

**LINEE DI INDIRIZZO PER  
LA GESTIONE CLINICA DEI FARMACI  
NEGLI ISTITUTI PENITENZIARI  
DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA**



*Documento tecnico regionale per la  
Sicurezza nella terapia farmacologica n.2  
Aprile 2015*



■ Adattamento delle “LINEE DI INDIRIZZO PER LA GESTIONE CLINICA DEI FARMACI”, Ottobre 2014<sup>1</sup>, per l’ambito penitenziario a cura del Gruppo regionale Gestione sicura dei farmaci negli istituti penitenziari, costituito da professionisti: delle Aziende sanitarie, degli Istituti penitenziari della regione, del Servizio Politica del farmaco, del Servizio Salute mentale, dipendenze patologiche e salute nelle carceri, del Gruppo regionale rischio clinico da Farmaci, di seguito indicati:

Nadialina Assueri	AUSL Bologna - Casa Circondariale di Bologna
Francesco Casanova	AUSL Parma - Istituti penali di Parma
Anna Cilento	RER - Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali
Vincenzo De Donatis	RER - Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali
Francesco Ciusa	AUSL Parma - Istituti penali di Parma
Vanni Cuni	AUSL della Romagna sede operativa di Forlì, Casa Circondariale di Forlì
Patrizio Di Denia	IRCCS Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna
Nicola Pasquali	AUSL Ferrara – Progetto Regionale Rischio Clinico nelle Carceri
Cristiano Pelati	AUSL Ferrara - Progetto Regionale Rischio Clinico nelle Carceri
Angela Petracca	AUSL Bologna - Casa Circondariale di Bologna
Fabio Pieraccini	Azienda USL della Romagna sede operativa di Forlì
Alessio Saponaro	RER - Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali
Ester Sapigni	RER - Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali
Giovanni Sessa	AUSL Ferrara - Progetto Regionale Rischio Clinico nelle Carceri
Maria Trapanese	RER - Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali
Georgios Vertsonis	AUSL Reggio Emilia - Casa Circondariale di Reggio nell’Emilia
Antonio Zacchia Rondinini	RER - Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali

Il presente documento è stato commissionato dalla Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali della Regione Emilia-Romagna, coerentemente con le strategie definite nelle Linee di Programmazione.

Il documento va citato come:

Gruppo Regionale Gestione sicura dei farmaci negli istituti penitenziari. LINEE DI INDIRIZZO PER LA GESTIONE CLINICA DEI FARMACI NEGLI ISTITUTI PENITENZIARI DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA. Documento tecnico regionale per la Sicurezza nella terapia farmacologica n.2, Regione Emilia-Romagna, Aprile 2015.

Per eventuali contatti: [esapigni@regione.emilia-romagna.it](mailto:esapigni@regione.emilia-romagna.it)

---

<sup>1</sup> elaborate dal Gruppo regionale Rischio Clinico da Farmaci (Determinazione n° 1712/2014: Istituzione e nomina del Gruppo regionale rischio clinico da Farmaci ), disponibili sul sito web ER-Salute all’indirizzo: <http://salute.regione.emilia-romagna.it/farmaci/sicurezza-della-terapia-farmacologica>



## DEFINIZIONI E ABBREVIAZIONI

Aderenza alla terapia farmacologica	Il conformarsi del paziente alle raccomandazioni del medico riguardo a tempi, dosi, modalità nell'assunzione del farmaco per l'intero ciclo di terapia
■ Alias	Nome fittizio con cui un soggetto può identificarsi
■ Cartella clinica	Cartella clinica assistenziale multiprofessionale informatizzata, unica per tutti gli istituti penitenziari della regione; documento di riferimento per i medici, gli infermieri e gli specialisti, integrato con il sistema di prescrizione informatizzato
■ Compliance	L'accettazione da parte della persona del percorso terapeutico proposto e l'uniformarsi alle indicazioni ricevute dal medico curante. Non la si può considerare sinonimo di aderenza terapeutica, in quanto quest'ultima (tematica sviluppata al punto 12 del documento) è un concetto più ampio che sottintende l'idea di una vera e propria alleanza e condivisione terapeutica tra prescrittore e paziente.
Continuità assistenziale	Continuità del trattamento e trasmissione di informazioni puntuali e precise inerenti le cure in atto al cambio del setting assistenziale.
Coord. infermieristico	Coordinatore delle professioni sanitarie infermieristiche. Coordina i professionisti coinvolti nel processo di gestione clinica del farmaco.
Dosaggio	Quantità di principio attivo presente in un'unità posologica (es. compressa, fiala, ecc.)
Dose (riferita ad un certo periodo di tempo, ad esempio dose giornaliera)	Quantità di un farmaco necessaria per conseguire, con la sua somministrazione, un determinato effetto farmacologico (dosaggio per numero di somministrazioni, in un certo periodo tempo)
Emocomponenti	Frazioni del sangue separate presso i Centri trasfusionali (es. emazie concentrate, concentrati piastrinici, plasma fresco congelato)
Emoderivato	Frazione del sangue separata con tecnologia industriale
Farmaco	Qualsiasi sostanza inorganica o organica naturale o sintetica, capace di produrre in un organismo vivente modificazioni funzionali, utili o dannose, mediante un'azione chimica, fisica o chimico-fisica.
Farmaco biosimilare	Il biosimilare è un farmaco ottenuto da un processo produttivo biotecnologico che comprende tappe complesse, con un certo grado di variabilità, tale da connotarlo non come una copia esatta del prodotto originatore, bensì come una sua riproduzione, la cui qualità e attività biologica dipende da vari fattori (ad es. struttura, grado e tipo di glicosilazione, nel caso si tratti di glicoproteine, e profilo delle isoforme del prodotto finale).
Farmaco equivalente	Farmaco inserito nelle liste di equivalenza di AIFA di cui alla legge 405/2011

Farmaci scaduti/ inutilizzabili	Farmaci che non possono essere utilizzati per una o più delle seguenti caratteristiche: sono scaduti, ne è stato disposto il ritiro, non sono stati conservati in modo idoneo, altre caratteristiche che li rendono inutilizzabili.
FUT - Foglio unico di terapia	Documento che attesta l'attività clinica (medica ed infermieristica) di gestione della terapia farmacologica negli ambiti di cura in cui la sua adozione è possibile (reparti di ricovero, di osservazione breve, assistenza domiciliare...). Costituisce parte integrante della documentazione sanitaria e congloba le annotazioni prescrittive del medico (prescrizione, sospensione e variazione della terapia) e quelle inerenti la somministrazione o la consegna di medicinali al paziente.
Gas medicinale	Ogni medicinale costituito da una o più sostanze attive gassose miscelate o meno ad eccipienti gassosi
LASA: Farmaci look alike/sound alike	Farmaci che possono essere scambiati con altri per somiglianza grafica e/o fonetica del nome e per aspetto simile delle confezioni. La somiglianza può riguardare: il nome commerciale di un farmaco o la loro combinazione, nel numero di caratteri o suoni simili in comune alle due parole, quando i nomi vengono scritti (somiglianza ortografica: Look alike), o quando vengono pronunciati/ascoltati (somiglianza fonetica: Sound alike). il confezionamento (somiglianza nel confezionamento per forma, dimensione, colore, indicazione del dosaggio e disposizione dei caratteri: Look alike)
MMG	Medico di medicina generale
■ P.A.I.	Piano assistenziale individuale elaborato secondo le linee guida del percorso clinico assistenziale della persona detenuta. (Circolare n° 15/2012)
■ Persona detenuta (privata della libertà)	Soggetto detenuto in carcere
PLS	Pediatra di libera scelta
Posologia	Dose, tempi e modalità di somministrazione di un farmaco.
Prescrizione "off-label" o "fuori-indicazione"	Prescrizione di farmaci già registrati, ma usati in modalità diversa da quanto indicato nella scheda tecnica di autorizzazione all'immissione in commercio.
Principio attivo	Componente essenziale di un farmaco dotata di attività farmacologica.
PTR/PT-AV Prontuario Terapeutico Regionale/di Area Vasta	Elenco di medicinali, di schede di valutazione e di documenti sui farmaci da utilizzare nelle strutture delle Aziende sanitarie, sia in regime di ricovero ospedaliero, sia nei percorsi di continuità assistenziale
Ricognizione	Raccolta di informazioni complete e accurate su farmaci e altri prodotti (anche non convenzionali) assunti dal paziente.

Riconciliazione	Processo che partendo dal confronto tra la lista dei farmaci assunti dal paziente, come risultanti dalla ricognizione attuata al momento dell'ammissione, e quelli che dovrebbero essere somministrati al paziente nella particolare circostanza, permette di giungere alla formulazione di una decisione prescrittiva farmacologica corretta.
Scheda tecnica del farmaco	Riassunto delle caratteristiche del prodotto (RCP) approvato dall'Autorità regolatoria responsabile dell'autorizzazione all'immissione in commercio del farmaco (EMA per i farmaci registrati con procedura centralizzata; AIFA per i farmaci registrati con procedura nazionale, decentrata o per mutuo riconoscimento).
■ Setting assistenziale	Contesto di cura specifico legato alla struttura fisica in cui avviene il processo clinico-assistenziale (es: Istituto penitenziario, arresti domiciliari, comunità, domicilio ecc.).
■ SISP	Sistema Informativo Sanità Penitenziaria regionale; applicativo informatico per la gestione della Cartella Clinica informatizzata, anche con funzioni di prescrizione e somministrazione
Specialità medicinale	Prodotto medicinale preparato da officine autorizzate con una denominazione speciale, approvato dal Ministero della Salute sulla base di un dossier contenente risultati sperimentali.
Veleni	Tutte le sostanze incluse nella tabella 3 della Farmacopea Ufficiale ("Sostanze, le cui monografie sono presenti nella F.U., da tenere in armadio chiuso a chiave").



