

DELIBERAZIONE 27 dicembre 2011, n. 1232

D.G.R.T. n. 848/2010: approvazione linee di indirizzo per la presa in carico di persone detenute tossicodipendenti e alcolodipendenti per l'incremento della fruizione dei percorsi alternativi al carcere e destinazione risorse.

LA GIUNTA REGIONALE

Visto il Decreto legislativo 22 giugno 1999, n. 230 "Riordino della medicina penitenziaria, a norma dell'art. 5, della legge 30 novembre 1998, n. 419" con il quale è stato avviato un graduale processo di trasferimento dell'assistenza sanitaria all'interno degli istituti penitenziari dal Ministero della Giustizia al Servizio Sanitario Nazionale";

Atteso che il Decreto legislativo 230/1999 sopraccitato all'art. 1 stabilisce che i detenuti e gli internati, al pari dei cittadini in stato di libertà, hanno diritto alla erogazione delle prestazioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione previste nei livelli essenziali e uniformi di assistenza;

Vista la Legge 24 dicembre 2007, n. 244 (Finanziaria 2008) che sancisce, ai commi 283 e 284 dell'articolo 2, il transito definitivo al Sistema Sanitario nazionale di tutte le funzioni sanitarie svolte dal Ministero della Giustizia;

Preso atto del DPCM 1 aprile 2008, nel quale sono riportate le "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, ivi comprese quelle concernenti il rimborso alle comunità terapeutiche delle spese sostenute per il mantenimento, la cura e l'assistenza medica dei detenuti di cui all'art. 96, comma 6 e 6 bis del T.U. di cui al Decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309;

Vista la Legge Regionale 11 agosto 1993, n. 54 "Istituzione dell'Albo regionale degli Enti Ausiliari che gestiscono sedi operative per la riabilitazione e il reinserimento dei soggetti tossicodipendenti: criteri e procedure per l'iscrizione";

Vista la legge regionale 24 febbraio 2005 n. 40 "Disciplina del Servizio sanitario regionale";

Vista la legge regionale 24 febbraio 2005, n. 41 "Sistema integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale";

Richiamata la Legge Regionale 2 dicembre 2005, n. 64 "Tutela del diritto alla salute dei detenuti e degli

internati negli istituti penitenziari ubicati in Toscana", che stabilisce che la Regione Toscana garantisce ai detenuti e agli internati nelle carceri toscane, i livelli essenziali di assistenza sanitaria concernenti le prestazioni preventive, diagnostico-terapeutiche e riabilitative, alla pari degli individui in stato di libertà;

Visto il Piano Integrato Sociale Regionale (P.I.S.R.) 2007-2010 approvato con deliberazione del Consiglio regionale toscano n. 113 del 31 ottobre 2007;

Visto il Piano Sanitario Regionale (P.S.R.) 2008-2010 approvato con deliberazione del Consiglio regionale toscano n. 53 del 16 luglio 2008;

Dato atto che il Piano Sanitario Regionale ed il Piano Integrato Sociale Regionale restano in vigore, ai sensi del comma 1 dell'art. 104 della L.R. 29 dicembre 2010, n. 65, fino al 31 dicembre 2011;

Vista la deliberazione di Giunta regionale n. 1165 del 21 ottobre 2002 "Linee di indirizzo per la riorganizzazione del sistema di interventi nel settore delle dipendenze patologiche e sperimentazione regionale delle tipologie di servizi residenziali e semiresidenziali di cui all'Atto di Intesa Stato-Regioni del 5 agosto 1999", e successive modifiche e integrazioni, che stabilisce anche il sistema tariffario delle suddette prestazioni, basate sull'appropriatezza degli interventi e sull'intensità di cura delle persone con problemi di dipendenza da sostanze legali e illegali;

Vista la deliberazione di Giunta regionale n. 848 del 27 settembre 2010 "Trasferimento al SSN delle funzioni sanitarie penitenziarie. Disposizioni per gli interventi di inserimento in comunità terapeutiche di soggetti detenuti tossico/alcolodipendenti (misure alternative alla pena) e costruzione del percorso assistenziale." con la quale tra l'altro:

- è stata destinata la somma complessiva di Euro 350.000,00 (trecentocinquantamila/00) da erogare alle Aziende USL per l'adeguamento delle tariffe per il trattamento terapeutico in Comunità per le persone detenute tossico/alcolodipendenti sottoposte a misure alternative alla detenzione a quelle previste dalla deliberazione di Giunta regionale 693/2009;

- è stato disposto che tale adeguamento decorre dal 27/09/2010;

- è stato stabilito che la somma di Euro 350.000,00 (trecentocinquantamila/00) copre l'adeguamento delle tariffe per il periodo 27/09/2010-31/12/2010 e che per gli anni successivi la copertura degli oneri necessari è assicurata dalla dinamica prevista per l'andamento del fondo ordinario di gestione e saranno ricompresi all'interno delle assegnazioni alle Aziende USL del suddetto fondo;

