

772 - 1 AGO. 2003

LA GIUNTA REGIONALE

Su proposta dell'Assessore alla Sanità

VISTO il Decreto Legislativo n.230 - 22 Giugno 1999 "Riordino della Medicina Penitenziaria a norma dell'art.5 della L.30.11.1998 n.419" che riconosce ai detenuti il diritto alle prestazioni sanitarie previste nei livelli essenziali di assistenza individuati dal Piano Sanitario Nazionale;

VISTO il Decreto del Ministero della Salute del 21 Aprile 2000 "Progetto Obiettivo Nazionale per la tutela della salute in ambito penitenziario" ed in particolare l'art.5 comma 5, laddove prevede che "le Regioni danno attuazione, nell'ambito dei propri Piani Sanitari Regionali, agli indirizzi contenuti nel Piano Sanitario Nazionale, sentiti i Provveditorati Regionali dell'Amministrazione Penitenziaria, anche prevedendo specifici progetti di intervento in materia di assistenza sanitaria nei confronti dei detenuti e degli internati";

VISTO il Protocollo Operativo sottoscritto in data 1 Marzo 2000 dal Ministero della Giustizia e dalla Regione Lazio relativo agli adempimenti collegati alla presa in carico dei tossicodipendenti detenuti;

RICHIAMATO altresì in particolare il paragrafo A6 di detto Protocollo Operativo, laddove, tra i compiti delle AUSL è contemplato che le stesse "provvedano per i pazienti con HIV/AIDS, che in tutti i casi sono tossicodipendenti e/o a rischio di ricaduta, all'assistenza farmacologica e specialistica, anche attraverso opportune convenzioni";

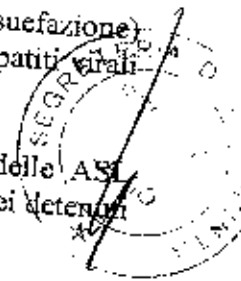
PRESO ATTO altresì degli orientamenti regionali espressi al punto 2.1.7 "Persone detenute" del Piano Sanitario Regionale 2002-2004 relativi all'impegno di "predisporre modelli operativi di intervento adeguati ai seguenti specifici settori, tenuto conto dell'ambito peculiare in cui si viene a trovare il paziente detenuto: tutela della salute mentale; tossico-alcooldipendenze; malattie infettive" e di "garantire la continuità assistenziale durante il periodo detentivo, nella fase di dimissione dal carcere e nel periodo di successivo ritorno alla comunità sociale (anche in osservanza dei principi di integrazione socio sanitaria previsti dalle normative vigenti)";

RITENUTO OPPORTUNO quindi, nelle more della completa applicazione del Decreto legislativo n.230/1999, di estendere anche alle persone detenute affette dalle patologie prima richiamate l'assistenza farmacologica e specialistica già erogata ai pazienti affetti da HIV e AIDS, al fine anche di uniformare i comportamenti delle ASL per gli aspetti riferiti alla tipologia delle prestazioni offerte, nonché alla modalità di raccordo e di accordi con le direzioni degli istituti penitenziari;

RITENUTO OPPORTUNO che le aziende Sanitarie Locali della Regione Lazio provvedano, al fabbisogno mensile di farmaci per la popolazione detenuta in istituti ricadenti nel rispettivo territorio, (inclusi nei Prontuari Terapeutici Aziendali o Ospedalieri in vigore e ad esclusione di quelli per i quali non è prevista la rimborsabilità da parte del SSN) esclusivamente indicati per il trattamento delle:
-patologie psichiatriche (comprese le manifestazioni occasionali del disagio psichico)
-patologie correlate all'alcool-tossicodipendenza (con particolare riguardo ai trattamenti di disassuefazione)
-patologie infettive (compresi i farmaci antiretrovirali e quelli indicati per il trattamento delle epatiti virali croniche).

PRESO ATTO della disponibilità dell'Istituto "L. Spallanzani" a fungere, in sostituzione delle ASL, come erogatore dei farmaci antiretrovirali e per le analisi cliniche specialistiche a favore dei detenuti degli istituti penitenziari ubicati nel territorio della città di Roma;

RITENUTO che detto Istituto, per la specifica specializzazione e per la capacità relativa alla raccolta e valutazione dei dati epidemiologici, nonché per il livello e la qualificazione dei propri servizi, sia idoneo ad assumere dette funzioni;



772 - 1 AGO 2003

RITENUTO pertanto di dover approvare uno schema di protocollo d'intesa che fa parte integrante del presente provvedimento, da stipulare tra la Regione Lazio - Dipartimento Sociale, il Ministero della Giustizia - Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria Provveditorato Regionale del Lazio e l'Istituto Nazionale per le Malattie Infettive "Lazzaro Spallanzani" - I.R.C.C.S., che regolamenti i rapporti tra le amministrazioni citate;

RILEVATO, come da comunicazione del provveditorato Regionale dell'Amministrazione Penitenziaria per il Lazio, che per l'anno 2002 la spesa per farmaci antiretrovirali è stata di circa € 459.000 e per i farmaci per patologie connesse alla tossicodipendenza è stata di circa € 570.000, che a tali importi vanno aggiunti quelli per le analisi cliniche previsti dallo schema di convenzione con l'Istituto Nazionale per le malattie infettive "L. Spallanzani" sopra indicato;

RITENUTO di dover prevedere un impegno finanziario annuo, sul Fondo Sanitario Regionale, di € 1.100.000 circa, ivi compresa la somma di € 60.000 circa, per le prestazioni specialistiche che verranno erogate dall'Istituto "L. Spallanzani" come previsto dalla convenzione;

ALL'UNANIMITÀ
DELIBERA

1) Le aziende Sanitarie Locali della Regione Lazio provvederanno, al fabbisogno mensile di farmaci per la popolazione detenuta in istituti ricadenti nel rispettivo territorio, (inclusi nei Prontuari Terapeutici Aziendali o Ospedalieri in vigore e ad esclusione di quelli per i quali non è prevista la rimborsabilità da parte del SSN) esclusivamente indicati per il trattamento delle:

- patologie psichiatriche (comprese le manifestazioni occasionali del disagio psichico)
- patologie correlate all'alcool-tossicodipendenza (con particolare riguardo ai trattamenti di disassuefazione)
- patologie infettive (compresi i farmaci antiretrovirali e quelli indicati per il trattamento delle epatiti virali croniche).

2) Per gli istituti penitenziari ubicati nella città di Roma (Casa circondariale "Regina Coeli", Casa Circondariale Rebibbia Nuovo Complesso, III Casa Circondariale di Rebibbia, Casa di Reclusione di Rebibbia, Casa Circondariale femminile di Rebibbia), provvederà l'Istituto Nazionale per le malattie infettive "L. Spallanzani" IRCSS, come da bozza di convenzione che si approva ed è parte integrante della presente deliberazione.

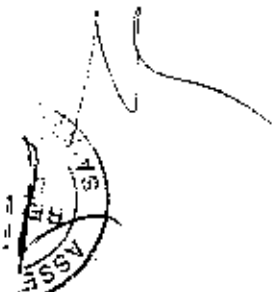
3) La Regione Lazio demanda alle singole Aziende Sanitarie, nel cui territorio è situata una struttura penitenziaria, la pronta regolamentazione, in conformità alle previsioni della presente deliberazione, dei rapporti tra le amministrazioni interessate ed impegna le singole ASL alla gestione dei singoli protocolli di intesa per l'erogazione gratuita dei farmaci di cui al precedente punto 1. I rapporti tra Regione, Istituto "L. Spallanzani" e Amministrazione Penitenziaria sono regolati dalla già citata convenzione.

4) Il Direttore del Dipartimento Sociale curerà anche attraverso le Direzioni regionali facenti capo all'Assessorato alla Sanità, l'esecuzione della presente, compresa la stipula della convenzione con l'Istituto "L. Spallanzani" e l'Amministrazione Penitenziaria.

5) La copertura finanziaria sarà assicurata mediante la costituzione di apposito accantonamento a valere sul Fondo Sanitario Regionale dell'anno di riferimento che per il 2003 si prevede in circa € 550.000. Le ASL e l'Istituto "L. Spallanzani" sono tenuti alla rendicontazione della spesa sostenuta, indicando anche la residenza del detenuto, alla Direzione Regionale competente.

6) La pubblicazione della presente deliberazione e degli allegati sul B.U.R.L.

IL PRESIDENTE: F.to Francesco STORACE
IL SEGRETARIO: F.to Tommaso Nardini



CONVENZIONE
TRA
MINISTERO DELLA GIUSTIZIA
DIPARTIMENTO DELL'AMMINISTRAZIONE PENITENZIARIA
PROVVEDITORATO REGIONALE DEL LAZIO
E
ISTITUTO NAZIONALE PER LE MALATTIE INFETTIVE
"Lazzaro Spallanzani" - I.R.C.C.S.
E
REGIONE LAZIO - DIPARTIMENTO "SOCIALE"

Atto convenzionale per lo svolgimento di prestazioni assistenziali, secondo i piani regionali dell'assistenza ai casi di infezioni da HIV, AIDS conclamato e patologie opportunistiche correlate, epatiti virali ed altre malattie infettive, nei confronti dei detenuti e degli internati, ristretti nella Casa Circondariale di "Regina Coeli", nella Casa Circondariale di "Rebibbia Nuovo Complesso", nella Casa Circondariale "Femminile di Rebibbia", nella Casa di Ospensione di "Rebibbia", nella "III^a Casa Circondariale" di Rebibbia"

TRA

il Ministero della Giustizia, Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria "Provveditorato Regionale del Lazio", nella persona del Provveditore Dottor Angelo ZACCAGNINO, domiciliato per le funzioni presso il PRAP Lazio, in Via San Francesco di Sales, n.35 - 00165 Roma;

E

L'Istituto Nazionale per le Malattie Infettive "Lazzaro Spallanzani" - I.R.C.C.S., nella persona del legale rappresentante Commissario Straordinario Prof. Raffaele PERRONE DONNORSO, nato a Napoli il 13/3/1939, domiciliato per le funzioni presso la sede legale dell'Ente, sita in Via Portuense, n. 292 - 00149 Roma, C.F. e P.I.: 050800991002;

E

La Regione Lazio - Dipartimento "Sociale" nella persona del Direttore Dottor Salvatore CIRIGNOTTA, nato a Vittoria (RG) il 26/10/1954, domiciliato per le funzioni presso la sede del Dipartimento "Sociale" in Via Cristoforo Colombo n. 212, - 00147 Roma

SI CONVIENE E SI STIPULA QUANTO SEGUE

Art. 1


Obbligo delle parti

OBBLIGHI DEGLI ISTITUTI PENITENZIARI

Gli Istituti Penitenziari in epigrafe indicati, metteranno a disposizione una autovettura con autista per l'accompagnamento dei medici;

- le visite mediche verranno effettuate nella Casa Circondariale di Rebibbia Nuovo Complesso, presso il poliambulatorio del reparto G.14 Qui verranno visitati anche i




soggetti reclusi presso la III^a Casa Circondariale di Rebibbia, presso la Casa di reclusione di Rebibbia e le detenute della Casa Circondariale Femminile di Rebibbia;

- nella Casa Circondariale di Regina Coeli le visite verranno effettuate presso il poliambulatorio specialistico e presso il centro clinico con la collaborazione di una unità infermieristica dell'Istituto Penitenziario;
- dovrà essere mensilmente stilato un elenco aggiornato dei soggetti reclusi affetti da malattie infettive, da infezioni da HIV e da virus epatitici;
- l'elenco dei soggetti da visitare dovrà essere disponibile almeno due giorni prima della visita;
- gli esami di laboratorio, previsti nell'allegato elenco, dovranno essere eseguiti con la cadenza indicata dai sanitari dell'Istituto Spallanzani ed essere disponibili in cartella per la visita successiva;
- le modalità di somministrazione dei farmaci ai pazienti dovrà avvenire secondo le indicazioni dei medici dell'Istituto Spallanzani;
- la gestione ordinaria dei pazienti, per ogni necessità di ordine sanitario, ivi comprese le prestazioni urgenti, resta di esclusiva competenza del personale sanitario degli Istituti Penitenziari ai quali spetta, altresì, la conservazione delle cartelle cliniche e la registrazione, nelle stesse, dei risultati degli accertamenti eseguiti.