## INDICE DEL DOCUMENTO

<b>1. INTRODUZIONE .....</b>	<b>1</b>
<b>2. OBIETTIVI .....</b>	<b>2</b>
<b>3. CAMPO DI APPLICAZIONE.....</b>	<b>3</b>
<b>4. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITA' NELLA GESTIONE CLINICA DEL FARMACO .....</b>	<b>4</b>
4.1 Principi generali .....	4
4.3 Prescrizione – Casi particolari: gas medicinali, off-label, farmaci contenenti veleni.....	8
4.3.a Prescrizione di gas medicinali .....	8
4.3.b Prescrizione di farmaci in uso “off-label” .....	9
4.3.c Prescrizione di farmaci contenenti Veleni.....	9
4.4 Modifica della prescrizione.....	10
<b>5. CONTINUITÀ ASSISTENZIALE .....</b>	<b>11</b>
5.1 Mantenimento della continuità terapeutica con farmaci fuori PTR o fuori PT-AV.....	12
<b>6. APPROVVIGIONAMENTO, RICHIESTA E GESTIONE DEI FARMACI .....</b>	<b>13</b>
6.1 Principi generali d’approvvigionamento farmaci.....	13
6.2 Gestione delle scorte all’interno degli Istituti penitenziari .....	13
<b>7. PREPARAZIONE DELLA TERAPIA FARMACOLOGICA.....</b>	<b>16</b>
<b>8. SOMMINISTRAZIONE DELLA TERAPIA FARMACOLOGICA.....</b>	<b>18</b>
<b>9. AUTOGESTIONE DELLA TERAPIA.....</b>	<b>20</b>
<b>10. GESTIONI PARTICOLARI .....</b>	<b>21</b>
10.1 Gestione e conservazione dei farmaci della persona detenuta.....	21
10.2 Gestione della terapia “al bisogno” .....	22
10.3 Gestione e conservazione dei campioni gratuiti di medicinali .....	23
<b>11. ADERENZA ALLA TERAPIA.....</b>	<b>24</b>
<b>12. SMALTIMENTO DEI PRODOTTI SCADUTI/INUTILIZZABILI .....</b>	<b>25</b>
<b>13. LE SEGNALAZIONI .....</b>	<b>26</b>
13.1 Principi generali .....	26
13.2 Farmacovigilanza.....	26
13.3 Incident reporting .....	26
13.4 Monitoraggio degli eventi sentinella.....	27
13.5 Le segnalazioni delle persone detenute e dei familiari/care-giver all’istituto penitenziario (reclami) .....	27
13.6 Integrazione delle fonti informative .....	28
<b>14. RIFERIMENTI NORMATIVI E DOCUMENTALI .....</b>	<b>29</b>



## 1. INTRODUZIONE

La sicurezza nell'uso dei farmaci, in quanto componente fondamentale della qualità dell'assistenza, è un obiettivo di primaria importanza nell'attività sanitaria.

E' pertanto dovere delle organizzazioni e degli operatori sanitari adottare tutte le misure che concorrono a raggiungere la massima sicurezza nell'uso dei farmaci.

Nell'ambito di una strategia per la promozione della sicurezza, tra le attività fondamentali vi sono l'adozione, la diffusione e l'implementazione di "pratiche" finalizzate all'eliminazione dei pericoli e all'aumento del livello di sicurezza nelle organizzazioni sanitarie.

A livello nazionale, il Ministero della Salute, ha sviluppato un sistema di Buone Pratiche/Raccomandazioni, alcune delle quali rivolte alla gestione dei farmaci, che individuano le situazioni a elevato rischio di errore e sono volte a promuovere la realizzazione di azioni mirate a raggiungere maggiori livelli di sicurezza. La Regione Emilia-Romagna ha recepito nel tempo le indicazioni ministeriali sulla sicurezza nel percorso del farmaco raccogliendole nelle Linee d'indirizzo sulla gestione clinica dei farmaci (ultimo aggiornamento Ottobre 2014), rivolte alle strutture del Servizio Sanitario Regionale.

■ Il presente documento, elaborato dal Gruppo regionale *Gestione sicura dei farmaci negli istituti penitenziari*, rappresenta un adattamento delle Linee d'indirizzo regionali sopra citate al contesto carcerario\*, che risulta caratterizzato in particolare dai seguenti aspetti:

- non è assimilabile ad altri contesti sanitari;
- è amministrato dal Ministero della Giustizia secondo specifiche normative che possono riflettersi sull'organizzazione delle attività sanitarie;
- ospita persone che sono private della propria libertà e che dipendono da altri soggetti anche per i bisogni di salute (es. accesso alla terapia farmacologica);
- è un ambiente che determina la condizione di privazione della libertà; tale condizione può indurre la persona detenuta ad assumere atteggiamenti inopportuni verso il proprio stato di salute.

Nella stesura del documento, si è inoltre tenuto conto di alcune caratteristiche peculiari degli aspetti assistenziali presenti negli istituti penitenziari della Regione Emilia-Romagna, quali la presenza di:

- un percorso clinico assistenziale per le persone detenute (Circolare RER n.15 del 9/9/2012);
- un sistema per la gestione della terapia farmacologica nella cartella clinica informatizzata, con sperimentazioni locali, in sezioni e ambulatori di alcuni Istituti, riguardanti l'impiego di sistemi informatizzati per la somministrazione delle terapie farmacologiche (*"Progetto Tablet"*).

\*I principali adattamenti del documento originario al contesto carcerario sono posti in evidenza tramite un quadratino nero (■)

## 2. OBIETTIVI

Il documento ha l'obiettivo di fornire indicazioni per una gestione clinica dei farmaci negli Istituti penitenziari della Regione Emilia-Romagna e uniformare le procedure specifiche delle Aziende sanitarie interessate.

Per **gestione clinica dei farmaci** si intende il processo che va dal momento in cui il farmaco viene prescritto sino a quello in cui viene somministrato e/o smaltito.

Le componenti di tale processo, oggetto di trattazione nelle linee di indirizzo, sono:

- a) *prescrizione della terapia farmacologica con richiami della ricognizione e riconciliazione oggetto della Raccomandazione regionale per la sicurezza della terapie farmacologiche n.2;*
- b) *casi particolari di prescrizione: gas medicinali, farmaci off-label e farmaci contenenti veleni;*
- c) *continuità della terapia farmacologica al cambio di setting assistenziale;*
- d) *approvvigionamento, richiesta e gestione dei farmaci;*
- e) *preparazione della terapia farmacologica;*
- f) *somministrazione della terapia farmacologica;*
- g) *autogestione dei farmaci;*
- h) *gestione della terapia "al bisogno";*
- i) *gestione dei farmaci personali della persona detenuta;*
- j) *aderenza alla terapia;*
- k) *gestione e conservazione dei "campioni gratuiti" di medicinali;*
- l) *smaltimento dei prodotti scaduti/inutilizzabili;*
- m) *strumenti di segnalazione per la gestione del rischio.*

Il presente documento non tratta della gestione di:

- farmaci stupefacenti;
- emocomponenti ed emoderivati;
- prodotti per nutrizione artificiale;
- radiofarmaci;
- farmaci ad uso sperimentale.

Il documento rappresenta una guida per l'adozione di procedure locali che dovranno essere elaborate tenendo conto delle necessità e dei contesti organizzativi e che dovranno definire, inoltre, compiti e responsabilità delle diverse figure professionali coinvolte nel processo di gestione clinica del farmaco.

La sicurezza nella gestione dei farmaci aumenta se gli operatori sono consapevoli degli aspetti procedurali e del loro significato. A tale proposito è fondamentale la realizzazione di periodici eventi formativi e di confronto rivolti ai professionisti sanitari per consentire una capillare diffusione di conoscenze e cultura sulla sicurezza e sugli strumenti proposti.

La formazione degli operatori dovrà inoltre rispondere agli specifici bisogni in relazione alle caratteristiche strutturali, ambientali, organizzative locali, ed essere sviluppata secondo metodologie efficaci in termini di crescita professionale e integrazione (formazione strutturata, partecipata, multiprofessionale).

### **3. CAMPO DI APPLICAZIONE**

■ Le presenti Linee di indirizzo si applicano a tutti gli Istituti penitenziari presenti sul territorio regionale.

## 4. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITA' NELLA GESTIONE CLINICA DEL FARMACO

### 4.1 Principi generali

Tutti coloro che intervengono nelle varie fasi del processo di gestione clinica del farmaco devono avere un'adeguata conoscenza/competenza, correlata al profilo professionale, su:

- uso del farmaco, così come delle precauzioni e delle controindicazioni;
- risultati attesi dal suo uso;
- potenziali reazioni avverse e interazioni con altri farmaci, con alcuni cibi o con prodotti non convenzionali;
- azioni da intraprendere, nel caso compaiano reazioni avverse.

Ai sanitari coinvolti nel processo terapeutico devono essere resi disponibili idonei supporti tecnici e collaborazioni professionali, soprattutto per quanto riguarda gli aspetti farmacologici, tossicologici e di sicurezza.

In rapporto alle fasi del processo terapeutico e alle attività in esso concretamente svolte, il professionista deve avere accesso alle informazioni inerenti le condizioni della persona detenuta.

Durante le attività di gestione clinica dei farmaci, per quanto possibile, è importante evitare interruzioni, con particolare riguardo ai momenti di: prescrizione, preparazione e somministrazione.