- è stato disposto che la somma di Euro 350.000,00 (trecentocinquantamila/00) venga ripartita tra le Aziende USL a seguito di formale richiesta delle stesse sugli oneri sostenuti per l'adeguamento delle tariffe nel periodo 27/09/2010-31/12/2010;

- è stato, altresì, incaricato il Comitato Regionale di Coordinamento sulle Dipendenze, istituito con deliberazione di Giunta regionale n. 13 del 12 gennaio 2009, a definire, di concerto con il PRAP toscano e la Magistratura di Sorveglianza, una proposta di percorso assistenziale e procedure idonee per la presa in carico di persone detenute tossico/alcoldipendenti sottoposti a misure alternative alla detenzione qualora vogliano o abbiano già intrapreso programmi di recupero;

Vista la deliberazione di Giunta regionale n. 441 del 30 maggio 2011 "Qualità della salute dei cittadini detenuti. Linee d'intervento prioritarie per il biennio 2011-2012" che dispone, al punto 8 dell'allegato 1, l'implementazione di percorsi alternativi alla detenzione per detenuti tossicodipendenti o alcoldipendenti allo scopo di consentire la piena attuazione di quanto previsto dal DPCM 1.4.2008 sopra citato;

Visto l'Accordo, ai sensi dell'articolo 9 del Decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, sul "Documento proposto dal Tavolo di consultazione permanente sulla sanità penitenziaria concernente le schede relative alla rilevazione dei detenuti adulti, minori e giovani adulti tossicodipendenti" sancito dalla Conferenza Unificata in data 18 maggio 2011 (Rep. n. 48/CU del 18 maggio 2011);

Richiamata la deliberazione di Giunta regionale n. 487 del 13 giugno 2011 "Approvazione Accordo di Collaborazione tra la regione Toscana, le Aziende USL e il Coordinamento degli Enti Ausiliari della Regione Toscana (C.E.A.R.T.) in materia di prevenzione e recupero di persone con problemi di dipendenza";

Considerato che le azioni sopra esposte si inquadrano all'interno della cornice programmatica del

PSR 2011-2015, approvato con risoluzione del Consiglio Regionale n. 49 del 29 giugno 2011, nella parte in cui sono delineate le linee di indirizzo per la programmazione regionale in materia di diritti di cittadinanza e coesione sociale ed in particolare per gli aspetti che riguardano le politiche integrate socio sanitarie;

Vista la proposta di Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale 2012-2015, approvato dalla Giunta Regionale Toscana il 19 dicembre 2011;

Visto il DPEF 2012 adottato dal Consiglio Regionale con risoluzione n. 56 del 27 luglio 2011;

Atteso che il Gruppo di lavoro, previsto dalla deliberazione di Giunta regionale n. 848/2010 sopracitata, coordinato dal Settore Servizi alla persona sul territorio della Direzione Generale Diritti di cittadinanza e coesione sociale, ha elaborato e condiviso il documento allegato al presente atto per formarne parte integrante e sostanziale (allegato A) denominato "Linee di indirizzo per la presa in carico di persone detenute tossicodipendenti e alcoldipendenti per l'incremento della fruizione dei percorsi alternativi al carcere";

Precisato che le linee di indirizzo e le procedure individuate dall'allegato A, parte integrante e sostanziale del presente atto, sono finalizzate a garantire l'effettiva fruizione del diritto dei detenuti tossicodipendenti o alcoldipendenti alla corretta e tempestiva diagnosi, alla cura e al percorso terapeutico-riabilitativo, alla reinclusione sociale e lavorativa nonché ad implementare i flussi di uscita dal carcere e di conseguenza migliorare le condizioni di vita dei detenuti dovute alla grave situazione di sovraffollamento in cui si trovano gli istituti penitenziari;

Valutata la necessità e l'opportunità, per i motivi sopra esposti, di supportare le Aziende USL toscane per l'attuazione sull'intero territorio regionale delle Linee di indirizzo, allegate al presente atto, assegnando specifiche risorse;

Preso atto che risultano disponibili Euro 171.251,63 (centosettantunomiladuecentocinquantuno/63) a valere sulla prenotazione n. 2/2011 assunta con deliberazione di Giunta regionale toscana n. 848 del 27 settembre 2010 sul capitolo n.26057;

Ritenuto di ridurre la prenotazione n. 2/2011 assunta sul capitolo n. 26057 con deliberazione di Giunta regionale toscana n. 848 del 27 settembre 2010 per Euro 171.251,63 (centosettantunomiladuecentocinquantuno/63);

Ritenuto, pertanto opportuno destinare, in favore delle Aziende USL toscane la somma complessiva di Euro 671.251,63 per la presa in carico di persone detenute tossicodipendenti e alcoldipendenti sottoposti a misure alternative alla detenzione qualora vogliano o abbiano già intrapreso programmi di recupero, da imputarsi come segue:

- Euro 171.251,63 (centosettantunomiladuecentocinquantuno/63) sul capitolo n.26057 "Progetto Obiettivo Dipendenze - Trasferimenti correnti ad Enti Pubblici" (classificato "fondo sanitario vincolato") del bilancio di previsione 2011 che presenta la necessaria disponibilità;

- Euro 500.000,00 (cinquecentomila/00) sul capitolo n. 24047 "Interventi diretti della Regione in sanità" (classificato "fondo sanitario vincolato") del bilancio pluriennale 2011-2013, annualità 2012, che presenta la necessaria disponibilità;

Dato atto che, per la corretta riallocazione delle risorse anche ai fini della classificazione economica, verrà predisposta apposita variazione di bilancio con storno della prenotazione assunta col presente atto sul bilancio pluriennale 2011-2013, annualità 2012, di Euro 500.000,00 a valere sul capitolo n. 24047 verso il capitolo n. 26057 (classificato “fondo sanitario vincolato”);

Considerato che l’assunzione dei successivi impegni di spesa relativi alla quota di Euro 500.000,00 prenotata col presente atto sul capitolo n. 24047 sarà subordinata all’adozione dell’atto deliberativo di variazione di bilancio nel corso dell’esercizio 2012;

Vista la L.R. n. 66 del 29 dicembre 2010 che approva il Bilancio di previsione per l’anno finanziario 2011 e il Bilancio pluriennale 2011/2013 e successive modifiche;

Vista la deliberazione della Giunta regionale 10 gennaio 2011, n. 5, con la quale è stato approvato il Bilancio gestionale 2011 e pluriennale 2011/2013 e successive modifiche;

A voti unanimi

DELIBERA

1. di approvare le “Linee di indirizzo per la presa in carico di persone detenute tossicodipendenti e alcol-dipendenti per l’incremento della fruizione dei percorsi alternativi al carcere” allegate al presente atto (all. A) per formarne parte integrante e sostanziale;

2. di destinare alle Aziende USL toscane per la concreta attuazione delle Linee di indirizzo di cui al precedente punto 1., la somma complessiva di Euro 671.251,63, da imputarsi come segue:

- Euro 171.251,63 (centosettantunomiladuecentocinquantuno/63) sul capitolo n. 26057 “Progetto Obiettivo Dipendenze - Trasferimenti correnti ad Enti Pubblici”

(classificato “fondo sanitario vincolato”) del bilancio di previsione 2011 che presenta la necessaria disponibilità riducendo contestualmente di pari importo la prenotazione n.2/2011 assunta sul capitolo n. 26057 con deliberazione di Giunta regionale toscana n. 848 del 27 settembre 2010;

- Euro 500.000,00 (cinquecentomila/00) sul capitolo n. 24047 “Interventi diretti della Regione in sanità” (classificato “fondo sanitario vincolato”) del bilancio pluriennale 2011-2013, annualità 2012, che presenta la necessaria disponibilità;

3. di dare atto che, per la corretta riallocazione delle risorse di Euro 500.000,00, anche ai fini della classificazione economica, verrà predisposta apposita variazione di bilancio con storno della prenotazione assunta col presente atto sul bilancio pluriennale 2011-2013, annualità 2012, a valere sul capitolo n. 24047 verso il capitolo n. 26057 (classificato “fondo sanitario vincolato”);

4. di subordinare l’assunzione dei successivi impegni di spesa relativi alla quota di Euro 500.000,00 prenotata col presente atto sul capitolo n.24047 all’adozione dell’atto deliberativo di variazione di bilancio nel corso dell’esercizio 2012;

5. di rinviare a successivi atti la definizione dei criteri di riparto delle risorse prenotate con il presente atto in favore delle Aziende USL toscane.

Il presente atto è pubblicato integralmente sul B.U.R.T. ai sensi dell’articolo 5, comma 1, lettera f) della L.R. 23/2007 e sulla banca dati degli atti amministrativi della Giunta regionale ai sensi dell’art. 18 comma 2 della medesima Legge Regionale 23/2007.

Segreteria Della Giunta
Il Direttore Generale
Antonio Davide Barretta

SEGUE ALLEGATO

Allegato A**Linee di indirizzo per la presa in carico di persone detenute tossicodipendenti e alcolodipendenti per l'incremento della fruizione dei percorsi alternativi al carcere****Premessa:**

Il presente documento è finalizzato a identificare una procedura agile ed efficace per l'accesso del detenuto tossicodipendente o alcolodipendente a percorsi terapeutico-riabilitativi alternativi allo stato di detenzione e ottimizzare un percorso di presa in carico per le persone tossicodipendenti e alcolodipendenti dal momento della loro carcerazione al momento della loro uscita dal carcere.

