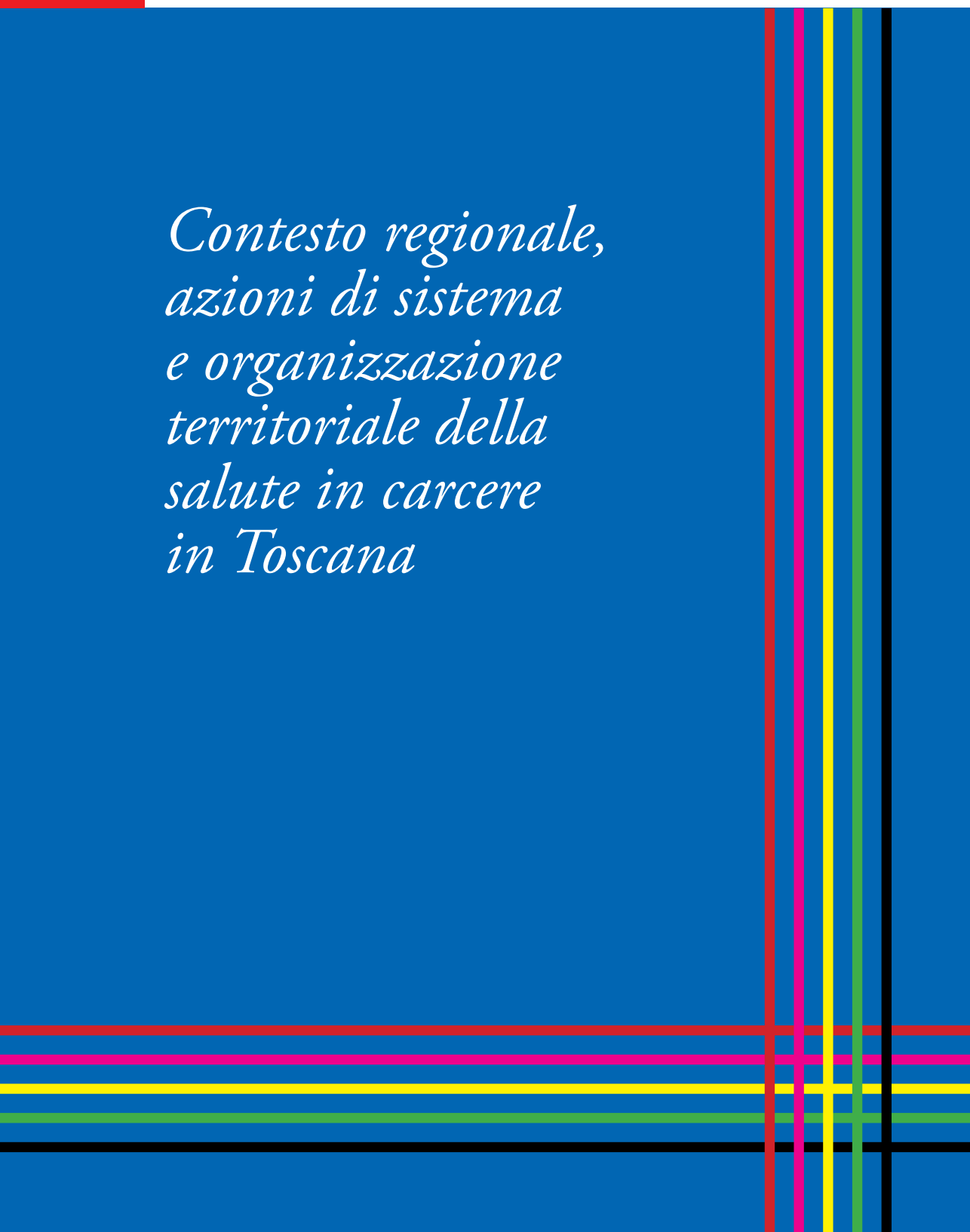




*Contesto regionale,
azioni di sistema
e organizzazione
territoriale della
salute in carcere
in Toscana*



*Contesto regionale,
azioni di sistema
e organizzazione
territoriale della
salute in carcere
in Toscana*



Regione Toscana

*Contesto regionale, azioni di sistema e organizzazione
territoriale della salute in carcere in Toscana*

a cura

Regione Toscana Giunta Regionale

Direzione Generale Diritti di cittadinanza e coesione sociale

Indice

I.	<i>Il contesto regionale e le azioni di sistema</i>	5
1.	Dalla Sanità penitenziaria al Servizio Sanitario Regionale	5
2.	L'organizzazione sanitaria regionale e la Sanità penitenziaria	5
3.	Il sistema delle relazioni: l'istituzione dell'Osservatorio permanente sulla sanità penitenziaria (DGR 213/12)	6
4.	L'impegno e le prospettive della Regione Toscana	7
	4.1 La delibera 441/2011: le linee di intervento 2011/2012	
	4.2 Le linee prioritarie per il biennio 2013/2014: DGR 127/13	
5.	Lo stato di salute dei detenuti in toscana. Epidemiologia e programmazione regionale	9
	5.1 Il progetto di ricerca e i risultati dell'indagine epidemiologica dell'Agenzia regionale del 2012 <i>a cura di Fabio Voller, Agenzia regionale di Sanità della Toscana (ARS)</i>	
	5.2 Il sistema di valutazione della performance della sanità in carcere <i>a cura di Giulia Capitani, MES</i>	
6.	L'informatizzazione	13
	<i>Focus: La cartella clinica informatizzata della medicina penitenziaria in Toscana</i> <i>a cura di Gioacchino Bellone, Dipartimento ICT – Responsabile progetto HTH, ESTAV Nord Ovest, e di Valerio Cellesi, Responsabile Presidio Sanitario, Carcere Volterra</i>	
7.	La tutela dei diritti del detenuto: la privacy, l'accordo Regione-Amministrazione penitenziaria (Delibera 453/2013)	14
II.	<i>L'organizzazione territoriale della salute in carcere</i>	15
8.	Gli Istituti penitenziari presenti in Toscana	15
	8.1 La tipologia degli istituti	
	8.2 Il personale sanitario	
9.	L'assistenza sanitaria specialistica	19
	<i>Focus: le malattie infettive</i> Il 'Progetto Obiettivo' e l'esperienza della struttura Malattie infettive della Azienda sanitaria fiorentina per i detenuti del carcere di Sollicciano <i>a cura di Andrea Gabbuti, Dirigente Medico Malattie Infettive, SOC Malattie Infettive AS di Firenze, Referente Aziendale Malattie Infettive negli Istituti Penitenziari</i>	

10. I servizi per le tossicodipendenze	22
11. Salute mentale in carcere	23
<i>Focus: Salute Mentale nelle carceri fiorentine. All'insegna della integrazione organizzativa e operativa</i>	
<i>a cura di Gemma Brandi, Psichiatra, Responsabile Salute Mentale Adulti Firenze 1/4 e IIPP Firenze</i>	
<i>Raquel Lenzi, Psicologa Prevenzione Suicidio Sollicciano e Gozzini (PPSSG)</i>	
<i>Barbara Manzini, PPSSG</i>	
<i>Mario Iannucci, Psichiatra Supervisore PPSSG e Responsabile della SRP 'Le Querce'</i>	
<i>Riccardo Lo Parrino, Neuropsichiatra Infantile, Responsabile Salute Mentale Infanzia Adolescenza Firenze 1/4 e IPM Firenze</i>	
12. Il centro diagnostico terapeutico (CDT)	25
12.1 Il centro diagnostico terapeutico di Pisa: le prestazioni erogate	
13. L'assistenza ai minori sottoposti a trattamento disciplinare. La popolazione e lo stato di salute	27
13.1 La salute dei minori nell'indagine svolta da ARS	
14. Il percorso di superamento dell'ospedale psichiatrico giudiziario	24
<i>a cura Franco Scarpa, Psichiatra, direttore UOC, "Salute in carcere" Asl 11, Coordinatore gruppo interregionale di Bacino</i>	
14.1 La normativa di riferimento. Premessa	
14.2 Il Piano della Regione Toscana per la Legge 09/2012	
<i>Appendice</i>	33
Normativa	33
Acronimi	40

I. Il contesto regionale e le azioni di sistema

1. Dalla Sanità penitenziaria al Servizio Sanitario Regionale

Nel 2008 è avvenuto il trasferimento delle funzioni sanitarie in ambito carcerario dal Ministero di Giustizia al Sistema Sanitario Nazionale.

Il passaggio è stato siglato con Decreto del Presidente Consiglio dei Ministri del 1 aprile 2008 (DPCM 1 aprile 2008) che stabilisce modalità e criteri per il trasferimento al Servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e dei beni strumentali in materia di sanità penitenziaria.

La Regione Toscana attraverso il Servizio sanitario regionale (le funzioni sanitarie sono esercitate tramite le Aziende USL per ambito di competenza territoriale) e in accordo con il Piano sanitario nazionale (PSN) garantisce alle persone detenute nelle carceri di tutta la regione, come avviene per tutti i cittadini liberi residenti in Toscana i livelli essenziali di assistenza sanitaria (i LEA, che includono la medicina di base, l'assistenza medica specialistica, l'assistenza farmaceutica, l'intervento sulle tossicodipendenze, la vigilanza sull'igiene pubblica e la prevenzione) e attua, tenendo conto della specificità della condizione di reclusione e di privazione della libertà, i principali obiettivi di salute, attraverso l'azione complementare e coordinata di tutti i soggetti e le istituzioni che, a vario titolo, concorrono alla tutela della salute della popolazione ristretta negli istituti di pena.

Gli obiettivi di salute perseguiti sono individuati in precise azioni: dalla promozione della salute alla prevenzione primaria, secondaria e terziaria (con progetti specifici per patologie e target differenziati di popolazione, in rapporto all'età, al genere e alle caratteristiche socio culturali, con riferimento anche alla popolazione degli immigrati), dalla promozione dello sviluppo psico-fisico dei soggetti minorenni sottoposti a provvedimento penale alla riduzione dei suicidi - e dei tentativi di suicidio - attraverso l'individuazione dei fattori di rischio.

Rispetto ai principi di equità di trattamento in ambito di assistenza sanitaria in Toscana è tuttora in vigore la legge regionale 64 (L.R. 64/2005) che prevede principi di parità di trattamento fra persone libere e persone detenute ed internate con garanzia dei livelli essenziali di assistenza sanitaria delle prestazioni preventive, diagnosticoterapeutiche e riabilitative, alla pari delle persone in stato di libertà.

2. L'organizzazione sanitaria regionale e la Sanità penitenziaria

In base alla legge 833/1978 ed al D.Lgs. 502/1992, ogni regione determina l'organizzazione del Servizio Sanitario Regionale (SSR): le attività, i criteri di finanziamento dei servizi territoriali ed il loro funzionamento, il programma degli interventi necessari al raggiungimento degli obiettivi di salute.

La funzione di programmazione è svolta mediante Piani sanitari regionali pluriennali adottati in coerenza con gli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale.

In particolare, per la Regione Toscana, i principi di organizzazione del SSR, le procedure di programmazione sanitaria e i criteri di finanziamento dei servizi territoriali (Aziende unità sanitarie locali ed Aziende ospedaliero-universitarie) sono stati determinati dalla legge regionale n. 40 del 24 febbraio 2005 “Disciplina del servizio sanitario regionale”.

Ai sensi di questa legge, la programmazione sanitaria regionale si articola su due livelli, regionale e locale, attraverso una serie di strumenti: a livello regionale lo strumento principale è il Piano sanitario regionale (PSR). Nell’ambito degli obiettivi programmati la Regione svolge funzioni di indirizzo tecnico, promozione e supporto nei confronti dei servizi territoriali, garantisce il coordinamento delle strutture sanitarie ed assicura il raccordo tra programmazione sanitaria regionale e locale.

Tra i soggetti istituzionali del SSR, la LR 40/2005 individua nella Giunta regionale l’organismo che assume compiti di controllo, vigilanza, promozione e supporto dei servizi territoriali, nonché di valutazione della qualità delle prestazioni e dei percorsi assistenziali.

La Direzione Generale (DG) competente in materia di sanità è la Direzione generale diritti di cittadinanza e coesione sociale, composta dall’Area di coordinamento Sistema socio-sanitario regionale, dall’Area di coordinamento Politiche sociali di tutela, legalità, pratica sportiva e sicurezza urbana. progetti integrati strategici.

I Settori regionali coinvolti in materia di sanità penitenziaria sono:

- il settore *Politiche per l’integrazione socio-sanitaria e la salute in carcere*, svolge la funzione generale di programmazione complessiva e di coordinamento in materia di assistenza sanitaria alle persone in carcere;
- il settore *Prevenzione e sicurezza in ambienti di vita e di lavoro, alimenti e veterinaria* svolge la funzione specifica di coordinamento in materia di prevenzione primaria e di controllo delle condizioni igieniche degli istituti penitenziari;
- il settore *Finanza, contabilità e controllo* svolge le funzioni trasversali relative alle operazioni contabili e finanziarie sulle risorse destinate.

Altre funzioni trasversali sono svolte, per le rispettive competenze, dal Settore Politiche del Farmaco e dal Settore Qualità dei servizi e partecipazione del cittadino.

3. Il sistema delle relazioni: l’istituzione dell’Osservatorio permanente sulla sanità penitenziaria (DGR 213/12)

In seguito al DPCM del 1 aprile 2008 sono stati istituiti e resi operativi organismi e gruppi di coordinamento necessari al complesso processo di trasferimento delle competenze sanitarie in ambito penitenziario, in modo da favorire la rispondenza dell’operato delle Aziende sanitarie locali con gli indirizzi operativi regionali e l’omogeneità territoriale.

Le funzioni degli organismi e dei gruppi di coordinamento, con la delibera della Giunta regionale n. 213 del 19 marzo 2012, sono state ricondotte ad un unico organismo: è stato istituito l’*Osservatorio Permanente sulla sanità penitenziaria* (ai sensi del DPCM 1° aprile 2008), con revoca di tutti gli organismi e i gruppi precostituiti per il supporto alle competenze regionali in ambito di sanità penitenziaria.