E' necessaria una relazione efficace fra l'équipe sanitaria e la persona detenuta, oltre che per sviluppare un intervento clinico-assistenziale appropriato e rispettoso della volontà del cittadino, anche per rendere più sicuro l'intervento stesso.

Il coinvolgimento diretto della persona detenuta o della persona che lo assiste (opportunamente formata) deve essere ricercato sia nella fase prescrittiva sia nella fase di somministrazione o di consegna dei medicinali per la possibile autogestione della terapia.

Alla persona detenuta deve essere fornita completa informazione sul percorso di cura proposta, devono essere illustrati gli effetti ricercati con la terapia, la possibile tossicità, le relazioni con il cibo e la vita quotidiana.

## 4.2 Prescrizione della terapia farmacologica

La prescrizione è l'atto con cui il medico prescrittore, responsabile della persona detenuta, stabilisce quale farmaco debba essere somministrato all'assistito.

Secondo le linee guida per la buona prescrizione dell'OMS, la prescrizione dovrebbe essere parte di un processo deduttivo logico, basato su complete e obiettive informazioni. Non dovrebbe essere un riflesso istintivo, una ricetta tratta da un 'cook-book', o una risposta alla pressione commerciale.

Nella definizione della scelta terapeutica per il trattamento della persona detenuta, l'OMS prevede che il prescrittore debba:

- 1) definire il problema dell'assistito;
- 2) specificare l'obiettivo terapeutico concretamente perseguibile;
- 3) verificare l'opportunità del trattamento, considerandone l'efficacia e la sicurezza;
- 4) scrivere la prescrizione;
- 5) fornire informazioni, istruzioni, avvisi ai destinatari;
- 6) monitorare le risultanze e adottare gli aggiustamenti del caso.

■ Precedono la prescrizione la Ricognizione e la Riconciliazione<sup>2</sup> farmacologica, da effettuarsi in occasione di transizioni di cura da e verso la struttura carceraria.

In tali circostanze il prescrittore deve avere conoscenza puntuale della terapia farmacologica corrente della persona detenuta che accede alla struttura (Ricognizione), confrontare i farmaci assunti dal soggetto con quelli indicati per la cura nella particolare circostanza (Riconciliazione) in funzione di una decisione prescrittiva corretta e sicura.

■ La Ricognizione negli Istituti penitenziari può essere effettuata da un professionista del ruolo sanitario (medico o infermiere), e deve essere adeguatamente e sistematicamente documentata in forma cartacea o informatizzata.

Qualora la Ricognizione sia eseguita in fasi successive, è necessario che ogni atto sia documentato. Se la Ricognizione (o una fase della stessa) è eseguita da un infermiere è indispensabile che l'esecutore la renda tempestivamente conoscibile al medico prescrittore che, a sua volta, dovrà annotarne la presa di conoscenza, con cronodatazione.

Tali indicazioni sono coerenti con quanto previsto nella fase di accoglienza dell'assistenza primaria nel percorso assistenziale per la persona detenuta.

---

<sup>2</sup> La Ricognizione e la Riconciliazione sono oggetto di specifica Raccomandazione regionale per la Sicurezza nella terapia farmacologica n.2 "Processo di ricognizione e di riconciliazione farmacologica per una prescrizione corretta e sicura" (comprensivo dei contenuti della raccomandazione n.1 "La Ricognizione: premessa alla prescrizione").

L'atto prescrittivo è suddiviso:

- a. in una componente di tipo intellettuale, basata sulla decisione e sulla valutazione dell'appropriatezza (in base a diagnosi, efficacia terapeutica, interazioni farmacologiche, controindicazioni, allergie, ecc.);
- b. in una componente di tipo esecutivo che include la qualità e la completezza delle informazioni essenziali, quali:
  - generalità della persona detenuta;
  - laddove necessario: età, parametri antropometrici (peso, altezza, superficie corporea);
  - principio attivo (preferibilmente) e/o il nome commerciale del farmaco, specificando l'eventuale non sostituibilità dello stesso;
  - dosaggio;
  - forma farmaceutica;
  - dose;
  - via e modalità di somministrazione (velocità, tempo di infusione, eventuali dispositivi medici, ecc.);
  
  - per i farmaci da somministrare in soluzione: qualità e quantità del solvente per la ricostituzione e/o la diluizione;
  - durata del trattamento (inizio, termine);
  - laddove necessario: date e orari previsti per la somministrazione, compatibilmente con l'organizzazione determinata dalla Direzione dell'Istituto penitenziario;
  - eventuali note;
  - data e, nei casi opportuni (specie in emergenza), orario della prescrizione;
  - firma o sigla del prescrittore o autenticazione dello stesso mediante l'utilizzo delle credenziali e delle modalità utilizzate in SISP.
- c. ■ In una componente di tipo relazionale, attraverso il coinvolgimento diretto del detenuto assistito, fornendo completa informazione sul percorso di cura proposto, condividendone le scelte e acquisendo il consenso alla partecipazione al programma proposto e accettato (Patto per la Salute di cui alla Circolare regionale n° 15/2012).

Il **Prontuario Terapeutico di area vasta** (PT-AV) è lo strumento primario di riferimento per la prescrizione farmacologica.

In caso di prescrizione per principio attivo deve essere garantita la tracciabilità del farmaco (nome commerciale) effettivamente somministrato o erogato (utile ad es. in caso di reazioni avverse e per ricostruire a distanza di tempo quanto avvenuto).

Questi principi valgono sia per prodotti confezionati che per le preparazioni galeniche.

■ La prescrizione della terapia farmacologica negli istituti penitenziari deve essere effettuata esclusivamente in forma scritta, mediante lo strumento informatico SISP a disposizione dei servizi sanitari che operano nelle strutture carcerarie regionali, e deve soddisfare i seguenti requisiti di contenuto:

- non è consentito l'uso di abbreviazioni per indicare il principio attivo e/o il nome commerciale del farmaco;
- deve essere compilata una lista approvata e aggiornata di abbreviazioni standard, utilizzabili all'interno della struttura penitenziaria e a conoscenza di tutti i professionisti sanitari coinvolti nel processo;
- non devono essere utilizzati abbreviazioni o acronimi che possano ingenerare confusione, né tra loro né con cifre (per esempio "u", invece di "unità", potrebbe essere confuso con uno "zero"); deve essere evitato l'uso di numeri decimali (per esempio, scrivere 500 mg invece di 0,5 g);
- in caso comunque si utilizzino numeri decimali, usare sempre uno "zero" iniziale prima di un numero decimale inferiore ad uno (per esempio 0,5 ml); per contro, evitare l'uso di uno "zero" terminale dopo un numero unitario (per esempio 5,0 ml) poiché tale scritta potrebbe prestarsi ad erronea lettura con somministrazione di dosaggio 10 volte più elevato.

Per la prescrizione delle soluzioni elettrolitiche privilegiare, laddove possibile, formulazioni farmaceutiche già diluite e pronte all'uso in luogo delle soluzioni concentrate.

Al medico non è precluso, per ulteriore garanzia circa la tracciabilità della prescrizione, di riportare la stessa anche su altro documento sanitario (ad es.: diario della cartella clinica); per tale evenienza, tuttavia, occorre evidenziare il pericolo di una dissociazione tra le due distinte scritte, o per intempestività od omesso aggiornamento di una o per non perfetta corrispondenza dell'una con l'altra. Tuttavia, l'unico riferimento per la somministrazione della terapia rimane la prescrizione farmacologica in SISP.

L'impiego di **protocolli diagnostico/terapeutici** definiti e condivisi da una multidisciplinarietà professionale ed elaborati secondo le migliori evidenze scientifiche e principi di appropriatezza permette di supportare le decisioni cliniche, ridurre l'inappropriatezza e migliorare l'omogeneità prescrittiva.

■ L'eventuale disponibilità all'interno di SISP di banche dati riguardanti effetti collaterali dei farmaci e loro interazioni potrebbe rappresentare un valido supporto alla prescrizione farmacologica.

La prescrizione verbale/telefonica deve essere evitata.

■ Una prescrizione inizialmente verbale all'interno della struttura può avvenire solo in situazioni di assenza del medico, per concomitanti impegni clinici non dilazionabili, dal luogo/sezione in cui si trova la persona detenuta e che necessita di trattamento farmacologico.

In tali casi è necessario che l'operatore (medico prescrittore e successivamente il somministratore) ripeta chiaramente o scandisca lettera per lettera il nome del farmaco/principio attivo ed il dosaggio, anche in relazione al fatto che alcuni farmaci hanno nomi commerciali simili e sono pertanto confondibili (Raccomandazione MIN. SAL. 12/2010 LASA).

Il somministratore avrà cura di annotare, nella documentazione di competenza, la disposizione ricevuta, corredata di precisazione temporale, delle generalità del prescrittore, di eventuali testimoni e di ogni altro elemento correlato che stimi appropriato registrare.

La prescrizione verbale/telefonica, appena possibile, deve comunque essere convalidata in forma scritta dal prescrittore, con annotazione, nella documentazione di competenza, della pregressa prescrizione verbale, affinché sia rintracciabile la reale sequenza degli atti.

### 4.3 Prescrizione – Casi particolari: gas medicinali, off-label, farmaci contenenti veleni

#### 4.3.a Prescrizione di gas medicinali

I gas normativamente ascritti a medicinali<sup>3</sup> sono assoggettati a prescrizione medica.

Si forniscono indicazioni relative alla terapia con ossigeno (O<sub>2</sub>).