Gli obiettivi sono:

- garantire l'effettiva fruizione del diritto dei detenuti tossicodipendenti o alcolodipendenti alla corretta e tempestiva diagnosi, alla cura e al percorso terapeutico-riabilitativo e alla reinclusione sociale;
- implementare i flussi di uscita dal carcere per migliorare le condizioni di vita dei detenuti dovute alla grave situazione di sovraffollamento in cui si trovano gli istituti penitenziari.

Le presenti linee di indirizzo sono rivolte alle persone tossicodipendenti o alcolodipendenti che si vengono a trovare in stato detentivo e costruito in ottemperanza delle norme vigenti che regolamentano i percorsi alternativi alla detenzione.

Il percorso si propone di coinvolgere in una operatività integrata, anche operatori non appartenenti al SSN che, a vario titolo, afferenti ad Istituti diversi e con diversi compiti, sono implicati nella osservazione e verifica dell'andamento dei programmi terapeutici (Magistratura di Sorveglianza, UEPE, operatori penitenziari,) o nella effettuazione degli stessi (Enti Ausiliari, Cooperative Sociali, Associazioni di Volontariato, Gruppi di mutuo auto aiuto).

I **principi informativi** del presente percorso sono i seguenti:

- da un "sistema di attesa" ad un "sistema d'iniziativa": accogliere e favorire in ogni modo le richieste di progettualità alternative al carcere da parte dei detenuti; data la difficoltà di sviluppare un cambiamento terapeutico all'interno del carcere, anche per i noti contesti di sovraffollamento e di difficoltà strutturali di vario genere, diviene prioritario incoraggiare i detenuti tossicodipendenti e alcolodipendenti ad una precoce comunicazione con gli operatori sanitari preposti;
- l'importanza della diagnosi: la diagnosi di tossicodipendenza e di alcolodipendenza rappresenta il *primum movens* del percorso; per tale motivo essa deve:
 - a) essere accurata;
 - b) utilizzare i criteri diagnostici previsti dall'Accordo Stato/Regioni del 18 maggio 2011 (ICD-9-CM, codici 303, 304, 305 e 292);
 - c) essere tempestiva (non oltre i 30 giorni dal momento della dichiarazione di tossicodipendenza o di alcolodipendenza da parte dell'interessato).

La presenza di diagnosi positiva per tossicodipendenza o alcolodipendenza costituisce *conditio sine qua non* per l'avvio del percorso.

- le opzioni terapeutico-riabilitative ed educativo-riabilitative:
 - l'espiazione della pena con percorsi alternativi alla detenzione deve poter effettuarsi secondo un ventaglio completo di opportunità terapeutico-riabilitative o educativo-riabilitative che devono essere garantite anche a persone in stato di detenzione al pari delle persone libere;
 - nessuna opzione di tale ventaglio deve essere escludibile a priori, poiché solo in tal modo è possibile garantire ai detenuti tossicodipendenti o alcolodipendenti la formulazione di programmi terapeutici commisurati al tipo, gravità e fase di malattia di ogni singolo soggetto;
 - i programmi possono sinteticamente suddividersi in ambulatoriali, semiresidenziali, residenziali, misti;
 - le strutture preposte all'attuazione di tali programmi sono: i SERT., le Comunità residenziali o semiresidenziali a gestione pubblica o degli Enti Ausiliari della Regione Toscana;
 - i programmi terapeutici possono essere svolti, in ciascuna di queste strutture, con un impianto prevalentemente pedagogico riabilitativo o prevalentemente terapeutico riabilitativo; in alcuni casi i programmi possono includere processi terapeutici volti all'inclusione sociale (es. inserimenti lavorativi, inserimenti socio-terapeutici, tirocini formativi, diritto allo studio, etc);
 - i programmi possono essere misti (es. ambulatoriale + semiresidenziale) oppure possono essere sequenziali (es. residenziale e ambulatoriale e viceversa);
- percorso e step-care: ogni tipo di percorso (presso SERT o presso Comunità) deve essere percepito, sia dai vari professionisti che dalla Magistratura di Sorveglianza e dall'Autorità Giudiziaria in genere, come un processo che in modo equivalentemente valido "accompagna" il soggetto; l'accompagnamento deve prevedere un sistema di *step-care*, cioè l'evolversi ed il progredire del programma terapeutico secondo il seguente criterio: **obiettivo** ⇔ **suo raggiungimento** ⇔ **obiettivo successivo** ⇔ **suo raggiungimento**, e così via (metodo *step by step*);
- garanzie e professionalità al lavoro: la struttura SERT deve garantire, oltre alla corretta e tempestiva diagnosi, la individuazione e formulazione del programma terapeutico ritenuto più idoneo al soggetto, relativamente al tipo e gravità della dipendenza, alla fase di malattia, al grado di motivazione personale, alle aspettative e alla realizzabilità delle stesse da parte del soggetto e delle sue condizioni socio-relazionali e strutturali di partenza; l'obiettivo primario è evitare di proporre programmi approssimativi o comunque inadatti, fonte di potenziali fallimenti, che sono esiti disastrosi da scongiurare a causa del forte disagio psichico e sociale che ne possono derivare; il processo di diagnosi, individuazione e formulazione del programma terapeutico e sua attuazione è componente fondamentale della *mission* dei SERT;
- durata dei programmi terapeutici in relazione alla durata delle pene: tutti i programmi hanno una durata; quando terminano, i SERT effettuano per il soggetto una fase di follow-up; tale monitoraggio ha peraltro piena valenza di programma ai fini dell'espiazione di pena, in quanto esso consiste in una verifica puntuale e continuativa del raggiungimento o meno degli obiettivi di step individuati per il soggetto; il follow up è condotto con elementi documentabili e periodicamente aggiornati;

