

Questo sistema è analogo a tutti quelli già esistenti e sopra nominati, ed è pienamente in linea con i pronunciamenti del garante della privacy e funzionale a tutte le esigenze di programmazione e monitoraggio.

Nel modello centralizzato, la tracciabilità giunge anche ai livelli regionale e nazionale e consentirebbe in ipotesi di costruire il fascicolo unico del detenuto, che lo segue nei suoi eventuali trasferimenti da un carcere ad un altro, ed anche la lettura "centralizzata" dei dati sensibili.

Il vantaggio della integrazione e della possibilità di interpellare a più livelli va di pari passo con le difficoltà, costituendo di fatto una novità assoluta nella sanità nazionale. Tuttavia non può non tenersi conto della peculiarità delle funzioni svolte dall'amministrazione penitenziaria e delle esigenze legate sia alla sicurezza che al trattamento che inevitabilmente vanno ad intersecarsi con quelle legate alla salute e all'assistenza sanitaria.

A tal proposito giova ricordare che in capo all'Amministrazione penitenziaria e la Giustizia Minorile residuano alcune funzioni sanitarie, e cioè:

1) Trasferimento dei detenuti/minore per motivi di salute: in questo campo è evidente il concorso di competenze sanitarie e penitenziarie. La legge infatti prevede la competenza dell'amministrazione scrivente nei trasferimenti per ragioni di salute. In tale contesto la valutazione tecnica medica entra a far parte della valutazione complessiva discrezionale di individuazione della sede ritenuta più idonea dall'Autorità Penitenziaria.

2) Regioni a Statuto Speciale: le competenze sanitarie permangono in capo all'Amministrazione Penitenziaria e alla Giustizia minorile negli istituti delle regioni a statuto speciale e province autonome, nelle more dell'emanazione delle norme di attuazione degli statuti regionali.

3) Perizie: i medici sono chiamati a svolgere interventi di natura peritale in risposta a richieste di risarcimento per asserito danno biologico incorso a causa della detenzione, presentate dai detenuti o dai loro legali.

In riferimento all'esercizio di queste funzioni ed in particolare al trasferimento dei detenuti, sia in ambito regionale che sull'intero territorio nazionale, si conviene che l'Amministrazione penitenziaria e la Giustizia minorile hanno necessità di accedere a tutti i dati sanitari relativi al singolo detenuto, alla sua storia clinica e a tutte quelle informazioni indispensabili per una corretta collocazione dello stesso nell'ambito del sistema.

Il servizio sanitario regionale fornisce inoltre, a livello di singolo istituto, centro di prima accoglienza, comunità ministeriale, tutte le informazioni sanitarie relative al singolo detenuto, necessarie ad una corretta allocazione, gestione e trattamento, nonché per le finalità istituzionali di competenza. Le modalità di comunicazione delle informazioni sono demandate al protocollo operativo fra la singola struttura o servizio minorile.

Al contempo, la direzione dell'istituto comunica alle ASL di competenza, con le modalità definite dallo stesso protocollo operativo, i dati giudiziari, quando necessitino per la gestione sanitaria del detenuto.





*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA UNIFICATA

Le aggregazioni di dati saranno concordate dal tavolo di monitoraggio presso la Conferenza Unificata, in vista di una proficua collaborazione nella predisposizione di strategie di studio e di intervento in materia.

Non è superfluo osservare che, nei diversi livelli organizzativi dell'Amministrazione penitenziaria e della Giustizia minorile, le informazioni accessibili dal personale sanitario ivi comandato saranno solo ed esclusivamente quelle necessarie allo svolgimento delle attività istituzionali e che potranno essere utilizzate solo per tali finalità.

1.4 NOTE SULLA CARTELLA CLINICA INFORMATIZZATA

Anche in questo caso il documento confronta due modelli: il primo riguarda la costruzione di una cartella clinica informatizzata sviluppata tendenzialmente sul livello regionale o di singola Azienda Usl, il secondo vede la realizzazione di una cartella clinica nazionale.