Questa può essere distinta in:

- A) terapia occasionale (cosiddetta *short burst*), da attuare in situazioni di necessità, per lo più in occasione di trattamenti sanitari urgenti;
- B) terapia a lungo termine, praticabile negli Istituti penitenziari le cui condizioni la consentono, (abituale indicata con l'acronimo LTOT: *Long Term Oxygen Therapy*), consiste in assunzione di O<sub>2</sub> protratta nel tempo e nell'arco di ogni singola giornata, per il trattamento di patologie respiratorie di carattere cronico.

L'O<sub>2</sub> terapia è finalizzata primariamente a correggere l'ipossiemia.

Al medico compete definire il target di saturazione ematica di O<sub>2</sub> che si prefigge di ottenere con il trattamento e gli accertamenti necessari per l'acquisizione delle informazioni di interesse (determinazione della saturimetria mediante pulsossimetro<sup>4</sup>).

■ La prescrizione di O<sub>2</sub>, non contemplata in SISP, deve avvenire mediante piano terapeutico rilasciato dallo specialista, e contenente i seguenti elementi:

- patologia per la quale si pone l'indicazione del trattamento, con eventuale precisazione di parametri funzionali;
- concentrazione del gas da erogare;
- velocità di flusso (lt/min);
- modalità di somministrazione rapportata ai diversi momenti (a riposo, durante sforzo, di notte..) e durata del trattamento;
  
- eventuale necessità di umidificazione;
- tipo di dispositivo di interfaccia<sup>5</sup>;

<sup>3</sup> Per approfondimenti, si rinvia al materiale prodotto dalla RER e disponibile all'indirizzo: <http://www.saluter.it/documentazione/convegni-e-seminari/corsi-di-formazione/gas-medicinali-2012-2013>

<sup>4</sup> Il pulsossimetro fornisce una misura della saturazione di O<sub>2</sub> ematica attraverso la rilevazione dell'assorbimento della luce alle due lunghezze d'onda corrispondenti all'emoglobina ossigenata e a quella non ossigenata. L'accuratezza della misurazione è ridotta in presenza di deficit di irrorazione periferica, di carattere cronico o acuto (da ipotensione, ipovolemia..). Va considerato che valori normali si manifestano in presenza di una situazione anemica, se risulta normale la saturazione in O<sub>2</sub> dell'emoglobina disponibile.

L'affidabilità del pulsossimetro è ridotta in presenza di monossido di carbonio e di metaemoglobina ed è altresì influenzata dalla pigmentazione della cute.

<sup>5</sup> Alcuni trattamenti riabilitativi implicano un cambio di device di somministrazione, con la conseguenza di richiedere una possibile modifica del flusso di erogazione e delle conseguenti modalità di monitoraggio della saturazione.

- tipo di sorgente di O<sub>2</sub>;
- eventuali istruzioni d'uso.

■ Tenuto conto che una persona detenuta può talvolta allontanarsi dalla propria sezione, è importante siano fornite istruzioni su come gestire l'esigenza di continuità di O<sub>2</sub> terapia durante i trasferimenti e/o la sosta in altra sezione. A tal riguardo, si ritiene opportuno che ogni struttura carceraria stabilisca le misure e gli strumenti da adottare per garantire sicurezza/continuità di trattamento.

#### 4.3.b Prescrizione di farmaci in uso "off-label"

Per prescrizione in uso "off-label" ovvero "fuori-indicazione" si intende la prescrizione di farmaci per un uso medico al di fuori di quanto riportato nella scheda tecnica del medicinale in rapporto a:

- indicazione terapeutica;
- via di somministrazione;
- modalità di somministrazione;
- uso in specifiche popolazioni di pazienti.

La normativa vigente consente una prescrizione "off-label" a condizione che il prescrittore:

- abbia informato la persona detenuta riguardo a questa deroga e ne abbia acquisito il consenso scritto;
- si assuma la responsabilità della cura e ne attui il monitoraggio degli effetti;
- lasci traccia in SISP dello specifico uso, con eventuali indicazioni per il seguito di preparazione e somministrazione.

Le condizioni per la prescrizione di farmaci "off label" sono presenti nella specifica normativa di riferimento, comprendente anche discipline regionali o aziendali.

#### 4.3.c Prescrizione di farmaci contenenti Veleni

Normalmente i veleni sono contenuti in preparazioni medicinali alle quali non si estende l'obbligo di conservazione in armadio chiuso a chiave, previsto invece per le sostanze velenose in farmacia, ancorché debbano essere valutati tutti gli elementi di rischio e gestione in sicurezza degli stessi.

In caso di preparazione magistrale contenente veleni, la prescrizione medica, conforme alle regole generali, dovrà contenere come elemento specifico il dosaggio del farmaco in tutte lettere.

#### 4.4 Modifica della prescrizione

Per modifica della prescrizione si intende ogni variazione attinente a uno o più elementi di una precedente prescrizione.

L'esito della Riconciliazione può comportare una modifica delle prescrizione.

Sul piano concettuale, nonché per i profili di responsabilità, la modifica si configura quale nuova prescrizione e, come tale, deve soddisfare i requisiti sopra indicati (cap. 4.2).

■ In aggiunta a questi, occorre tenere presente che la variazione è registrata in SISP, che mantiene la traccia di quanto precedentemente prescritto.

■ Oltre alla documentazione della modifica della prescrizione in SISP, il medico deve dare tempestiva comunicazione della variazione al personale infermieristico che provvederà a stampare la prescrizione aggiornata, o a sincronizzare l'informazione sul *tablet*.

## 5. CONTINUITÀ ASSISTENZIALE

■ Al passaggio da un setting assistenziale all'altro (accoglienza; dimissione con ritorno in libertà, in comunità o agli arresti domiciliari; trasferimento in altro Istituto penitenziario) è di fondamentale importanza una sistematica e compiuta ricognizione dei trattamenti in corso e una trasmissione di informazioni adeguate a garantire continuità del trattamento terapeutico. Al fine di garantire la continuità della terapia in sicurezza, si rende necessario che già in sede di prescrizione vengano considerati i fattori che incideranno sulla somministrazione dello specifico farmaco (condizioni del paziente, tipo di farmaco, contesto assistenziale, regime di fornitura, farmaci di esclusivo uso ospedaliero o in ambiente ad esso assimilabile, farmaci specialistici).

■ Nel caso in cui il soggetto nuovo giunto nell'Istituto penitenziario sia in trattamento terapeutico presso un servizio territoriale (SerT, Salute mentale, ambulatorio infettivologico, diabetologia...), oltre alla visita di primo ingresso, occorre prendere contatto con il servizio territoriale per un raccordo anamnestico atto al proseguimento del trattamento farmacologico in corso.

■ Nel caso di trasferimento da altro Istituto Penitenziario della regione Emilia-Romagna, la ricognizione avviene attraverso la visualizzazione della terapia farmacologica in corso (farmaci consegnati dall'Istituto di provenienza) e della cartella clinica (SISP), per la definizione del nuovo piano di terapia.

■ Se la persona arriva da Istituto di altra regione, la ricognizione avviene attraverso la presa visione della cartella clinica cartacea, e durante la visita di primo ingresso.

■ Risulta importante un'accurata compilazione, da parte di chi dimette la persona detenuta, della lettera di dimissione, indicante, come previsto dal P.A.I., tutti i farmaci, prioritariamente scelti fra quelli disponibili nel PT-AV, che il paziente deve assumere con le relative modalità di assunzione.

■ Nel caso il soggetto detenuto sia trasferito ad altro carcere (sia della regione che fuori regione) esso sarà accompagnato dalla cartella clinica cartacea (con il foglio della terapia).

■ Al momento dell'uscita in libertà o in comunità della persona, a seguito di apposito colloquio, saranno consegnati:

- la terapia farmacologica in confezione integra per almeno sette giorni; in caso di terapia sostitutiva con farmaci stupefacenti, sarà consegnare la terapia per assicurare la continuità terapeutica fino al primo giorno non festivo, dal giorno di scarcerazione, utile per recarsi presso il SerT d'appartenenza;
- la lettera di dimissione;
- il foglio della terapia contenente appropriate indicazioni sulla prosecuzione della terapia (DGR. 1187/2014).

Il professionista sanitario che cura tale adempimento deve fornire al soggetto, oltre alla necessaria documentazione, adeguate informazioni sulla gestione della terapia (finalità e durata della terapia,

modalità di conservazione e di assunzione dei farmaci, eventuali interazioni farmacologiche, ecc). La documentazione consegnata al soggetto deve contenere la quantità e l'esatto nome del farmaco erogato.

Il personale sanitario deve essere adeguatamente formato e deve essere in possesso di tutte le informazioni utili ad una erogazione sicura e corretta dei farmaci.

### **5.1 Mantenimento della continuità terapeutica con farmaci fuori PTR o fuori PT-AV**

Nel caso in cui un soggetto detenuto giunga nell'Istituto penitenziario in terapia con farmaci extra prontuario (PTR o PT-AV), andrà salvaguardata comunque la continuità dei trattamenti giudicati indispensabili dal medico che lo prende in carico in quel momento, in particolare se si tratta di farmaci la cui interruzione possa mettere a repentaglio l'efficiente gestione clinica o compromettere eventuali titolazioni di concentrazioni plasmatiche o stabilizzazioni della terapia, come ad esempio le terapie con farmaci antiaritmici, immunosoppressori, antiepilettici o farmaci per il trattamento del dolore.