Attuatori:**SERT**

Nel percorso assistenziale di persone tossicodipendenti o alcolodipendenti detenuti interagiscono sia il SERT sul cui territorio insiste l'istituto di pena o comunque il luogo di espiazione della pena (**SERT penitenziario**) sia il Ser.T. territorialmente competente in base alla residenza del paziente (**SERT territoriale**).

- Il **SERT penitenziario** garantisce l'assistenza sanitaria ai detenuti tossicodipendenti o alcolodipendenti, indipendentemente dal loro luogo di residenza, con mandato di continuità assistenziale in favore di quei soggetti tossicodipendenti o alcolodipendenti già in carico al **SERT territoriale** o con mandato di diagnosi per coloro che si dichiarano tossicodipendenti o alcolodipendenti e non sono conosciuti dal **SERT territoriale**.
- Al **SERT territoriale** compete la predisposizione, la scelta e gli oneri di qualsiasi programma terapeutico-riabilitativo formulato per l'attuazione della misura alternativa alla pena; per estensione acquisisce la responsabilità ed i relativi oneri anche relativamente a soggetti non conosciuti - ma residenti nel proprio territorio - che, in regime detentivo, vengono diagnosticati come tossicodipendenti o alcolodipendenti dal **SERT penitenziario**.
- Di norma il **SERT penitenziario** è emanazione del **SERT territoriale** ed esiste un'automatica continuità assistenziale ed una regolare interrelazione tra i due SERT.
- Può accadere che un soggetto, residente in una certa provincia, sia detenuto in un carcere sito in altra provincia; in questo caso il **SERT penitenziario** e il **SERT territoriale** sono normalmente non collegati;
- la comunicazione tra **SERT Penitenziario** e **SERT territoriale** è elemento cruciale per il buon funzionamento del percorso; essa deve essere regolamentata, distinguendo pertanto i compiti dell'uno e dell'altro;

UEPE (Ufficio Esecuzione Penale Esterna)**Tribunale di Sorveglianza****Personale penitenziario afferente al Ministero della Giustizia: educatori, operatori Servizio Nuovi Giunti, corpo di Polizia Penitenziaria**

altri attuatori (Comunità Terapeutiche a gestione pubblica e degli Enti Ausiliari della Regione Toscana, Cooperative Sociali, Associazioni di Volontariato, Gruppi di mutuo auto aiuto)

Le "equipes pluriprovenienti"

L'attuazione del percorso è prerogativa dei vari attuatori sopramenzionati; poiché ciascun attuatore interviene con un proprio specifico compito ed in specifiche fasi del percorso, occorre attivare un'integrazione sinergica.

All'interno del carcere, punto di partenza prevalente del percorso, l'equipe pluriproveniente (operatori penitenziari, UEPE e SERT penitenziario) deve riunirsi, nell'ambito di un protocollo operativo formalizzato, con frequenza regolare per aggiornare lo status dei singoli casi.

Ugualmente nel momento di attuazione della misura alternativa, ove la equipe pluriproveniente ha necessariamente una diversa composizione (SERT territoriale, UEPE, Ente Ausiliario se implicato nel programma terapeutico-riabilitativo del singolo caso o altri attuatori).

Le équipes pluriprovenienti possono essere integrate, ove necessario, da rappresentanti di ulteriori unità operative (es. Psichiatria, nei casi con doppia diagnosi, Malattie Infettive, nei casi con patologie infettivologiche droga-correlate).