B) OBBLIGHI DELL'ISTITUTO SPALLANZANI

L'Istituto Nazionale per le Malattie Infettive Lazzaro Spallanzani assicura, a favore delle persone detenute ed internate affette da malattie infettive, da infezioni da HIV e da virus epatitici, la consulenza clinica, le analisi di laboratorio, anche di elevata complessità, la prescrizione delle terapie antiretrovirali e la supervisione del trattamento da parte di un gruppo predefinito di medici dell'Istituto;

- le prestazioni si svolgeranno in giorni feriali della settimana, con esclusione del sabato, in numero di due a settimana per gli Istituti Penitenziari del "Polo" di Rebibbia (Casa Circondariale di Rebibbia Nuovo Complesso, Casa Circondariale Femminile di Rebibbia, Casa di Reclusione di Rebibbia e III^a Casa Circondariale di Rebibbia) e di uno a settimana per la Casa Circondariale di Regina Coeli;
- nella singola giornata verrà effettuato un numero di visite programmate fino ad un massimo di dieci, salvo i casi che presentino carattere di urgenza;
- per ogni visita verrà redatta una relazione clinica che sarà riportata nella cartella del paziente e nell'apposito registro dell'Istituto penitenziario;
- i pazienti detenuti con diagnosi di infezioni da HIV, AIDS conclamato e patologie opportunistiche correlate, epatiti virali ed altre malattie infettive, in trattamento con farmaci, verranno visitati con periodicità mensile o più frequentemente nel caso vengano ravvisati motivi di urgenza da parte dei sanitari degli Istituti penitenziari;
- i soggetti con malattia da HIV asintomatici o che non necessitano della terapia antiretrovirale verranno visitati ogni quattro mesi;
- i soggetti che rifiutano la terapia, pur avendone indicazione, saranno visitati secondo le necessità cliniche ravvisate dai sanitari degli Istituti Penitenziari.

L'Istituto Spallanzani fornirà i farmaci antiretrovirali e/o i farmaci a unica distribuzione ospedaliera, prescritti per ogni singolo paziente assicurandone un approvvigionamento mensile.

Ogni mese verrà stilato un resoconto dei farmaci consegnati.

Per quanto riguarda i farmaci, non commercializzati in Italia, da utilizzare nelle patologie da infezioni da HIV, AIDS conclamato e patologie opportunistiche correlate, epatiti virali ed



altre malattie infettive, l'Istituto Spallanzani fornirà, se disponibili, detti farmaci solo previa indicazione e prescrizione da parte dei medici dell'Istituto stesso.

Verrà istituita una scheda infettivologica da conservare nel fascicolo del paziente.

C) OBBLIGHI DELLA REGIONE LAZIO

La Regione Lazio rimborserà all'Istituto Spallanzani le spese sostenute per la dispensazione dei farmaci previsti, di cui al punto B), per le analisi di laboratorio di cui all'allegato elenco, comprese le analisi di elevata complessità.

Art. 2

Remunerazione delle prestazioni a carico della regione

- 1) La Regione rimborserà all'Istituto Spallanzani, con cadenza trimestrale e sulla base della documentazione comprovante l'avvenuta erogazione, le somme corrispondenti al costo dei farmaci forniti agli Istituti Penitenziari e le somme corrispondenti al costo degli esami di laboratorio effettuati, calcolate in ragione del Nomenclatore Tariffario Nazionale e in ragione del "Tariffario Istituzionale dell'Istituto Spallanzani relativo alle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale non ricomprese nel nomenclatore tariffario nazionale" - approvato con Deliberazione Commissariale n. 1016 del 31/12/2002, che viene allegato al presente atto;
- 2) Il pagamento avverrà entro 90 giorni dalla richiesta di rimborso.

Art. 2 bis

Remunerazione delle prestazioni a carico degli Istituti Penitenziari

- 1) Le spese relative alle visite mediche domiciliari, e non, sono a carico degli Istituti Penitenziari;

Gli Istituti Penitenziari corrisponderanno all'Istituto Spallanzani, con cadenza trimestrale e sulla base della documentazione comprovante l'avvenuta erogazione, le somme corrispondenti alle prestazioni mediche effettuate calcolate in ragione del "Tariffario Istituzionale dell'Istituto Spallanzani" - approvato con Deliberazione Commissariale n. 1016 del 31/12/2002, allegato al presente atto.

Il pagamento avverrà entro 90 giorni dietro presentazione di apposite fatture.

Gli Istituti penitenziari si riservano la facoltà di effettuare, prima del pagamento delle somme di cui sopra, verifiche e controlli in ordine alle prestazioni mediche effettuate dall'Istituto Spallanzani.

Art. 3

Assicurazione

I sanitari dell'Istituto Spallanzani saranno coperti dall'assicurazione dell'Istituto Spallanzani per quanto riguarda le attività di tipo professionale.





Art. 4

Durata dell'accordo

Il presente accordo decorre dalla data di sottoscrizione, avrà durata biennale e sarà rinnovabile d'accordo tra le parti.

E' facoltà delle parti incontrarsi periodicamente di comune accordo, in relazione all'eventuale miglioramento delle conoscenze sulla malattia da HIV, delle altre malattie infettive e delle relative procedure diagnostiche e dei trattamenti farmacologici, per apportare revisioni alle procedure, alla prestazioni ed agli oneri previsti dal presente accordo.

MINISTERO DELLA GIUSTIZIA
IL PROVVEDITORE REGIONALE
(Dott. Angela ZACCAGNINO)

ISTITUTO NAZIONALE PER LE MALATTIE INFETTIVE
"Lazzaro Spallanzani" - I.R.C.C.S.
IL COMMISSARIO STRAORDINARIO
(Prof. Raffaele PERRONE DONNORSO)

REGIONE LAZIO
IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO "SOCIALE"
(Dott. Salvatore CIRIGNOTTA)



ALLEG. alla DELIB. N.

DEL ~~1 AGO 2003~~

ALLEGATO 1

LISTA DI ESAMI DI LABORATORIO

Glicemia, Azotemia, Creatininemia, Creatina clearance, Sodiemia, Potassiemia, Calcemia, Uricemia, Amilasemia, Colesterolo, Trigliceridi, Fosfatasi alcalina, Bilirubina totale, SGOT, SGPT, Gamma GT, CPK, LDH, Colinesterasi, Tempo di protrombina, VES, Emocromo, Elettroforesi delle proteine sieriche e protidemia totale, Albuminemia, Alfa-Fetoproteina, CEA, Esame delle urine, Sottopopolazioni linfocitarie (CD4-CD8), Sierologia per sifilide, Toxoplasma, Citomegalovirus, Mononucleosi, Criptococco, HBsAg, HBsAb, HbcAb, HCVAb, Carica virale di HIV quantitativa, Carica virale di HCV qualitativa e quantitativa, HCV genotipo, Test di resistenza alla Lamivudina, Test genotipico di resistenza antivirale HIV.

Altri esami di virologia e batteriologia molecolare, ove necessari, saranno rimborsati dalla Regione Lazio, in ragione delle tariffe previste dal "Tariffario Istituzionale dell'Istituto Spallanzani" - approvato con Deliberazione Commissariale n. 1016 del 31/12/2002, allegato al presente atto.



ALLEG. alla DELIB. N. 772

DEL 1 AGO, 2003

Regione Lazio

Assessorato alla Salvaguardia e Cura della Salute

Dipartimento Servizio Sanitario Regionale

Ufficio Speciale Tutela Soggetti Deboli - Servizio Tossicodipendenze

COMMISSIONE

“ TUTELA DELLA SALUTE IN CARCERE ”

Adempimenti Correlati all' Applicazione del
Decreto Legislativo n° 230
del 22 Giugno 1999 in tema di trasferimento al
Sistema Sanitario Regionale
dell'assistenza ai Tossicodipendenti Detenuti (Art.8 comma 1)
(Delibera di Giunta Regionale N° 6106 del 29 Dicembre 1999)

Roma, 1 Marzo 2000

PRE. [Signature]

SOMMARIO

Premessa	3
A - IL PROGETTO PER IL SETTORE DEGLI ADULTI	6
- Dati sulla Popolazione detenuta del Lazio	
- La Normativa di Riferimento	
- Il Personale	
- La Logistica	
- L'Operatività	
- Provvedimenti Urgenti	
B - IL PROGETTO PER IL SETTORE MINORILE	19
- Il Personale	
- La Logistica	
- I Modelli Operativi	
- Provvedimenti urgenti	
- Dotazione Organica del Personale Sanitario	
- <u>Allegato N. 1</u> : "La Giustizia per gli Adulti. Realtà Logistiche Locali della Regione Lazio. Carenze e problematiche".	29
- <u>Allegato N. 2</u> : "La Giustizia Minorile. Realtà Logistiche Locali. Carenze e Problematiche"	33
- <u>Allegato N. 3</u> : "Ipotesi Progettuale per l'Assistenza Integrata ai Detenuti Tossicodipendenti di Regina Coeli dell'U.O. Ser.T. I° Distretto Riari- Sub U.O. Regina Coeli"	36
- <u>Allegato N. 4</u> : "Il Progetto Permanente per le Tossicodipendenze del Ser.T. "Istituti Penitenziari di Rebibbia" (La Convenzione e l'Attuale Protocollo Operativo del Ser.T. alla luce del D.L. 230/99).	46
- <u>Allegato N. 5</u> : "La Custodia Attenuata (Istituti e Sezioni).	59
- <u>Allegato N. 6</u> : "Certificazioni in caso di Tossicodipendente Detenuto".	84
- <u>Allegato N. 7</u> : "Linee Guida Relative all'Attuale Ordinamento Legislativo in Tema di Alcoldipendenza in Ambito Penitenziario".	86
- <u>Allegato N. 8</u> : "Adeguamento delle Dotazioni Organiche dei Ser.T. della Regione Lazio territorialmente Competenti per le Carceri.	97
- <u>Allegato N. 9</u> : "Dotazione Organica parziale del personale addetto alle tossicodipendenze operante negli istituti del Lazio"	98
- <u>Allegato N. 10</u> : "La Formazione e la valutazione"	99

4 2 P C C A Mes

PREMESSA

- VISTO** l'art. 5 della Legge del 30 Novembre 1998 n. 419
VISTO l'art. 8 del Decreto Legislativo del 22 Giugno 1999 n. 230
VISTA la circolare congiunta del Sig. Ministro della Sanità e del Sig. Ministro della Giustizia del 29 Dicembre 1999
ATTESA la necessità di definire le linee guida per l'avvio dell'intervento delle AUSL all'interno delle strutture Penitenziarie per adulti e nei servizi minorili della Giustizia della Regione Lazio, alla luce del citato D.L.

L'On. Pietro Badaloni e l'On. Lionello Cosentino in rappresentanza della Giunta Regionale, il Dott. Gianni Veschi in rappresentanza del Provveditorato Regionale del Lazio del Ministero della Giustizia, il Dott. Filippo Piccione in rappresentanza del Centro per la Giustizia Minorile, sottoscrivono il Protocollo Operativo Generale, a carattere sperimentale di durata annuale, predisposto in relazione ai diversi ambiti di competenza di seguito indicati

Detto protocollo è vincolante per le AUSL che dovranno farsi carico dell'adeguamento delle dotazioni organiche e provvedere alle risorse necessarie per gli obiettivi individuati dal presente Protocollo.

All'Amministrazione Regionale e all'Amministrazione Penitenziaria compete il controllo sulla corretta applicazione del Protocollo.

Al fine di verificare la corretta operatività le Amministrazioni si avvalgono della consulenza della Commissione nominata dalle rispettive Amministrazioni e così composta:

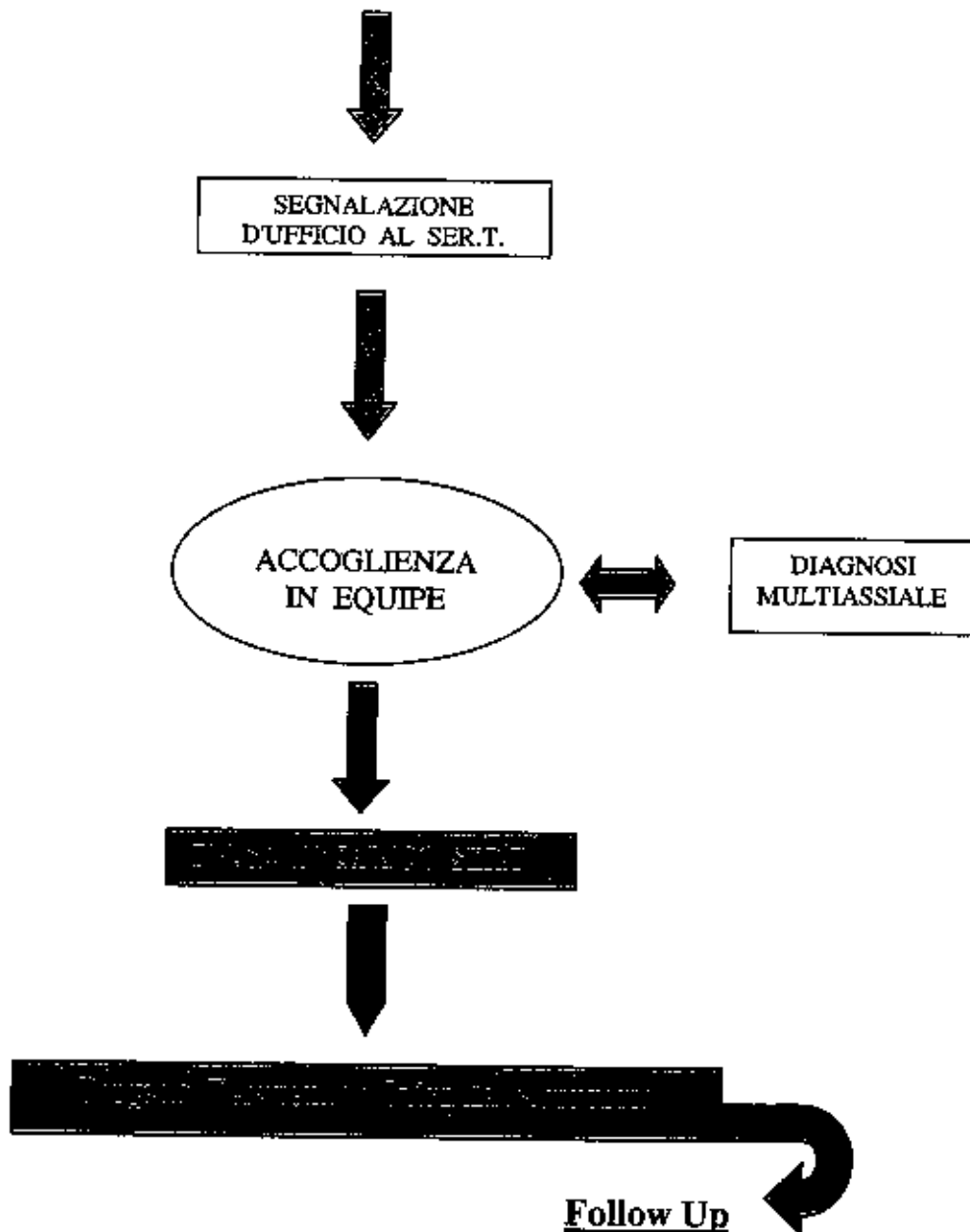
- 1) A.U.S.L. RM/A: Dr. Stefano DI PRISCO
- 2) A.U.S.L. RM/B: Dr. Sandro LIBIANCHI
- 3) A.U.S.L. RM/E: Dr.ssa Lucia CAROSI
- 4) A.U.S.L. RM/F: Dr.ssa Anna Rita MATTERA, Dr. Massimo BORGIONI
- 5) A.U.S.L. RM/H: Dr.ssa Emanuela FALCONI
- 6) A.U.S.L. Latina: Dr. Angelo BELLINI
- 7) A.U.S.L. Frosinone: Dr.ssa Rita GRANDI
- 8) A.U.S.L. Viterbo: Dr.ssa Anna Rita GIACCONE
- 9) A.U.S.L. Rieti: Dr.ssa Monica RAUCO
- 10) Ministero della Giustizia-Provveditorato Regionale del Lazio: Dr.ssa Carmela CAMARDA, Dr. Andrea FRANCESCHINI, Dr. Sergio FAZIOLI, Dr.ssa Simona MELLOZZI.
- 11) Centro Giustizia Minorile: Dr.ssa Carmela DE GIORGIO, Dr. Antonio PAPPALARDI
- 12) Assessorato Salvaguardia e Tutela della Salute della Regione Lazio:
Prof. Tommaso LOSAVIO, Dr.ssa Simonetta FRATINI, Sig.ra Berenice PUCCI
Sig.ra Annalisa MARSICO, Sig.ra Alba ALESSANDRI,

La Commissione riunitasi in data 14/1/2000, 21/1, 26/1, 28/1, 8/2, 17/2 e 24/2/2000, acquisita tutta la documentazione disponibile in merito all'argomento con particolare riguardo alle due circolari del Ministero della Sanità del 28/XII/99 e della Direzione Generale dell'Amministrazione Penitenziaria del 29/XII/99, nonché delle norme correlate, ha definito il problema e gli ambiti di competenza ed ha redatto un protocollo operativo per la fase iniziale dell'intervento a favore dei tossicodipendenti all'interno delle strutture penitenziarie per adulti e nei Servizi della Giustizia Minorile della Regione Lazio, da parte delle AUSL territorialmente competenti.

Il Tossicodipendente In Carcere: Percorso Operativo



- In Presenza di:
- A. Dichiarazione di Alcol-tossicodipendenza
 - B. Segni e/o sintomi correlati
 - C. Presenza di sindrome astinenziale
 - D. Documentazione comprovante l'uso/abuso/dipendenza
 - E. Sospetto Clinico



A - IL PROGETTO PER IL SETTORE DEGLI ADULTI

- Dati sulla popolazione detenuta del Lazio
- La Normativa di Riferimento
- Il Personale
- La Logistica
- L'Operatività
- Provvedimenti urgenti

A1 - DATI SULLA POPOLAZIONE DETENUTA DEL LAZIO

La Regione Lazio è la terza regione a più alto numero di detenuti dopo la Lombardia e la Sicilia; del pari è - negli anni - sempre tra i primi posti per valori assoluti ed in percentuale per quanto riguarda i tossicodipendenti detenuti. A questo fenomeno di concentrazione di questa tipologia di detenuti contribuiscono alcuni elementi propri delle grandi aree metropolitane, quali lo smercio massiccio di sostanze stupefacenti, la presenza di importanti stazioni aeroportuali, forti flussi immigratori, ecc.

Le rilevazioni a cui si fa riferimento nella tabella sottostante sono quelle più recenti e disponibili, alla data del 31 Dicembre 1998.

	Ingressi Annuì	Presenze Totali	TD	HIV+/AIDS	Stranieri
1998	12.762 (m.: 11.796 f.: 966)	6.497	1.647 (m.: 1.567 f.: 80)	189 (m.: 166 f.: 23)	1.502 (m.: 1.357 f.: 145)

TAB. I: Rilevazione delle presenze negli Istituti Penitenziari del Lazio ed i Transiti annui.

A2 - LA NORMATIVA DI RIFERIMENTO

Il Progetto delle Tossicodipendenze e Carcere della Regione Lazio nasce e viene sviluppato alla luce della corposa legislazione esistenti sia in tema di tossicodipendenza che di carcere:

In particolare si fa riferimento alle seguenti norme di carattere nazionale ed internazionale:

- 1) Legge 9 Ottobre 1970 n.740
- 2) Legge 26 Luglio 1975 n.354 e successive modifiche
- 3) Organizzazione Mondiale di Sanità: Dichiarazioni di Alma Ata (1978).
- 4) Organizzazione Mondiale di Sanità: Carta di Ottawa (1986).
- 5) Organizzazione Mondiale di Sanità: Raccomandazioni di Adelaide (1988).
- 6) D.P.R. 448/88
- 7) Decreto Legislativo 272/89
- 8) Convenzione Internazionale per i diritti dell'infanzia dell'Aja
- 9) Legge 26 Giugno 1990 n.162.
- 10) Decreto Ministro della Sanità 12 Luglio 1990, n. 186.
- 11) D.P.R. 9 Ottobre 1990 n. 309.
- 12) Decreto 30 Novembre 1990 n. 444.
- 13) Decreto Interministeriale dell'8 Giugno 1991.
- 14) Organizzazione Mondiale di Sanità: Dichiarazione di Sundsvall (1991).
- 15) Legge n. 296 del 12 Agosto 1993.
- 16) Atti della Ia Conferenza Nazionale sulla Droga; Palermo 24-26 Giugno 1993.
- 17) Raccomandazione n. R (93) 6 dei Ministri degli Stati membri del Consiglio d'Europa: "Aspetti carcerari e giuridici del controllo delle malattie trasmissibili tra le quali l'AIDS e relativi problemi del carcere". 18 Ottobre 1993.
- 18) Circolare del Ministero della Sanità 30 Settembre 1994 n. 20: "Linee Guida per il trattamento della dipendenza da oppiacei con farmaci sostitutivi".
- 19) Commissione Nazionale Consultiva e di Coordinamento per i Rapporti con le Regioni e gli Enti Locali: "Cura e Riabilitazione dei Tossicodipendenti Coinvolti nell'Area Penale - Linee di Indirizzo, Convenzioni, Protocolli Operativi". Roma, Marzo 1994.
- 20) Deliberazione della Giunta Regionale 10 Maggio 1994 n.2677 (BURL n.24 del 30/8/1994).
- 21) Protocollo di intesa tra Ministero di Grazia e Giustizia e la Regione Lazio sottoscritto in data 18/4/1994. Interventi nel carcere (BURL n. 1 del 20/5/1994).
- 22) Organizzazione Mondiale di Sanità: Dichiarazione di Jakarta (1997).
- 23) Atti della Iia Conferenza Nazionale sulla Droga; Napoli 15-17 Marzo 1997.
- 24) Raccomandazione n. R (98) 7 adottata dal Comitato dei Ministri del Consiglio d'Europa l'8 Aprile 1998: "Aspetti etici ed organizzativi delle cure sanitarie in ambiente penitenziario".

- 25) Legge 30 Novembre 1998, n. 419.
- 26) Piano Sanitario Nazionale 1998-2000. Un patto di solidarietà per la salute.
- 27) Legge 18 Febbraio 1999, n. 45.
- 28) Conferenza Stato Regioni. Provvedimento 21 Gennaio 1999: "Accordo Stato-Regioni per la riorganizzazione del sistema di assistenza ai tossicodipendenti".
- 29) Decreto Legislativo 22 Giugno 1999, n. 230.
- 30) Circolare n.AA/01/3820 del 28 Dicembre 1999 a firma congiunta del Ministro della Sanità e del Ministro della Giustizia.
- 31) Circolare n. 3510/5960 del 29 Dicembre 1999 a firma del Direttore del DAP del Ministero della Giustizia.
- 32) Delibera della Giunta Regionale del Lazio n. 6106 del 29 Dicembre 1999.

A3 - IL PERSONALE

La questione del personale è uno dei punti chiave per la garanzia di un appropriato apporto di terapie e modelli organizzativi realmente efficienti ed efficaci e tali da creare uno standard regionale d'adeguato livello. La situazione del personale dei Ser.T. risente ancora di troppe carenze per potersi definire sufficiente e tale resta anche dopo l'apporto del personale attualmente a carico del sistema penitenziario, perché pareggia un carico di lavoro svolto soltanto in parte (variabile secondo le ASL) dai Ser.T. territorialmente competenti. Allegato a questo documento si acclude il prospetto stimato delle carenze di organico dei Ser.T. per adeguare i 'carichi di lavoro' ad uno standard qualitativo accettabile che comprenda una rapida presa in carico, una garanzia di adeguate terapie sostitutive, l'allestimento di piani terapeutici interni alla struttura penitenziaria, la creazione di zone penitenziarie 'drug-free', l'avvio di gruppi terapeutici in numero e frequenza adeguati, la creazione di strutture in custodia attenuata, il peer-support, la valutazione degli interventi, lo studio epidemiologico, l'utilizzazione di opportuni indicatori di attività ecc.

Alla presente relazione viene peraltro allegato il prospetto fornito dal Ministero della Giustizia sulla composizione quali-quantitativa del c.d. 'Presidio per le Tossicodipendenze e l'HIV'. Tale documento appare incompleto per ciò che riguarda le figure professionali che di fatto svolgono mansioni a favore della tossicodipendenza (infermieri dipendenti e non, amministrativi ecc.) pur avendo un contratto diverso dal previsto, ma in accordo a quanto indicato nella circolare del Direttore Generale del Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria.

Per ciò che attiene quindi al settore del personale si concorda quanto segue:

1. Per il personale dell'istituto penitenziario che viene posto alle dipendenze funzionali dell'Azienda, la titolarità del rapporto contrattuale resta delle Direzioni degli Istituti, mentre fino alla emanazione delle disposizioni previste dai relativi decreti, detto personale è in una posizione simile a quella del comando presso Aziende USL. Il Servizio per le Tossicodipendenze ha il compito di coordinare e vigilare su tutte le attività a cui questo personale è tenuto (orario di servizio e sua ripartizione, congedi, aggiornamento ecc.).
2. L'orario di servizio - determinato secondo il modello operativo stabilito dal Ser.T. e dai Protocolli di intesa delle Convenzioni stipulati nel rispetto del monte ore di cui ogni professionista è titolare - sarà registrato e controllato nei modi più opportuni e trasmesso alle Direzioni degli Istituti per la liquidazione delle competenze, a cura del Ser.T..
3. In caso di rinuncia alla convenzione da parte del Professionista medico, psicologo, infermiere o in caso di carenza dell'organico del Presidio Tossicodipendenze dovranno essere attivate le graduatorie vigenti, di cui una copia dovrà essere preventivamente depositata presso il Ser.T.. Se nel corso del corrente anno non

dovessero intervenire i relativi decreti di cui al D.L. 230/99, le convenzioni si intendono automaticamente rinnovate senza ulteriori formalità.