## 6. APPROVVIGIONAMENTO, RICHIESTA E GESTIONE DEI FARMACI

### 6.1 Principi generali d'approvvigionamento farmaci

La Farmacia ospedaliera mette a disposizione degli Istituti penitenziari una lista informatizzata per principio attivo e per nome commerciale dei farmaci sostituibili, coperti o meno da tutela brevettuale, contenente il codice complementare di controllo dei farmaci (codice gruppo equivalenza), che consenta di identificare, a parità di principio attivo, dosaggio e forma farmaceutica, il nome commerciale del farmaco equivalente disponibile.

Nella definizione di tale lista occorre considerare eventuali limitazioni indicate dal livello aziendale o regionale in relazione a specifiche categorie di farmaci.

La lista dovrà essere aggiornata tempestivamente con le disponibilità a magazzino e diffusa ai professionisti interessati.

### 6.2 Gestione delle scorte all'interno degli Istituti penitenziari

Il responsabile clinico (medico referente per la salute) dell'Istituto penitenziario definisce un elenco quali-quantitativo dei medicinali che devono costituire la dotazione ordinaria. L'elenco deve essere disponibile per la consultazione. Può essere valutata l'opportunità di elaborare una lista dei farmaci **LASA** in uso, condivisa con la Farmacia ospedaliera, purché sia aggiornata periodicamente.

E' opportuno, per quanto possibile, limitare la presenza di più dosaggi di uno stesso principio attivo per evitare il rischio di confondimento.

L'entità delle scorte presenti deve essere correlata alle esigenze e agli effettivi consumi dell'Istituto.

Eventuali prodotti gestiti "a scorta" non utilizzati, ma ancora in confezione integra e non scaduti, possono essere restituiti alla Farmacia ospedaliera secondo le modalità previste all'interno della Struttura/Azienda sanitaria.

■ In taluni casi, esempio psicofarmaci, è preferibile l'utilizzo di forme farmaceutiche liquida, per evitare l'accumulo dei prodotti da parte delle persone detenute.

Le richieste di prodotti farmaceutici per il reintegro delle scorte sono eseguite, di norma, dal Coord. infermieristico.

In seguito al ricevimento dei medicinali, il Coord. infermieristico è responsabile del controllo:

- della congruità quali-quantitativa tra quanto consegnato e quanto scritto sia sul modulo di richiesta che sulla bolla di consegna;
- del ricevimento dei prodotti nei tempi previsti;

- della modalità di conservazione e stato del materiale inviato (es. mantenimento della catena del freddo, integrità delle confezioni, corretta etichettatura, consegna dei prodotti nelle confezioni originali, ecc.).

Tali attività possono essere delegate a un collaboratore infermieristico, da lui individuato.

Il Coord. infermieristico è responsabile della gestione dei farmaci in dotazione e di quelli pervenuti allestiti dalla farmacia ospedaliera, dell'approvvigionamento e della loro conservazione.

Devono essere definite modalità di conservazione che facilitino la corretta identificazione delle confezioni e riducano la possibilità di scambio di farmaco. Le confezioni possono essere riposte in ordine alfabetico (per nome commerciale o per principio attivo) e/o suddivisi per categoria terapeutica e/o per via di somministrazione.

Al fine di evitare il rischio di confondimento e i conseguenti errori, farmaci simili per confezionamento e/o nome (farmaci **LASA**) devono essere disposti separatamente oppure deve essere evidenziata la somiglianza utilizzando metodi e strumenti (es. contrassegni supplementari, codici colore, "allerte").

Per motivi di sicurezza particolare attenzione deve essere riposta alla gestione dei prodotti farmaceutici sul carrello della terapia.

■ Lo stoccaggio dei prodotti farmaceutici deve avvenire in locali opportunamente custoditi, eventualmente in armadi chiusi a chiave. In particolare devono essere regolate e diffuse a tutti gli operatori coinvolti le corrette modalità per quanto riguarda:

- la temperatura e le condizioni di conservazione, così come precisate dal Servizio di Farmacia ospedaliera, in conformità a quanto indicato sulle confezioni e sul foglietto illustrativo dei prodotti;
- la rotazione delle scorte, in modo da rendere più accessibile, e quindi utilizzare per primo il prodotto con scadenza più ravvicinata.

Se si ritiene che, per alcuni farmaci, non siano state rispettate le condizioni di conservazione, deve essere interpellato, prima dell'utilizzo, il Servizio di Farmacia ospedaliera.

Devono essere controllate periodicamente le scadenze e lo stato di conservazione dei prodotti farmaceutici secondo un piano specifico, di cui è responsabile il Coord. infermieristico, attenendosi alle procedure aziendali.

Il Coord. infermieristico assicura la verifica, per i prodotti farmaceutici in dotazione, di:

- scadenza;
- corretta conservazione;
- congruità quali-quantitativa rispetto alla dotazione stabilita.

Analogamente, devono essere controllati tutti i luoghi/contenitori dove sono presenti i prodotti farmaceutici (carrelli della terapia, carrelli delle emergenze, ecc.).

Il controllo della scadenza si esegue verificando le apposite indicazioni presenti sulle confezioni dei prodotti farmaceutici. In mancanza dell'indicazione del giorno, la data di scadenza corrisponde all'ultimo giorno del mese indicato per la scadenza.

Può essere opportuno posizionare vicino alle confezioni di prossima scadenza un avviso (specifica segnaletica) che richiami l'operatore sulla scadenza imminente.

Non è indicato apporre scritte a mano riguardo alla data di scadenza sulla confezione dei medicinali, per evitare rischi di errori insiti nell'annotazione.

E' necessario invece scrivere sulla confezione la data di apertura di un prodotto multiuso.

Per le bombole di O<sub>2</sub> devono essere attentamente considerati i profili di sicurezza quanto a luogo e modalità dello stoccaggio, secondo quanto citato nel documento regionale "Indirizzi per le procedure dei controlli di qualità dei gas ad uso medicinale da impianto centralizzato" [Gruppo regionale gas medicinali, Regione Emilia-Romagna - ottobre 2012].

■ Non devono essere presenti negli Istituti penitenziari soluzioni elettrolitiche concentrate di potassio.

■ Negli Istituti penitenziari non devono essere conservate confezioni di farmaci iniettabili per uso oncologico destinati alla manipolazione/allestimento in dosi personalizzate per il paziente oncologico. L'allestimento dei farmaci antineoplastici nella Regione Emilia-Romagna è demandato a specifiche Unità Farmaci Antitumorali, centralizzate sotto la responsabilità delle farmacie ospedaliere. Per le specifiche della preparazione dei farmaci presso le Unità Farmaci Antineoplastici, si rimanda alla Raccomandazione regionale n.3 per la sicurezza nella terapia farmacologica "Gestione sicura dei farmaci antineoplastici", capitolo 4.4.

In caso di prodotti farmaceutici scaduti, alterati, revocati o difettosi, se non immediatamente eliminabili, in attesa dello smaltimento, gli stessi devono essere separati dai prodotti in corso di validità, racchiusi in un contenitore recante la dicitura "FARMACI SCADUTI - DA SMALTIRE", secondo indicazioni contenute nella DGR 1155/2009.

## 7. PREPARAZIONE DELLA TERAPIA FARMACOLOGICA

La preparazione della terapia farmacologica rappresenta una delle fasi più critiche nel processo di gestione clinica del farmaco.

Prima della preparazione deve essere attentamente controllata la prescrizione farmacologica anche considerando l'avvenuta valutazione di possibili allergie note; nel caso in cui la prescrizione risultasse non chiara, incompleta o di dubbia congruità, occorre rivolgersi al medico prescrittore.

Devono essere disponibili protocolli di ricostituzione dei farmaci condivisi con la farmacia ospedaliera.

Per la preparazione dei farmaci ad **alto livello di attenzione (FALA)**, deve essere valutata l'opportunità di dotarsi di procedure specifiche o indicazioni concordate con la farmacia ospedaliera dell'Azienda sanitaria di riferimento, riguardanti le misure di sicurezza da adottare (incluso eventuale doppio controllo).

Nella preparazione dei farmaci gli operatori devono:

- avere a disposizione, preferibilmente su supporto informatico, tutte le informazioni tecniche relative ai farmaci stessi (es. foglietto illustrativo, scheda tecnica, ...);
- attenersi al foglietto illustrativo, evitando miscele tra farmaci se non previste nello stesso;
- rispettare le regole di igiene delle mani prima della preparazione;
- operare con modalità che evitino la contaminazione del prodotto.

Le operazioni non devono essere interrotte per assolvere altri compiti; è opportuno adottare misure organizzative volte ad evitare la distrazione del preparatore.

Nella preparazione di un farmaco **LASA** occorre verificare puntualmente la corrispondenza tra quanto prelevato dall'armadio e quanto prescritto (prodotto, dosaggio, via di somministrazione).

Nella preparazioni di prodotti parenterali occorre:

- rispettare la modalità di miscelazione secondo la prescrizione medica
- non mescolare i farmaci a emocomponenti ed emoderivati, mannitolo e bicarbonato di sodio;
- non utilizzare il farmaco ricostituito/diluito oltre il tempo di stabilità indicato nel foglietto illustrativo;
- utilizzare tecniche asettiche.

I farmaci da ricostituire devono essere preparati solo al momento dell'impiego.

Sul flacone per terapia farmacologica parenterale occorre applicare un'etichetta che, senza coprire gli elementi identificativi del prodotto, riporti almeno le seguenti informazioni:

- nome cognome del soggetto detenuto
- farmaci aggiunti, loro dosaggio e quantità
- data e ora di preparazione.

Se presente un centro clinico sono individuate specifiche modalità operative collegate al modello organizzativo locale.