Immediatamente operativo all’atto della costituzione, l’osservatorio permanente per la sanità penitenziaria ha formalizzato, dal 2012, un sistema di collaborazione tra Regione Toscana, Aziende sanitarie locali, Amministrazione penitenziaria e Agenzia Regionale di Sanità (ARS).

L'Osservatorio costituisce un nuovo modello organizzativo di programmazione nell'ambito della Sanità Penitenziaria, basato sulla semplificazione degli organismi deputati alla gestione delle funzioni regionali e sul consolidamento della collaborazione con l'Amministrazione Penitenziaria, nel rispetto di compiti e ruoli di ciascuna Istituzione.

Le funzioni dell'Osservatorio consistono: nel coordinamento, nella integrazione e nella collaborazione tra le istituzioni che esercitano competenze sanitarie e trattamentali; nell'osservazione e analisi costante delle azioni programmatiche e del funzionamento dei servizi sanitari preposti alla tutela della salute in ambito penitenziario; nel monitoraggio tecnico e organizzativo delle attività dei servizi sanitari e valutazione epidemiologica della popolazione carceraria; nel supporto alle attività gestionali dei servizi sanitari e alla ricerca; nella definizione di linee di indirizzo per la salute in carcere e di percorsi organizzativi ed assistenziali; nella valutazione dell'efficienza e dell'efficacia degli interventi a tutela della salute in carcere, adottati a fronte della complessità del processo di trasferimento, degli standard assistenziali e dei bisogni di salute; nella verifica della coerenza delle misure connesse alla tutela della salute, attuate a seguito del trasferimento delle competenze della sanità penitenziaria; nel raccordo periodico d'informazione con la rete dei garanti dei diritti dei detenuti, tramite il Garante delle persone sottoposte a misure restrittive della libertà personale del Consiglio regionale della Toscana.

L'Osservatorio si riunisce a cadenza fissa per discutere e condividere le criticità e le soluzioni. Al suo interno si costituiscono sottogruppi di lavoro interni al sistema (rappresentanti sistema sanitario) o misti (sistema sanitario e amministrazione penitenziaria), per approfondire e valutare tematiche particolari, riportare poi in forma plenaria.

Per lo svolgimento delle attività attinenti all'indagine epidemiologica negli istituti penitenziari e nei servizi penali minorili della Toscana, l'Osservatorio si avvale di ARS, che agisce nei modi e nei termini concordati con la struttura competente della Direzione generale Diritti di cittadinanza e coesione sociale

4. L'impegno e le prospettive della Regione Toscana.

4.1 La delibera 441/2011: le linee di intervento 2011/2012.

Per il biennio 2011-2012 la Giunta regionale, con delibera n. 441 del 30 maggio 2011, ha approvato le Linee d'intervento prioritarie finalizzate alla qualità della salute dei cittadini detenuti.

Le azioni della delibera – realizzate in collaborazione tra Regione, Aziende USL, Centro Giustizia Minorile, Provveditorato Regionale dell'Amministrazione Penitenziaria, Volontariato organizzato e Terzo settore, ARS, MeS e Centro Gestione Rischio Clinico – intervenivano su elementi di debolezza del sistema e verso l'innovazione del sistema stesso:

tutela della salute mentale: protocolli integrati nei singoli istituti (a firma del Direttore dell'Istituto e dell'Azienda USL) per la prevenzione del rischio suicidario e finanziamento di progetti di implementazione dell'assistenza psicologica;

formazione professionale: percorso di formazione congiunto tra personale sanitario e personale penitenziario, formazione in tecniche di rianimazione. I detenuti sono stati destinatari di un percorso di formazione sulla sicurezza alimentare, con rilascio della certificazione HACCP;

azioni di sistema: sono stati coinvolti Agenzia Regionale di Sanità, Laboratorio MeS della Scuola Sant'Anna di Pisa e Centro di Gestione del Rischio Clinico per un'azione di miglioramento complessivo del sistema sanitario in carcere, monitorando lo stato di salute dei detenuti, avviando un percorso di valutazione della performance della sanità e introducendo i principi di gestione del rischio clinico attraverso una formazione mirata.

Inoltre sono stati realizzati progetti specifici per l'igiene ambientale, con l'approvazione di linee guida per la sanificazione dei materassi, e per la creazione di reti di informazioni utili anche a sviluppare la sanità di iniziativa negli istituti penitenziari.

Discorso a sé deve essere fatto per la tutela della salute dei minori: sono state attuate le azioni finalizzate al raggiungimento dell'obiettivo specifico previsto dalla predetta DGR 441/2011 di "Preso in carico dei minori sottoposti a procedimento penale con problematiche sanitarie - modello organizzativo" tramite la definizione (Delibera n. 505 del 20 giugno 2011) del percorso integrato di interventi appropriati ai bisogni assistenziali dei soggetti minori sottoposti a procedimento penale. Consolidando la collaborazione tra operatori sono stati strutturati due percorsi di presa in carico dei minori con bisogni di salute complessi: un percorso per il minore che transita dal centro di prima accoglienza (CPA), per il quale è necessario un approfondimento diagnostico (i minori transitano al CPA per massimo 96 ore, ma rimangono nella struttura in media 48 ore), che implica una collaborazione con il territorio (comunità socio-educative per minori e Aziende USL), al fine di permettere un'analisi più attenta dei bisogni. Un secondo percorso riguarda la presa in carico multidisciplinare del minore all'interno dell'Istituto.

4.2 Le linee prioritarie per il biennio 2013/2014: DGR 127/13

Cure appropriate in carcere. Dai percorsi terapeutico-riabilitativi alla cartella clinica informatizzata

La delibera n. 127/2013, in cui si fissano 16 "Linee di intervento in materia di salute della popolazione detenuta negli istituti penitenziari della Toscana per il biennio 2013-2014" promuovendo linee innovative, esplica i principi fondamentali già perseguiti con la delibera n. 441/2011, contenente le 14 linee di intervento attuate nel biennio 2011/2012.

Gli interventi rivolti alla tutela delle fasce più deboli, riservando primaria attenzione allo sviluppo dei percorsi terapeutico riabilitativi dei minori sottoposti a procedimenti penale e alle misure dirette alla tutela della salute della popolazione detenuta femminile, sono realizzati in stretta collaborazione tra Regione Toscana, Aziende sanitarie e Istituzioni interessate, come il Provveditorato Regionale dell'Amministrazione Penitenziaria (PRAP) e il Centro di Giustizia Minorile (CGM), con il supporto tecnico-scientifico del Laboratorio Management e Sanità (MeS) della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa, Agenzia Regionale per la Sanità (ARS), Centro Gestione del Rischio Clinico e Centro di Riferimento Regionale Criticità Relazionali.

Uno specifico intervento sostiene l'implementazione del servizio di assistenza psicologica con funzione terapeutica, anche al fine di prevenire il rischio di suicidio e di autolesionismo. A tale attività si affianca lo sviluppo di sinergie con i servizi territoriali preposti alla presa in carico delle persone detenute con problematiche conclamate di salute mentale, favorendo la riabilitazione psicosociale. Particolare interesse è inoltre riservato alla valorizzazione delle attività sanitarie dirette alla presa in carico delle persone detenute con problemi di alcol e/o tossicodipendenza.

Tra le azioni prioritarie sono presenti la prevenzione oncologica e la prevenzione e cura delle infezioni da HIV e delle altre malattie infettive rilevanti.

A supporto di questi interventi è stata attivata la cartella clinica informatizzata che consente l'automazione dei processi per la trasmissione, l'archiviazione e il reperimento dei dati sanitari, garantendo la raccolta dei dati sulla storia clinica dei detenuti, sui loro esami diagnostici e sulle terapie in corso. Nel quadro degli interventi si inserisce anche la telemedicina che costituisce un'altra azione con la quale, attraverso il telemonitoraggio possono essere acquisite in loco ed inviate a distanza immagini mediche e altri valori sanitari.

Si realizzano percorsi per la formazione e l'integrazione multi-professionale, con il sostegno delle attività relazionali dei gruppi di lavoro all'interno del sistema sanitario operanti in ambito carcerario.

Per un miglioramento e per raggiungere equità dell'assistenza sanitaria in carcere si adotta una precisa e costante valutazione del sistema grazie a un modello integrato di riferimento.

Tale modello prevede il monitoraggio su attività ed risultati valutati attraverso indicatori delle performance a cura del MeS, una valutazione dello stato di salute delle popolazione detenuta attraverso un'indagine epidemiologica condotta da ARS, il monitoraggio degli eventi sentinella che si verificano nei presidi sanitari penitenziari mediante il sistema di valutazione del Rischio clinico.

5. Lo stato di salute dei detenuti in toscana. Epidemiologia e programmazione regionale

La deliberazione della Giunta regionale n. 213 del 19 marzo 2012, che istituisce come unico organismo per il supporto alle competenze regionali in ambito della sanità penitenziaria", nella logica di un modello organizzativo unitario, l'"Osservatorio Permanente sulla sanità penitenziaria ai sensi del DPCM 1° aprile 2008, prevede che il monitoraggio tecnico e organizzativo delle attività dei servizi sanitari e la valutazione epidemiologica della popolazione carceraria sia svolto da ARS. Il monitoraggio è uno strumento efficace e indispensabile che la Regione utilizza per acquisire una conoscenza ampia della realtà esistente. Le 14 linee d'intervento previste dalla delibera 441/12 e implementate con la DGR 127/13 costituiscono interventi e risorse messe in campo sulla base delle criticità emerse anche grazie ai tali indagini.

L'ARS ha infatti avviato nel 2009 e replicato nel 2012 le prime indagini epidemiologiche sullo stato di salute di un campione di detenuti delle strutture detentive della Toscana. L'indagine epidemiologica curata da ARS sarà ripetuta nel corso del 2014 come progetto che, con ARS capofila, coinvolge non solo Regione Toscana, ma anche Regione Lazio, Regione Umbria, Regione Veneto, Regione Liguria e Azienda UsI di Salerno. Il progetto rientra in un accordo di collaborazione tra Ministero della Salute e Regione Toscana all'interno del programma CCM (Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie) del 2012.

L'analisi dei risultati dell'indagine consentono di intervenire sulle criticità emerse e di attivare percorsi comuni e condivisi con gli enti che a vario titolo e in ruoli diversi si occupano della sanità in ambito carcerario.

La metodologia con la quale vengono attivati percorsi condivisi è basata sul lavoro di squadra che si svolge sia 'all'interno' del sistema sanitario sia 'al suo esterno', collaborando con gli altri soggetti istituzionalmente coinvolti.

5.1 Il progetto di ricerca e i risultati dell'indagine epidemiologica dell'Agenzia regionale del 2012

a cura di Fabio Voller, Agenzia regionale di Sanità della Toscana (ARS)

Le prime indagini epidemiologiche sullo stato di salute di un campione di detenuti delle strutture detentive della Toscana condotte dalla Agenzia regionale di sanità (ARS) sono state avviate nel 2009 e replicate nel 2012 con la collaborazione di molti medici dei presidi sanitari delle strutture detentive.

Le informazioni raccolte dal personale sanitario, oltre a quelle socio-anagrafiche, riguardano la presenza di patologie registrate attraverso la classificazione delle malattie, eventuali atti autolesionistici e/o autosoppressivi, le terapie farmacologiche somministrate, oltre ad altri elementi di contesto (quali le ore trascorse in cella e le informazioni sugli stili di vita precedenti alla detenzione).

Il secondo rilevamento dati avvenuto nel 2012 fornisce notizie sullo stato di salute di 3329 detenuti adulti su un totale di 4250 presenti al 21 maggio 2012), dei quali il 72% è risultato affetto da almeno una patologia. I detenuti est-europei e nordafricani risultano essere "più sani" dei detenuti italiani, probabilmente per la loro più giovane età.

Nonostante le strutture penitenziarie toscane organizzino in media 5 ore di attività fisica, la permanenza giornaliera in cella rimane molto elevata: oltre 17 ore al giorno. Il 33,9% svolge un'attività lavorativa o manuale durante la detenzione. La popolazione detenuta, nonostante la giovane età (media: 38 anni), ha un bisogno di cure molto accentuato e caratterizzato da tre grandi temi: salute mentale, disturbi dell'apparato digerente e malattie infettive e parassitarie.

Fra i disturbi psichici prevalgono i disturbi da dipendenza da sostanze e i disturbi nevrotici e di adattamento. Rispetto all'indagine Ars del 2009, le diagnosi di disturbo psichico sono aumentate (51,2%), a fronte invece di una riduzione complessiva delle patologie. Questo aumento è dovuto quasi esclusivamente all'incremento delle diagnosi di tossicodipendenza che, a distanza di 3 anni, sono salite di quasi 15 punti percentuali. Un aumento così marcato del disturbo da dipendenza è sicuramente riconducibile alla migliore diagnosi effettuata dai medici di proiezione Sert all'interno delle strutture detentive. Ai disturbi di salute mentale seguono, per frequenza, i disturbi dell'apparato digerente (14,4%, in particolare del cavo orale) e le malattie infettive e parassitarie (11,1%). Tra le malattie infettive uno dei problemi maggiori è l'epatite C (probabilmente legata alla tossicodipendenza), che riguarda maggiormente i detenuti italiani (ma questo potrebbe dipendere solo dalla maggiore reticenza degli stranieri a sottoporsi agli screening infettivologici).

Solo l'1,2% dei detenuti toscani risulta invece Hiv positivo: un numero elevato di detenuti in Toscana non è infatti a conoscenza della patologia e probabilmente, non dando il proprio consenso allo screening, aggrava la propria condizione clinica e diventa un'importante fonte di contagio.

Altre due patologie che interessano la popolazione detenuta sono la tubercolosi (Tbc) e la sifilide. I tentativi di suicidio e i gesti di autolesionismo rappresentano un'emergenza nel sistema carcerario italiano, ma la situazione nelle carceri toscane

è migliore rispetto a quella italiana: nel corso dell'ultimo anno nelle carceri toscane il 6,1% dei detenuti visitati ha messo in atto un gesto di autolesionismo (in Italia è il 10,6% sul totale dei detenuti), mentre l'1,3% (44 soggetti) ha tentato il suicidio (in Italia è l'1,9%). Il 95% dei detenuti toscani che ha tentato il suicidio ha una diagnosi di malattia di tipo psichiatrico.