4. Il Provveditorato Regionale del Lazio del Ministero della Giustizia si impegna a chiedere alle Direzioni degli Istituti l'adeguamento del personale in relazione alle dotazioni organiche previste come da prospetto (V. Allegato N. 10), integrando laddove mancanti le figure professionali non ancora nominate (es. C.R. e C.C. di Civitavecchia, C.R. di Paliano, III C.C. di Rebibbia, C.C. Femminile di Rebibbia, C.C. di Frosinone). Le AUSL provvedono all'assunzione di personale per sopperire alle carenze evidenziate nonostante l'integrazione tra il personale del Ser.T. e quello del Presidio Tossicodipendenze (V. Allegato N. 8).
5. Il personale del c.d. 'Presidio delle Tossicodipendenze e HIV' ha un'esclusiva utilizzazione a favore della popolazione detenuta e non può essere utilizzato per altri Servizi o Dipartimenti, anche se nell'ambito della stessa AUSL.
6. Le Direzioni degli istituti segnalano alle AUSL i nominativi del personale fornendo una copia della documentazione dei titoli professionali e degli allegati alla domanda del singolo professionista nominato e tali requisiti devono soddisfare gli attuali criteri di legge all'esercizio della professione e per l'ammissione in dette graduatorie per ogni corrispondente figura professionale esistente. Le Direzioni degli istituti provvederanno ad integrare, ove possibile, il personale che non rispondesse a tali requisiti con le corrispondenti figure professionali.
7. Data la possibile assenza di figure professionali mediche in alcuni Ser.T., le direzioni degli istituti autorizzeranno, su specifica richiesta del personale medico del Ser.T., il ricorso a consulenze specialistiche interne ritenute necessarie all'inquadramento diagnostico e terapeutico del paziente tossicodipendente, tenuto conto delle risorse assegnate e garantendo comunque le prestazioni indispensabili. Nel caso in cui le predette risorse dovessero rivelarsi insufficienti, la Direzione dell'Istituto provvederà, in tempi congrui, a richiedere una adeguata integrazione sul relativo capitolo di bilancio di previsione del Ministero della Giustizia.
8. I rappresentanti del Ser.T. – ivi incluse le professionalità del PTD ora conglobate – possono essere invitati alle commissioni di disciplina ed équipe trattamentali, o équipe multiprofessionali se in ambito minorile, in veste di consulenti esterni ai sensi dell'Ordinamento Penitenziario. Il trattamento penitenziario deve risultare ben distinto da ogni intervento di tipo terapeutico anche se talora risultano strettamente interconnessi
9. Un caso particolare è rappresentato dalle Sezioni ed Istituti a custodia attenuata per il trattamento dei tossicodipendenti dove, ai sensi della già citata circolare del Ministero della Giustizia n. 3510/5960 del 29/XII/99 e come anche nel resto degli istituti privi di

tali sezioni, "...tutto il personale operante negli istituti penitenziari nei settori della prevenzione e dell'assistenza ai tossicodipendenti sarà posto alle dipendenze funzionali del SSN..."; ne consegue che tale personale sanitario (medici di guardia, medico incaricato di reparto o di istituto, infermieri, psicologi, ecc.) dovrà essere coordinato dal Ser.T. per quanto riguarda le attività a favore dei tossicodipendenti ed in quanto esercita funzioni esclusive a favore di questi, essendo massima la necessità di integrazione degli interventi terapeutici, inclusi quelli di urgenza, preferibilmente quando le strutture saranno utilizzate esclusivamente da soggetti tossicodipendenti (IIIa Casa Circ.le). Nell'ambito di tali iniziative è necessario che il Ser.T. stili uno specifico protocollo operativo o regolamento interno, sulla scorta delle nuove competenze. Particolare attenzione verrà data alla formazione del personale di polizia penitenziaria.

10. Per la decadenza dagli incarichi per ogni tipologia di personale convenzionato, valgono le stesse norme che ne regolano la convenzione stipulata con l'Istituto penitenziaria, a richiesta delle AUSL. Le iniziative delle Direzioni degli Istituti in tal caso dovranno essere concordate con le AUSL.
11. Un'attenzione particolare viene riservata alla formazione del personale che verrà privilegiata, facilitata e possibilmente anche estesa alle altre figure professionali degli istituti come il personale di polizia penitenziaria ecc., rientrando nella visione di una formazione congiunta tra AUSL e Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria (ISSPe e Uff. II).

A4 - LA LOGISTICA

Un'esatta definizione della logistica, dell'organizzazione generale del Servizio e della sua integrazione nello specifico ambiente penitenziario, appare essere un ulteriore prerequisite critico per la buona riuscita delle attività terapeutiche.

In particolare:

1. **Locali Riservati:** le direzioni metteranno a disposizione delle attività del Ser.T. locali idonei, differenziati e sufficienti per lo svolgimento dei programmi diagnostici, terapeutici e riabilitativi e di ogni altra forma di attività prevista (es. sala colloquio/incontro con parenti dei detenuti) o prevedibile (es. sala per gruppi terapeutici). Detti locali vengono riservati esclusivamente alle attività da parte della AUSL che le potrà considerare quali sedi di servizio o sedi distaccate del Servizio stesso. Il mobilio e gli arredi di detti locali saranno a carico dell'istituto come previsto sia dalla L. 419/98 che dal D.L. 230/99. Dovranno essere previsti – laddove necessari – sistemi o locali per l'archiviazione della documentazione, locali ad uso amministrativo e locali per lo psicologo, l'assistente sociale e l'educatore di comunità o altre figure se presenti, separati e distinti da quelli che sono le sale da visita medica. Le Direzioni dovranno garantire altresì il minuto mantenimento del mobilio e quanto contenuto nei locali anche attraverso opportuni adeguamenti alle nuove esigenze, la manutenzione ordinaria e una adeguata pulizia ed igiene dei locali.
2. **Uso del telefono, P.C., fotocopiatrici, ecc.:** è autorizzato l'uso del telefono/FAX e di ogni altra dotazione tecnologica esclusivamente a fini previsti d'ufficio (contatto con altri Ser.T., comunità terapeutiche, AUSL, ecc.) con spese a carico dell'Amministrazione Penitenziaria, nel limite della buona gestione della cosa pubblica e del generale criterio della massima economia.
3. **Conservazione dei farmaci stupefacenti:** in ogni istituto ne dovrà essere garantito lo stoccaggio di entità variabile secondo la popolazione ivi ristretta, la conservazione e la custodia in modi tali da garantirne ogni utilizzazione indebita. E' opportuno avere a disposizione una cassaforte o altro sistema di sicurezza con conservazione delle chiavi previa accordi tra le Amministrazioni. Ogni altra incombenza prevista dalla legge, quali lo scarico ed il carico del farmaco, la registrazione, la prescrizione e l'approvvigionamento, restano a carico della AUSL.

A5 - L' OPERATIVITA'

Il modello operativo delle tossicodipendenze si incentra nel Programma Terapeutico sia che ci si operi sul territorio, sia che si operi nel carcere.

1. Il **Programma Terapeutico** che inizia con il contatto tra l'operatore del Ser.T./PTD (medico, psicologo, assistente sociale, educatore di comunità, ecc.) viene sottoposto a valutazione multidisciplinare, per formulare una diagnosi ed effettuare una presa in carico.

Alla presa in carico corrisponde l'apertura di una cartella clinica od il raccordo con quella che eventualmente esista già. L'attivazione degli interventi integrati delle altre professionalità comprese quelle del territorio e delle comunità terapeutiche portano alla formulazione finale del programma che sarà **Integrato** in quanto connesso alle realtà territoriali e alla eventuale parte di competenza specialistica (infettivologia, psichiatria, ecc.); **Multimodale** perché sono ipotizzabili diverse modalità di espressione terapeutica che potrà variare anche nel tempo (prima parte residenziale esterna in sospensione pena, seconda parte in semiresidenziale; programma interno al carcere, poi esterno o fine pena 'protetto', ecc.); **Personalizzato** in quanto ogni provvedimento terapeutico dovrà tener conto delle specifiche esigenze del singolo paziente. La terapia sostitutiva quindi è soltanto una parte, e non solamente quella preminente, di un programma terapeutico: ciò non esclude, laddove ricorrano delle identificate necessità farmaco-terapeutiche, che possano essere prodotti programmi sostitutivi prolungati o c.d. "a mantenimento".

Casi particolari:

2. Ogni istituto deve segnalare al Ser.T. tempestivamente, l'ingresso di detenuti con problemi di uso/abuso/dipendenza da sostanze stupefacenti e/o alcol, sia che trattasi di detenuti transitanti per motivi giudiziari ovvero provenienti da altro istituto per trasferimento.
3. Il Ser.T. è tenuto a garantire il contatto ed il coordinamento con il Ser.T. di precedente appartenenza territoriale anche attraverso opportune forme di comunicazione. Il Ser.T. territorialmente competente per la struttura carceraria possiede la **titolarità della presa in carico e di ogni intervento terapeutico** a favore del detenuto (es.: idoneità ai piani terapeutici per l'applicazione delle pene alternative, patologie correlate, ecc.); in tale funzione deve quindi provvedere anche ad ogni spettanza amministrativa e di spesa come ad es. per le rette delle Comunità Terapeutiche, indipendentemente dalla residenza anagrafica del detenuto. E' auspicabile quindi un costante raccordo tra i due servizi e l'"accompagnamento" al Ser.T. di destinazione se l'utente non ne è mai stato preso in carico da quest'ultimo. Il Ser.T. operante nel carcere potrà inviare al Ser.T. di appartenenza territoriale l'ex-detenuto (una volta liberato) per ulteriori piani terapeutici o per l'istituto dell'affidamento qualora previsto nel piano terapeutico. In tale eventualità il Ser.T. di destinazione indicherà

formalmente la sua disponibilità. Il Ser.T. di destinazione, garantisce lo svolgimento di opportuni piani terapeutici indicati dal Ser.T. inviante e dopo aver accettato il soggetto, ne relaziona periodicamente l'andamento, laddove previsto dalla vigente normativa. La responsabilità dello svolgimento del programma terapeutico stesso spetta al Ser.T. di destinazione.

4. Nell'ambito della primaria valutazione dei bisogni e delle richieste deve essere garantita la **continuità terapeutica** dopo l'arresto e soprattutto la terapia farmacologica e/o sostitutiva appropriata. Il diritto alla continuità terapeutica viene esteso quindi anche alle esigenze diagnostiche, ribadendo alle Aziende l'obbligo di garantire l'effettuazione delle **prestazioni specialistiche e/o diagnostiche** e di laboratorio, provvedendovi direttamente con le strutture della AUSL. Per il periodo di transizione, fino all'emanazione dei successivi decreti è facoltà delle Aziende utilizzare le risorse presenti negli istituti penitenziari, fatto salvo quanto previsto dalla circolare Sanità-Giustizia del 28/12/99 al punto 2, comma 3 e 4.
5. In ogni momento dovrà essere garantito il massimo diritto di rispetto della **privacy** sulle proprie condizioni di salute e l'accesso al materiale sanitario è di esclusiva competenza del personale medico e paramedico che ne cura la tenuta e la conservazione ed a richiesta dell'Autorità Giudiziaria Ordinaria e della Direzione la quale ultima deve motivare tale richiesta. E' possibile il diniego. Ogni qualvolta vi sia una diversa esigenza, il detenuto deve dare il proprio consenso scritto alla visione della cartella/diario clinico.
6. Durante il percorso diagnostico e terapeutico intracarcerario sarà cura degli operatori del Ser.T. curare un'attenta **valutazione delle risorse** psicologiche, sociali e personali/familiari di ogni detenuto tossicodipendente che giunga all'osservazione, coordinando ogni intervento con le competenti strutture di diagnosi, cura e monitoraggio delle patologie principali e correlate.
7. Gli interventi terapeutici resi dal **volontariato e dagli Enti Ausiliari** all'interno delle carceri saranno coordinate e dirette dal Servizio Tossicodipendenti che predisporrà un piano razionale annuo tale da garantire maggiormente un efficace trattamento (es.: Comunità Terapeutiche, Alcolisti Anonimi, ecc.), d'accordo con la Direzione.
8. Come già previsto nei testi delle Convenzioni tra Ministero della Giustizia e AUSL, il Responsabile del Ser.T. chiederà formalmente alla Direzione l'**autorizzazione all'ingresso** di quegli operatori che dovessero fare accesso all'istituto in virtù del loro mandato. Possono essere richiesti gli accessi relativi al personale del SSN, delle Comunità Terapeutiche o di altro personale, del quale il Ser.T. ne garantisce l'appartenenza, in accordo con la Direzione.

9. La AUSL deve provvedere alla fornitura di ogni **farmaco** sostitutivo, antagonista e sintomatico per il tossicodipendente ed alla sua prescrizione. L'Istituto provvede alla conservazione presso la locale farmacia (V. punto A4.3, pag. 10) in accordo con il Ser.T..
10. Per tutto quello che riguarda l'**alcoldipendenza** si rimanda al documento specifico elaborato dal Centro Regionale di Riferimento Alcolologico (V. Allegato N.7).