1. Fasi del percorso:

descrizione - modalità di attuazione e tempistica - protocolli - motivazione del detenuto e preparazione/accompagnamento al percorso

A)

I. contatto/accoglienza

II. diagnosi di presenza/assenza di tossico-alcoldipendenza e/o di patologie droga-alcoldipendenza correlate; diagnosi di "attualità" di tossico-alcoldipendenza; specifiche di percorso per soggetti territorialmente già conosciuti / non conosciuti

B)

III. presa in carico (in caso di diagnosi positiva) e avvio iter valutativo-motivazionale

IV. scelta e formulazione di programma terapeutico, dichiarazione di idoneità dello stesso e sua condivisione con il soggetto fruitore

V. invio all'Autorità Giudiziaria procedente del programma proposto

VI. preparazione/accompagnamento del detenuto al percorso previsto

C)

VII. attuazione del programma terapeutico con verifiche in itinere

VIII. conclusione del programma ed avvio del follow-up

IX. dimissione

Fase A

contatto/accoglienza e diagnosi di presenza di tossicodipendenza o di alcoldipendenza

Il soggetto è condotto in carcere; nel momento in cui si dichiara tossicodipendente o alcoldipendente agli operatori del Servizio Nuovi Giunti, è indirizzato al medico del SERT penitenziario, che avvierà il processo diagnostico; se il soggetto risulta già conosciuto o in carico ad un SERT territoriale, il SERT penitenziario richiederà informazioni cliniche e diagnostiche al SERT territoriale ed attualizzerà la diagnosi; viceversa, se il soggetto non risulta conosciuto dal SERT territoriale, sarà il SERT penitenziario ad effettuare l'iter diagnostico ed a fornirne le risultanze al SERT territoriale.

Il flusso di informazioni, sia verso il SERT territoriale (casi non precedentemente conosciuti) che verso il SERT penitenziario (casi già conosciuti da attualizzare) deve comprendere i seguenti dati: caratteristiche socio-anagrafiche e tossicologiche, percorsi precedenti eventualmente effettuati, eventuali patologie correlate alla dipendenza.

In alcuni casi è il soggetto stesso che si mette in contatto, tramite una lettera, con il SERT territoriale, richiedendone l'intervento.

Aggregato fondamentale alla fase diagnostica è il documento stilato, all'ingresso del soggetto in carcere, dal Servizio Nuovi Giunti che registra non soltanto la "dichiarazione di tossicodipendenza o di alcoldipendenza" spontaneamente rilasciata dal soggetto, ma anche i primi essenziali elementi clinici eventualmente presenti e che non attengano al mero dato anamnestico. Questo documento deve essere sempre reso disponibile al medico del SERT penitenziario, che può avvalersene ai fini

della diagnosi.

In ogni caso, ove la diagnosi confermi la presenza di tossicodipendenza o di alcolodipendenza, si avvierà il percorso assistenziale-terapeutico oggetto del presente documento.

Poiché spesso la richiesta di aiuto al SERT è affidata alla motivazione spontanea del singolo soggetto detenuto, è opportuno che la stessa venga incoraggiata dagli operatori penitenziari e monitorata nel tempo.

La diagnosi di tossicodipendenza o alcolodipendenza deve essere basata non solo sul mero riscontro anamnestico ma su elementi clinici o documentali recenti al fine di garantire a tutti i soggetti detenuti l'uguaglianza delle procedure diagnostiche e dei processi decisionali che ne conseguono.

Fase B

presa in carico e avvio iter valutativo-motivazionale – scelta e formulazione di programma terapeutico-riabilitativo, dichiarazione di idoneità dello stesso e sua condivisione con il soggetto fruitore – invio all'Autorità Giudiziaria precedente del programma proposto

Il soggetto che ha ricevuto nella fase A una diagnosi di dipendenza da droghe illegali o da alcol è preso in carico.

Per l'attuazione della parte iniziale della fase B del percorso il SERT territoriale può:

- intraprendere esso stesso l'iter valutativo-motivazionale, mediante invio di propri operatori e fissazione di colloqui di questi in carcere (rispettando ovviamente le procedure previste dall'Amministrazione Penitenziaria per gli incontri con il detenuto), volti all'identificazione del programma terapeutico;

oppure

- se la logistica, la geografia o l'organizzazione interna del lavoro non glielo permettono, può fornire delega in tal senso al SERT penitenziario, che pertanto svolgerà l'iter valutativo-motivazionale per suo conto e ne trasmetterà le risultanze e/o le proposte terapeutico-riabilitative al SERT territoriale attraverso una relazione scritta.

In entrambi i casi il SERT territoriale, raccolti i dati motivazionali provenienti anche dalle varie professionalità che hanno operato nel carcere (psicologo, assistente sociale, medico, educatore, etc), procede alla discussione del caso all'interno del proprio staff e formula/redige il programma terapeutico-riabilitativo ritenuto più idoneo al caso, secondo criteri condivisi: tipo e grado di dipendenza, fase di malattia, livello motivazionale, attitudini, situazione familiare-abitativa-occupazionale-relazionale del soggetto, oltre alla verifica della disponibilità/fattibilità del programma per lui individuato.

Si consideri comunque che il colloquio tra operatori SERT e detenuto, per la formulazione ed attivazione di un percorso riabilitativo, verte sulla congruenza della richiesta e sull'appropriatezza della risposta.