Rilevare questi dati consente al sistema sanitario regionale di individuare una risposta sanitaria adeguata. Far emergere l'alto bisogno di salute della popolazione detenuta rispetto alla popolazione generale, corrisponde l'indice dell'alto livello del lavoro che i medici svolgono all'interno delle strutture detentive, che quotidianamente cercano una risposta sanitaria appropriata all'interno di strutture spesso difficilmente accessibili e comunque lontane dall'organizzazione delle tradizionali strutture sanitarie che normalmente si fanno carico delle varie patologie.

5.2 Il sistema di valutazione della performance della sanità in carcere

a cura di Giulia Capitani, MES

Il sistema di valutazione della Salute in carcere che il Laboratorio Management e Sanità della Scuola Superiore S. Anna sta definendo in collaborazione con il Settore regionale competente, si propone di rispondere a una serie di casi che si determinano in ambito carcerario (tempi di attesa per una visita specialistica, copertura offerta dalle Aziende Sanitarie in termini di screening oncologici e infettivologici a chi vive in carcere, consumo di prestazioni sanitarie da parte della popolazione reclusa, rispetto alla popolazione libera, ed altri temi sostanziali per una ampia e puntuale valutazione del sistema sanitario in ambito carcerario).

Con la DGR n°441 del 2011 la Regione Toscana ha infatti affidato al Laboratorio MeS il compito di estendere il sistema di valutazione della performance delle Aziende Sanitarie, ormai attivo dal 2006, alla realtà della sanità penitenziaria, coerentemente con il DPCM del 1/04/2008 che trasferisce al Ministero della Salute le competenze in materia di tutela della salute dei detenuti.

Il sistema di valutazione, una volta a regime, consentirà il confronto tra le varie ASL (e, ad un maggior livello di dettaglio, tra i vari Istituti Penitenziari) rispetto ai risultati raggiunti in termini di efficienza, appropriatezza, qualità, *outcome* nell'erogazione delle prestazioni sanitarie. Particolare rilievo sarà dato alla dimensione dell'equità: verificare se ci sono, e da cosa dipendono, differenze nel godimento del diritto alla salute tra i cittadini liberi e le persone detenute, per poter individuare gli strumenti necessari per il superamento di condizioni di disuguaglianza.

Il processo di costruzione degli indicatori

Il lavoro di definizione del set di indicatori è stato improntato fin dall'inizio a una logica di collaborazione con le Aziende Sanitarie che saranno oggetto della valutazione (tutte, tranne l'ASL 12 di Viareggio, che non ha un penitenziario sul proprio territorio).

La Regione ha favorito l'avvio di un piccolo gruppo di lavoro, che ha coinvolto ricercatori del Laboratorio MeS e referenti per la salute in carcere di alcune ASL toscane. Questo ha consentito di identificare le aree e le singole questioni critiche su cui cercare di costruire una prima *overview* della situazione regionale: prima di procedere alla costruzione e alla sperimentazione degli indicatori, era infatti indispensabile avere un quadro il più completo possibile di quali prestazioni venissero erogate, con quali modalità e con quali difficoltà. La criticità più grande riguardava infatti la man-

canza di flussi informatizzati sulle prestazioni sanitarie erogate in carcere, per lo più registrate su supporto cartaceo e in modo difforme tra i vari istituti.

A tutti i referenti aziendali è stato quindi consegnato un questionario, relativo all'anno 2011, che ha consentito di raccogliere dati sulle prestazioni sanitarie erogate ai detenuti (dalla medicina di base alla specialistica, dalla salute mentale alle dipendenze, dall'emergenza alla farmaceutica, dai ricoveri al rischio clinico).

Il primo anno di sperimentazione

I risultati della mappatura hanno fornito precise indicazioni per la definizione degli indicatori. È stato quindi costruito un set di 140 indicatori di analisi, riconducibili alle seguenti aree/ indicatori di sintesi:

- Tempi d'attesa
- Screening oncologici
- Vaccinazioni infantili
- Capacità di governo della domanda
- Appropriately diagnostica
- Efficacia dell'assistenza in carcere
- Gestione dell'emergenza
- Appropriately prescrittiva farmaceutica
- Copertura vaccinale e screening infettivologici
- Dipendenze
- Salute mentale
- Materno infantile
- Rischio clinico
- Efficienza operativa

Per ogni indicatore è stata predisposta una scheda, che esplicita le modalità di calcolo.

In assenza di flussi informatizzati che consentissero ai ricercatori MeS l'elaborazione autonoma degli indicatori, ai referenti aziendali sono stati consegnati due file per la raccolta dei dati: questa fase è stata per le Aziende particolarmente faticosa, per la necessità di recuperare dati relativi a tutto l'anno precedente direttamente dalle cartelle cliniche dei detenuti o dai registri sanitari. Un altro aspetto abbastanza critico ha riguardato poi l'ottenimento di informazioni (relative alla numerosità della popolazione detenuta) da parte dell'Amministrazione Penitenziaria, non direttamente coinvolta nel processo di valutazione.

Gli indicatori sono attualmente in fase di calcolo da parte dei ricercatori del Laboratorio. I dati saranno restituiti al Settore regionale e ai referenti aziendali per intraprendere una prima riflessione comune.

Verso un sistema stabile di valutazione

L'anno 2012 è stato l'anno della sperimentazione degli indicatori. I prossimi anni saranno quelli della stabilizzazione dell'intero sistema, anche grazie all'individuazione dei punti di forza e di debolezza che sarà possibile effettuare tramite la condivisione dei primi risultati. Alcuni passaggi saranno d'obbligo: revisione di alcune modalità di calcolo per rendere gli indicatori più aderenti alla realtà della salute in carcere, rafforzamento della collaborazione con l'Amministrazione Penitenziaria, adozione della

cartella clinica informatizzata che renderà automatico il calcolo degli indicatori. Una fase importante riguarderà poi la definizione di obiettivi, condivisi con la Regione, per i singoli indicatori, che faranno entrare nel vivo la fase di valutazione e di benchmarking tra le Aziende.

Sempre con lo scopo dichiarato di spingere il sistema al confronto e al miglioramento delle performance nell'interesse degli utenti dei servizi.

6. L'informatizzazione

*Focus: **La cartella clinica informatizzata della medicina penitenziaria in Toscana** a cura di **Gioacchino Bellone**, Dipartimento ICT – Responsabile progetto HTH, ESTAV Nord Ovest, e di **Valerio Cellesi**, Responsabile Presidio Sanitario, Carcere Volterra*

La visita medica di primo ingresso, che avviene entro e non oltre le prime 24 ore, è una delle prime operazioni che riguardano una persona sottoposta a provvedimento penale al momento dell'ingresso in carcere, qualsiasi sia la sua provenienza (libertà, altri istituti).

La visita viene documentata con un fascicolo personale, la *cartella clinica*, che riguarda tutti i detenuti. Questo fascicolo seguirà il paziente in tutti i suoi spostamenti carcerari e verrà archiviato all'interno dell'istituto presso il quale avverrà la scarcerazione.

Il fascicolo personale del detenuto, finora utilizzato in ambito carcerario, con un notevole e antieconomico dispendio di tempo da parte degli operatori, in Toscana viene progressivamente sostituito dalla cartella clinica informatizzata.

Nei primi mesi del 2013, al momento in cui è stata consolidata una versione della cartella, si è svolto un corso di formazione che ha coinvolto più di 300 operatori delle strutture sanitarie penitenziarie della Regione, con l'obiettivo di rilevare anagraficamente la popolazione detenuta e attivare le relative cartelle.

Il software Hth (Hear to Health - Ascolta la salute) di proprietà della Regione Toscana, disponibile gratuitamente per le amministrazioni pubbliche regionali che lo adottano, è stato ad oggi richiesto dalla Regione Piemonte, dalla Campania e dalla Puglia.

Il software porta a un netto miglioramento delle prestazioni, a una più rapida possibilità di diagnosi codificate, alla programmazione di interventi terapeutici e di follow-up, di distribuzione della terapia, di effettuazione di esami ematici (con relativo ritorno delle risposte direttamente in cartella), di programmazione di vaccini, di razionale archiviazione delle visite specialistiche, delle risposte degli esami radiologici etc. Già nel 2003 la Regione Toscana ha appoggiato l'informatizzazione attraverso un modello di cartella clinica negli istituti penitenziari, prevedendo una cartella centralizzata, poi presso il Ced di Sollicciano e inserita nella rete telematica del ministero della Giustizia, in grado di gestire il percorso del paziente detenuto nei suoi spostamenti all'interno delle strutture penitenziarie regionali; in questo modo diviene possibile mettere in comunicazione questo percorso con il sistema informatizzato della Sanità regionale integrando le attività interne con quelle richieste alle strutture sanitarie ospedaliere.

7. La tutela dei diritti del detenuto: la privacy, l'accordo Regione-Amministrazione penitenziaria (Delibera 453/2013)

In attuazione della linea di intervento n. 16 della DGR 127/2013 "Trattamento dei dati sanitari e giudiziari", lo scorso 10 giugno la Giunta regionale ha approvato, con delibera n. 453, lo schema di Protocollo d'intesa tra la Regione Toscana, il Provveditorato regionale dell'amministrazione penitenziaria e i Centri di giustizia minorile competenti per la Toscana, per il trattamento dei dati personali dei detenuti in carico ai servizi del provveditorato regionale dell'amministrazione penitenziaria e dei centri giustizia minorile. Il nuovo protocollo definisce e consolida, nel rispetto degli ambiti di responsabilità delineati dalla normativa, l'integrazione tra Sistema penitenziario regionale, Sistema della giustizia minorile e Sistema sanitario regionale, per «garantire il pieno rispetto della disciplina del trattamento dei dati sensibili e giudiziari, assicurando la piena tutela dei diritti dei detenuti e dei minori sottoposti a provvedimenti penali», definendo in modo specifico le modalità e i limiti del trattamento dei dati sensibili e giudiziari dei detenuti da parte delle amministrazioni coinvolte.

Il dato sensibile sanitario non è disponibile all'Amministrazione penitenziaria ed è quindi indispensabile che il personale sanitario fornisca le informazioni necessarie (pertinenti e non eccedenti) per garantire il rispetto delle norme di sicurezza del sistema penitenziario e al tempo stesso gli opportuni interventi per la salute. Nel rispetto della normativa in materia di protezione dei dati personali, la comunicazione dei dati giudiziari al personale sanitario avviene solo attraverso un operatore penitenziario qualificato e comprende soltanto le informazioni necessarie per la tutela della salute del detenuto o della collettività.

Le richieste di trasferimento dei detenuti con implicazioni sanitarie potranno essere valutate da un medico presso gli uffici del Provveditorato, allo scopo di fornire una lettura competente dei dati sanitari e scegliere quindi la più corretta destinazione dei trasferimenti.

Il Provveditorato dell'Amministrazione penitenziaria e il Centro per la giustizia minorile si impegnano, in base al protocollo, a fornire al settore competente in materia di assistenza sanitaria ai detenuti della Toscana i dati sul numero degli ingressi, delle uscite e delle presenze di ciascun istituto penitenziario e servizio minorile, suddivisi per genere, fascia di età e nazionalità.

L'analisi dei dati forniti sistematicamente, con periodicità almeno mensile, consente alla Regione Toscana di mettere in atto un'efficace programmazione delle azioni di prevenzione e di cura della popolazione detenuta negli istituti toscani.

II. L'organizzazione territoriale della salute in carcere

8. Gli Istituti penitenziari presenti in Toscana

8.1 La tipologia degli istituti

La Toscana è una delle Regioni con la più alta concentrazione di istituti di pena, con 20 istituti (18 istituti per adulti e 2 per minori) distribuiti sul territorio regionale, dislocati nell'ambito di competenza di 11 Aziende USL su 12 (è esclusa la Azienda USL di Viareggio) e in ognuna di esse insistono da 1 a 3 istituti.

Presso la Casa Circondariale di Pisa è inoltre presente un Centro Diagnostico Terapeutico (o Centro clinico) in grado di accogliere detenuti di media e di alta sicurezza.

Regione	n. istituti per adulti	Capienza	Detenuti presenti		
			di cui donne	di cui stranieri	Totale
Abruzzo	8	1.512	73	298	1.894
Basilicata	3	441	18	53	454
Calabria	12	2.151	62	502	2.916
Campania	17	5.794	340	951	8.165
Emilia Rom	13	2.464	136	1.776	3.469
Friuli V. G.	5	548	27	510	862
Lazio	14	4.834	462	2.806	7.012
Liguria	7	1.088	66	1.047	1.819
Lombardia	19	6.051	597	3.998	9.307
Marche	7	777	34	542	1.225
Molise	3	391	0	56	480
Piemonte	13	3.679	169	2.481	4.997
Puglia	11	2.459	210	777	4.145
Sardegna	12	2.257	47	919	2.133
Sicilia	27	5.555	171	1.372	7.098
Toscana	18	3.261	152	2.286	4.148
Trentino A.A.	2	280	18	289	416
Umbria	4	1.332	69	703	1.630
Valle d'Aosta	1	181	0	203	281
Veneto	10	1.985	153	1.923	3.250
TOTALE	206	47.040	2.804	23.492	65.701

Il sistema penitenziario nazionale soffre di un sovraffollamento diffuso in tutte le regioni, con picchi superiori al 150% in Friuli Venezia Giulia, Liguria, Lombardia, Marche, Puglia, Valle d'Aosta e Veneto e con situazioni di poco al di sotto (Campania, Emilia Romagna, Lazio, e Trentino Alto Adige). La Toscana si assesta al 130% circa di sovraffollamento, con importanti variazioni all'interno del proprio territorio.

La situazione è resa ancora più complessa dalla presenza massiccia di detenuti stranieri, con una media nazionale superiore al 35% della presenza complessive.