A6 - PROVVEDIMENTI URGENTI

LE DIREZIONI DELLE CARCERI:

1. attuano una esatta ricognizione con identificazione nominale del personale dipendente e convenzionato addetto alle tossicodipendenze anche se non con contratto PTD.
2. Attuano una ricognizione dettagliata di tutte le risorse in campo in tema di interventi e progetti comunque operanti (a qualsiasi titolo) in ambito delle alcool-tossicodipendenze. Rimandando a carico del Ser.T. ogni competenza sullo specifico Fondo Nazionale di Lotta alla Droga per prestazioni erogate dalle Direzioni con fondi gestiti dal Ministero della Giustizia. Al fine di rendere omogeneo l'intervento terapeutico all'interno delle carceri, è necessario che i Ser.T. - per questa acquisita responsabilità - vengano coinvolti sin dalle prime fasi di stesura di ogni eventuale progetto per le tossicodipendenze sia esso finanziabile o meno.
3. Attuano una ricognizione delle strumentazioni, del mobilio e degli arredi che transiteranno nel corrispettivo SSN, soprattutto per le sezioni ed istituti riservati ai tossicodipendenti.
4. Si dotano di opportune modalità operative al fine di poter comunicare - al pari che dell'entrata in carcere - l'imminente scarcerazione di un detenuto o di importanti variazioni di pena eventualmente intercorse.
5. Stabiliscono le opportune connessioni operative tra medici SIAS e Ser.T. affinché in questi possano attuare una preliminare valutazione astinenziale e della eventuale terapia sostitutiva.
6. Si impegnano affinché ogni intervento venga effettuato dai medici del SIAS. Si intende ogni necessità sopravvenuta al di fuori del normale orario di servizio ambulatoriale del Ser.T., o altra necessità che per caratteri, tempi, e/o modalità di espressione, debba essere considerata come tale e/o comunque diversa dalla normale attività ambulatoriale dei Servizi per le Tossicodipendenze.

LE AUSL/SER.T.:

1. predispongono una specifica Carta del servizio per i cittadini detenuti ed internati, con problemi di uso/abuso di sostanze psicoattive.
2. Realizzano nella fase di avvio del trasferimento di tutte le funzioni assistenziali e dei provvedimenti legislativi finali, una collaborazione diretta tra Ser.T., Dipartimenti della Prevenzione ed altri Servizi delle medesime Aziende.
3. Provvedono per i pazienti con HIV/AIDS, che in tutti i casi sono tossicodipendenti attivi o a rischio di ricaduta, all'assistenza farmacologica e specialistica, anche attraverso opportune convenzioni.
4. Realizzano il più idoneo piano di assistenza domiciliare in collaborazione con tutti i Ser.T. della Regione Lazio per utenti sottoposti a misure cautelative o private della libertà a domicilio (Arresti Domiciliari presso domicilio).
5. Compilano entro trenta giorni dall'emanazione del presente documento opportuna progettazione degli interventi globali in tema di tossicodipendenze e carcere ed in particolare è richiesto uno specifico progetto per la l'Istituto a Custodia Attenuata per il Trattamento dei Tossicodipendenti (I.C.A.T.T.) presso la 3a Casa Circondariale di Rebibbia utilizzando il progetto già in essere dal 1993, opportunamente rivisto alla luce di quanto previsto dalla normativa in materia di riordino della medicina penitenziaria. Analoga progettazione sarà prevista presso le sezioni riservate ai tossicodipendenti nelle strutture carcerarie convenzionali e con una previsione ex novo di tali modelli, laddove non presenti. Tali progetti dovranno includere i parametri di valutazione dell'efficacia dei servizi (indicatori), opportune rilevazioni della qualità percepita, gli obiettivi a breve, medio e lungo termine.
6. Promuovono, nei primi due anni di applicazione sperimentale del presente progetto, iniziative di formazione congiunta degli operatori sanitari delle strutture penitenziarie, unitamente all'Amministrazione Penitenziaria.

LA REGIONE LAZIO:

1. provvede alle opportune connessioni operative, anche attraverso convenzioni, tra i Servizi per le Tossicodipendenze e: i Tribunali di Sorveglianza, le Procure della Repubblica ed i relativi uffici, i Centri per i Servizi Sociale per Adulti ed ogni altro Ente o Struttura di cui ne venisse riconosciuta la necessità, anche su segnalazione degli operatori stessi.
2. Autorizza, per l'urgente copertura di personale e nei limiti imposti dalle vigenti normative, l'acquisizione di personale attraverso procedure concorsuali urgenti presso le rispettive AUSL.
3. Mette in essere tutti i provvedimenti necessari per l'applicazione di quanto previsto dal "Progetto-Obiettivo Tossicodipendenze 2000/2003" e ritiene che, al fine di fornire pari opportunità terapeutiche ed assistenziali a tutti i detenuti della regione, siano questi tossicodipendenti o meno, di individuare la necessità che le Aziende stendano ed adottino specifiche linee di utilizzazione delle possibilità di ricovero presso il Centro Clinico di Regina Coeli e presso le infermerie di Rebibbia (art. 3 comma 2 del D.L. 230/99).
4. Candidatasi alla fase sperimentale per la piena applicazione del Decreto Legislativo 230/99, s'impegna a formulare in collaborazione con l'Amministrazione Penitenziaria, protocolli operativi per la corretta utilizzazione del ricovero dei detenuti, anche tossicodipendenti presso il centro clinico di Regina Coeli e presso le infermerie attrezzate di Rebibbia.
5. Si impegna a dare seguito, in collaborazione con l'Amministrazione Penitenziaria a quanto rappresentato in allegato n. 4, in considerazione delle disposizioni emanate dalla L.740/70, dalla L. 419/98 e dal D.L. 230/99.

B - IL PROGETTO PER IL SETTORE MINORILE

Nel rispetto di quanto previsto dalla normativa introdotta nel Decreto Legislativo 230/99 e tenuto conto delle problematiche ad essa connesse, si ritiene necessario predisporre un progetto per il settore minorile che si basa su alcune peculiarità, fra le quali le più importanti riguardano: la particolare condizione in cui si viene a trovare l'utenza; l'organizzazione dei propri servizi; la natura dei provvedimenti adottati dall'autorità giudiziaria minorile nei confronti dei ragazzi che entrano nel circuito penale.

B1 - IL PERSONALE

La situazione dei Servizi per le Tossicodipendenze risente ancora di troppe carenze pur con l'apporto del personale attualmente in carico al Sistema Penale Minorile. Allegato a questo documento si acclude il prospetto stimato delle carenze di organico dei Ser.T. per adeguare i 'carichi di lavoro' ad uno standard qualitativo accettabile che comprenda una rapida presa in carico, una garanzia di adeguate terapie sostitutive, l'allestimento di piani terapeutici interni alla struttura penitenziaria, la creazione di zone penitenziarie 'drug-free', l'avvio di gruppi terapeutici in numero e frequenza adeguati, il peer-support, la valutazione degli interventi, lo studio epidemiologico, l'utilizzazione di opportuni indicatori di attività ecc. Viene allegato, altresì, un prospetto riepilogativo relativo al personale sanitario attualmente operante nell'ambito del Centro Giustizia Minorile di Roma, della rispettiva collocazione e della tipologia di rapporto con l'Amministrazione della Giustizia (V. Capitolo B5 e Allegati N. 2 e 8).

Si riportano di seguito alcuni elementi di specificità:

1. la presenza di un contingente di personale incaricato in ruolo (psicologi) insieme a personale convenzionato ed a contratto;
2. assenza di un presidio specifico per le tossicodipendenze e quindi di personale unicamente e specificamente incaricato di funzioni sanitarie esclusive relative a questo ambito. Per questo motivo e a causa della carenza di personale nei servizi minorili, il personale sanitario - accanto allo svolgimento delle funzioni di assistenza ai ragazzi che fanno uso di sostanze - svolge e dovrà continuare a svolgere anche altre

le

funzioni sanitarie. Ne consegue che finché l'applicazione del D.L. 230/99 riguarderà esclusivamente le funzioni sanitarie per le tossicodipendenze, si verificherà una condizione temporanea di doppia dipendenza funzionale: dalla Azienda USL per quanto riguarda le funzioni relative alla prevenzione, all'assistenza ai consumatori, abusatori e dipendenti da sostanze stupefacenti, dall'Amministrazione della Giustizia Minorile per le rimanenti funzioni sanitarie. Gli orari di servizio, determinati secondo il modello operativo stabilito dal Ser.T., dovranno esaudire le esigenze di tale modello con i necessari adeguamenti concessi ad un miglioramento delle prestazioni nel tempo, ma nel rispetto dei monte-ore assegnati a ciascun professionista;

3. ne consegue che il personale operante nei servizi minorili, con rapporto di lavoro dipendente o a convenzione, che svolge funzioni di assistenza ai minori tossicodipendenti, è posto, limitatamente all'esercizio delle stesse, alle dipendenze funzionali dall'Azienda. Il coordinamento dell'esercizio di tali funzioni è competenza dei responsabili dei Ser.T. delle AUSL interessate, in particolare per quanto attiene i compiti da questo svolti, l'eventuale aggiornamento, il raccordo con le altre sedi del servizio e delle comunità terapeutiche. Invece, per quanto attiene a congedi ordinari e straordinari, orario di servizio ecc. questi verranno disposti dalle Direzioni dei Servizi Minorili, previo informazione del responsabile del Ser.T. Nelle singole realtà locali al fine di una migliore gestione della fase di transizione, devono essere tempestivamente definiti specifici accordi tra i Responsabili dei Ser.T. e quelli dei servizi minorili al fine di consentire un ottimale svolgimento del lavoro del Ser.T. e delle altre funzioni di assistenza sanitaria;
4. data la possibile assenza di alcune figure professionali nei Ser.T., le direzioni del CPA e dell'IPM autorizzeranno l'ingresso, su specifica richiesta del personale medico del Ser.T., ed il ricorso a consulenze specialistiche ritenute necessarie all'inquadramento diagnostico del paziente tossicodipendente da parte dei sanitari a convenzione o appartenenti a strutture AUSL o Centri Specialistici;
5. i rappresentanti del Ser.T. – ivi incluse le professionalità ora conglobate – possono essere sentiti, anche in via informale, dal Direttore dell'Istituto e dal Consiglio di Disciplina nell'ambito di un procedimento disciplinare promosso nei confronti di un minore preso in carico dal Ser.T.. Per queste funzioni è necessario ribadire che il trattamento penitenziario risulta ben distinto da ogni intervento di tipo terapeutico, anche se talora risulta strettamente connesso, come meglio chiarito nella parte dedicata ai modelli operativi;
6. i rappresentanti del Ser.T. collaboreranno (in osservanza delle relative norme contenute nel D.P.R. 448/88) con l'équipe referente del caso per il necessario contributo alla formulazione del più generale progetto di intervento che deve armonizzare il percorso penale con l'intervento terapeutico;

7. il personale dell'area penale minorile, che svolge funzioni sanitarie relative alla prevenzione, all'assistenza ai consumatori, abusatori e tossicodipendenti minorenni, viene esclusivamente impegnato in interventi a favore dei minori del circuito penale e non può essere, al momento, utilizzato per altri Servizi o Dipartimenti, anche se all'interno della stessa AUSL;
8. un'attenzione particolare viene riservata alla formazione del personale che verrà privilegiata, facilitata, nei termini di una formazione possibilmente congiunta ed integrata tra personale sanitario e dei Servizi Minorili.

B2 - LA LOGISTICA

Si confermano le linee indicate nella sezione riservata agli adulti, a cui si rimanda per intero, rispetto a:

- individuazione di locali riservati
- uso del telefono, P.C., fotocopiatrici ecc.
- conservazione dei farmaci stupefacenti

Si allega un prospetto riguardante le realtà logistiche dei servizi e relative carenze e problematiche (V. Cap. B5 e Allegato N. 2).

B3 - I MODELLI OPERATIVI

La definizione di un modello operativo all'interno del contesto penale minorile deve basarsi sui seguenti specifici aspetti:

- ◆ **globalità e continuità** dell'intervento: il reato di un minore porta alla luce una complessità di fenomeni che non può che attivare un sistema complesso e articolato di risposta che implica una presa in carico del minore nella sua totalità;
- ◆ **unitarietà** del sistema di intervento: il ragazzo, durante il suo percorso penale, transita per i diversi servizi minorili e la presa in carico avviene generalmente da parte di un'équipe interdisciplinare spesso composta da operatori di servizi diversi;
- ◆ diversa connotazione del fenomeno di **abuso di sostanze e tossicodipendenza in età evolutiva**: il quadro attuale registra l'emergere significativo di "nuove dipendenze" e di nuove modalità di assunzione con la tendenza prevalentemente alla poliassunzione di sostanze psicotrope. Tale peculiarità pone importanti questioni operative legate anche alla tendenza dei ragazzi a non riconoscersi come appartenenti alla categoria tossicodipendenti, identificata con gli eroinomani. Inoltre, trattandosi di minorenni, l'intervento del Ser.T., che non è legato a stato di necessità, dovrà avvenire previo consenso dell'esercente la potestà.