Partendo da ipotesi realistiche, l'informatizzazione locale della singola struttura carceraria, può effettuarsi con un modello verticale, semplicemente estendendo gli applicativi in uso nella Asl competente per territorio, o con un modello orizzontale, cioè individuando un applicativo di tipo "dipartimentale" che gestisce unitariamente i trattamenti sanitari sul detenuto in carcere. Il modello orizzontale si presta alla definizione di una cartella clinica informatizzata regionale (vedi il modello delle tossicodipendenze), e anche nella definizione di una cartella nazionale.

Ancora una volta l'opzione di costruire uno strumento unico nazionale sarebbe una novità assoluta, e come tale andrebbe giustificata e concordata con le regioni. E' pur vero che questo obiettivo è presente all'interno delle Linee Guida del DPCM 1.4.2008 e negli accordi ex art. 7, ma nel momento della sua pianificazione è opportuno riesaminare la questione in tutti i suoi aspetti tecnici (fattibilità in primis, ma anche costi e compatibilità con i sistemi aziendali).

In sintesi, dei due obiettivi esaminati dal documento, la costruzione del Sistema Informativo Nazionale sembra più raggiungibile. Le regioni ritengono praticabile nel giro di due/tre anni lo stesso percorso già utilizzato in altri settori sanitari e che ha portato alla definizione del debito informativo aziendale e regionale e la confluenza centralizzata di dati aggregati raccolti anche con sistemi diversi, pienamente utilizzabili per il monitoraggio delle attività, per la programmazione e per la mobilità.

Lo sviluppo e l'automazione dei processi sanitari in carcere, sarebbe quindi demandato al livello locale, anche con la definizione di cartelle cliniche di tipo dipartimentale definite comunque autonomamente all'interno delle singole regioni.

Più complesso è l'obiettivo della cartella informatizzata unica a livello nazionale, cosa che richiederebbe molto più tempo per la realizzazione tecnica e un accordo delle regioni nel modificare lo schema usuale decentrato di definizione degli strumenti di software.

L'Amministrazione penitenziaria a questo proposito mette a disposizione la cartella clinica già inserita nell'ambito del sistema informativo SIAP/AFIS, come contributo nella ricerca della soluzione migliore, ferma restando l'autonomia delle singole regioni (e delle singole ASL) di dotarsi di strumenti diversi ed autonomi.

2. DOCUMENTO

2.1 IL MODELLO REGIONALE PER LA CARTELLA INFORMATIZZATA





Presidenza del Consiglio dei Ministri

CONFERENZA UNIFICATA

2.1.1 Scenario

Le attività sanitarie all'interno degli istituti di pena, nella previsione del DPCM, entrano nella competenza delle Aziende Sanitarie Locali nel cui territorio sono collocate. Gli ambulatori situati all'interno delle strutture penitenziarie, dal punto di vista delle Asl, diventano strutture territoriali (ambulatoriali, di ricovero, diagnostici), che mantengono specifiche peculiarità, ma che nello stesso momento necessitano di processi di integrazione nel collaudato sistema di erogazione delle prestazioni di cui ciascuna Azienda Sanitaria, all'interno della programmazione e delle direttive regionali, si è nel frattempo dotata.

Ne è un esempio l'attività per la tossicodipendenza che ha fatto sviluppare all'interno delle carceri ambulatori "in proiezione" del SerT territoriale competente, creando però di fatto un separazione con il resto della attività sanitaria erogata sul soggetto detenuto: facendo coesistere cioè una cartella sanitaria della Asl e una cartella sanitaria "interna" del carcere.