In carcere, per motivi legati all'organizzazione interna e al rispetto dei regolamenti di sicurezza, possono essere presenti differenti modalità di preparazione e consegna/somministrazione della terapia orale, ma devono essere rispettate alcune indicazioni:

- il processo di preparazione e consegna/somministrazione della terapia è unitario da parte dello stesso infermiere;
- la preparazione della dose della terapia orale deve avvenire preferibilmente davanti al paziente;
- le unità posologiche del farmaco non devono essere rimosse dalla loro confezione originale fino al momento della loro preparazione, somministrazione o consegna per autogestione da parte del detenuto.

Nello specifico contesto della medicina penitenziaria, è ammessa la preparazione centralizzata di farmaci per uso orale, secondo modelli organizzativi previsti da ogni singola Azienda sanitaria (es. dose unitaria), da parte di un farmacista secondo le normative vigenti.

Altre eccezioni all'unitarietà dell'azione sono rappresentate da: situazioni di emergenza, attività di formazione a studenti, autogestione del farmaco da parte del soggetto detenuto.

## 8. SOMMINISTRAZIONE DELLA TERAPIA FARMACOLOGICA

La somministrazione dei farmaci è un atto professionale sanitario.

■ La somministrazione può essere affidata al singolo soggetto detenuto qualora venga valutata la fattibilità dell'autogestione, rispettando le condizioni di cui al successivo capitolo 9.

La somministrazione della terapia farmacologica deve essere un atto unitario in sequenza ravvicinata alla preparazione.

■ Prima della somministrazione deve essere controllata la prescrizione farmacologica. Nel caso in cui questa risulti non chiara, incompleta o di dubbia congruità l'infermiere si dovrà rivolgere al prescrittore o in sua assenza al medico presente.

Deve essere verificata la corrispondenza tra il farmaco prescritto e quello disponibile per la somministrazione al paziente.

La lista dei farmaci sostituibili, resa disponibile dal farmacista ospedaliero, potrà consentire all'infermiere la somministrazione di farmaci diversi da quelli prescritti, qualora non sia presente la clausola di "non sostituibilità", senza ricorrere ad una nuova prescrizione medica.

In caso di mancanza di un farmaco sostituibile, l'infermiere dovrà consultare il medico per i provvedimenti del caso (convalida, modifica e registrazione della prescrizione).

■ Prima di ogni somministrazione, chi somministra deve identificare il detenuto. L'identificazione della persona detenuta avviene chiedendo di declinare le proprie generalità e il suo riconoscimento, laddove possibile, avviene anche attraverso la foto disponibile su tablet. Se il detenuto non è in grado di rispondere adeguatamente per motivi linguistici ci si può avvalere di mediatori culturali.

■ Negli Istituti penitenziari è in fase di sperimentazione un progetto che prevede l'uso di un *tablet* per la somministrazione farmacologica nelle sezioni e negli ambulatori. Il *tablet*, strumento *non-web*, riceve i dati di prescrizioni presenti in SISP, e consente il riconoscimento tramite foto del detenuto e la registrazione della somministrazione.

L'infermiere documenta il nome commerciale del farmaco somministrato o consegnato qualora:

- il farmaco sia stato prescritto per principio attivo;
- il prodotto prescritto sia stato sostituito in base alla lista di sostituibilità.

La somministrazione della terapia farmacologica deve rispettare le regole di sicurezza igienica (mani e superfici).

■ La somministrazione della terapia orale di determinati farmaci ad alto rischio o a basso indice terapeutico può avvenire a richiesta del medico presso l'area sanitaria sotto osservazione da parte dell'operatore.

La somministrazione deve avvenire in un orario più vicino possibile a quello indicato dal prescrittore.

Per garantire la corretta somministrazione oraria di alcuni farmaci ritenuti critici (es: insulina rapida, ipoglicemizzanti orali, antibiotici, ecc.), è opportuno:

- in taluni casi, richiedere alla Direzione dell'Istituto di garantire le modalità per la somministrazione e l'assunzione del farmaco previste dai sanitari;
- definire un intervallo di tempo (fino a 30 minuti, fino a 1 ora, immediatamente prima o dopo i pasti, ecc.) entro il quale determinati farmaci devono essere necessariamente somministrati;
- definire il limite di tolleranza massimo oltre il quale avvertire il prescrittore o il medico di riferimento;
- riportare nel FUT/tablet (SISP) la variazione dell'orario di effettiva somministrazione e indicare nel diario clinico che è stato consultato il medico.

L'avvenuta somministrazione del farmaco o l'avvenuta consegna nel caso di autogestione devono essere adeguatamente documentate.

■ In caso di variazioni rispetto al piano terapeutico, incluso quelle derivanti dal rifiuto della terapia da parte del detenuto, occorre registrare l'accaduto sulla documentazione sanitaria, informandone il medico responsabile che si accerterà sulle motivazioni addotte dal detenuto registrandole in cartella. Il medico, in casi particolari, valuterà se informare la Direzione d'Istituto.

Per l'O<sub>2</sub> terapia si richiede a chi somministra di conoscere benefici e rischi dello specifico medicinale, i possibili tipi di trattamento, i problemi connessi all'uso dei dispositivi per l'erogazione.

La somministrazione deve avvenire, come per ogni altra terapia farmacologica, in stretta aderenza a quanto prescritto.

## 9. AUTOGESTIONE DELLA TERAPIA

■ L'opportunità di favorire l'autogestione deve costituire un obiettivo all'interno di una strategia più ampia, volta ad identificare e trattare i problemi correlati alla corretta somministrazione della terapia, mirata al contempo a garantire la pari dignità del detenuto al cittadino al domicilio.

L'autogestione si configura pertanto come reale testimonianza di responsabilizzazione e di adesione al processo di empowerment da parte della persona detenuta, costituendo parte significativa del processo di educazione sanitaria e come contributo al miglioramento dell'adesione del paziente al piano terapeutico prescrittogli, risultandone un miglioramento anche del rapporto costo/beneficio dell'azione sanitaria.

■ Presso gli Istituti penitenziari possono essere presenti progetti educativi personalizzati che prevedono una maggiore autonomia del soggetto detenuto.

L'opportunità di ricorrere all'autogestione dovrebbe essere considerata in particolare per le persone detenute affette da patologie croniche e con pena detentiva di lungo periodo.

■ Per le specifiche di contesto si rende necessario definire percorsi condivisi tra la Regione e l'Amministrazione penitenziaria.

## 10. GESTIONI PARTICOLARI

### 10.1 Gestione e conservazione dei farmaci della persona detenuta

■ Nell'Istituto Penitenziario la persona si trova obbligata a rivedere le proprie abitudini, comprese quelle relative alle terapie farmacologiche.

L'AUSL fornisce agli assistiti medicinali e dispositivi medici quando siano utilizzati per trattamenti diagnostici o terapeutici da espletarsi durante la detenzione, tuttavia è necessario disciplinare la gestione dei farmaci che la persona detenuta stava assumendo prima della carcerazione e/o quelli eventualmente prescritti da un consulente privato durante la carcerazione stessa.

Tutta la terapia portata dal soggetto all'ingresso, può essere impiegata solo a seguito di valutazione del medico. Pertanto, quando un soggetto viene inserito in un Istituto Penitenziario, i farmaci eventualmente portati a seguito vengono ritirati.

Il medico verifica e conferma o modifica la terapia in atto (Riconciliazione della terapia farmacologica).

■ Se i farmaci prescritti sono presenti in Prontuario Terapeutico di AV si utilizzano esclusivamente i farmaci in confezione ospedaliera anche se con diverso nome commerciale.

Se i farmaci prescritti non sono presenti in Prontuario, in prima istanza il medico deve valutare la possibilità di sostituirli con quelli presenti nel Prontuario, motivando e proponendo la sostituzione alla persona interessata, registrandone l'eventuale dissenso in cartella clinica.

Qualora il medico, dell'Istituto penitenziario o un consulente privato del soggetto detenuto, ritenga non sostituibile il farmaco con quello presente nel Prontuario, si provvederà alla richiesta del medicinale attraverso la compilazione di una Richiesta Motivata Personalizzata, contenente una dettagliata motivazione clinica, alla farmacia ospedaliera dell'Azienda sanitaria di riferimento.

Nei casi in cui assicurare la continuità terapeutica con farmaci non in Prontuario non derivi dalla valutazione medica di non sostituibilità, ma dipenda dall'esclusiva volontà del soggetto detenuto che ritenga la non sostituzione del farmaco, con analogo del prontuario, una garanzia alla propria salute, non si può escludere una modalità di acquisto del farmaco in urgenza, presso le farmacie aperte al pubblico, tenendo conto delle regole per lo specifico approvvigionamento previste dal regolamento d'Istituto.

■ Sulla confezione dei farmaci personali acquisiti durante la detenzione verrà annotato il nome del soggetto in terapia. Saranno gestiti dal personale infermieristico e conservati, per la somministrazione, in modo separato dalle confezioni ospedaliere.

■ I farmaci personali del soggetto detenuto, sia acquisiti che eventualmente ritirati, devono essere restituiti alla persona detenuta al momento dell'uscita in libertà o posti al seguito in caso di trasferimento in altri istituti o strutture o, se ciò non fosse possibile, eliminati secondo le regole che presiedono allo smaltimento dei prodotti farmaceutici.

■ Tutta la terapia prescritta deve essere registrata in SISP, anche quella relativa all'assunzione di farmaci personali.

## 10.2 Gestione della terapia “al bisogno”

Per trattamento farmacologico “al bisogno” o con indicazioni simili (“se necessario”, “all’occorrenza”, “in caso di...”, ecc.) si intende la somministrazione di farmaci (in dotazione alla struttura o personali della persona detenuta), subordinata alla valutazione dei parametri condizionanti il trattamento, precedentemente definiti dal medico prescrittore.