Da quanto sopra esposto, emerge l'esigenza di pensare un servizio che si occupi dell'uso e abuso di sostanze psicotrope, elaborando progettualità che prevedano specifici interventi finalizzati a favorire, nel ragazzo, il riconoscimento di una qualche forma di dipendenza, non centrati esclusivamente sulla questione dell'assunzione di

sostanze, ma in grado di cogliere e trattare il complesso legame tra crisi evolutiva dell'adolescente, uso di sostanze psicotrope e devianza.

Inoltre, avendo il minore un procedimento penale in corso, e quindi essendo affidato ai servizi minorili, uno dei criteri forti della progettualità dovrà essere quello del raccordo e integrazione del progetto terapeutico con quello dei servizi minorili per la formulazione e la realizzazione di più complessivi percorsi individuali di crescita.

Occorre sottolineare, poi, che sul piano dell'intervento terapeutico, ogni modello operativo nell'ambito delle tossicodipendenze vede incentrato nel Programma Terapeutico il suo momento più rilevante; ciò accade sia che ci si trovi sul territorio, sia che ci si trovi in qualunque altro ambito ove ci sia un'esigenza terapeutica, carcere incluso. Sarà quindi utile dare una sintetica definizione di Programma Terapeutico per stabilire una linea comune alle diverse situazioni, in modo che sulla base della condivisione di linee comuni sarà possibile mirare gli interventi secondo le realtà locali.

Ogni **Programma Terapeutico** inizia con il contatto tra l'operatore del Ser.T. ed il giovane che fa uso di sostanze. L'operatore può appartenere a qualsiasi professionalità prevista (medico, psicologo, assistente sociale, educatore di comunità, ecc.). Lo stesso viene sottoposto a valutazione multidisciplinare, per la formulazione di una diagnosi e la successiva eventuale presa in carico, alla quale corrisponde l'apertura di una cartella clinica od un riferimento ad un'altra già esistente.

L'attivazione degli interventi integrati delle altre professionalità, comprese quelle dei Servizi Minorili, del territorio e delle comunità terapeutiche, portano alla elaborazione del programma. Tale programma dovrà essere così caratterizzato: sarà **Integrato**, in quanto connesso alle realtà territoriali e all'eventuale parte di competenza specialistica (infettivologia, psichiatria, ecc.); **Multimodale**, in quanto possono essere ipotizzate diverse modalità di espressione terapeutica che potrà variare anche nel tempo in relazione alla vicenda processuale del ragazzo (programma terapeutico all'interno dell'istituto penale o nell'ambito di misure alternative e sostitutive alla detenzione: misure cautelari non detentive, messa alla prova, affidamento in prova al servizio sociale). **Personalizzato**, in quanto ogni provvedimento terapeutico dovrà tener conto delle specifiche esigenze del singolo paziente.

La terapia sostitutiva è soltanto una parte, e non necessariamente quella preminente, di un Programma Terapeutico, ciò non esclude che dove ricorrano ben individuate necessità farmaco-terapeutiche, che possano essere formulati programmi sostitutivi prolungati o c.d. 'di mantenimento'. Talora è prevedibile che il verificarsi di situazioni in cui tali piani terapeutici possano essere sospesi e successivamente ripresi, qualora si avverta la necessità clinica di adottare un provvedimento idoneo al programma di 'Riduzione del Danno'.

CARATTERISTICHE DEL MODELLO OPERATIVO.

1. Individuazione di un'unica Azienda Sanitaria competente per tutto il settore penale minorile, con la definizione di un **servizio unico che si occupi dell'uso e abuso di sostanze psicotrope**;
2. accanto alla **competenza diretta e titolarità dell'intervento terapeutico sui ragazzi detenuti**, il servizio svolgerà funzioni di raccordo con le AUSL di appartenenza dei ragazzi in uscita dal carcere o sottoposti a misure alternative o sostitutive alla detenzione. Al fine di garantire una continuità dell'intervento sarà necessario prevedere accordi tra la AUSL RME e le AUSL di appartenenza dei ragazzi e, contestualmente, con le Direzioni del CPA e dell'USSM; la disponibilità del Ser.T. di destinazione all'accettazione del ragazzo sarà indicata formalmente;
3. il minore con problemi di uso, abuso o dipendenza da sostanze psicotrope che fa ingresso in CPA o in IPM deve essere **tempestivamente segnalato al Ser.T.**. A tale proposito dovranno essere ideati opportuni mezzi per tale scopo che tengano conto della diversa connotazione e organizzazione dei servizi;
4. il Ser.T. territorialmente competente è tenuto a garantire il contatto ed il coordinamento con il Ser.T. di precedente appartenenza territoriale anche attraverso opportune forme di comunicazione. Il Ser.T. territorialmente competente per i servizi minorili possiede la **titolarità della presa in carico e di ogni intervento terapeutico** a favore del giovane ristretto (ad es.: idoneità ai piani terapeutici per l'applicazione delle pene alternative). Lo stesso deve, altresì, attendere ad ogni competenza amministrativo-contabile riguardante, ad esempio, le rette delle Comunità Terapeutiche, indipendentemente dalla residenza anagrafica del detenuto. Qualora se ne ravvisi la necessità, il Ser.T., operante nei servizi minorili, cura la segnalazione del ragazzo al Ser.T. di appartenenza o agli altri servizi del territorio, al fine di garantire la continuità dell'intervento nel corso di una misura penale esterna o al termine della stessa. Tali invii saranno di norma concordati tra Servizi per le Tossicodipendenze, ma la responsabilità dello svolgimento del programma terapeutico stesso resta al servizio che ha in carico l'utente;
5. nell'ambito della primaria valutazione dei bisogni e delle richieste deve essere garantita ogni forma di **continuità terapeutica** dopo l'arresto e, soprattutto, ogni forma di terapia farmacologica e/o sostitutiva;
6. tale diritto viene naturalmente esteso anche ad ogni esigenza **diagnostica** con la possibilità di effettuare attraverso il coordinamento o, direttamente, con le strutture della AUSL ogni esame ematologico o visita **specialistica**, ove non presenti in istituto;

7. in ogni momento dovrà essere garantita la **'privacy'** circa le condizioni di salute del minore. La tenuta e la conservazione della cartella clinica è di esclusiva competenza del personale sanitario. Ogni qualvolta vi sia una diversa esigenza la visione della cartella clinica è consentita previo consenso scritto del giovane o, se minorenni da parte dell'esercente la potestà genitoriale;
8. durante il percorso diagnostico e terapeutico all'interno dell'Istituto Penale, sarà cura degli operatori del Ser.T effettuare un attento **esame e valutazione delle risorse** psicologiche, sociali e personali/familiari di ogni detenuto tossicodipendente che giunga all'osservazione, coordinando ogni intervento con le competenti strutture di diagnosi, cura e monitoraggio delle patologie principali e correlate;
9. gli interventi terapeutici resi dal **volontariato e dagli Enti Ausiliari** all'interno delle carceri saranno coordinate e dirette dal Servizio Tossicodipendenti che predisporrà un piano annuo tale da garantire un efficace trattamento (es.: Comunità Terapeutiche, Alcolisti Anonimi, ecc.);
10. come già previsto in esistenti Convenzioni tra Ministero della Giustizia e AUSL, il Responsabile del Ser.T. chiederà formalmente alle Direzioni dell'IPM e del CPA l'**autorizzazione all'ingresso** di quegli operatori che dovessero fare accesso ai predetti servizi, in virtù del loro mandato. Può accedere il personale del Servizio Sanitario Nazionale, delle Comunità Terapeutiche o di altro personale, del quale il Ser.T. ne garantisce e certifica l'appartenenza, fermo restando che tale personale non presenti alcuna condizione di incompatibilità (esempio non avere familiari o conviventi tra la popolazione detenuta).
11. l'**approvvigionamento farmaceutico**, inerente ai farmaci sostitutivi, antagonisti e sintomatici, sarà a carico della AUSL, con le modalità comuni agli altri Ser.T aziendali. La conservazione dei farmaci sarà curata dalla Direzione dei Servizi Minorili, così come lo scarico degli stessi dovrà essere effettuato secondo le scadenze stabilite dal Responsabile del Ser.T. competente per i Servizi Minorili;
12. per tutto quello che riguarda l'**alcooldipendenza**, si rimanda al documento specifico elaborato dal Centro Regionale di Riferimento Alcoologico (V. Allegato N.7).

B4 - PROVVEDIMENTI URGENTI

IL CGM E DEI SERVIZI MINORILI

1. Attuano un'attenta ricognizione con identificazione nominale del personale dipendente a contratto e convenzionato che si occupa delle tossicodipendenze.
2. Stabiliscono opportune connessioni operative tra medici operanti nei Servizi Minorili e Ser.T. affinché, in occasione di utenti arrestati durante le festività, nei prefestivi o nelle altre circostanze in cui il Ser.T. non è aperto, questi possano attuare una preliminare valutazione astinenziale e della eventuale terapia sostitutiva.
3. Attuano una ricognizione delle strumentazioni, del mobilio e degli arredi che transiteranno al SSN.

LE AUSL/SER.T.

1. Predispongono linee guida per la terapia farmacologica, indirizzi per la diagnosi e per la terapia d'urgenza, con particolare riguardo alle situazioni di sospetto di overdose con la possibilità di progettazione di interventi formativi specifici sul personale.
2. Realizzano, nella fase di avvio del trasferimento di tutte le funzioni assistenziali e dei relativi provvedimenti legislativi, una collaborazione diretta tra Ser.T. e Dipartimenti della Prevenzione (ed altri servizi) appartenenti alle medesime Aziende, soprattutto laddove vi siano particolari esigenze di entità della problematica.
3. Provvedono alle esigenze farmacologiche e specialistiche dei pazienti con HIV/AIDS – nella stragrande maggioranza appartenenti all'area della tossicodipendenza attiva o a rischio di ricaduta – attraverso le AUSL territorialmente competenti, anche con opportune convenzioni.

4. Predisporre una specifica Carta del servizio per i cittadini detenuti ed internati.
5. Realizzano un piano di assistenza domiciliare per gli utenti sottoposti a misure diverse da quella detentiva, in collaborazione con tutti i Ser.T. della Regione Lazio.
6. Attuano una ricognizione dettagliata di tutte le risorse in campo in tema di interventi e progetti comunque operanti (a qualsiasi titolo) in ambito delle alcool-tossicodipendenze. E' a carico del Ser.T. ogni competenza sull'eventuale quota assegnata al CGM del Fondo Nazionale di Lotta alla Droga gestito dal Ministero della Giustizia per prestazioni erogate dal CPA e dall'IPM.

LA REGIONE LAZIO:

1. Provvede alle opportune connessioni operative, anche attraverso convenzioni, tra le AUSL, i Servizi per le Tossicodipendenze.
2. Definisce che ogni intervento considerato d'urgenza non è a carico dei Ser.T., intendendo per 'urgenza' ogni necessità sopravvenuta o al di fuori del normale orario di servizio ambulatoriale del Ser.T. o altra necessità che per caratteri, tempi e/o modalità di espressione, debba essere usualmente considerata come tale e/o comunque diversa dalla normale attività ambulatoriale dei Servizi per le Tossicodipendenze.
3. Autorizza la copertura di personale, nei limiti prescritti dalle presenti normative; il personale verrà acquisito attraverso procedure concorsuali urgenti presso le rispettive AUSL.

B5 - DOTAZIONE ORGANICA DEL PERSONALE

Istituto Penale per i Minorenni

n°2 psicologi con contratto di lavoro dipendente (36 ore settimanali)

n° 1 psicologo consulente con rapporto di convenzione - monte ore: 40 ore mensili x 11 mesi ;

n° 1 psicologo consulente con rapporto di convenzione - monte ore: 40 ore mensili x 11 mesi ;

n° 1 medico incaricato con funzione di coordinatore sanitario - monte ore: minimo 18 ore settimanali, con una media di 23 ore circa settimanali;

n° 1 medico con rapporto di collaborazione di supporto al medico incaricato - monte ore: 3 ore giornaliere x 5 giorni a settimana;

n° 3 infermieri professionali - monte ore: complessivamente 11 ore al giorno compresi i festivi con un'articolazione per turni.

Centro di Prima Accoglienza

n° 1 psicologo consulente con rapporto di convenzione - monte ore: 60 ore mensili x 11 mesi;

n° 1 psicologo consulente con rapporto di convenzione - monte ore: 60 ore mensili x 11 mesi;

n° 1 psicologo consulente con rapporto di convenzione - monte ore: 45 ore mensili x 11 mesi;

n° 1 medico (lo stesso medico incaricato dell'IPM) che svolge, in relazione alle entrate dei minori e alle presenze degli stessi sia alla sezione maschile sia a quella femminile, mediamente 20 ore settimanali.

ALLEGATO N. 1

La Giustizia per gli Adulti. Realtà Logistiche Locali, Carenze e problematiche.