Nel momento in cui il DPCM sancisce che "La continuità terapeutica costituisce principio fondante per l'efficacia degli interventi di cura e deve essere garantita dal momento dell'ingresso in carcere e/o in una struttura minorile, durante gli eventuali spostamenti dei detenuti tra diversi Istituti penitenziari e strutture minorili, e dopo la scarcerazione e immissione in libertà", occorrerà progressivamente recuperare una visione del trattamento sociosanitario del soggetto detenuto nella sua completezza, elemento fondamentale per poterne condividere le informazioni nel passaggio libertà/detenzione/spostamenti/libertà.

L'attivazione di un sistema informativo nazionale sulla salute del detenuto presuppone necessariamente il (1) raggiungimento di uno standard minimo regionale sul trattamento del paziente (gestionale operativo) alimentato da cartelle cliniche informatizzate, propedeutico a (2) strumenti di condivisione delle informazioni sanitarie (patient file) e a (3) strumenti di analisi dei dati (datawarehouse), che rappresentano quindi i tre livelli individuati dal sottogruppo di lavoro come elementi portanti del sistema.

A questi aspetti occorre aggiungere le (4) problematiche strettamente tecnologiche riguardante il cablaggio dei locali che passano in competenza al Sistema Sanitario Regionale, la loro connessione alle reti geografiche delle Asl/Regione, la necessità o meno di avere "sale macchine" dedicate, i posti di lavoro (pc) per gli operatori.

Il tutto tenendo presente che saranno necessari livelli di integrazione tra la rete Giustizia e la rete Salute (es. le anagrafiche dei detenuti), e tra la cartella sanitaria informatizzata e altri applicativi operanti nelle asl (es. anagrafica pazienti, dipendenze, salute mentale, CUP ecc.)

2.1.2 La ricognizione dell'esistente

Il gruppo di lavoro ha dedicato specifiche sedute nella verifica degli strumenti software già disponibili, il loro livello di sviluppo, la rispondenza alle caratteristiche minime individuate, la possibilità del riuso da parte delle singole amministrazioni regionali.

La cartella informatizzata in ambito penitenziario è stata, infatti, oggetto di esperienze in alcune regioni, spesso con visione mirata a specifiche patologie (dipendenze, salute mentale), in alcuni casi utilizzando strumenti stand alone o piccole reti; in altri, creando dei sistemi integrati in ambito regionale, o cercando di attivare un sistema unico nazionale collegato all'anagrafica amministrativa del soggetto detenuto.

In particolare sono state esaminate la cartella in via di approntamento da parte del DAP e la cartella sperimentata in Regione Toscana. E' stata annotata l'esperienza dell'Emilia, anche in





*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA UNIFICATA

relazione ad un progetto nazionale che la vedeva capofila insieme alla Toscana nella definizione di un quadro informativo per la salute in carcere nel settore delle tossicodipendenze.

E' stato verificato che anche il Minorile aveva allo studio la realizzazione di uno strumento per la rilevazione delle informazioni sanitarie, nell'ambito dello sviluppo del proprio sistema informativo dei servizi minorili. A seguito del passaggio delle competenze in materia di sanità alle regioni, non si è proceduto a sviluppare ulteriori funzioni se non quelle già realizzate (visite mediche, monitoraggio delle tossicodipendenze, mod. 99). Secondo quanto sarà previsto dai protocolli operativi citati, le informazioni inerenti queste procedure possono essere rese accessibili al personale sanitario, personale che, con le stesse modalità, potrà accedere alle informazioni giuridiche e trattamentali. Il modello informativo elaborato è a disposizione delle strutture sanitarie che intendano utilizzarlo.