Az. USL competente	Istituto	Capienza	Detenuti presenti al 31/12/2012		
			di cui donne	di cui stranieri	Totale
1 Massa e Carrara	CR Massa	227		102	257
2 Lucca	CC Lucca	113		74	138
3 Pistoia	CC Pistoia	74		70	140
4 Prato	CC Prato	476		416	693
5 Pisa	CC Pisa	225	38	231	362
5 Pisa	CR Volterra	177		33	172
6 Livorno	CC Livorno	284		86	146
6 Livorno	CR Gorgona	86		29	56
6 Livorno	CR Porto Azzurro	326		242	445
7 Siena	CC Siena	50		48	89
7 Siena	CR San Gimignano	235		197	404
8 Arezzo	CC Arezzo	103		4	17
9 Grosseto	CC Grosseto	23		14	28
9 Grosseto	CC Massa M.mma	28		17	43
10 Firenze	CC Sollicciano	520	95	661	956
10 Firenze	CC Gozzini	89		32	77
11 Empoli	OPG Montelupo	201	0	18	106
11 Empoli	CC Empoli	24	19	12	19
TOTALE		3.261	152	2.286	4.148

Il sovraffollamento caratterizza stabilmente gli istituti per adulti, determinando serie condizioni critiche per la popolazione carceraria, con effetti decisivi sulle condizioni di salute e quindi sui bisogni in termini di assistenza sanitaria. I dati, aggiornati al 31 dicembre 2012 (fonte dati: DAP – Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria), mostrano per il sistema adulti un sovraffollamento che si attesta al 130% circa, con picchi del 145% circa a Prato, 183% nel carcere di Sollicciano e 189% a Pistoia (i detenuti sono quasi il doppio rispetto alla capienza regolamentare).

Molto alta è la presenza straniera che si attesta a circa 55% della popolazione totale, rappresentando di fatto più della metà dei presenti.

Per quanto riguarda i singoli istituti, viene programmato un monitoraggio annuale delle attività sanitarie, rilevando il numero di personale sanitario presente nel presidio sanitario penitenziario, il monte ore settimanale organizzato per turnazione (e quindi la copertura sanitaria in termini di ore assicurata) e l'erogazione di prestazioni di discipline specialistiche, erogate sia all'interno dell'istituto che nei servizi territoriali esterni.

8.2 Il personale sanitario

Per quanto riguarda il trasferimento del personale sanitario transitato dal Ministero della Giustizia al SSR è stata adottata dalla Giunta regionale la Delibera n. 784 del 30 agosto 2010, che ha per oggetto "Linee di indirizzo per la definizione dei rapporti di lavoro nel SSN del personale operante negli istituti penitenziari". Il passaggio del personale non è stato agevole e l'attuazione della Delibera suddetta ha richiesto ulteriori specifiche.

Dal monitoraggio attuato dal 2008 in poi è emerso un complessivo incremento di personale sanitario; per quanto riguarda i medici si registra una sostanziale continuità nel numero dei professionisti e delle ore di assistenza prestate; per quanto riguarda gli psicologi, invece, si rileva un aumento dei professionisti impiegati, anche grazie ai progetti attivati dalle Aziende USL per l'implementazione dell'assistenza psicologica; . Il settore infermieristico fa registrare l'incremento più marcato, con un aumento di circa il 47% in termini di unità (dal 2008 al 2012 si è passati da 149 a 219 unità) e le ore di assistenza prestate sono quasi raddoppiate; anche il personale tecnico fa registrare un aumento nel numero dei professionisti. Il personale ausiliario e OSS risultano stabili in termini di unità, ma è rilevato un aumento delle ore di assistenza prestate all'interno dei presidi sanitari penitenziari. Complessivamente le Aziende USL hanno impegnato forze consistenti per il miglioramento dell'assistenza sanitaria in carcere, ma la situazione del personale risente ancora del quadro normativo di riferimento che permette di mantenere un vasto regime derogatorio rispetto ai contratti in essere del SSN, in attesa della definizione contrattuale a livello nazionale per il personale sanitario occupato in ambito penitenziario. Ciò rende ancora più complesso l'inserimento di tali professionalità nel contesto organizzativo e programmatico aziendale. Si tratta di un problema condiviso a livello nazionale, che interessa pienamente tutte le Regioni.

Si riportano nella tabella seguente i dati complessivi del personale sanitario in servizio in Toscana al 31 dicembre 2012, non comprendendo le discipline specialistiche, come richiesto dal monitoraggio del DPCM del 1 aprile 2008 del sistema adulti e minori.

Qualifica	Unità complessive personale impiegato	Totale ore settimanali personale impiegato	Dettagli
Medici	177	3795	17 Responsabili di presidio
			17 Incaricati legge 740/70
			107 medici di guardia
			36 psichiatri
Infermieri	219	7321	15 coordinatori infermieristici
			101 di ruolo (di cui 29 dipendenti ASL in orario aggiuntivo/completamento ore)
			103 a contratto
Psicologi	31	323	di cui 5 di ruolo e 26 a contratto
Personale tecnico	26	373	di cui 1 per la riabilitazione psichiatrica
			25 varie professionalità (11 a contratto e 14 di ruolo)
Personale ausiliario e OSS	20	699	di cui 13 unità di personale ausiliario a contratto
Totale Toscana	472		operatori del SSR in ambito penitenziario

Per quanto riguarda le discipline specialistiche le informazioni rilevate consentono di esprimere osservazioni di tipo macroanalitico. L'implementazione del sistema informativo e l'introduzione della cartella socio-sanitaria informatizzata per la gestione dei pazienti detenuti, introdotta progressivamente negli istituti della Toscana, potrà dare interpretazioni maggiormente articolate attraverso l'incrocio dei dati emergenti dagli effettivi servizi erogati, con quelli delle prescrizioni e dei relativi esiti diagnostici.

La reportistica mostra un'elevata copertura su alcune discipline prevalenti di maggiore necessità, quali psichiatria, odontostomatologia, malattie infettive, dermatologia, cardiologia, otorinolaringoiatria, ortopedia e chirurgia.

In tutti gli istituti è previsto un medico responsabile del presidio sanitario penitenziario ed è assicurata la presenza dello psichiatra in tutti gli istituti per adulti (non negli IPM dove è disponibile a chiamata). Inoltre ogni Azienda USL ha nominato un medico Referente aziendale per la sanità penitenziaria, con funzione di coordinamento, che è membro dell'Osservatorio permanente sulla sanità penitenziaria. Il gruppo ristretto dei Referenti aziendali si riunisce con cadenza mensile.

AZ. USL	Istituto	Numero prestazioni specialistiche totali	di cui interne	di cui esterne
1	IPM Pontremoli	155	116	39
1	CR Massa	3.511	3.295	216
2	CC Lucca	3.344	2.347	997
3	CC Pistoia	2.372	2.372	0
4	CC Prato	17.902	14.008	3.894
5	CC Pisa	10.769	10.769	0
5	CR Volterra	1.854	919	935
6	CC Livorno	2.104	1.931	173
6	CR Gorgona	191	60	131
6	CR Porto Azzurro	2.408	2.135	273
7	CC Siena	1.269	780	489
7	CR S. Gimignano	3.297	2.406	891
8	CC Arezzo	118	113	5
9	CC Grosseto	409	263	146
9	CC Massa M.ma	146	45	101
10	IPM Firenze	153	14	139
10	CC Firenze Sollicciano	nr		
10	CC Firenze Gozzini	412	230	182
11	CCF Empoli	605	219	386
11	OPG Montelupo F.no	5.570	4.507	1.063

9. L'assistenza sanitaria specialistica

Focus: le malattie infettive

Il 'Progetto Obiettivo' e l'esperienza della struttura Malattie infettive della Azienda sanitaria fiorentina per i detenuti del carcere di Sollicciano

a cura di Andrea Gabbuti, Dirigente Medico Malattie Infettive, SOC Malattie Infettive AS di Firenze, Referente Aziendale Malattie Infettive negli Istituti Penitenziari.

Dal 1999 è iniziata l'esperienza della struttura di Malattie Infettive (M.I.) della Azienda sanitaria fiorentina per i detenuti del carcere di Sollicciano (L 419/98, D.Lgs. 230/99) con l'istituzione di un percorso ambulatoriale ospedaliero dedicato. Con il "Progetto Obiettivo" (Decreto Ministero Salute 21/4/00) dal 2001 la presenza di infettivologi presso il carcere è divenuta strutturata. L'intervento si è articolato in collaborazione con i Colleghi del Sert Interno per l'innesto in una realtà con caratteristiche peculiari. Per garantire la tutela della salute delle persone detenute, al pari della assistenza garantita alla popolazione in stato di libertà, la Regione Toscana ha approvato la L.R. 64/2005 ed ha costantemente aggiornato i protocolli d'intesa tra la Regione e Provveditorato Regionale dell'Amministrazione penitenziaria. Il DPCM del 1/4/2008 ha sancito un ulteriore passaggio recepito pienamente dall'intesa Stato-Regioni del 15 marzo 2012.

Le persone che vengono a conoscenza della sieropositività per HIV, presentano uno stato di disorientamento con conseguenti comportamenti difensivi e/o di rimozione che si accentuano in stato di detenzione. L'attività specialistica all'interno del carcere offre al paziente l'opportunità di apprezzare maggiormente il ruolo del personale sanitario e comunicare il proprio stato di salute e lo stato d'infezione HIV, con spesso coinfezioni HBV e/o HCV. Deve inoltre essere affrontato il problema della riservatezza sulle condizioni di salute, in un ambito sovraffollato, in cui sono poco riservati anche i normali atti della vita quotidiana. Il progetto pilota ha permesso d'identificare le difficoltà derivanti dalle caratteristiche strutturali e organizzative delle istituzioni penitenziarie, la cui finalizzazione è la custodia e la garanzia della sicurezza sociale, in un possibile progetto di reinserimento sociale. Negli anni sono stati svolti dagli infettivologi corsi per il personale sanitario e penitenziario per portare in luce le esigenze di un'attività sanitaria che, se svolta con canoni certi, restituisce salute a tutte le persone coinvolte nel mondo carcerario.

L'attività che gli infettivologi svolgono all'interno del carcere ha ridotto il lavoro del Nucleo Traduzioni della Polizia penitenziaria per la scorta presso l'ambulatorio ospedaliero (che per vari motivi poteva essere solo di 2 o 3 pazienti la settimana e quindi riservata a pazienti HIV gravi). La visita all'interno del carcere ha evitato tutte le incertezze di "accompagnamento" derivate dalla mole di lavoro istituzionale del Nucleo Traduzione verso le sedi giudiziarie. L'assistenza infettivologica è così passata dalla consulenza su richiesta per singolo paziente del Medico Incaricato alla periodica visita, 2 volte a settimana, con una media di 13 visite a seduta.

È stato razionalizzato l'approvvigionamento dei farmaci antivirali maggiori, che fino al 2000 venivano richiesti dal personale sanitario dell'Amministrazione penitenziaria ai centri specialistici che già seguivano il paziente prima della detenzione. Non era garantita efficacemente la fornitura per i pazienti reclusi, non precedentemente seguiti dai centri di M.I. di Firenze, per i pazienti trasferiti da altri carceri e seguiti da altri centri di M.I.. Dal 2004 (dopo la messa a punto il sistema dei centri di costo e delle compensazioni) tutti i pazienti ricevono la terapia con fornitura mensile dalla farmacia ospedaliera dell'Azienda sanitaria fiorentina. Il flusso è organizzato dalla farmacia interna al carcere che verifica la presenza dei pazienti, il consumo del farmaco, compila la richiesta per paziente (che viene associata al piano terapeutico, all'inizio della terapia o della presa in carico, della durata variabile fino a 6 mesi e rinnovabile). La farmacia ospedaliera ha la possibilità del controllo della corrispondenza con il piano terapeutico semestrale. Dal 2011 nella farmacia del carcere sono confezionati settimanalmente contenitori appositi con aspetto 'anonimo', con la quantità e distribuzione giornaliera delle compresse. Si è ottimizzato il consumo dei farmaci antiretrovirali (ARV) evitando eccessi di scorte e, settimanalmente, la modulazione della terapia, permettendo continuità terapeutica per i pazienti appena giunti e riducendo le dispersioni alla scarcerazione. Il paziente ha la possibilità di ritirare il farmaco presso la farmacia ospedaliera nel mese successivo alla scarcerazione, con visita specialistica per la presa in carico dei pazienti non precedentemente seguiti.

Il complesso contesto carcerario subisce mutazione più rapidamente di quanto si possa pensare per fattori legislativi, economici, socio-demografici. L'organizzazione sanitaria e l'attitudine a svolgere la professione sanitaria, pur facendo riferimento ad altre esperienze o modelli, stanno definendo un profilo più adeguato alla situazione carceraria ed alla sua popolazione. Dal 2001 al 2012 la popolazione presso Sol-

licciano ha variato la sua composizione etnica dal 60% d'italiani al 60% di cittadini non dell'Unione Europea. All'interno delle etnie o nazionalità è variato il numero di presenze per soggetti di origine africana, slava ed asiatica, con nuove necessità di comunicazione linguistica e l'esigenza di una maggior presenza del mediatore culturale, che nei casi di "sfiducia" del paziente è stato sostituito con connazionale scelto dal paziente.

Tali modifiche hanno comportato la variazione delle prevalenze dell'infezione HIV, HBV, HCV e TB e la cronicità, perché spesso acquisite alla nascita o nell'infanzia.

Il monitoraggio diretto della casistica ci ha permesso una migliore determinazione della consistenza dei problemi. Tra i detenuti le prevalenze, oscillanti negli anni, tra il 30 e 35% per l'epatite da HCV, del 5-10% per HBV e il 2% per HDV; del 7-14% per HIV, e del 35% per l'infezione (TBL) da M. tubercolare. Ed analogamente per infezione dell' HAV e LUE. Tutte queste percentuali sono superiori di 10- 20 volte le prevalenze nella popolazione generale.

Un intervento in ambito carcerario per la diagnosi precoce dell'infezione HIV, i successi controlli, l'attuazione della terapia ARV ed il controllo dell'efficacia e prevenzione delle infezioni di tali pazienti, richiede i controlli dei contatti conviventi, cioè di tutti i detenuti. Tale attività permette così l'individuazione del quadro sanitario dei detenuti con maggior efficacia degli interventi sanitari sui singoli pazienti a prescindere anche dall'infezione HIV.

