

I «CENTRI CLINICI» OGGI S.A.I.

La «rete» nazionale

Roma, 5 ottobre 2018

Luciano Lucania, Presidente SIMSPe onlus

Ieri

- Nascono dall' Ordinamento Penitenziario
- Una storia nebulosa ...
- Chirurgia?
- Lungodegenza?
- Degenze a richiesta dell' A.G. ?
- Ibridi con codificabili

Oggi ...

- Accordo C.U. 22 gennaio 2015
- Da Centro Diagnostico Terapeutico a Servizio Assistenza Intensiva (S.A.I.)
- Sono sempre stati il paradigma della medicina penitenziaria del «non fare» e del distacco dalle realtà sanitarie del territorio
- «.... chiedo il ricovero al CDT!» : la magia del disimpegno. Ma su cosa e perché?

Perché la «magia del disimpegno?»

- Per l'inviante la «falsa» sicurezza di aver fatto il giusto
- Per l'Amministrazione Penitenziaria la tranquillità di non fare piantonamenti esterni
- Per il detenuto un'attesa infinita e spesso inutile
- Nessun ex CDT ha mai offerto una adeguata assistenza nei tempi e nei metodi, indipendentemente dalla qualità delle prestazioni effettuate

L'Accordo 22 gennaio 2015

- Primo tentativo di dare una organizzazione ed una responsabilizzazione
- Il S.A.I. (poco importa l'acronimo!) dovrebbe offrire in maniera organica le prestazioni richieste dall'Ordinamento, pur con dei limiti
- È palese chiarire che non è possibile eseguire interventi chirurgici all'interno degli Istituti Penitenziari, in relazione alle caratteristiche che oggi i blocchi operatori devono avere ai sensi della normativa sui requisiti minimi
- La diagnostica di II – III livello non può che essere ospedaliera (TC, RMN, medicina nucleare, con o senza utilizzo di mdc)
- La cronicità, il post-acuzie, il pre-ricovero rimangono oggi gli spazi di attività delle strutture

Il modello di riferimento 1

- L' «Ospedale di Comunità» (Country Hospital)
- Questa forma consente l'integrazione con il Presidio Sanitario Aziendale presso l'Istituto Penitenziario, poiché la sua gestione è affidata agli stessi medici con un prevalente impegno delle professioni sanitarie
- La gestione di ingressi e dimissioni **deve** essere rigorosamente in capo alla Direzione del Presidio
- I trasferimenti devono seguire una lista d'attesa pur con priorità qualora evidenti e necessarie

Il modello di riferimento 2

- NON possono essere considerati strutture di servizio di quello specifico Istituto Penitenziario, ma stabilimenti disponibili per il Distretto Penitenziario di riferimento e/o per il resto della nazione
- Sotto il profilo strutturale i presidi sanitari sono semplificati, con particolare attenzione ai presidi di base per disabilità, ai gas medicali (O²), con Ecografo e Defibrillatore dedicato. Verranno utilizzate le dotazioni diagnostiche disponibili nel Presidio
- Rimane fondamentale il rapporto costante con i presidi ospedalieri e territoriali di riferimento distrettuali ed aziendali

Il circuito nazionale

Quesiti ancora aperti

- Distribuzione irregolare e disomogea sul territorio

[Catanzaro in via di apertura con: riabilitazione – s.a.i. – a.t.s.m.]

- Anche le Articolazioni Tutela della Salute Mentale possono essere ascritte a questa modalità di erogazione di servizi (recente bozza di documento del Ministero della Salute)
- Regia unica regionale?
- Regia unica regionale?
- Regia unica nazionale?
- Trasferimenti fuori regione ed il ruolo del Coordinatore della Rete

Prospettive 1

- Rimane un quadro grigio, forse grigio scuro ...
- Chiariamoci – se ci riusciamo – il senso della malattia in carcere....
- E di conseguenza il senso delle cure declinate in maniera generale (colloquio, informazione, prevenzione, diagnosi, terapia ...)
- E quindi quello del «ricovero» prescindendo dalle valenze medico-legali
- NON POSSIAMO NASCONDERCI CHE OGGI – 2018 – LA PATOLOGIA DEVE ESSERE TRATTATA IN AMBIENTE CLINICO IDONEO

Prospettive 2

- SI DEVE PUNTARE SULLA DOPPIA RETE:

1. S.A.I.

2. REPARTI OSPEDALIERI PROTETTI

anche interconnessi se occorre