La richiesta di intervento finalizzata ad effettuare un percorso terapeutico in attuazione di una misura alternativa alla pena (affidamento in prova per casi particolari), fruibile dai soggetti "definitivi", il SERT territoriale è responsabile della formulazione e dell'attuazione del piano terapeutico individuato, sia ambulatoriale che semiresidenziale o residenziale.

Il SERT territoriale, sulla base della conoscenza del caso e/o supportato da informazioni assunte dal SERT penitenziario e dai familiari, propone un programma terapeutico riabilitativo.

Il soggetto deve essere tempestivamente e dettagliatamente informato del programma per lui individuato ed esprimere il suo parere favorevole, prima che tale programma venga comunicato agli organismi competenti (Autorità Giudiziaria competente).

La formulazione e redazione del programma terapeutico-riabilitativo è di competenza esclusiva del SERT territoriale che in tal modo si assume oneri e responsabilità connessi a tale programma, sia nella sua parte declaratoria (disponibilità ad attuarlo, comunicazione di idoneità e fattibilità all'interessato e all'Autorità Giudiziaria competente) che in quella attuativa (fase C del percorso);

Una volta che il programma terapeutico-riabilitativo è stato deciso, condiviso con l'interessato e redatto, il SERT territoriale provvede a darne comunicazione all'Autorità Giudiziaria procedente, o per il tramite dell'UEPE o per il tramite dei legali rappresentanti del soggetto o per il tramite degli operatori afferenti all'area penitenziaria; medesima comunicazione deve comunque pervenire anche agli operatori afferenti all'area penitenziaria.

Tale diffusione comunicativa del programma terapeutico ha lo scopo, rendendone edotti tutti gli attori e il fruitore, di avviare il processo di preparazione ed accompagnamento del detenuto alla fase attuativa. È infatti da questo momento che possono avviarsi i colloqui con operatori della comunità terapeutica (nel caso in cui il programma la preveda) o con altri attori terzi, quali le Cooperative Sociali, le Associazioni di Volontariato, i Gruppi di mutuo auto aiuto.

Tali colloqui preparatori potranno aver luogo in carcere – se il soggetto si trova in stato di detenzione – o fuori dal carcere, nel caso di soggetti liberi con condanne definitive la cui esecuzione è stata sospesa in attesa di decisioni del Tribunale di Sorveglianza.

E' opportuno che il detenuto venga messo a conoscenza della modalità che il SERT territoriale utilizzerà (diretta o per il tramite del SERT penitenziario) per l'iter motivazionale.

Di tale informativa si farà carico il SERT penitenziario.

La formulazione e redazione del programma terapeutico-riabilitativo, pur essendo di esclusiva competenza e responsabilità del SERT territoriale, dovrebbe comunque tener conto delle rilevanze ed osservazioni/proposte provenienti dai vari attori del percorso; è opportuno, pertanto, che il programma sia la risultanza di una discussione in "equipe pluriproveniente"; in tal senso, inoltre, è di fondamentale importanza la comunicazione - ex ante ed ex post - tra i vari attori istituzionali che concorrono alla proposta di programma terapeutico e tra essi ed il soggetto detenuto potenziale fruitore dello stesso.

Medesimamente e per le stesse motivazioni la comunicazione deve fluire anche in direzione degli attori terzi non afferenti SSN o al Ministero della Giustizia (volontariato, comunità terapeutiche);

Tra la condivisione della scelta e l'avvio del programma il detenuto deve poter usufruire di prestazioni motivazionali che lo preparino al suo eventuale percorso esterno.

Occorre pertanto attivare nelle strutture penitenziarie percorsi gruppali di tipo "focus", di durata predefinita per numero di incontri, all'interno dei quali, a seconda della scelta del programma, si affronta il tema del cambiamento. Nel caso di rientro sul territorio i temi verterebbero sulle difese da attivare rispetto alle recidive, sulla normativa da rispettare e sulla necessità o modalità di mantenere la motivazione. Per chi dovesse fare ingresso in Comunità, il gruppo affronterebbe argomenti relativi alle caratteristiche delle varie strutture, alle difficoltà relazionali, alla solidarietà, all'impegno da assumersi ed al rapporto esistente tra il percorso residenziale e la misura alternativa. I conduttori dei gruppi potrebbero essere afferenti da più istituzioni tra quelle coinvolte

(SERT territoriale, SERT Penitenziario, UEPE oppure personale terzo, purché opportunamente formato).

La partecipazione ai gruppi ed i colloqui con un tutore individuale, dovrebbero essere utili per far avvicinare il detenuto tossicodipendente al futuro percorso e favorire, in lui, la conoscenza del programma, la motivazione al cambiamento e la sperimentazione di un percorso ideale in attesa di vivere quello reale.

Fase C

attuazione del programma terapeutico nella misura alternativa - verifiche in itinere - fine del programma ed avvio del follow-up – dimissione

L'attuazione del programma terapeutico nella misura alternativa ha inizio dal momento della concessione della stessa da parte dell'Autorità Giudiziaria.