2.1.3 La Cartella Clinica Informatizzata

Le cartelle sanitarie (più o meno "cliniche") devono essere viste come uno strumento unitario del trattamento di un soggetto, a onere e supporto degli operatori sanitari che intervengono nel trattamento stesso. A onere, in quanto sono gli operatori sanitari che devono compilare in modo diligente i moduli di propria competenza che compongono la cartella; a supporto perché la cartella fornisce preziose informazioni sul come intervenire sul soggetto. L'utilità di una cartella cresce quanto più condivisa nell'uso: infatti a fronte della registrazione della propria attività, si ha a disposizione l'informazione riguardante l'intervento di tutti gli altri operatori. Se la cartella è informatizzata allora è disponibile ovunque ci sia un computer (velocità di accesso) ed è utilizzabile anche come strumento di comunicazione fra gli operatori (eliminazione della "carta di comunicazione" e riduzione dei "tempi di contatto" fra gli operatori (intesi sia in termini di km percorsi, che di tempi necessari per stabilire del contatto).

Altro compito della cartella informatizzata è quello di far registrare l'informazione una sola volta e di utilizzarla invece in tutti i contesti in cui questa è utile (nel trattamento, nella certificazione, nella analisi dei dati).

Per quanto detto sopra è evidente che lo strumento informatizzato è soprattutto uno strumento di gestione che entra pienamente nella competenza di una Azienda Sanitaria. Le regioni intervengono in questi casi facendo opera di standardizzazione in modo che gli operatori siano spinti non solo a vedere le stesse informazioni, ma anche ad attivare linee guida comuni.

Le opzioni disponibili quando si informatizza una struttura che deve erogare prestazioni sanitarie sono sostanzialmente due:

* **OPZIONE VERTICALE:** prevede che i software già attivi nelle altre strutture si estendano alla struttura penitenziaria nelle parti di competenza, estendendo i software di gestione del ricovero (ADT) verso i centri clinici, i software di gestione dell'ambulatorio medico verso i nuovi ambulatori, i software della gestione delle dipendenze in uso nei SerT per trattare i soggetti in carcere, così per la salute mentale ecc.

I modelli di riferimento nelle Aziende Sanitarie che seguono quest'approccio sono ritrovabili nei sistemi CUP, nei sistemi di gestione dei laboratori analisi (Lis), nelle diagnostiche per immagini (Ris), nella gestione dei ricoveri (Adt),.

Criticità: Il modello verticale normalmente segue il lavoro del professionista sanitario: l'informazione sul paziente è frammentata, devono quindi essere previste metodologie di riunificazione delle informazioni fra i vari applicativi gestionali che consentano alla Asl competente di ricostruire una visione unitaria del trattamento.





*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA UNIFICATA

* **OPZIONE ORIZZONTALE:** prevede il trattamento unitario all'interno delle strutture carcerarie con una unica cartella sanitaria del detenuto che traccia temporalmente tutte le azioni e i trattamenti sanitari attivati sul soggetto ,

I modelli di riferimento nelle Aziende Sanitarie, che seguono questo approccio sono ritrovabili nei SerT, nei Servizi di Salute Mentale, nel Pronto Soccorso, nelle Cardiologie, il trattamento di ricovero, e in generale in tutti quei settori in cui il paziente sarà trattato per lungo periodo.

Criticità: Il modello orizzontale predilige la centralità del paziente: devono essere previsti modelli di comunicazione verso gli altri software in uso nella Azienda Sanitaria deputati alla gestione unitaria di una casistica: avremo quindi flussi automatizzati dalla cartella del detenuto verso il SerT per la gestione unitaria delle dipendenze, o verso il software di salute mentale, o di ricovero per la eventuale produzione della SDO

Entrambi i modelli dovrebbero anche consentire la consultazione telematica o l'acquisizione automatica in cartella per esempio dei risultati delle analisi di laboratorio, o dei referti Ris, o delle consulenze, senza impegnare l'operatore in lunghe e noiose operazioni di riscrittura manuale.

Le Regioni, e al loro interno le Aziende Sanitarie, armonizzeranno autonomamente la gestione informatica della salute in carcere secondo i modelli di cui sopra o la combinazione degli stessi, in relazione ai modelli organizzativi in essere, e le strategie seguite nella informatizzazione dei processi sanitari.