'Nuovo Complesso' di Rebibbia - Roma. (Capienza tollerabile: 1271; presenza: 1501).

Essendo ipotizzabile con sufficiente sicurezza un aumento del carico di lavoro per le aumentate possibilità di presa in carico dei detenuti e dell'avvio di programmi terapeutici sostitutivi protratti nel tempo, sarà utile programmare il mantenimento di una struttura per un trattamento generale come attualmente viene praticato presso il reparto G11. Diviene altresì importante poter iniziare la riprogrammazione degli interventi nel nuovo reparto G14, riservando a tale ambito i casi clinicamente più bisognosi di terapie, inclusi gli ammalati di AIDS che verranno trattati farmacologicamente in modo più esteso, essendo nella totalità tossicodipendenti.

In questo Istituto resta importante poter disporre di una o meglio due - anche piccole - sale per l'incontro con i parenti e conviventi dei detenuti. Tali spazi dovranno necessariamente essere esterni al circuito di sicurezza e potranno servire per i quattro istituti. All'interno dell'istituto è ancora in corso il lavoro di sistemazione delle tre stanze situate in 'Piazza Colonna' e l'assegnazione definitiva di almeno un'unità di personale di custodia per detti locali e segreteria.

Il personale, anche se calcolato congiuntamente tra le due amministrazioni, è oggi nettamente insufficiente.

'Regina Coeli' - Roma. (Capienza tollerab.: 850; presenza: 950)

Vedi progetto allegato al presente documento (Allegato n. 3).

Casa di Reclusione di Rebibbia (capienza tollerab.: 527; presenza: 318)

In tale struttura, stante il basso numero di tossicodipendenti rispetto alla popolazione totale, vengono ritenuti necessari soltanto un locale di adeguata metratura per lo psicologo e l'assistente sociale e per l'archiviazione della documentazione presso la VI Sezione ed un altro per le Sezioni rimanenti che sono distanti e non comunicanti. I locali utilizzabili per la visita medica sono quelli attuali. Altra soluzione potrebbe essere quella di riservare locali adeguati presso l'infermeria, ma aumenterebbero i problemi di accompagnamento dei detenuti. E' necessario che ci sia la possibilità di una linea telefonica utilizzabile, seppur protetta per una necessaria garanzia di sicurezza.

Carcere Femminile di Rebibbia (capienza tollerab.: 362; presenza: 300)

E' necessario avere un locale riservato dove sia possibile avere colloqui con le detenute sia in reparto 'cellulare' che 'camerotti'. L'utilizzazione e l'organizzazione

dell'infermeria è completamente da rivedere, così come l'intero assetto assistenziale. E' ipotizzabile la realizzazione di un modello sul tipo del Nuovo Complesso che è ben sperimentato.

IIIa Casa Circondariale - Rebibbia (capienza: da determinare; presenza 25 + 134 s.l.)

La situazione attuale non favorisce l'attuazione di piani terapeutici ed appare ancora legata alla presenza dei detenuti semiliberi che occupano spazi impropri. La risoluzione di tale problema porterebbe la capienza attuale per i detenuti al suo raddoppio (circa 80 posti dedicati ai tossicodipendenti) con una pari presenza da incrementare nei mesi successivi, secondo le domande di trasferimento che giacciono numerose. I locali riservati al Ser.T. sono, al momento, non insufficienti; le linee telefoniche invece debbono risentire di un urgente incremento tecnico, in quanto in questo Istituto il Ser.T. ha la sua sede amministrativa e la stragrande maggioranza delle comunicazioni telefoniche in entrata ed in uscita avviene qui. Deve essere quindi urgentemente trovata una soluzione al problema della presenza dei semiliberi che toglie spazi ai detenuti in custodia attenuata.

Velletri C.C. (capienza tollerab.: 324; presenza: 327)

L'attività del Ser.T. si svolge secondo una convenzione già collaudata da tempo. Gli operatori assicurano una presenza costante ed il servizio è reso conformemente alle indicazioni del Decreto Legislativo 230/99. Anche la terapia metadonica è somministrata con le stesse modalità per gli utenti che afferiscono da liberi al Ser.T. del territorio. E' però indispensabile, per commisurare l'attività alle esigenze della popolazione detenuta, incrementare la pianta organica. Sebbene non ancora disponibili, sono già destinati al Ser.T. i locali idonei ed adeguati allo svolgimento degli interventi psicosociali. Un problema rilevante è rappresentato dai lunghi tempi di attesa, da parte degli operatori, per effettuare visite e/o colloqui con i detenuti. Spesso non è disponibile, per motivi interni, il numero di agenti che sarebbe necessario per tutte le attività che si svolgono in istituto.

Civitavecchia C.C. (capienza tollerab.: 360; presenza: 498)

Non esiste un numero sufficiente di locali differenziati per lo svolgimento degli interventi. Restano inoltre da definire le modalità relative alla conservazione, ed alla custodia dei farmaci stupefacenti, nonché quelle inerenti l'uso di altre strutture logistiche (telefono, FAX, ecc.). Viene segnalata inoltre la carenza di personale (medici, psicologi ed infermieri).

Civitavecchia C.R. (capienza tollerab.: 208; presenza: 76)

Attualmente non esiste nell'istituto – di recentissima apertura – un presidio Tossicodipendenti.

Frosinone C.C./C.R. (capienza tollerab.: 435; presenza: 347)

La progettazione iniziale prevedeva l'istituzione di una sezione a custodia attenuata all'interno dell'istituto vista anche la presenza di idonei spazi per le attività riabilitative e socio-psico-terapeutiche. Attualmente il progetto è in via di attivazione, ma le carenze del personale sia dell'Unità Operativa Detenuto che del Presidio per le Tossicodipendenze, rendono lo stesso di difficile esecuzione. I posti letto riservati ai detenuti tossicodipendenti presso il locale Ospedale Civile sono del tutto inadeguati.

Palio C.R. (capienza tollerab.: 75; presenza: 68)

La Casa di Reclusione manca di presidio per le Tossicodipendenze. La presenza di detenuti tossicodipendenti, data la particolarità dell'istituto è sporadica e legata a problematiche di TBC. L'intervento degli operatori dell'Unità Operativa avviene su chiamata, qualora se ne ravvisi la necessità. Non sono stati previsti spazi specifici. Sono segnalate poche chiamate l'anno per i problemi legati alla tossicodipendenza.

Cassino (capienza tollerab.: 156; presenza: 126)

La ricognizione effettuata evidenzia gravi carenze di spazi riservati al trattamento dei detenuti tossicodipendenti: Il personale preposto a tale trattamento è insufficiente. Difficoltà di integrazione con gli operatori dell'Istituto Penitenziario. Impossibilità di coordinare gli interventi terapeutici delle Associazioni di Volontariato e degli Enti Ausiliari. I posti letto riservati a detenuti tossicodipendenti presso il locale Ospedale Civile sono inadeguati.

Latina (capienza tollerab.: 174; presenza: 142)

La situazione viene giudicata non problematica dagli operatori del Ser.T. tranne che per l'insufficienza del personale operante.

Rieti (capienza tollerab.: 43; presenza 38)

Non vengono segnalate particolari problematiche, oltre quelle generali.

Viterbo (capienza tollerab.: 335; presenza: 404)

Il personale del Ser.T. è numericamente insufficiente, come anche il personale di polizia penitenziaria che di conseguenza è costretto ad adottare lunghi tempi di operatività nell'accompagnamento dei detenuti a visita. Il problema dei locali è in via di risoluzione.

ALLEGATO N. 2
Giustizia Minorile - Realtà Logistiche Locali, Carenze e Problematiche.

CENTRO DI PRIMA ACCOGLIENZA

E' suddiviso in una sezione maschile ed una femminile; svolge funzioni di prima accoglienza dei minori fermati e arrestati che transitano all'interno del CPA da un minimo di 48 ore ad un massimo di 96, in attesa dell'Udienza di convalida dell'arresto. E' un servizio che si caratterizza per l'imprevedibilità degli accessi ed una operatività in situazione di "crisi".

localizzazione: sezione maschile Via dei Bresciani 32, Roma; sezione femminile Via Barellai 133, Roma;

locali: la situazione logistica del CPA si caratterizza per una significativa precarietà di spazi, per cui ad oggi risulta impossibile individuare locali riservati e adeguati per la realizzazione di interventi sanitari specifici;

personale sanitario presente: n°1 medico (lo stesso medico incaricato che lavora all'Istituto Penale) che interviene a chiamata; n°3 psicologi consulenti con rapporto di convenzione; assente un servizio di guardia medica e consulenze specialistiche; assente il personale infermieristico.

dati relativi all'utenza:

INGRESSI	ESITI UDIENZA DI CONVALIDA				
	liberazione	Prescrizioni	Permanenza in casa	Collocamento in comunità	custodia cautelare
770	307	65	194	21	183

(dati riferiti al periodo luglio '98/giugno '99)

Si segnala una media di ragazzi tossicodipendenti pari al 19-20% sul totale degli ingressi¹.

ISTITUTO PENALE PER I MINORENNI "CASAL DEL MARMO"

Accoglie minorenni e giovani fino al compimento del 21° anno d'età, con provvedimento di custodia cautelare o in espiazione pena. L'andamento dell'utenza è caratterizzata da alcuni elementi di specificità quali: le brevi permanenze dei ragazzi e,

¹ La percentuale di tossicodipendenti riportata è sicuramente sottostimata, in relazione a problemi di rilevazione del fenomeno, alla presenza di consumatori anche occasionali e di abusatori. I problemi alcool-correlati non vengono stimati.

conseguentemente, un frequente ricambio dell'utenza, l'aggregazione di ragazzi provenienti da altre regioni, l'elevata percentuale di ingressi di minori stranieri. Attuale capienza tollerabile: 60; presenza media: 50.

localizzazione: Via Barellai 140, Roma

locali: l'IPM ha un'organizzazione interna per palazzine, una riservata al femminile e due al maschile con la seguente suddivisione: una palazzina per i ragazzi più grandi, anche ultradiciottenni, con pene lunghe o recidivi ed una riservata ai primi ingressi e che ospita i ragazzi più piccoli e psicologicamente più fragili. Sono in atto dei lavori di ristrutturazione che, a breve, vedranno operativa una nuova palazzina (con stanze da 3 - 4 posti) che dovrà accogliere tutti i minorenni maschi, mentre in un'altra sezione resteranno gli ultra diciottenni con progetti di trattamento avanzati. Rispetto all'attuale situazione logistica possono essere riservati alla AUSL parte dei locali dell'infermeria;

personale sanitario: n°1 medico incaricato con funzione di coordinatore sanitario e n°1 medico con rapporto di collaborazione di supporto al medico incaricato con un'integrazione di 3 ore giornaliere; n°2 psicologi di ruolo con contratto di lavoro dipendente e n°2 psicologi consulenti con rapporto di convenzione; n°3 infermieri professionali; assente un servizio di guardia medica e l'assistenza infermieristica notturna.

dati relativi all'utenza:

INGRESSI	TOSSICODIPENDENTI	RAPPORTO PERCENTUALE
274	59	21,6% ²

(dati relativi al periodo 1/1/99 - 31/10/99)

UFFICIO DI SERVIZIO SOCIALE PER I MINORENNI

L'operatività dell'USSM taglia trasversalmente il sistema penale minorile, occupandosi questo servizio di minori e ragazzi fino a 21 anni denunciati, sottoposti a misure alternative e sostitutive alla detenzione, come pure di ragazzi detenuti, in stretta connessione da un lato con gli altri servizi minorili (IPM e CPA), dall'altro con i servizi sociali e sanitari, pubblici e privati, presenti sul territorio.

localizzazione: Via Ippolito Nievo 12, Roma; sede distaccata di Latina, Via Don Morosini 2; sede distaccata di Frosinone, Piazza San Tommaso D'Aquino;

² Ibidem.

personale sanitario: n°1 psicologo di ruolo con contratto di lavoro dipendente e n°2 psicologi di ruolo con contratto di lavoro dipendente con distacco part-time;

dati relativi all'utenza: nel periodo 1/1/99 - 30/9/99 l'Autorità Giudiziaria ha segnalato all'USSM 2572 casi, di cui 734 sono stati presi in carico dal servizio³.

CENTRO GIUSTIZIA MINORILE

Svolge funzioni di coordinamento dei servizi minorili (CPA, USSM, IPM), occupandosi del raccordo con i servizi territoriali, dei rapporti con le comunità, di inserimenti in comunità anche terapeutiche, della messa a punto di modelli operativi.

localizzazione servizio: Via Ippolito Nievo 12, Roma;

personale sanitario presente: n°1 psicologo di ruolo con contratto di lavoro dipendente e n°1 psicologo consulente con rapporto di convenzione.

³ Per l'USSM non viene riportata la percentuale rilevata di utenza tossicodipendente in quanto trattasi di dati assolutamente non attendibili.