Così facendo, per l'infezione HBV abbiamo evidenziato che il 40-47% ha già superato la malattia, il 5-13% era stato già vaccinato, il 4-25% è suscettibile ed è stato vaccinato durante la detenzione (2001-2012), l'11-17% è portatore di infezione cronica e l'1% è in trattamento antivirale. Purtroppo parte dei suscettibili non riceve o completa la vaccinazione (12%-25%) per i motivi sotto esposti. Per l'infezione da HCV si è incrementato il controllo clinico, il trattamento di 6 o 11 mesi, per i pazienti con una permanenza adeguata per durata, la definizione dei casi d'infezione superata per negativizzazione del test HCV RNA. Per l'infezione tubercolare fu avviata l'offerta dello screening con il test secondo Mantoux che ha raggiunto una percentuale soddisfacente di detenuti dal 2004. I dati del 2004-2009 (15% della popolazione) confermano l'importanza del controllo, diagnosi e cura tempestiva in ambiente carcerario. A fronte dei dati, la direzione aziendale ha assunto 2 assistenti sanitarie. Tale percorso ha portato all'offerta del test a tutti i detenuti in ingresso e già presenti dal 2010 e l'esecuzione da circa 280 nel 2003 ad oltre 930 nel 2012.

Rilevante sull'interruzione di programmi assistenziali e terapeutici è l'impatto dei trasferimenti improvvisi in altri istituti (per motivi di giustizia, disciplinari etc.), dell'improvvisa esecuzione della scarcerazione o del cambiamento del regime di detenzione ai domiciliari. Per tale problema, non risolvibile della singola azienda sanitaria, è stata intensificata la rete di relazioni tra gli infettivologi che, da anni, in particolare per i corsi d'aggiornamento (L.135/90), si scambiano i raccordi anamnestici dei pazienti che devono cambiare il centro specialistico. La rete ha migliorato la presa in carico di pazienti in trattamento presso uno dei centri di M.I. della regione Toscana. Non presso tutti gli istituti penitenziari è presente lo specialista infettivologo, per scelte diverse di organizzazione seguite dalle dirigenze aziendali.

Importante rimane l'affrontare l'assistenza dei pazienti HIV, HCV, e TB ai "domiciliari" per garantirne la continuità diagnostica e terapeutica. Per la risoluzione di tale difficoltà è utile attingere all'esperienza che le M.I. hanno sviluppato per l'assistenza

domiciliare ai malati d'AIDS e creare il giusto coordinamento con le diverse componenti amministrative, di polizia e giudiziarie per attuare l'assistenza diagnostica e terapeutica al domicilio, riducendo di fatto l'impegno degli avvocati, giudici e forze di polizia in occasione delle attuali visite mediche presso gli ospedali.

10. I servizi per le tossicodipendenze

In Toscana l'assistenza ai detenuti, adulti e minori, con problemi di dipendenza da sostanze stupefacenti illegali e legali (alcol), già prima dell'entrata in vigore del D.Lgs 230 del 1999 è stata affidata ai SERT (Servizi per le tossicodipendenze).

Ai 41 SERT del territorio toscano (di cui 1 in ambito penitenziario) compete la presa in carico e la cura delle persone detenute con problemi di tossicodipendenza e alcoldipendenza. Attraverso un lavoro multidisciplinare e multiprofessionale di equipe, i SERT garantiscono ai detenuti con problemi di dipendenza le cure mediche e il raccordo operativo con gli operatori della giustizia e con gli altri operatori della sanità che afferiscono ai competenti servizi delle Aziende USL.

Nel 2010 la Regione Toscana, con la Delibera di Giunta regionale 848, per favorire l'ingresso in comunità terapeutica dei detenuti tossico e alcol dipendenti e per contenere il sovraffollamento delle carceri, ha istituito un gruppo di lavoro che ha il compito di elaborare linee di indirizzo per la realizzazione di misure alternative alla detenzione, compresi gli inserimenti in comunità terapeutiche per tossicodipendenti.

Il lavoro di questo gruppo è stato approvato nel 2011 dalla Giunta regionale con Delibera 1232 e con la stessa delibera sono state destinate risorse alle Aziende USL toscane per un'applicazione di tali linee di indirizzo omogenea sul territorio regionale.

Oltre a contribuire alla risoluzione del sovraffollamento delle carceri, la Giunta regionale con tali atti ha inteso di garantire l'effettiva fruizione del diritto alla salute, a una corretta diagnosi, alla cura e al reinserimento sociale e lavorativo dei detenuti tossico-alcol dipendenti.

La funzione del SERT diventa ancora più cruciale e preziosa poiché ad esso spetta la formulazione della diagnosi, del programma terapeutico e la sua attuazione, il suo monitoraggio e la fase di follow up per valutare l'efficacia del programma stesso. Il tutto attraverso un lavoro interrelazionale di continuità assistenziale tra le strutture nell'interesse dell'utente. Nel loro percorso assistenziale, infatti, i soggetti tossico e alcol dipendenti detenuti interagiscono con entrambe le strutture, in un interscambio di compiti continuo e bilaterale: attivato il percorso alternativo al carcere queste persone vengono prese in carico dai SERT territoriali in cui insiste l'istituto penale che si coordina con il SERT di residenza della persona al fine di attuare i migliori e più efficaci interventi sanitari e sociali.

Al 31-12-2012 i detenuti tossico e alcol dipendenti presenti negli istituti penitenziari della Toscana erano 1427, cioè circa un terzo del totale della popolazione carceraria, di cui 1273 usano o abusano di sostanze stupefacenti e 154 di alcol. Tra i detenuti che usano o abusano di sostanze stupefacenti all'ingresso in carcere circa il 45% risulta abusare più di una sostanza e un terzo degli alcoldipendenti abusano anche di sostanze stupefacenti. Le sostanze primarie abusate maggiormente sono gli oppiacei (56%), la cocaina (33%) e i cannabinoidi (9%). 936 persone detenute a tale data sono state diagnosticate tossicodipendenti e 142 alcoldipendenti.

L'intensità delle cure e i vari trattamenti dei quali il detenuto può avvalersi varia-

no a seconda delle esigenze cliniche, personali e familiari delle persone detenute e comprendono un lavoro di equipe per la diagnosi e la formulazione del piano terapeutico. Il soggetto può avvalersi quindi di vari tipi di interventi come le terapie con i farmaci sostitutivi e non, il supporto psicologico e il supporto sociale nonché, in casi particolari previsti dalla legge, delle misure alternative alla pena. Alla fine del 2012, risulta che 398 tossicodipendenti e 50 alcolodipendenti erano in trattamento farmacologico, 232 tossicodipendenti e 40 alcolodipendenti in trattamento psicosociale e 314 tossicodipendenti e 36 alcolodipendenti in trattamento integrato (farmacologico e psicosociale). I detenuti che hanno chiesto di poter usufruire di misure alternative alla pena sono stati 365, tra questi 181 risultavano possedere i requisiti per l'accesso e di questi 131 hanno usufruito delle misure alternative alla pena in base ad un'ordinanza del tribunale di sorveglianza.

11. Salute mentale in carcere

Focus: Salute Mentale nelle carceri fiorentine. All'insegna della integrazione organizzativa e operativa

a cura di Gemma Brandi, Psichiatra, Responsabile Salute Mentale Adulti Firenze 1/4 e IIPP Firenze

Raquel Lenzi, Psicologa Prevenzione Suicidio Sollicciano e Gozzini (PPSSG)

Barbara Manzini, PPSSG

Mario Iannucci, Psichiatra Supervisore PPSSG e Responsabile della SRP 'Le Querce'

Riccardo Lo Parrino, Neuropsichiatra Infantile, Responsabile Salute Mentale Infanzia Adolescenza Firenze 1/4 e IPM Firenze

Le attività di salute mentale della Azienda Sanitaria di Firenze (ASF) sono saldamente collegate con il territorio, allo scopo di applicare compiutamente il DL 230/99, che regola il passaggio della sanità penitenziaria al Servizio Sanitario Regionale (SSR): garantire ai reclusi la stessa risposta di salute dei cittadini liberi.

La ricerca ASF, autorizzata dal DAP nel carcere di Sollicciano tra il 2001 e il 2002, ha dimostrato che il 41,7% dei nuovi giunti presenta un disturbo di Asse I, a fronte del 7,3% nella popolazione generale; il 15,7% è portatore di un Disturbo Antisociale di Personalità, contro l'1,9% nella popolazione generale; nel 70% si registra un Disturbo di Personalità, con il 2% per il Disturbo Istrionico di Personalità -quello massimamente rappresentato- nella popolazione generale. Sempre detto studio rilevò il rischio autolesivo in un grande reclusorio: 0,03% nuovi giunti, 0,3% nei soggetti seguiti, 0,4% in quanti non erano stati mai avviati a un trattamento psichiatrico e/o psicologico. Si sapeva che, nel raffronto tra suicidi in carcere e fuori, il primo svetta, con percentuali di poco inferiori allo 0,1%, contro lo 0,006% nella popolazione generale. A Sollicciano sono associate una delle due sezioni di osservazione psichiatrica femminili e una delle poche maschili attivate nel Paese, oltre alla Casa di Cura e Custodia Femminile, il solo esempio in Italia di internamento in un carcere ordinario.

La dignità quantitativa e qualitativa del problema psicopatologico imponeva che vi fosse un piano serio di salute mentale, garantito dall'ingresso del Dipartimento di Salute Mentale (DSM). Delle figure che operano in un DSM - psichiatri, psicologi, infermieri, educatori, assistenti sociali - c'erano, al momento del passaggio, solo psichiatri e operatori non professionali della riabilitazione. Dal locale Centro di Salute Mentale, gli Infermieri si recano in carcere per eseguirvi Trattamenti Sanitari Obbligatoriosi (TSO) extraospedalieri autorizzati con ordinanza sindacale, mentre un Educatore

Professionale vi ha importato dei protocolli riabilitativi. Grazie alla gestione da parte del DSM del Progetto Regionale di prevenzione del suicidio, si è potuto contare su risorse psicologiche, prima assenti. Mancano tuttora gli assistenti sociali.

Operano nelle carceri per adulti di Firenze 10 psichiatri, sei giorni su sette, per complessive 139 ore. Queste coincidono con l'orario di 3,7 dirigenti a tempo pieno. Poiché l'attività a favore di circa 1.100 ospiti, è ormai corrispondente a quella di un territorio di 50.000 abitanti -con livelli essenziali di assistenza di 1 psichiatra ogni 10.000 abitanti- i buoni risultati raggiunti, se dall'autunno 2012 non si sono verificati suicidi nei due istituti, derivano anche dal non essere l'orario medico assorbito da attività ospedaliera. Alla riabilitazione lavorano, sette giorni su sette, 3 professionisti per complessive 68 ore settimanali. Non essendo transitati al SSR gli psicologi prima operanti in carcere, i 4 attivi sei giorni su sette per complessive 56 ore settimanali, sono frutto dello specifico progetto regionale di prevenzione del suicidio. Nel primo semestre 2013 gli psicologi e gli psichiatri hanno visitato, rispettivamente, 130 e 571 soggetti ed effettuato 1437 e 3791 prestazioni. Numeri che si commentano da soli. Sollicciano, d'altronde, è un complesso penitenziario ad alto rischio, per la documentata intensità psicopatologica che lo connota. Nell'ottobre 2012 degli psicologi furono con accuratezza reclutati e formati al compito di svolgere una capillare funzione di assessment e di terapia nei due istituti fiorentini, a partire dalla Sezione Transito, l'area dell'arrivo in carcere, dove si rileva il rischio suicidario per il tramite di una checklist adattata alla dimensione penitenziaria. Lavoro di rete e approccio multidisciplinare sono i punti di forza del progetto, accanto alla presa in carico personalizzata delle singole sofferenze e a percorsi psicoterapeutici a lungo termine. Va detto che, la definizione di una procedura chiara di segnalazione del rischio, ha favorito l'attenzione di tutti al problema e in generale alla sofferenza psicopatologica.

Di concerto con la presa in carico intra moenia, l'ASF ha nel suo territorio una eccellenza toscana: la Struttura Residenziale Psichiatrica (SRP) Le Querce, esempio di innovazione riuscita. Inaugurata il 10 Settembre 2001, è stata inizialmente finanziata dal Ministero della Sanità, quindi dalla Regione Toscana. La gestisce una cooperativa, con supervisione del DSM della ASF, da sempre alla guida dell'esperienza. Le mura sono di proprietà della Curia Fiorentina che sposò l'avveniristico progetto di dare vita a un tramite fra tra lo stato di internamento/detenzione e la libertà: all'ombra delle querce di Mamre, si legge nelle Sacre Scritture, Dio si ritemprò lungo il cammino. Costituirsi come spazio di valida ospitalità a tempo, è il mandato istituzionale del luogo che, dapprima unico in Italia, ha infine contagiato aree del Paese apparse in precedenza scettiche circa la possibilità di trovare soluzioni praticabili al problema della follia trasgressiva, un problema che non può esaurirsi nell'internamento in Ospedale Psichiatrico Giudiziario (OPG).

Attraverso Le Querce sono transitati, dal settembre 2001 al dicembre 2012, 76 soggetti, provenienti da OPG o carcere o che hanno evitato in tal modo internamento o detenzione. Si tratta di autori di reati, spesso gravi, residenti nel territorio della ASF e dal 2006 nell'Area Vasta Centro della Regione Toscana.

Anche grazie a un rapporto interistituzionale forte, fin dalla fase di avvio, tra Salute, Giustizia e Sicurezza, l'iniziativa non ha causato allarme sociale. A guidarla sono stati dei principi fermi: evitare situazioni di pericolo esterno, stabilire uno stretto rapporto con i Servizi territoriali, costituirsi come tappa della filiera di una liberazione monitorata, subordinare l'accoglienza nella SRP alla applicazione di una misura giu-

diziaria, quale strumento di facilitazione contrattuale con soggetti spesso non compliant, formare continuativamente gli operatori.