L'obiettivo "in progress", sarà quello di disegnare un modello (fisico o virtuale) che tenda a rendere disponibili per implementazioni successive i collegamenti di cui nello schema successivo. Sia cioè perseguibile nel tempo l'integrazione tra l'informazione anagrafica presente inizialmente solo nella Asl competente nel territorio, l'informazione anagrafica regionale, l'interfacciamento con l'anagrafica della Giustizia, per consentire lo scambio di informazioni fra i due sistemi all'interno di protocolli concordati e in linea con la normativa sulla privacy.

La cartella informatizzata regionale, sviluppata secondo il modello verticale o il modello orizzontale deve:

* essere rivolta esclusivamente a supportare il lavoro degli operatori sanitari nel trattamento corrente del soggetto detenuto

* colloquiare con gli altri applicativi,

* garantire la costruzione del basamento informativo minimo dal livello "struttura", a salire a quello di Asl, a quello "Dipartimentale" regionale

*

Sarà necessario definire un livello regionale unitario in termini di dizionario dati e di funzionalità.

In sintesi la cartella informatizzata regionale:

* integra tutte le attività rivolte alla salute del soggetto e svolte dalle varie figure professionali dell'ASL (medici, psicologi, assistenti sociali), e i trattamenti attuati;

* gestisce l'attività del medico, dalla visita di primo ingresso al trattamento in cella, con produzione automatica delle certificazioni sia verso il SSR che verso l'amministrazione penitenziaria;

* consente di registrare le prescrizioni e le terapie farmaceutiche e produce la stampa del "carrello" infermieristico per la somministrazione quotidiana;

* gestisce anche le problematiche connesse con la tossicodipendenza, le dipendenze in genere, la salute mentale;

* si integra con gli applicativi aziendali per le parti di competenza;





Presidenza del Consiglio dei Ministri

CONFERENZA UNIFICATA

* fornisce i flussi di attività sia regionali (es. Specialistica, Farmaci Erogati Direttamente, Prestazioni riabilitative, Scheda Nosologica, che nazionali (SIND, Salute Mentale) o li integra per la parte di competenza;

* alimenta il sistema informativo regionale, anche in previsione del debito informativo verso NSIS.

* Consente, nel rispetto della normativa sulla privacy, l'alimentazione del "fascicolo sanitario nazionale" per quelle informazioni che si riterranno utili nell'accompagnare il soggetto detenuto nei suoi spostamenti interregionali, in sostituzione o in integrazione della documentazione cartacea

2.2 IL PERCORSO ASSISTENZIALE FRA REGIONI DIVERSE

2.2.1 Esigenza di condividere la base di conoscenza

Il soggetto detenuto che si sposta fra strutture penitenziarie appartenenti a regioni diverse, spesso per motivi di sicurezza, o per necessità di cure intensive, è accompagnato dalla documentazione sanitaria cartacea prodotta nei periodi precedenti. Questa può essere più o meno consistente in relazione alla durata del periodo pregresso trascorso in carcere, e più o meno utilizzabile in relazione alla diligenza con cui gli operatori sanitari ne hanno curato la compilazione. Inoltre occorre tenere presente che per molti soggetti soprattutto stranieri la problematica del fornire generalità diverse si riflette nella predisposizione di documentazione sanitaria frammentata e difficilmente riunificabile.

Una gestione informatizzata della cartella sanitaria o parti essa su uno standard nazionale può consentire di ridurre gradualmente fino a renderli marginali le problematiche di cui sopra:

* definendo uno standard informativo che consenta il trasferimento dei dati sanitari alla struttura informatica delle ASL competenti sulle diverse strutture penitenziarie in cui si muove il detenuto

* riunificando le informazioni sanitarie sull'anagrafica amministrativa del detenuto (che, quando collegata a elementi caratteristici quali le impronte digitali, consentono di risolvere le problematiche di aliasing), e sull'anagrafica nazionale degli assistibili (es. tessera Team) per consentire la continuità e il collegamento tra l'attività sanitaria erogata sul territorio e quella erogata in carcere.