Nella terapia “al bisogno” il medico affida la valutazione dei parametri condizionanti il trattamento e la somministrazione:

1. alla persona detenuta in autogestione. In questo caso la gestione della terapia al bisogno presuppone adeguata valutazione dei possibili rischi e formazione/informazione della persona detenuta (vedi punto 9) e registrazione in SISP dell’adesione a tale modalità di gestione della terapia;
2. all’infermiere, nel rispetto di professionalità e competenze sue proprie.

■ Anche la prescrizione al bisogno deve avvenire tramite SISP. Il medico, in base alla specifica patologia, oltre agli elementi previsti per un corretta prescrizione (punto 4.2), indica nelle “note” di SISP le situazioni in cui può essere somministrato il farmaco.

In particolare, dovranno essere indicati, quale condizione per dar seguito alla somministrazione i riferimenti clinici per quanto riguarda i sintomi (es.: intensità degli stessi, durata, correlazione con misurazione mediante scale valutative, ecc..), i segni apprezzabili oggettivamente (es.: temperatura corporea, pressione arteriosa, ecc.), i parametri biologici (es. esito di determinazione glicemica, ecc).

Inoltre, nella prescrizione è necessario definire:

- l’arco temporale (data inizio terapia - data fine terapia) di validità della prescrizione; è raccomandabile una delimitazione temporale ravvicinata così da mantenere un’assidua vigilanza su quel che accade;
- il limite posologico e l’intervallo di tempo che deve intercorrere tra una somministrazione e l’altra.

A fronte di:

- mancata o incompleta indicazione dei parametri di riferimento e dei limiti di esecuzione,
- difficoltà interpretative,
- rilievo di modifiche delle condizioni del paziente,

il somministratore non procede alla stessa, ma deve consultare il medico.

### 10.3 Gestione e conservazione dei campioni gratuiti di medicinali

La materia è disciplinata dal Decreto Legislativo 24 aprile 2006, n. 219 "Attuazione della direttiva 2001/83/CE (e successive direttive di modifica) relativa ad un codice comunitario concernente i medicinali per uso umano, nonché della direttiva 2003/94/CE", nonché da specifiche indicazioni regionali.

■ La prescrizione e l'impiego di campioni medicinali, tenendo conto delle regole sul tema previste dal regolamento d'Istituto, nel caso in cui ne sia consentito l'impiego, devono essere registrati nella documentazione sanitaria e l'uso dovrebbe essere limitato a:

- trattamenti di breve durata o per patologie acute di lieve entità, con garanzia di copertura del ciclo terapeutico;
- farmaci non rimborsabili dal SSN (fascia C).

In ogni caso per la gestione e la conservazione dei campioni gratuiti si specifica quanto segue:

- a. sulle confezioni deve essere riportata in modo indelebile l'indicazione "campione gratuito - vietata la vendita" o altra analoga espressione;
- b. i campioni di specialità medicinali possono essere consegnati esclusivamente al personale medico autorizzato a prescriberli, dietro richiesta riportante data, firma e timbro del medico e con precisi limiti quantitativi;
- c. tali campioni risultano pertanto di proprietà del sanitario che li accetta;
- d. la prescrizione di utilizzo di tali campioni, può avvenire pertanto unicamente da parte del medico proprietario e responsabile dei campioni;
- e. sulle singole confezioni deve essere indicato il nome del medico proprietario e responsabile dei campioni;
- f. i campioni non devono in alcun modo essere conservati negli stessi "armadi" in cui vengono depositati i farmaci in confezione ospedaliera, bensì devono essere conservati a cura del medico che li ha ricevuti; se è necessaria la conservazione in frigorifero, i campioni possono essere tenuti in un contenitore con indicato esternamente il nome del medico proprietario.

Per quanto riguarda la preparazione e la somministrazione, questi prodotti saranno gestiti dai professionisti sanitari, analogamente a quelli dispensati ordinariamente.

■ I campioni gratuiti non potranno essere consegnati al soggetto detenuto in fase di dimissione o trasferimento dalla struttura penitenziaria.

## 11. ADERENZA ALLA TERAPIA

Il concetto di aderenza alle terapie abbraccia una variegata serie di comportamenti, sicché la definizione generale proposta dall'OMS è stata: la misura in cui il paziente segue le istruzioni mediche.

In merito all'aderenza alla terapia farmacologica, l'Agenzia italiana del farmaco ha fornito la seguente definizione: il conformarsi del paziente alle raccomandazioni del medico riguardo a tempi, dosi, frequenza nell'assunzione del farmaco per l'intero ciclo di terapia.

Il concetto di aderenza pertanto non si presta a essere valutato secondo lo schema del "tutto o nulla", essendo un fenomeno che può includere diverse situazioni quali, ad esempio:

- difformità di dosaggio;
- difformità di frequenza di assunzione;
- omissioni parziali o totali della terapia per diversi periodi di tempo;
- completa interruzione del trattamento (mancata persistenza).

■ La non aderenza è un fenomeno comune e frequente, quindi un serio ostacolo al successo di un trattamento. Nel contesto penitenziario può essere l'esplicitazione di un disagio o una forma di protesta, da qui l'importanza di valutarla abitualmente, quando si prescrive o si modifica un precedente regime terapeutico e si dispensa. A tal fine, nel contesto penitenziario, l'infermiere nel momento della somministrazione, valuta l'aderenza alla terapia della persona detenuta.

■ In riferimento alla componente soggettiva, e in particolare nel contesto penitenziario, è opportuno distinguere la mancata aderenza tra intenzionale e non intenzionale.

■ Il personale infermieristico può accertare l'atto della somministrazione della terapia orale, ma non l'effettiva assunzione, qualora la stessa sia interrotta volontariamente.

In caso di sospetto di non avvenuta assunzione, il personale infermieristico dovrà segnalarlo al medico, che sentita la persona detenuta sulle motivazioni e resa edotta sui rischi derivanti, potrà proporre gli opportuni provvedimenti: somministrazione in infermeria o cambio di via di somministrazione es. via parenterale.

■ In caso di non assunzione volontaria della terapia, l'infermiere annota in SISP quanto rilevato. Il medico acquisisce le motivazioni e la volontà del detenuto, lo informa sui rischi correlati e lo invita a sottoscrivere quanto rilevato rispetto all'intenzionalità. In tal caso saranno valutati:

- la necessità di un adeguato controllo medico che, qualora rifiutato, deve essere annotato sulla cartella clinica, accertandone le motivazioni direttamente dalla persona detenuta;
- la scelta di idonee strategie di persuasione;
- la possibilità d'informare la Direzione del Penitenziario e l'Autorità Giudiziaria.

## 12. SMALTIMENTO DEI PRODOTTI SCADUTI/INUTILIZZABILI

I farmaci scaduti devono essere smaltiti secondo la normativa vigente nazionale e regionale (DPR n. 254/2003; DGRER n. 1155 del 27/7/2009).

I farmaci scaduti devono essere conferiti all'interno di un contenitore (es scatola di cartone o in plastica) riportante la dicitura "FARMACI SCADUTI – DA SMALTIRE".

La normativa vigente prevede che le strutture sanitarie debbano adottare iniziative dirette a favorire in via prioritaria la prevenzione e la riduzione della produzione dei rifiuti, incentivando, ad esempio, l'ottimizzazione dell'approvvigionamento e dell'utilizzo di farmaci. A tal fine è necessario effettuare un monitoraggio quali-quantitativo dei medicinali scaduti, avendo cura di specificare se si tratta di campioni gratuiti (qualora essi vengano smaltiti dalla Struttura/Azienda sanitaria).

Periodicamente le confezioni di farmaci scaduti devono essere consegnate agli operatori che effettuano la movimentazione interna dei materiali per essere trasportate al deposito centralizzato in un contenitore dedicato, in cartone o plastica, riportante l'etichettatura "CER 18 01 09 – medicinali scaduti" e la simbologia di rifiuto.

## 13. LE SEGNALAZIONI

### 13.1 Principi generali

Il principale obiettivo della gestione sicura della terapia farmacologica nella struttura carceraria consiste nel ridurre e ove possibile eliminare la possibilità che si verificano eventi causativi di un danno per la persona detenuta.

Lo scopo delle segnalazioni è quello di disporre di informazioni sulla natura degli eventi e sulle relative cause per poter apprendere e intervenire con le appropriate misure preventive e, più in generale, per diffondere le conoscenze e favorire l'analisi nelle aree a maggior criticità.

La segnalazione di eventi può essere effettuata attraverso sistemi di reporting obbligatori e volontari: farmacovigilanza, incident reporting, monitoraggio degli eventi sentinella, sistema di segnalazione delle persone detenute, dei loro famigliari/care-giver.

### 13.2 Farmacovigilanza

La farmacovigilanza è un sistema obbligatorio di segnalazione da parte degli operatori sanitari delle sospette reazioni avverse a farmaco (Adverse Drug Reaction - ADR) finalizzato a valutare in maniera continuativa tutte le informazioni relative alla sicurezza dei farmaci e ad assicurare, per tutti i medicinali in commercio, un rapporto beneficio/rischio favorevole per la popolazione.

La segnalazione delle ADR costituisce pertanto un'importante fonte per rilevare i possibili rischi o i potenziali segnali di allarme dovuti alla somministrazione dei farmaci.