Nonostante alcuni inevitabili ostacoli di percorso la Regione Toscana ha potuto, in virtù della citata esperienza, disegnare un percorso per il piano di riforma degli OPG: due strutture di internamento e quattro strutture a valle di queste, due per l'Area Centro, una per l'Area Nord Ovest e una per l'Area Sud Est, nel rispetto della gradualità monitorata e del principio di territorializzazione.

Se quanto detto riguarda la organizzazione di una risposta di salute mentale per adulti portatori di sofferenza psichica e rei, all'interno dell'Istituto Penale Minorile (IPM) "G. Meucci" di Firenze il problema psicopatologico dei giovani detenuti è affrontato da una rete ASF, costituita da medico, infermiere, psicologo e medico specialista (neuropsichiatra infantile e psichiatra), che opera in maniera integrata con gli operatori della Giustizia. Il modello di assistenza di riferimento, compatibilmente con le caratteristiche del contesto in cui si attua, è quello community based, volto ad assicurare una presa in carico del paziente articolata (multiprofessionale-multidimensionale) e tempestiva (attenzione ai fattori di rischio e ai primi segnali di disagio), che prevede un rapporto di stretta connessione fra personale sanitario e Area Educativa, Area della Sicurezza, operatori sociali della Giustizia e del territorio, Tribunale per i Minorenni. La presenza di due psicologhe part-time attive anche nei presidi territoriali, favorisce il rapido coinvolgimento delle strutture esterne e consente, per i residenti nel territorio comunale fiorentino, la continuità assistenziale dopo l'uscita dal carcere. Anche il neuropsichiatra infantile si muove fra interno ed esterno, dove è membro di un'équipe multiprofessionale elettivamente dedicata alla psicopatologia grave e/o urgente in adolescenza. Particolare attenzione è prestata alla tempestiva individuazione di segnali di sofferenza psicopatologica e, in particolare, di rischio di agiti aggressivi auto/eterodiretti. In proposito sono fondamentali il colloquio psicologico di primo ingresso e il puntuale scambio di informazioni fra gli operatori delle diverse aree che si trovano ad interagire quotidianamente con i minori ristretti.

12. Il centro diagnostico terapeutico (CDT)

I Centri diagnostico terapeutici (CDT) - o Centri Clinici - presso le strutture di detenzione sono previsti dall'art. 17, comma IV del Regolamento di esecuzione dell'ordinamento penitenziario D.P.R. n. 230/2000.

Il regolamento prevede l'organizzazione sul territorio nazionale di reparti clinici e chirurgici rispondenti alle necessità sanitarie della popolazione penitenziaria che, attualmente, sono in grado di rispondere a esigenze di ricovero di lieve e media gravità.

L'articolo 17, al comma IV, recita: "Sulla base delle indicazioni desunte dalla rilevazione e dall'analisi delle esigenze sanitarie della popolazione penitenziaria, sono organizzati, con opportune dislocazioni nel territorio nazionale, reparti clinici e chirurgici."

L'acronimo C.D.T., Centro diagnostico Terapeutico, indica strutture detentive che erogano un'assistenza sanitaria di diverso e maggiore livello rispetto agli istituti penitenziari ordinari, in regime di 'ricovero penitenziario' anche su richiesta dell'Autorità giudiziaria.

I C.D.T. sono quindi strutture detentive che garantiscono un'assistenza sanitaria

all'interno delle carceri simile a quella prestata in ospedale, in modo da assicurare ai detenuti gli stessi diritti di salute dei cittadini liberi. In Toscana esiste un centro diagnostico terapeutico presso l'istituto Don Bosco di Pisa. Presso il centro diagnostico pisano sono disponibili 74 posti letto di cui 9 femminili (unici in Italia) che servono l'intero territorio nazionale per ricoveri programmati di bassa e media intensità, anche non programmati, soprattutto di tipo chirurgico. Nel 2013, sono giunti per disposizione degli uffici competenti del PRAP o del DAP ricoveri di persone affette da patologie gravissime (neoplasie, cardiopatie, bpcò ecc.) che richiedono accertamenti complessi (ad esempio biopsia TAC guidata), RMN con contrasto e spesso ricoveri in ambiente ospedaliero per interventi complessi.

12.1 Il Centro Diagnostico Terapeutico di Pisa: le prestazioni erogate

Nel 2012, con Delibera n. 212 del 19 marzo 2012, la Giunta regionale della Toscana ha approvato e sostenuto un progetto di riorganizzazione dell'assistenza sanitaria del Centro diagnostico terapeutico del carcere Don Bosco di Pisa per migliorare la qualità della degenza e dell'assistenza, aumentare il numero di ricoveri e di interventi chirurgici, ridurre i tempi di ricovero ed infine migliorare il turn-over sui posti-letto.

Da 2010 in poi si è osservato un incremento costante della attività sia in termini di nuovi ricoveri sia di interventi chirurgici effettuati (dai 56 del 2010 ai 191 del 2011).

Gli interventi chirurgici investono specialità di Chirurgia Generale, Urologia, Otorinolaringoiatria ed Ortopedia. La chirurgia generale assicura anche i piccoli interventi di chirurgia plastica, ovviamente di bassa complessità.

Tutte le Unità Operative Ospedaliere della ASL 5, in caso di prestazioni non eseguibili all'interno, collaborano in maniera sistematica con il Centro. L'Azienda Ospedaliera Pisana garantisce le prestazioni di 3° livello in consulenza presso il Centro ed i ricoveri ospedalieri in urgenza o programmati quando non eseguibili internamente e impossibili da soddisfare in day-hospital o day-surgery: infatti in quel caso il ricorso è sempre alle strutture ospedaliere aziendali. La collaborazione avviene anche con le strutture della Azienda Ospedaliera Universitaria Pisana (AUOP) con garanzia di tempi di attesa minimi, soprattutto per casi prioritari.

Il progetto organizzativo del centro clinico CDT ha il preciso obiettivo di soddisfare i bisogni sanitari dei ristretti secondo i criteri di efficacia e di efficienza che caratterizzano le moderne strutture ospedaliere, pur tenendo conto dell'ambito penitenziario in cui si inserisce.

I caratteri sostanziali di questa riorganizzazione consistono: nella revisione delle procedure di accesso al centro con creazione di una lista di attesa trasparente che tenga anche conto delle priorità assistenziali dei vari casi; nella riorganizzazione delle stanze di degenza per acuti con riduzione numerica dei posti letto; nella creazione di stanze dedicate ai post-chirurgici e per infettivi da isolare; nel ristrutturare le camere di degenza con un miglioramento qualitativo ed igienico sanitario.

Il nuovo assetto prevede 32 posti-letto per la sezione maschile e 7 per quella femminile.

Per un miglior turn-over sui posti letto, sarà creata una zona denominata "decharge room" dotata di 17 posti letto per i pazienti dimessi in attesa di traduzione interna od esterna..

Nel reparto femminile sono stati attivati gli screening (pap-test e mammografia) per le donne che rientrano nelle fasce di età previste dal piano di prevenzione dalla Regione Toscana.

Per il Ministero della Giustizia i centri clinici non sono assimilabili agli ospedali, perché non dotati della stessa complessità di servizi strutturali e organizzativi e quindi non in grado di trattare patologie di particolare complessità.

13. L'assistenza sanitaria ai minori sottoposti procedimento penale. La popolazione e lo stato di salute.

In Toscana il Sistema Penale Minorile si articola in due strutture detentive: una destinata ai ragazzi, - l'Istituto Penale Minorile "G. Meucci" di Firenze (maschile) - l'Istituto penale per minorenni di Pontremoli (femminile), inaugurato a dicembre 2011.

Ad entrambi viene garantita l'assistenza sanitaria ordinaria.

Il primo, dotato di un Centro di prima accoglienza, ospita anche minorenni in stato di arresto, fermo o accompagnamento fino all'udienza di convalida che deve aver luogo entro le prime 96 ore dall'arresto;

il secondo, pur ricadendo sotto la competenza territoriale del Centro per la giustizia minorile (CGM) di Torino, accoglie le detenute minorenni del Centro e Nord Italia alleggerendo il cronico sovraffollamento di alcune strutture femminili e favorendo il reinserimento sociale delle minorenni.

L'indagine svolta da ARS, pubblicata nel giugno 2013, sullo stato di salute dei detenuti in Toscana, riguarda anche le condizioni di salute dei minori sottoposti a procedimento penale; vista l'esiguità numerica dei detenuti minorenni, il protocollo di ricerca, contrariamente a quanto previsto per la popolazione adulta, vede l'arruolamento di tutti i ragazzi che accedono alle strutture nel periodo indice (dal 21/05/2012 al 21/09/2012).

Complessivamente, quindi, la popolazione dei minori risulta composta da 78 ragazzi (51 maschi e 27 femmine) con un'età media di 16,5 anni. Nonostante l'età media si mantenga stabile, dall'indagine risulta una netta diminuzione nella presenza di ragazzi con età superiore ai 18 anni, che erano 7 nel 2009 mentre, attualmente, sono soltanto 2.

La caratterizzazione per paese di origine vede il prevalere degli est europei (37,7%) che, fra le femmine, rappresentano addirittura il 92,3% (gli operatori non sempre hanno inserito questa informazione, pertanto il dato può non essere del tutto attendibile).

Fra i maschi, visto il minor numero di dati mancanti, la distribuzione appare più uniforme con un numero lievemente superiore di nordafricani rispetto agli gruppi etnici.

Il livello scolastico è molto basso, con ben il 50% che non ha conseguito alcun titolo di studio, nonostante non ci siano ragazzi di età inferiore ai 13 anni. Rispetto ai coetanei liberi, dove nella stessa fascia di età non sono presenti ragazzi senza alcun titolo di studio, questi minori sembrano sfuggire al controllo sociale vivendo, spesso, in un grave stato di abbandono non solo familiare ma anche istituzionale.

L'analisi dei dati svolta sui detenuti minorenni presenti nelle strutture toscane mette in luce la necessità di applicare su questa fascia di popolazione, ancor più che nella popolazione adulta, interventi educativi volti a favorirne un adeguato reinserimento sociale più che veri e propri interventi di carattere sanitario.

La mancanza d'istruzione ribadisce come gran parte di loro sfugga al controllo istituzionale favorendone il permanere nel circuito dell'illegalità, mentre la condizione di tossicodipendenza da sostanze, spesso conseguenza della marginalità in cui vivono, oltre a facilitare il loro accesso alla criminalità, amplifica il rischio di sviluppare gravi disturbi psichici e di contrarre malattie infettive. La cura di questi ragazzi rappresenta la vera sfida del sistema sanitario.

Dall'analisi dei dati emerge che il principale problema riguarda il consumo di sostanze, legali o illegali, che può avere ricadute non soltanto sullo stato di salute, ma anche nel favorire la condizione di marginalità con esclusione dal circuito scolastico e lavorativo.

Già dal 2011, al fine di tutelare la salute dei minori, con delibera n. 505 del 20 giugno 2011, la Giunta regionale approvava il percorso per la presa in carico, da un punto di vista sanitario, dei minori e dei giovani adulti sottoposti a procedimento penale, sia nelle situazioni ordinarie che in quelle di urgenza.

Il percorso integrato socio-sanitario-educativo, sia ordinario che d'urgenza, di presa in carico dei minori sottoposti a procedimento penale disposto dall'Autorità Giudiziaria Minorile, è il frutto di un lavoro congiunto condotto dalla Regione con i Centri per la Giustizia Minorile di Firenze e Pontremoli ed i Servizi competenti delle Aziende USL di riferimento. L'obiettivo è consentire la prestazione di interventi appropriati rispetto ai bisogni assistenziali, rispondendo all'esigenza della magistratura di emettere provvedimenti tempestivi e precisando la competenza economica per la presa in carico dei costi della retta di mantenimento, a seconda del tipo collocamento individuato (comunità terapeutica o comunità socio-educativa).

13.1 La salute dei minori nell'indagine svolta da ARS

a cura di Caterina Silvestri, Responsabile - PO Epidemiologia popolazioni svantaggiate - Settore sociale,

Osservatorio di Epidemiologia Agenzia regionale di sanità della Toscana e Stefano Bravi, Funzionario di ricerca - Settore sociale, Osservatorio di Epidemiologia Agenzia regionale di sanità della Toscana

L'indagine pubblicata da ARS nel 2013 illustra le principali patologie da cui risultano affetti, trattando queste informazioni soprattutto dal punto di vista delle conseguenze che da queste scaturiscono.

Su 78 ragazzi, 30 presentano almeno un disturbo (38,5%). Le patologie principali fanno parte del grande gruppo delle malattie mentali con una netta prevalenza dei disturbi da dipendenza da sostanze, che sull'intera popolazione detenuta coinvolgono ben il 23,1% dei ragazzi.

Nonostante vi siano validi studi sul tema dell'uso di sostanze nella popolazione giovanile, il confronto risulta impossibile dal momento che nessuno di questi prevede una vera e propria diagnosi di disturbo da dipendenza da sostanze, ma soltanto informazioni sul consumo. Pertanto, pur consapevoli che la realtà italiana si discosta da quella di altri paesi, abbiamo provato a confrontare i nostri risultati con quanto presente in letteratura.

Secondo un recente studio svolto dal National Center for Mental Health and Juvenile Justice², il 46,2% dei ragazzi detenuti è affetto da un disturbo da dipendenza da sostanze, valore che sale all'85% se prendiamo in considerazione soltanto l'utilizzo. Nonostante il dato toscano risulti inferiore ad altre realtà, l'immagine che ne ricavia-

mo è abbastanza allarmante. È nota, infatti, la forte relazione fra l'abuso di sostanze in età precoce e lo sviluppo di gravi patologie mentali, come i disturbi di personalità antisociale o altri atteggiamenti devianti, che vanno a sommarsi ai rischi infettivi, o di altra natura, connessi all'assunzione di droghe.