Lo standard informativo minimo è opportuno sia definito anche in caso di "modello cartaceo" perché consente di rilevare con sicurezza le informazioni sanitarie ritenute indispensabili dallo standard stesso.

2.2.2 Il Fascicolo Sanitario Nazionale Informatizzato del Detenuto

Il fascicolo sanitario nazionale del detenuto raccoglie dalle cartelle gestionali informatizzate in uso nelle regioni tutti gli aspetti ritenuti utili per ricostruire la storia clinica del soggetto detenuto. A titolo di esempio, mentre la somministrazione quotidiana è un aspetto gestionale, la prescrizione della terapia (farmaco, posologia, durata) è una informazione utile del fascicolo sanitario.

Saranno quindi definite modalità di standardizzazione delle informazioni e della raccolta dei referti, o dei risultati di analisi provenienti da cartelle regionali probabilmente diversificate, e del loro invio al fascicolo sanitario.

Il fascicolo sanitario è collegato alla anagrafica amministrativa delle carceri in modo da garantire l'univocità dell'identità del soggetto, ed eventualmente la ricostruzione degli alias.

La modalità tecnica con cui si prevede la costruzione del fascicolo sanitario possono essere due, da considerare anche in relazione alla sicurezza, e alla responsabilità della tenuta della base di dati:





*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA UNIFICATA

* modello centralizzato: prevede la realizzazione di un unico database a livello nazionale collegato con l'anagrafica amministrativa del detenuto alimentato dalle cartelle elettroniche regionali con i moduli definiti.

* modello distribuito: prevede la realizzazione di un database di livello regionale (anche come componente integrata nella più complessiva "carta sanitaria del cittadino" che varie regioni stanno approntando). I database regionali in questo caso sono accedibili da chi ne possiede i diritti per il tramite dell'anagrafica amministrativa penitenziaria, che in questo caso funziona da "indice centralizzato)

Poiché la titolarità al trattamento dei dati sanitari è in capo alle Aziende Sanitarie, si ritiene in questa fase quello distribuito come unico modello da poter considerare ; la richiesta di informazioni sia inoltrata direttamente all'Asl competente e l'autorizzazione avvenga con decisione esplicita su ogni singola richiesta.

L'onere minimo previsto per ciascuna Asl/Regione (anche senza avere ancora realizzata la informatizzazione della cartella gestionale) è quella della messa a disposizione dello "standard informativo minimo" prodotto anche attraverso strumenti di videoscrittura e collegati/collegabili sia con il codice anagrafico amministrativo del detenuto, che con il codice fiscale/codice regionale.

Occorre quindi che un gruppo integrato con figure sanitarie produca il documento sugli standard minimi, mentre occorrerà definire opportunamente gli standard di alimentazione del fascicolo sanitario, che, dal punto di vista temporale deve prevedere l'acquisizione dei dati almeno in concomitanza ad ogni trasferimento/re immissione in libertà del detenuto.

Il fascicolo sanitario nazionale potrebbe essere peraltro definito come strumento di messa a disposizione dei dati sanitari sensibili relativi al soggetto detenuto da parte della Asl alla Amministrazione Penitenziaria e alla Giustizia Minorile per lo svolgimento dei propri compiti istituzionali, con le modalità, i limiti e nelle casistiche concordate, secondo quanto previsto nell'accordo approvato dalla CU n. 102 del 28/11/2008 al punto e. In questo caso gli standard di alimentazione e i contenuti devono essere definiti di conseguenza.

2.3 IL SISTEMA INFORMATIVO SULLA SALUTE IN CARCERE

2.3.1 L'analisi del possibile

La presa visione degli applicativi esistenti (Dap, Regione Toscana) è stata utile nel condividere la base di conoscenza sulle attività sanitarie erogate in carcere, sulle modalità operative, sui modelli organizzativi. La componente del Ministero della Salute deve quindi definire le necessità ma appare chiaro che per la definizione del debito informativo a regime, occorrerà individuare un gruppo tecnico specifico con un chiaro mandato sugli obiettivi che lavori, come negli altri progetti del NSIS, per un periodo adeguato.