L'ADR viene definita come un effetto nocivo e non voluto (con conseguenze cliniche al paziente) legato all'uso autorizzato di un medicinale a dosi normali e comprende inoltre gli errori terapeutici, l'uso improprio, l'abuso del medicinale, l'uso off-label e l'esposizione al farmaco per motivi professionali.

La segnalazione dell'ADR alla rete nazionale di farmacovigilanza, prevista dalla normativa vigente, deve avvenire mediante una specifica scheda disponibile sul sito dell'Agenzia Italiana del Farmaco ([http://www.agenziafarmaco.gov.it/sites/default/files/Scheda\\_elettronica\\_AIFA\\_operatore\\_sanitario\\_25.09.2013.doc](http://www.agenziafarmaco.gov.it/sites/default/files/Scheda_elettronica_AIFA_operatore_sanitario_25.09.2013.doc)). La scheda dovrà essere inviata al responsabile aziendale per la farmacovigilanza.

### 13.3 Incident reporting

L'incident reporting è un sistema volontario di segnalazione, da parte degli operatori sanitari, di tutti gli accadimenti significativi per la sicurezza dei pazienti (eventi avversi, eventi senza danni e near-miss/quasi eventi).

Il sistema di incident reporting riveste un ruolo importante nella segnalazione e nell'analisi degli eventi avversi e dei quasi eventi che si verificano nell'intero processo di gestione del farmaco, nelle sue varie fasi. L'attenzione è rivolta quindi a tutti gli errori in terapia (medication error): qualsiasi errore che si verifica nel processo di gestione del farmaco e che può essere rappresentato da: errore di prescrizione, di distribuzione, di allestimento/preparazione, di somministrazione.

Rispetto alla farmacovigilanza, il sistema di incident reporting prevede oltre alla segnalazione degli incidenti con danno anche degli incidenti senza danno e dei mancati incidenti (near-miss) e costituisce una base di analisi per la predisposizione di strategie e azioni finalizzate al miglioramento della sicurezza dei percorsi assistenziali, prevenendo il riverificarsi dei medesimi incidenti in futuro.

Le informazioni devono essere raccolte nelle organizzazioni sanitarie attraverso l'utilizzo della specifica scheda elaborata per l'impiego nel contesto penitenziario, per essere successivamente analizzate e codificate al fine di rendere possibile la conoscenza dei fattori che hanno contribuito all'evento e l'analisi delle cause.

La segnalazione di eventi con danno deve avvenire sia con il sistema di farmacovigilanza sia con quello di Incident Reporting.

#### **13.4 Monitoraggio degli eventi sentinella**

L'evento sentinella è un "evento avverso di particolare gravità, potenzialmente evitabile, che può comportare morte o grave danno al paziente e che determina una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del servizio sanitario".

Il verificarsi di un evento sentinella deve "dare luogo ad un'indagine conoscitiva diretta ad accertare se vi abbiano contribuito fattori eliminabili o riducibili e per attuare le adeguate misure correttive da parte dell'organizzazione"; l'obiettivo finale è quello di adottare azioni di miglioramento finalizzate ad evitare il ripetersi dell'accadimento.

Tra gli eventi sentinella codificati dal Sistema Nazionale per il Monitoraggio degli Errori in Sanità (SIMES) vi è l'evento "Morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica". Al verificarsi di tale evento sentinella deve quindi essere effettuata, secondo le modalità previste dalle singole organizzazioni sanitarie, la segnalazione verso la Regione che provvederà successivamente alla trasmissione al sistema ministeriale SIMES.

La segnalazione di tali eventi deve quindi avvenire sia nel sistema di farmacovigilanza sia in quello SIMES.

#### **13.5 Le segnalazioni delle persone detenute e dei familiari/care-giver all'istituto penitenziario (reclami)**

Le segnalazioni di persone detenute, familiari/care-giver, inerenti la sicurezza delle persone detenute, possono rappresentare una delle fonti informative che hanno la possibilità di registrare

eventi di interesse per la gestione del rischio clinico e indicare aree organizzative che necessitano di miglioramento.

Attraverso queste segnalazioni è possibile acquisire informazioni anche sugli accadimenti relativi alla gestione della terapia farmacologica e dei farmaci all'interno della struttura carceraria per la successiva analisi da parte dei soggetti interessati alla tematica della sicurezza (audit) e la predisposizione delle azioni di miglioramento.

Si richiama sul tema la carta dei servizi (circolare n. 5/2014).

### **13.6 Integrazione delle fonti informative**

Le informazioni provenienti dai diversi sistemi di segnalazione di cui ai precedenti punti 13.2, 13.3, 13.4 e 13.5 devono essere oggetto di integrazione, analisi e valutazione da parte del responsabile sanitario della struttura carceraria e del responsabile aziendale di gestione del rischio clinico, al fine della completezza necessaria alla predisposizione e attuazione delle azioni di miglioramento.

## 14. RIFERIMENTI NORMATIVI E DOCUMENTALI

Ministero della Salute. Raccomandazione sul corretto utilizzo delle soluzioni concentrate di cloruro di potassio ed altre soluzioni concentrate contenenti potassio. N.1, Giugno 2005

[http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2\\_6.jsp?lingua=italiano&id=250&area=qualita&menu=sicurezza](http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=250&area=qualita&menu=sicurezza)

Ministero della salute Raccomandazione n. 7 per la prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica, settembre 2007

[http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2\\_6.jsp?lingua=italiano&id=250&area=qualita&menu=sicurezza](http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=250&area=qualita&menu=sicurezza)

Ministero della Salute. Raccomandazione n.12 per la prevenzione degli errori in terapia con farmaci "look-alike/sound-alike" (LASA), Agosto 2010

[http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2\\_6.jsp?lingua=italiano&id=250&area=qualita&menu=sicurezza](http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=250&area=qualita&menu=sicurezza)

Ministero della Salute. Raccomandazione n.17 "La mancata Riconciliazione della terapia farmacologica può causare gravi danni ai pazienti", Dicembre 2014

"Linee di indirizzo per la gestione clinica dei farmaci" (2014) [documento tecnico regionale per la sicurezza nella terapia farmacologica n.1 - ottobre 2014; revisione della versione di novembre 2011]

Raccomandazione regionale per la sicurezza nella terapia farmacologica n. 2: "Processo di ricognizione e di riconciliazione farmacologica per una prescrizione corretta e sicura" (agosto 2011)

Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri dell'1 aprile 2008: Modalità e criteri per 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

Accordo della Presidenza del Consiglio dei Ministri 22 gennaio 2005: Accordo, ai sensi dell'art.9 comma 2, lett. C) del decreto legislativo 28 agosto 1997, n 281, sul documento <<Linee guida in materia di modalità di erogazione dell'assistenza sanitaria negli Istituti penitenziari per adulti; implementazione delle reti sanitarie regionali e nazionali>>.

Dgr 1187/2014: "Protocollo d'intesa fra la Regione Emilia-Romagna e il Provveditorato regionale dell'Amministrazione penitenziaria in merito alle forme di collaborazione tra l'ordinamento sanitario e l'ordinamento penitenziario per l'erogazione dell'assistenza sanitaria a favore dei detenuti e degli internati negli istituti penitenziari della regione e indicazioni per la definizione dei protocolli locali"

Circolare regionale 11/2014: "Prevenzione del rischio autolesivo e di suicidio in carcere e nei servizi minorili"

Dgr 588/2014: "Programma regionale per la salute negli istituti penitenziari: indicazioni alle Aziende Usl per la redazione dei programmi aziendali"

Circolare regionale n.5/2014: Carta dei servizi della popolazione detenuta negli istituti penitenziari dell'Emilia-Romagna

Dgr 1788/2013: "Protocollo d'intesa tra la Regione Emilia-Romagna e il Centro per la giustizia minorile per l'Emilia-Romagna, relativo alla definizione della collaborazione tra l'ordinamento sanitario ed il sistema della giustizia minorile per l'erogazione dell'assistenza sanitaria a favore delle persone minori e giovani adulti in carico ai servizi della giustizia minorile e indicazioni per la definizione di Protocolli-accordi locali"

Circolare regionale n. 15/2012: "Il percorso clinico assistenziale per le persone detenute"

Dgr 2021/2011: "Recepimento accordo ai sensi dell'art. 9 Dlgs 281/1997 sul documento recante "integrazione agli indirizzi di carattere prioritario sugli interventi negli ospedali psichiatrici giudiziari e nelle case di cura e custodia di cui all'allegato C al Dpcm 1 aprile 2008"

Dgr 1135/2011: "Approvazione del protocollo d'intesa tra la Regione Emilia-Romagna e il Provveditorato regionale dell'Amministrazione penitenziaria"

Dgr 1701/2010: "Convalidazione dei locali adibiti all'esercizio delle funzioni sanitarie presso gli Istituti penitenziari della regione"

Dgr 588/2014: "Programma regionale per la salute negli istituti penitenziari: prime indicazioni alle Aziende Usl per la redazione dei programmi aziendali"

Dgr 2001/2009: "Recepimento accordo approvato in data 20.11. 2008 dalla Conferenza unificata con atto rep. n. 102/cu, "strumenti di collaborazione interistituzionale. Collegamento tra le funzioni riguardante la salute e le Funzioni di sicurezza e trattamento", in attuazione dell'art.7 del Dpcm 1.4.2008"

Dgr 314/2009: "Provvedimenti in ordine alla definizione del modello organizzativo in materia di sanità penitenziaria, ai sensi del DPCM del 1 aprile 2008"

Dgr 1063/2008: "Provvedimenti in ordine al trasferimento al Servizio sanitario nazionale dei rapporti di lavoro in materia di sanità penitenziaria (ai sensi del Dpcm dell'1 aprile 2008)"