14. Il percorso di superamento dell'ospedale psichiatrico giudiziario

a cura Franco Scarpa, Psichiatra, direttore UOC, "Salute in carcere" Asl 11, Coordinatore gruppo interregionale di Bacino

14.1 La normativa di riferimento. Premessa

Il superamento dell'OPG, con la conseguente chiusura delle attuali strutture penitenziarie gestite dal Ministero della Giustizia, si deve realizzare attraverso la costruzione di un sistema che garantisca l'intervento di cura, e la presa in carico, da parte del Servizio Sanitario Nazionale, dei pazienti psichiatrici che abbiano commesso un reato e siano sottoposte, nell'attuale sistema penale, ad una misura di sicurezza, in strutture dedicate ed ampliando le soluzioni già attualmente in essere nella Rete dei Servizi.

La chiusura degli OPG non dovrà comportare la ricostituzione di strutture sanitarie che abbiano il fine della segregazione, o internamento: la limitazione della libertà personale, sostenuta dall'esigenza di prevenire la commissione di nuovi reati, come il Codice Penale prevede, non dovrà comprimere il diritto alla cura ed alle re-inclusione sociale.

A distanza di 5 anni dall'emanazione del DPCM 01-04-2008, il percorso da realizzare è ancora complesso, sia sul piano organizzativo delle strutture che operativo.

Corredo complementare del DPCM sono stati gli accordi stipulati in sede di Conferenza Unificata che hanno disciplinato aspetti quali la composizione dei bacini di riferimento inter-regionale, della definizione delle competenze per soggetti senza residenza di riferimento attiva (Accordo del 17-11-09), dell'istituzione di sezioni detentive in Carcere per osservazioni psichiatriche e soggetti con posizioni giuridiche non di misura di sicurezza (Accordo del 13-10-2011).

Nel corso di questi anni è andato avanti il processo di dimissione delle persone internate che si trovano nella condizione di dimissibilità, cioè in prima istanza i pazienti la cui misura di sicurezza, pur giunta alla scadenza ed avendo in ogni caso il paziente raggiunto una soddisfacente condizione di equilibrio e compenso, non veniva revocata per mancanza di adeguati progetti di inserimento domiciliare o di inserimento in strutture da parte dei Servizi territoriali.

Questo fenomeno aveva determinato una crescita delle presenze, e soprattutto delle proroghe della misura di sicurezza, ossia un prolungamento dell'internamento.

Le azioni messe in atto in questi anni hanno portato ad una drastica riduzione delle presenze, con un flusso di dimissioni costante e continuo, ed attualmente il fenomeno delle proroghe è notevolmente ridotto.

La difficoltà di mantenere la tempistica definita nel DPCM 01-04-2008 (tre anni) hanno spinto il Parlamento ad inserire nella Legge 09/2012 l'articolo 3 ter che ha ridefinito scadenze più pressanti e ridisegnato il percorso di chiusura degli OPG tramite la creazione di strutture sanitarie per la misura di sicurezza.

Dopo tale Legge è stato emanato il D.M. del 17-10-2012, che fissa le caratteristiche delle strutture per le misure di sicurezza detentive (ricovero in OPG e assegnazione per casa di Cura e Custodia), il D.M. del 28-12-2012 che ha ripartito i fondi previsti riservati, da un lato, alla costituzione delle strutture stesse e, dall'altro, alle necessità di intervento sui Servizi e sul territorio.

Pur avendo dettato una scadenza pressante, il 31-03-2013, per la chiusura degli attuali OPG, i tempi di realizzazione dei passaggi previsti all'interno della legge stessa, hanno indotto il Governo a prolungare con la Legge 57/2013, conversione di un D.L. del 27-03-2013, i termini di scadenza per la chiusura degli OPG al 31-03-2014, introducendo inoltre altre indicazioni per un sistema che non sia basato sulla mera istituzionalizzazione delle misure di sicurezza, seppure in strutture sanitarie e on carcerarie, ma sulla creazione di percorsi di cura territoriale.

Allo stato attuale ogni Regione ha presentato un piano regionale per la creazione di strutture sanitarie previste dal D.M. 13-10-2012, piani che il Ministero della salute ha esaminato ed è in corso di approvazione (al tempo attuale).

Dovranno essere ancora definiti accordi tra i Ministeri per regolamentare lo svolgimento delle funzioni delle strutture, anche con riferimento agli aspetti della esecuzione della misura di sicurezza alle forme dei rapporti con la Magistratura e con le Prefetture per quanto concerne l'attività perimetrale di sicurezza e di vigilanza esterna.

14.2 Le fasi del percorso di superamento: le azioni realizzate

La Regione Toscana fin dall'inizio dell'applicazione del DPCM ha messo in atto azioni specifiche per il potenziamento degli interventi terapeutici e riabilitativi, sia nel quadro di un generale intervento per la Salute delle persone detenute sia con specifici interventi per gli internati in OPG con delibera GRT 441 del 30-05-2011.

Con la delibera GRT 795/12-09-2011 in specifico è stato riattivato il Centro esterno per programmi di riabilitazione psicosociale dei pazienti.

La delibera 841/2011 ha individuato come obiettivo prioritario la dimissione di pazienti toscani dall'OPG, stanziando a tale scopo risorse finalizzate, per ridurre il fenomeno delle proroghe e della permanenza immotivata di soggetti dimissibili all'interno dell'OPG.

Con un lavoro integrato tra Regione stessa, UOC Salute i carcere della USL 11, che ha la competenza alla cura delle persone mentre esse sono internate in OPG di Montelupo Fiorentino, e i DSM della Regione, sono stati elaborati ed attuati, nel periodo 2011-2012, 25 progetti personalizzati di reinserimento con percorsi motivazionali mirati alla dimissione dall'OPG, alla presa in carico da parte dei Servizi, al recupero o al mantenimento del rapporto con le realtà di provenienza

I progetti si sono realizzati sia con inserimenti nelle strutture intermedie già presenti nella Regione (Le Querce e Tiziano) sia nella rete dei Servizi territoriali.

Grazie a tali interventi, e con il proseguire del flusso di dimissioni già programmate, il numero di pazienti toscani si è ridotto sensibilmente dai 60 del 2008 agli attuali 43. Analoghi percorsi sono stati attuati dalle altre Regioni del bacino (Liguria, Sardegna, Umbria)

La positiva realizzazione di tali interventi ha spinto al Regione, con la delibera 127/2013, a riproporre il sistema di condivisione e di integrazione del lavoro tra i Servizi ed attualmente è in corso di realizzazione un programma di assegnazione di risorse per l'attuazione di ulteriori euro 635.551,47 per il finanziamento di ulteriori

27 percorsi terapeutici finalizzati al reinserimento ed alla dimissione con la presa in carico da parte dei Servizi di pazienti in OPG.

Per realizzare tali progetti la Regione Toscana ha potuto destinare nel biennio 2011-2012 dal proprio bilancio, 600 mila euro ulteriori 300 mila euro circa per la loro riabilitazione psicosociale attraverso il Progetto Oltre le Mura.

Inoltre, sempre nel 2013, è stata stanziata la somma di € 35.000,00 per consentire la prosecuzione e facilitazione di attività nell'ambito della salute mentale con finalità di riabilitazione psicosociale delle persone internate, attraverso laboratori interni ed altre attività esterne all'OPG.

14.3 Il Piano della Regione Toscana per la Legge 09/2012

La Regione Toscana ha puntualmente rispettato le scadenze temporali previste ed ha presentato al Ministero della Salute il programma Regionale per la realizzazione delle azioni previste dall'art. 3 ter della Legge 09/2012 e poter di conseguenza acquisire la spendibilità delle risorse stanziato dal DM del 28-12-2012.

Il programma regionale prevede un complesso di interventi di sistema, condivisi da tutti i Dipartimenti della Salute Mentale, finalizzati a valorizzare le strutture e la rete dei Servizi territoriali, in un ottica di autonomia, ma anche di sinergia ed integrazione a livello di Aree vaste, degli interventi di ogni Dipartimento di Salute Mentale.

L'organizzazione del sistema regionale di assistenza prevede livelli differenziati di interventi che tengano conto, da un lato, della misura applicata dalla Magistratura, e delle conseguenti esigenze connesse alle prescrizioni di sicurezza previste dal Codice Penale e, dall'altro, dalle caratteristiche e dai bisogni che il singolo paziente esprimerà.

I livello: è previsto l'utilizzo delle strutture già presenti nella Rete ordinaria dei Servizi Territoriali e dei progetti realizzabili con inserimenti sociofamiliari e presa in carico ambulatoriale. Con tale modalità di intervento saranno realizzate attività volte progressivamente alla realizzazione di percorsi terapeutico riabilitativi con modalità non istituzionalizzanti proponendo alla Magistratura, che potrà adottare gli strumenti normativi previsti dal Codice Penale, di Procedura Penale e dell'Ordinamento penitenziario per mettere in atto misure alternative all'internamento in ospedale psichiatrico giudiziario ovvero anche nelle nuove strutture previste dalla Legge 3 ter e dai livelli successivi definiti nell'organizzazione regionale. Tali programmi individuali saranno realizzati potenziando, dove necessario, i servizi di salute mentale sul territorio.

II livello – Residenze intermedie, costituite da 4 strutture sanitarie extraospedaliere parzialmente protette (con saltuari controlli esterni da parte delle Forze dell'Ordine) destinate ad accogliere le persone cui sono applicate le misure di sicurezza del ricovero previste al comma 2 dell'art. 3-ter della stessa legge 9/2012 e persone cui sono applicate misure di sicurezza non detentive (libertà vigilata) o misure cui sia applicata Licenza Finale Esperimento. La collocazione di tali strutture è prevista nelle tre Aree Vaste della Toscana (2 nell'Area Vasta Centro, 1 nell'Area Vasta Nord Ovest e 1 nell'Area Vasta Sud Est);

III livello – Residenza con sorveglianza intensiva, costituita da una struttura sanitaria con vigilanza perimetrale costante (nell'ambito di appositi accordi con la Prefettura), definita Residenza per Esecuzione Misure di Sicurezza Detentive (REMS-D), destinata ad accogliere le persone cui sono applicate le misure di sicurezza del ricovero previste al comma 2 dell'art. 3-ter della stessa legge 9/2012. Ai sensi dell'art.3 del DM

del 28.12.2012, la Regione Toscana con apposito accordo con la Regione Umbria, è impegnata ad ospitare nelle strutture sanitarie extraospedaliere, i soggetti internati umbri.

Per consentire la realizzazione delle strutture in questione sarà necessario attingere alle risorse della Legge 09/2012 per un complessivo di € 11.587.351,94.

La Regione sta inoltre agendo su ulteriori elementi strategici sistemici, con la finalità di costruire un sistema regionale che possa garantire, anche nel futuro, percorsi di cura delle persone sottoposte a misure di sicurezza o in stato di detenzione.

- Attivazione gruppo di lavoro sull'Osservazione psichiatrica e sul Superamento OPG, all'interno dell'Osservatorio permanente sulla sanità penitenziaria (Delibera Giunta regionale n. 213/2012);
- Costituzione sottogruppo tecnico regionale con i Dipartimenti di salute Mentale delle Aziende USL (decreto dirigenziale n. 481/2013);
- Elaborazione linee di indirizzo per la presa in carico e la cura di pazienti psichiatrici autori di reato nei Dipartimenti di Salute Mentale
- Coordinamento Bacino macroregionale per favorire la presa in carico e la dimissione dall'OPG di Montelupo F.no da parte delle Regioni Liguria, Umbria e Sardegna.

Appendice

NORMATIVA

SALUTE DEI DETENUTI

LR 64 02/12/2005 Tutela del diritto alla salute dei detenuti e degli internati negli istituti penitenziari ubicati in Toscana BURT 44 12/12/2005.

PROGRAMMAZIONE

DCR 113 31/10/2007

Piano integrato sociale regionale (PISR) 2007-2010
Supplemento BURT 131 48
28/11/2007;

DCR 53 16/07/2008

Piano sanitario regionale (PSR) 2008-2010
BURT 25 30/07/2008.

FINANZIAMENTI REPARTI

OSPEDALIERI

DGR 956 17/12/2007

Promozione della salute in carcere:
Assegnazione risorse alle tre Aree Vaste
Banca dati atti regionali.

ORGANISMI PER LA SALUTE IN CARCERE

DGR 1162 17/12/2012

Ridefinizione della “Cabina di Regia regionale per il Coordinamento delle politiche regionali in ambito carcerario”, di cui alla decisione GR 57/2008, e dell’”Osservatorio Regionale Interistituzionale Permanente Carcere”, di cui alla DGR 644/2010.
Banca dati atti regionali.

DGR 213 19/03/2012

Sanità in carcere: semplificazione degli organismi regionali. Revoca DGR 759/2007 e DGR 693/2008. (Osservatorio).
Banca dati atti regionali.

DPGR 174 del 5/10/2012

Osservatorio permanente sulla sanità penitenziaria. Costituzione.
Pubblicazione integrale (PBURT/BD)

LINEE DI INTERVENTO 2011/2012 (DGR 441/2011)

DGR 441 30/05/2011

Qualità della salute dei cittadini detenuti. Linee di intervento prioritarie per il biennio 2011-2012
Banca dati atti regionali.

DGR 505 20/06/2011

Tutela della salute dei minori: approvazione modalità operative per la presa in carico dei minori sottoposti a procedimento penale.
Banca dati atti regionali.

DGR 795 12/09/2011

DGR 441/2011 - Obiettivo 7: proposta presentata dall’Azienda USL n. 11 di Empoli per la realizzazione di interventi terapeutico-riabilitativi diretti ai pazienti internati in ambito penitenziario.
Approvazione e assegnazione risorse.
Banca dati atti regionali.

DD 5041 del 14/11/2011

DGR 795/2011- Interventi terapeutico-riabilitativi diretti ai pazienti internati in ambito penitenziario proposti dall'Azienda USL n. 11 di Empoli-impegno e liquidazione.

Banca dati atti regionali.

DGR 841 del 30/10/2011

Linee di indirizzo per il superamento dell'Ospedale Psichiatrico Giudiziario di Montelupo Fiorentino Banca dati atti regionali.