Il sistema informativo sulla Salute in Carcere deve rappresentare uno strumento di analisi delle attività svolte dal SSN nell'ambito della salute nelle carceri ai fini di valutazione e programmazione dei servizi.

Deve garantire l'impossibilità di identificazione dei soggetti trattati.

Il sistema informativo regionale, visto come una estensione di NSIS, dovrà definire le informazioni utili dal punto di vista dell'analisi dell'attività sanitaria in carcere, in modo che possa da una parte alimentare NSIS, e dall'altra parte, attraverso strumenti di business intelligence, possa supportare sia le strutture regionali e le aziende sanitarie, che l'amministrazione della Giustizia.





Presidenza del Consiglio dei Ministri

CONFERENZA UNIFICATA

Nella prima fase di presa in carico delle attività da parte delle Aziende Sanitarie Locali, è prevedibile che le informazioni di tipo analitico che potranno essere rese disponibili siano quelle già in uso e prodotte per la descrizione delle attività sanitarie correnti: SDO (file A), Specialistica (file C), Riabilitazione (file E) ecc. Si ritiene quindi che questi flussi possano rappresentare il primo basamento informativo utilizzabile sul livello nazionale, oltre ad eventuali rilevazioni definibili ad hoc.

Il flusso informativo idoneo a regime a supportare i compiti attribuiti dall'allegato al DPCM sarà definito dal sottogruppo e successivamente sperimentato dalle regioni che nel tempo attueranno il processo di informatizzazione centrata sul soggetto detenuto

2.3.2 Obiettivi a regime

Obiettivo del sistema informativo è monitorare l'attività della Sanità Penitenziaria. Questo obiettivo generale viene perseguito attraverso alcuni obiettivi specifici:

- * Quantificare il numero di soggetti che accedono al sistema e descrivere le loro principali caratteristiche socio-anagrafiche e di salute.

- * Quantificare gli interventi posti in essere sui singoli soggetti e descrivere le loro principali caratteristiche in termini di tipologia, durata, esito

Quanto precede dovrà essere attuato secondo le norme vigenti in tema di regolamento privacy. Si prevede, analogamente ad altri settori già attivati, che i dati dovranno essere in formato individuale, ma privi degli elementi identificativi, essere cioè perfettamente anonimizzati.

A. Definizione del debito informativo nazionale.

Sono definite in questa sezione le informazioni necessarie a rilevare le attività rivolte al paziente detenuto secondo lo schema del CHI eroga, COSA eroga, QUANDO eroga, DOVE eroga:

- i. Informazioni Anagrafiche (Anno di nascita, Provincia di nascita, Cittadinanza, Regione di residenza, ASL di residenza, Comune/Stato estero di residenza, Sesso, Stato civile, Titolo di studio, Occupazione precedente la carcerazione, ...)

- ii. Stato giuridico (In attesa di giudizio, definitivo, sottoposto a regimi speciali ...) da verificare con garante privacy

- iii. Informazioni da rilevare all'accesso alla struttura [data ingresso, provenienza (libertà, altro carcere...); patologie attive (mediche, psichiatriche, dipendenza/abuso...): diagnosi, data diagnosi, trattamenti in corso; situazione sierologica HIV, HBV, HCV e MTS...]

- iv. Quadro diagnostico evolutivo successivo all'ingresso [patologie attive intercorse (mediche, psichiatriche, dipendenza...): diagnosi, data diagnosi, trattamenti in corso; situazione sierologica HIV, HBV, HCV e MTS...]