A partire dall'avvio del programma attori e fruitore ne conoscono gli estremi e le rispettive responsabilità, ivi compresa – per il fruitore – la conoscenza delle regole previste dal programma (ad esempio la permanenza in Comunità e le regole connesse) e la consapevolezza che la non adesione alle stesse sarà annotata dagli operatori.

Parte integrante e sostanziale del programma (sia che esso abbia svolgimento ambulatoriale che semiresidenziale o residenziale in Comunità terapeutiche o misto) sono le verifiche in itinere; poiché il programma prevede la metodologia di step-care, tali verifiche devono essere in linea con essa e documentare, step by step, il raggiungimento degli obiettivi via via previsti e la predisposizione al passaggio agli obiettivi successivi. Nel caso del percorso ambulatoriale ogni intervento previsto dai SERT è da condividere con gli assistenti sociali dell'UEPE, preferibilmente nel quadro di accordi generali che definiscano competenze, metodologie di collaborazione e comunicazione, tempi e modalità delle verifiche. È opportuno redigere REPORT periodici sull'andamento dei percorsi individuali ed effettuare incontri programmati di verifica sull'andamento dei vari programmi. La tempistica delle verifiche potrà essere concordata tramite specifici protocolli d'intesa tra UEPE, e SERT.

L'oggetto delle verifiche è l'aderenza del soggetto fruitore al proprio programma, il grado di raggiungimento degli obiettivi di step, le eventuali criticità o difficoltà incontrate, la fattibilità ed aderenza all'obiettivo di step successivo.

Il documento scritto che certifica ed attesta l'avvenuta verifica è il prodotto delle osservazioni effettuate dall'équipe pluriproveniente esterna (SERT territoriale, UEPE, eventuali attori terzi), le quali, convergendo al SERT responsabile del programma, vengono poi da esso emanate nella direzione dell'Autorità Giudiziaria per il tramite dell'UEPE.

Il momento di convergenza delle varie informazioni oggetto delle verifiche sarà "istituzionalizzato" mediante protocollo operativo tra SERT territoriale e UEPE.

Quando il programma terapeutico-riabilitativo giunge al termine, il SERT territoriale predispone per il soggetto un programma di follow-up, volto a verificare il mantenimento o meno degli obiettivi raggiunti.

Nel caso in cui il programma terapeutico abbia una durata inferiore alla durata della pena comminata, il SERT territoriale deve dare comunicazione all'Autorità Giudiziaria, per il tramite dell'UEPE, dell'avvio della fase di follow-up, che evidentemente è parte integrante della fase riabilitativa del programma.

La durata del follow-up è variabile dipendente della durata del fine pena.

La dimissione del soggetto avviene al termine del follow-up.

Nel caso in cui il programma terapeutico abbia una durata superiore alla durata della pena comminata, il SERT territoriale proseguirà in verifiche e documentazione delle stesse fino al fine pena, con le modalità sopradescritte.

Nel caso di percorsi in Comunità Terapeutica è opportuno che il SERT territoriale, l'UEPE e la Comunità terapeutica ospitante, effettuino incontri congiunti a cadenza concordata con il soggetto inserito, come verifica in itinere del percorso e a eventuali modifiche del programma terapeutico.

Valutazione

a) a livello territoriale

La valutazione delle presenti Linee di indirizzo verrà effettuata, a livello territoriale, sull'efficienza ed efficacia dell'applicazione del percorso individuale attivato, mediante riunioni con cadenza periodica mensili-bimestrali delle équipes pluriprovenienti (quelle presenti nel carcere o quelle esterne al carcere), anche al fine di effettuare aggiustamenti in itinere del percorso assistenziale generale sulla base di report specifici relativi ai percorsi attuati e sull'emersione di eventuali criticità rilevate corredate da proposte idonee a superarle. Tali report dovranno essere inviati al competente ufficio regionale (P.O. "Prevenzione e cura delle condotte di abuso e delle dipendenze") con cadenza bimestrale.

b) a livello regionale

La valutazione a livello regionale per verificare l'andamento del sistema verrà effettuata dal Tavolo regionale che ha predisposto le presenti linee di indirizzo con il coordinamento del Settore servizi alla persona sul territorio della Direzione Generale diritti di cittadinanza e coesione sociale della Giunta regionale toscana.

Il tavolo prenderà in esame i report trasmessi dalle équipes pluriprovenienti ed effettuerà incontri con rappresentanti delle stesse.

Il Tavolo redigerà un report finale sull'attuazione sull'intero territorio regionale delle presenti linee di indirizzo con l'individuazione delle eventuali criticità riscontrate e delle proposte per superarle.

Il report verrà utilizzato dalla Giunta regionale per le eventuali modifiche che si rendessero necessarie alle presenti linee di indirizzo.