DD 6058 del 14/11/2011

DGR 841/2011 - Percorsi terapeutici finalizzati al reinserimento nel territorio di provenienza dei pazienti internati in Ospedale Psichiatrico Giudiziario di Montelupo F.no, residenti in Toscana ed aventi i requisiti sanitari e giuridici di dimissibili. Impegno e liquidazione e assunzione a prenotazione specifica.

DD n. 5058 del 10/12/2012

Adegamenti e integrazioni dei percorsi terapeutici finanziati con DD 6058/2011. Impegno e liquidazione.

DGR 842 del 03/10/2011

La prevenzione del suicidio in carcere: linee di indirizzo Banca dati atti regionali.

DGR 852 10/10/2011

DGR 441/2011 - obiettivo 12: approvazione modalità operative per la messa a norma degli impianti nei locali destinati allo svolgimento delle funzioni sanitarie all'interno degli istituti penitenziari Banca dati atti regionali

DGR 967 14/11/2011

DGR 441/2011 - obiettivo 3: approvazione "Percorso di gestione del rischio clinico all'interno dei servizi sanitari delle carceri toscane" e "Linee di indirizzo per la sicurezza dei pazienti nei servizi sanitari carcerari" Banca dati atti regionali.

DGR 1094 05/12/2011

DGR 441/2011 - Obiettivo 6: "Implementazione dell'assistenza psicologica per la tutela della salute in carcere". Approvazione e assegnazione risorse Banca dati atti regionali.

DD 6207 del 23/12/2011

DGR 1094/2011 - "Implementazione dell'assistenza psicologica per la tutela della salute in carcere". Impegno e assegnazione.

DD 2511 del 05/06/2012

DGR 1096/2011 - Implementazione dell'assistenza sanitaria nel Presidio sanitario della Casa Circondariale di Lucca, mediante l'introduzione dei principi innovativi della sanità d'iniziativa, del controllo del rischio clinico, della prevenzione del rischio suicidario, della telemedicina e telediagnostica. Impegno e liquidazione all'Azienda USL n. 2 di Lucca.

DGR 1096 05/12/2011

Implementazione dell'assistenza sanitaria nel presidio sanitario della Casa Circondariale di Lucca mediante l'introduzione dei principi innovativi della sanità di iniziativa, del controllo del rischio clinico, della prevenzione del rischio suicidario, della telemedicina e telediagnostica Banca dati atti regionali.

DGR 1161 19/12/2011

DGR 441/2011 - Obiettivo 2: proposta presentata dall'Azienda USL n. 10 di Firenze per la prevenzione del suicidio e dell'autolesionismo nella popolazione detenuta femminile. Approvazione e assegnazione risorse Banca dati atti regionali.

DGR 6168 del 23/12/2011

DGR 1161/2011- La prevenzione del suicidio e dell'autolesionismo nella popolazione detenuta femminile. Impegno e liquidazione all'Azienda USL n. 10 di Firenze.

DGR 1233 27/12/2011

DGR 441/2011 - Obiettivo 5: "Formazione professionale - progettazione e organizzazione eventi formativi destinati ai detenuti, al personale sanitario, al personale penitenziario". Approvazione e assegnazione risorse Banca dati atti regionali.

DD 1266 del 12/03/2012

DGR 1233/2011 - "Formazione professionale - Progettazione e organizzazione eventi formativi destinati ai detenuti, al personale sanitario, al personale penitenziario". Impegno.

DGR 212 19/03/2012

DGR 441 - Miglioramento dell'assistenza sanitaria del Centro Clinico del Carcere Don Bosco di Pisa: organizzazione, introduzione dei principi innovativi dell'informatizzazione del sistema accettazione dei pazienti, telemedicina e telediagnostica. Approvazione e assegnazione risorse all'Azienda USL n. 5 di Pisa. Banca dati atti regionali.

DD 2510 del 05/06/2012

DGR 212/2012 - Miglioramento dell'assistenza sanitaria del Centro Clinico del carcere Don Bosco di Pisa mediante l'organizzazione e l'introduzione dei principi innovativi dell'informatizzazione del sistema di accettazione dei pazienti, della telemedicina e telediagnostica. Impegno e liquidazione all'Azienda USL n. 5 di Pisa.

DGR 779 03/09/2012

DGR 441/2011 - Obiettivo 9: progetto "Articolo trentadue: informazione e promozione della salute in carcere" presentato dall'Azienda USL n. 10 di Firenze. Approvazione e assegnazione risorse. Banca dati atti regionali.

DD 4623 del 03/10/2012

DGR 779/2012 - Progetto "Articolo trentadue: informazione e promozione della salute in carcere". Impegno e liquidazione all'Azienda USL n. 10 di Firenze.

DD 4564 03/10/2012

DGR 441/2011 - Obiettivo 13: approvazione procedura per il servizio di lavaggio/sanificazione della materasseria degli istituti penitenziari. Banca dati atti regionali.

DD 6290 del 27/12/2012

Interventi per la salute dei cittadini detenuti - Assunzione di prenotazione specifica a favore delle Aziende sanitarie.

LINEE DI INTERVENTO 2013/2014 (DGR 127/2013)

DGR 127 27/02/2013

Linee d'intervento prioritarie in materia di salute della popolazione detenuta negli istituti penitenziari della Toscana per il biennio 2013 – 201. Banca dati atti regionali.

DGR 763 del 16/09/2013

DGR 127/2013 - Obiettivo 6: consolidamento riabilitazione psicosociale. Approvazione della proposta presentata dall'Azienda USL 11 di Empoli e assegnazione risorse. Atto soggetto a pubblicazione su Banca Dati (PBD)

DGR 794 del 30/09/2013

DGR 127/2013 - Obiettivo 5: implementazione dell'assistenza psicologica in carcere. Atto soggetto a pubblicazione su Banca Dati (PBD)

DGR 413 03/06/2013

DGR 127/2013 - Obiettivo 1: progetto "Penelope - il ritorno a casa". Prevenire l'insorgenza di patologie psichiatriche nella popolazione femminile mediante la promozione di corretti stili di vita. Banca dati atti regionali.

DD 3621 dell'8/08/2013

DGR 413/2013 - Progetto "Penelope - Il ritorno a casa". Impegno e liquidazione all'Azienda USL 11 di Empoli.

DGR 973 del 25/11/2013

DGR 127/2013 - Formazione professionale in ambito penitenziario: percorsi formativi integrati, cartella clinica informatizzata e gestione rischio clinico. Atto soggetto a pubblicazione su Banca Dati (PBD).

DGR 1038 del 02/12/2013

DGR 127/2013-Obiettivo 2: Percorsi terapeutici riabilitativi per giovani adulti provenienti dal circuito penale minorile. Banca dati atti regionali.

DGR 1178 del 23/12/2013

Salute in carcere. Introduzione dell'Attività Fisica Adattata (AFA) negli istituti penitenziari della Toscana. Banca dati atti regionali.

MATERIA IGIENICO SANITARIA

DGR 1020 del 2/12/2013

Salute dei cittadini detenuti ed internati negli istituti penitenziari: acquisto materassi e kit per l'igiene personale. Banca dati atti regionali.

PROTOCOLLI DI INTESA

DGR 1153 14/12/2009

Protocollo di intesa fra la Regione Toscana ed il Ministero della Giustizia per lo svolgimento di attività congiunte nell'ambito carcerario. Approvazione schema Banca dati atti regionali.

DGR 67 25/01/2010

DGR 1153 del 14/12/2009. Protocolli di Intesa fra la Regione Toscana e gli Enti interessati per l'applicazione operativa delle attività previste in ambito carcerario. Approvazione schemi Banca dati atti regionali.

DGR 453 10/06/2013

Trattamento dei dati personali dei detenuti, internati e minori in carico ai servizi del Provveditorato Regionale dell'Amministrazione Penitenziaria e del Centro Giustizia Minorile Banca dati atti regionali.

RECEPIMENTO ACCORDI CU DPCM 01/04/2008

DGR 697 del 26/07/2010

Recepimento di accordi approvati in Conferenza Unificata e relativi al DPCM del 1° aprile 2008 recante “Modalità e criteri per il trasferimento al Servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie, di rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria”. Banca dati atti regionali.

PERSONALE

DGR 784 del 30/08/2010

Linee di indirizzo per la definizione dei rapporti di lavoro nel SSN del personale operante negli Istituti penitenziari. Banca dati atti regionali.

LOCALI – CONVALIDA ELENCO

DGR 1063 13/12/2010

DPCM 01/04/2008 “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”. Articolo 4, comma 2. Convalida dell'elenco dei locali adibiti all'esercizio delle funzioni sanitarie. Banca dati atti regionali.

ICAM

DGR 54 06/02/2012

ICAM: Istituto a Custodia Attenuata per detenute Madri. Determinazioni attuative Protocollo d'intesa DGR 67/2010 – Allegato D. Banca dati atti regionali.

DD 3096 del 10/07/2012

DGR 54/2012 - Realizzazione della sezione a custodia attenuata per detenute madri. Impegno e liquidazione alla Società della Salute di Firenze.

DGR 824 del 8/10/2013

DGR 54/2012 - Adeguamento strutturale istituto a custodia attenuata per detenute madri: assegnazione risorse alla Società della Salute di Firenze.

Atto soggetto a pubblicazione su Banca Dati (PBD)

GARANTE

LR 69 19/11/2009

Norme per l'istituzione del Garante delle persone sottoposte a misure restrittive della libertà personale BURT 49 25/11/2009

DGR 50 20/07/2011

Nomina del Garante delle persone sottoposte a misure restrittive della libertà personale. Banca dati atti regionali.

Deliberazione del Consiglio regionale 82 del 09/10/2013

Nomina del Garante delle persone sottoposte a misure restrittive della libertà personale.

HIV

DGR 680 30/07/2012

Recepimento Intesa tra Governo, Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano e Autonomie locali concernente “Infezione da HIV e detenzione”. Banca dati atti regionali.

SUPERAMENTO OPG DI MONTELUPO FIORENTINO

DGR 330 06/05/2013 Approvazione schema di accordo tra la Regione Toscana, la Regione Liguria, la Regione Sardegna e la Regione Umbria, per il superamento dell'Ospedale Psichiatrico Giudiziario di Montelupo Fiorentino. Revoca DGR 1097/2012. Banca dati atti regionali.

DD 481 26/02/2013

DGR 1097/2012: coordinamento bacino macroregionale e costituzione sottogruppo tecnico regionale. Banca dati atti regionali.

DGR 608 22/07/2013

Percorsi terapeutico riabilitativi per i pazienti internati in ospedale psichiatrico giudiziario, residenti in Toscana ed aventi i requisiti sanitari e giuridici di dimissibilità. Banca dati atti regionali.

DD 3965 del 20/09/2013

DGR 608/2013 - Percorsi terapeutici per i pazienti internati in ospedale psichiatrico giudiziario, residenti in Toscana ed aventi i requisiti sanitari e giuridici di dimissibilità. Atto soggetto a pubblicazione su Banca Dati (PBD)

DGR 715 del 26/08/2013

Percorso regionale di superamento dell'ospedale psichiatrico giudiziario ai sensi dell'art. 3ter del D.L. 211/2011 convertito della Legge 17 febbraio 2012, n. 9.

SISTEMA INFORMATIVO

DGR 196 28/03/2011

Implementazione del Sistema Informativo Regionale sulle tossicodipendenze della cartella socio-sanitaria informatizzata per la gestione dei pazienti detenuti. Banca dati atti regionali.

DETENUTI TOSSICO E ALCOLDIPENDENTI

DGR 1232 27/12/2011

Linee di indirizzo per la presa in carico di persone detenute tossicodipendenti e alcolodipendenti per l'incremento della fruizione dei percorsi alternativi al carcere. Banca dati atti regionali.

DGR 415 del 03/06/2013

Assegnazione alle Aziende USL toscane delle risorse trasferite dal Ministero dell'Economia e delle Finanze per la prevenzione e assistenza dei detenuti tossicodipendenti e alcolodipendenti negli Istituti Penitenziari.

DD 3023 del 16/07/2013

D.G.R.T. n. 415/2013: Assegnazione alle Aziende USL toscane delle risorse trasferite dal Ministero dell'Economia e delle Finanze per la prevenzione e assistenza dei detenuti tossicodipendenti e alcolodipendenti negli Istituti Penitenziaria-Assegnazione e liquidazione. Atto soggetto a pubblicazione su Banca Dati (PBD).

DGR 353 del 20/05/2013

Integrazione tipologie di servizi residenziali e semiresidenziali per tossicodipendenti ex D.G.R.T. 1165/2002 con il servizio residenziale terapeutico per minori e giovani adulti.

PROGETTO CCM

DGR 769 del 27/08/2012

Programma CCM 2012. Approvazione schemi Accordo di collaborazione tra Ministero Salute e Regione Toscana per disciplina degli aspetti operativi e finanziari di n. 4 progetti approvati dal CCM nell'ambito del Programma 2012. Assegnazione di risorse.
Atto soggetto a pubblicazione su Banca Dati (PBD)

DD 6304 28/12/2012

Progetto CCM "Lo stato di salute dei detenuti negli istituti penitenziari di sei regioni italiane: un modello sperimentale di monitoraggio dello stato di salute e di prevenzione dei tentativi suicidari". Impegno e liquidazione all'Agenzia Regionale di Sanità della Toscana - ARS. Banca dati atti regionali.

MEDICINE COMPLEMENTARI (MC)

DGR 380 del 27/05/2013

Accordo Stato Regioni del 07/02/13 - Programma di attività della struttura di riferimento regionale per le Medicine Complementari (MC) e delle sue articolazioni anno 2013: destinazione fondo finalizzato regionale
Atto soggetto a pubblicazione su Banca Dati (PBD)

ACRONIMI

Piano Sanitario Nazionale (PSN)

Piano Sanitario Regionale (PSR)

Servizio Sanitario Nazionale (SSN)

Servizio Sanitario Regionale (SSR)

Agenzia regionale di Sanità (ARS)

Laboratorio Management e Sanità – Scuola Sant'Anna di Pisa (MES)

Istituto Penale Minorile (IPM)

Centro Giustizia Minorile (CGM)

Provveditorato regionale della Amministrazione Penitenziaria (PRAP)

Ospedale Psichiatrico Giudiziario (OPG)