- v. Prestazioni erogate [data, tipologia, sede (in carcere, esterna ambulatoriale, esterna ospedaliera), professionista/specialista erogante; referti degli accertamenti]

B. Dati di struttura

Questa tipologia di informazioni hanno impatto sia dal punto di vista informativo che dal punto di vista gestionale. Infatti a supporto di decisioni sul trasferimento dei detenuti occorre anche la conoscenza logistica e organizzativa della struttura destinata ad accogliere il detenuto. Queste informazioni quindi devono essere normalmente gestite nelle cartella informatizzate regionali ed eventualmente aggiornare con tempistica più cogente il sistema informativo:

i. Strutture

- * Tipologia: (Ambulatorio, Reparto, Centro Riabilitativo ...) Utilizzare classificazione ISTAT per le strutture attivate.

- * Prestazioni erogabili (Elenco e descrizione)





Presidenza del Consiglio dei Ministri

CONFERENZA UNIFICATA

- * Dotazioni strumentali (Elenco e descrizione)
- * Orario Giornaliero di funzionamento
- * Presenza del personale. Per ciascuna figura professionale: qualifica e orario giorno/settimana/mese.

ii. Personale

- * Struttura di appartenenza
- * Qualifica (medico, psicologo, educatore professionale, infermiere professionale, assistente sociale ...)
- * Disciplina (psichiatria, medicina interna, gastroenterologia, radiologia ...)
- * Tipologia di contratto (Dipendente, convenzionato, a contratto)
- * Orario settimanale e numero giorni/settimana di presenza nella struttura

2.4 ASPETTI TECNOLOGICI E LOGISTICI

I locali ad uso sanitario che passeranno in comodato gratuito alle Asl competenti, si trovano in buona parte già cablate e integrate nella rete dell'amministrazione penitenziaria. L'informatizzazione della cartella sanitaria a regime deve prevedere la disponibilità del posto cablato in tutti gli ambienti in cui operano figure sanitarie.

Le scelte possibili percorribili da ciascuna regione in questo caso sono essenzialmente tre:

1) Allargamento della rete di Asl. Quest'opzione prevede che la parte cablata dei locali sanitari sia staccata dalla rete della giustizia e connessa alla rete geografica di asl condividendone quindi le politiche di sicurezza. In questo caso sono le politiche di connettività della singola regione che dovranno consentire la gestione unificata dell'applicativo fra strutture carcerarie appartenenti ad Asl diverse.

2) Lasciare il cablaggio esistente di competenza alla Giustizia (che si è dichiarata disponibile). In questo caso la rete penitenziaria è vista come unitaria sul sistema dal sistema regionale che dovrà concordare le modalità di comunicazione preferibilmente interfacciando il sistema regionale come regolatore degli accessi da parte delle singole Asl.

3) Creare la rete sanitaria penitenziaria regionale. In questo caso le strutture penitenziarie regionali sono collegate in un anello geografico logico dotato di autonomia che sviluppa politiche di integrazione sia con la rete sanitaria regionale (o delle singole asl) che con la rete della Giustizia. Sono evidenti in questo caso le settorializzazioni delle politiche di sicurezza. L'inserimento del server su cui è posizionato il software applicativo nella rete di sanità penitenziaria regionale ne consente una gestione specifica e protetta.

La rete della Giustizia metterà quindi a disposizione le politiche di connessione con la rete regionale di riferimento e/o con le singole Asl, che comunque dovrà essere realizzata almeno per condividere l'anagrafica amministrativa della Giustizia.

Per quanto riguarda il posizionamento del server che gestisce la cartella informatizzata regionale le possibili soluzioni sono:

- * singola Asl/Area Vasta;
- * Asl capofila/Regione;
- * Giustizia in un proprio CED con rapporto di servizio rispetto alla Regione.

Infine occorre dimensionare la dotazione dei posti di lavoro (personal computer) che devono seguire uno standard nei minimi di dotazione individuati in 1 computer/stanza o almeno 1 computer ogni 2 operatori contemporaneamente presenti.