ALLEGATO N. 3

Ipotesi Progettuale per l'Assistenza Integrata a Tossicodipendenti Detenuti di Regina Coeli del U.O. Ser.T. I° Distretto Riari - Sub U.O. Regina Coeli. AUSL Roma/A

In base all'accordo stipulato in data 27.4.1993 tra l'Amministratore straordinario della U.S.L. RM/A e la Direzione della Casa Circondariale di "Regina Coeli", la stessa Unita' Sanitaria Locale ha prestato dal 15 luglio 1993 a tutt'oggi assistenza ai detenuti tossicodipendenti e/o alcolodipendenti ristretti nell'Istituto, avvalendosi del SER.T di via dei Riari n.48, come previsto dalla normativa.

Situazione Attuale

Attualmente, si reca presso il carcere il seguente personale della ASL RM/A:

- 2 medici psichiatri a convenzione, a turno dal Lunedì al Sabato ,trenta ore ciascuno (tot. **60** ore/settimana)
- 5 infermieri professionali a turno dal Lunedì al Sabato, cinque ore al giorno ciascuno (tot. **30** ore/settimana)
- 1 psicologo tre giorni a settimana (tot. **14** ore/settimana).
- 1 assistente sociale una volta a settimana .(tot. **5** ore/settimana).

I medici e gli infermieri effettuano le visite presso l'infermeria della I Sezione, lo psicologo e l'assistente sociale effettuano i colloqui in una stanza ricavata presso l'ufficio cappellani.

Aspetti Peculiari

- Presso l'Istituto di Regina Coeli deve ancora essere realizzata una sezione destinata ai detenuti tossicodipendenti e/o alcolodipendenti.
- La popolazione residente all'interno del casa circondariale Regina Coeli è stimata in circa 900 detenuti di cui il 50% si dichiara tossicodipendente e di questi il 50% risulta in trattamento metadonico al momento degli arresti, e che si stimano per un 20% i soggetti alcolisti;

- La tipologia dell'Istituto (Carcere Giudiziario) con elevato "turn over" della popolazione detenuta.

Linee Programmatiche

- La A.S.L. RM/A assicura gli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione dei detenuti tossicodipendenti e/o alcooldipendenti ristretti presso l'Istituto penitenziario di "Regina Coeli", avvalendosi di operatori, dipendenti o convenzionati, del proprio Dipartimento delle Dipendenze e di operatori messi a disposizione dal Ministero di Grazia e Giustizia che dal 1° Gennaio 2000 sono passati alle dipendenze funzionali della ASL RM/A da inserire nell'organico del SerT interno a Regina Coeli.
- La ASL RM/A e la Direzione della Casa Circondariale di Regina Coeli collaborano nel pianificare ed attuare gli interventi di informazione e di prevenzione della diffusione della tossicodipendenza e delle patologie ad essa correlate, con particolare attenzione all'infezione da HIV.
- Affinchè il servizio venga espletato in termini commisurati alle esigenze della popolazione tossicodipendente e/o alcooldipendente ristretta presso l'Istituto penitenziario, si ritiene fondamentale, in collaborazione con gli operatori penitenziari, definire il programma terapeutico e socio-riabilitativo individualizzato per i detenuti tossicodipendenti e/o alcooldipendenti o, in subordine, il programma farmacologico con impiego di farmaci sostitutivi e/o sintomatici ed assicurare la disponibilità dei trattamenti integrati ritenuti necessari, nonchè provvedere all'esecuzione delle analisi cliniche ritenute necessarie per l'accertamento dello stato di dipendenza e per la verifica dell'andamento dei programmi terapeutici.
- In particolare, sia il Direttore dell'Istituto, responsabile degli interventi trattamentali (art. 3 del Regolamento di esecuzione della L. 354/75) e garante dello svolgimento degli stessi, che il Responsabile del Servizio per le Tossicodipendenze del Ser.T. interno a Regina Coeli coordinatore dell'intervento curativo e riabilitativo per i detenuti tossicodipendenti e/o alcooldipendenti, si impegnano a collaborare, nel rispetto delle reciproche competenze, alla realizzazione dei programmi terapeutici e socio-riabilitativi e dei programmi trattamentali a favore dei detenuti tossicodipendenti e/o alcooldipendenti e ad integrare, a tal fine, i reciproci interventi.
- Il Direttore dell'Istituto si impegna a facilitare al massimo l'esecuzione delle misure curative e riabilitative predisposte dal Ser.T. interno a Regina Coeli della A.S.L.

RM/A per i detenuti tossicodipendenti e/o alcooldipendenti, anche attraverso periodici incontri tra gli operatori penitenziari e quelli della A.S.L. RM/A.

- La A.S.L. RM/A si impegna a realizzare gli interventi curativi e riabilitativi ritenuti idonei in relazione anche alle caratteristiche ed alla specificità dell'Istituto, curando i rapporti operativi con il personale penitenziario, al fine di attuare una continuità di trattamento.
- Il Direttore dell'Istituto ed il Responsabile del Ser.T RM/A presso Regina Coeli, concordano periodici momenti di incontro per integrare i programmi di intervento, per esaminare i risultati e per formulare proposte operative per il miglioramento del servizio.
- Ogni sei mesi sarà inviata al Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria ed alla Direzione Sanitaria della A.S.L. RM/A una relazione riassuntiva congiunta circa l'andamento del servizio.

Il coordinamento tecnico-funzionale di tutti gli interventi terapeutici e socio-riabilitativi attuati nei confronti dei detenuti tossicodipendenti e/o alcooldipendenti, fatte salve le specifiche competenze del Direttore in qualità di Responsabile dell'Istituto, è affidato al Responsabile del Ser.T. interno a Regina Coeli che segnalerà alla Direzione Sanitaria della A.S.L. RM/A il verificarsi di eventuali inconvenienti nella operatività del servizio.

- La Direzione del carcere mette a disposizione locali idonei allo svolgimento degli interventi curativi e riabilitativi per i detenuti tossicodipendenti e/o alcooldipendenti attivati nell'Istituto, che dovranno effettuarsi in condizioni di riservatezza e comunque nel rispetto delle misure di sicurezza stabilite dalla Direzione stessa.
- La Direzione provvede affinché gli interventi di pronto soccorso che si rendessero necessari al momento dell'ingresso o durante i periodi di detenzione siano invece assicurati dal personale sanitario dell'Istituto, nel rispetto degli indirizzi e delle metodologie terapeutiche indicate dal Responsabile del Ser.T. intramurario della A.S.L. RM/A, sulla base degli orientamenti regionali in materia.

Preso atto che vanno a tutt'oggi realizzate le strutture idonee da parte della Casa Circondariale "Regina Coeli" ed acquisito il personale necessario e le attrezzature da parte della A.S.L. RM/A, la presente ipotesi progettuale potrà concretizzarsi entro il 01/03/2000 solo ove tutte le condizioni organizzative di seguito elencate saranno soddisfatte.

Orario del Servizio

Il Ser.T c/o la casa Circondariale di Regina Coeli sarà aperto 59 ore settimanali:

- 8 ore dal Lunedì al Venerdì dalle ore 8.00 alle 16.00
- 6 ore prefestivi e festivi dalle 8.00 alle 14.00
- 3,30 ore il martedì ed il giovedì dalle 15.00 alle 18.30

Attività previste

Le attività previste sono quelle elencate nelle leggi istitutive dei Ser.T. e specificamente:

- visite medico-infermieristiche
- esami antidoping
- colloqui psicologici
- colloqui ed attività sociali
- somministrazione farmacologica sostitutiva, antagonista e sintomatica
- colloqui familiari
- contatti con altri Ser.T. e strutture territoriali
- attività organizzative
- attività amministrative
- attività formative

Strutture previste

La Direzione Carceraria su indicazioni del Responsabile del Ser.T. intramurario ASL RM/A, si impegna a fornire i seguenti spazi operativi e beni strumentali interni all'area detentiva ed esterni alla stessa, da utilizzare tutti i giorni della settimana

Interno Area Detentiva

- due stanze arredate attigue per la somministrazione metadonica e visita medica
- bagno utenti per l'esecuzione degli esami antidoping
- una stanza (piano del cappellano) per colloqui psico-sociali
- una stanza deposito per le scorte metadoniche
- linea telefonica diretta esterna
- lettino da mediceria, armadio farmaci, scrivanie, sedie, schedari

Esterno Area Detentiva

- due stanze con annesso servizio igienico c/o l'ufficio Ragioneria per tutti i giorni della settimana, in orario sia antimeridiano che pomeridiano con annesse 2 linee telefoniche esterne dirette. Le stanze dovranno essere di esclusivo uso del Ser.T. interno e dotate di serratura e chiave per permetterne la chiusura.

Arredi e beni strumentali:

- scrivanie
- sedie
- personal computer
- fax
- segreteria telefonica
- schedari
- armadi

Approvvigionamento Farmaceutico

L'approvvigionamento farmaceutico inerente i farmaci sostitutivi, antagonisti, sintomatici, sarà a carico della ASL RM/A con le modalità comuni agli altri tre Ser.T. aziendali. La conservazione dei farmaci sarà a cura dell'Amministrazione carceraria, così come lo scarico degli stessi da effettuarsi secondo le scadenze date dal Responsabile del SerT intramurario.

Organico

La composizione dell'équipe del Ser.T. all'interno dell'Istituto dovrà essere formata dalle seguenti figure professionali onde garantire la continuità terapeutica come da seguente esposizione di operatività e procedure:

- N. 6 medici per un totale di 152 ore settimanali
- N. 3 psicologi per un totale di 114 ore settimanali
- N. 1 caposala per un totale di 36 ore settimanali
- N. 3 assistenti sociali per un totale di 108 ore settimanali
- N. 6 infermieri professionali per un totale di 216 settimanali
- N. 2 assistenti amministrativi per un totale di 36 ore settimanali

Ricognizione congiunta del personale

La ricognizione del personale in organico al Ser.T. Riari ed in organico a Regina Coeli in termini di figure professionali e di ore settimanali permette di evidenziare la situazione come appresso specificata:

MEDICI

Il Ser.T. Riari dispone di n° 2 medici specialisti psichiatri a convenzione assunti trimestralmente a 30 ore ciascuno settimanali. L'esperienza dimostra che tale incarico non può essere assegnato trimestralmente. E' indispensabile che il monte ore a

disposizione sia assegnato in maniera definitiva a due titolari per garantire una proficua continuità terapeutica).

Regina Coeli dispone 15 ore al giorno divise tra 4 medici per un totale di 90 ore settimanali.

$$\begin{array}{r} 60 \text{ ore Ser.T.} \quad + \\ 90 \text{ ore R.Coeli} \quad = \\ \hline \end{array}$$

150 ore totali a settimana
(2 ore in meno rispetto alle necessità).

PSICOLOGI

Il Ser.T. Riari dispone di n° 1 psicologo (Dott. M. Forner) che attualmente presta il suo servizio anche a Regina Coeli per un totale di 14 ore settimanali.

Regina Coeli dispone di n° 8 psicologi a 100 ore settimanali totali

$$\begin{array}{r} 100 \text{ ore R.Coeli} \quad + \\ 14 \text{ ore Ser.T.} \quad = \\ \hline \end{array}$$

114 ore settimanali
(totali corrispondenti alle necessità individuate)

INFERMIERE CAPOSALA

Tale figura è indispensabile per avviare il servizio, sia per le direttive al personale infermieristico, sia per la somministrazione metadonica, il carico e lo scarico del farmaco stupefacente e la tenuta dei registri relativi.

Il Ser.T. Riari non dispone di caposala
Regina Coeli non dispone di caposala

(- 36 ore rispetto alle necessità individuate).

INFERMIERI

Il Ser.T. Riari dispone di n° 7 infermieri di cui 5 prestano servizio a turno (spesso in straordinario) presso il Carcere per 5 ore al giorno per 6 giorni a settimana per un totale di 30 ore.

Regina Coeli dispone di 4 infermieri per un totale di 90 ore settimanali.

$$\begin{array}{r} 30 \text{ ore Ser.T.} \quad + \\ 90 \text{ ore Regina Coeli} \quad = \\ \hline 120 \text{ ore settimanali totali} \\ (- 96 \text{ ore rispetto alle necessità individuate}) \end{array}$$

ASSISTENTI SOCIALI

Il Ser.T. Riari dispone di n° 1 assistente sociale che presta il proprio servizio anche a Regina Coeli 1 giorno a settimana per un totale di 5 ore
Regina Coeli non dispone di assistente sociale

(- 103 ore rispetto alle necessità individuate).

La figura dell'assistente sociale è da considerarsi di estrema importanza nell'ottica di un regime privativo della libertà, dove le richieste da vagliare per ottenere i benefici di legge saranno sicuramente il 100% del totale della popolazione tossicodipendente detenuta.

ASSISTENTE AMMINISTRATIVO

Il Ser.T. Riari e Regina Coeli non dispongono di assistente amministrativo.

(- 36 ore rispetto alle necessità individuate)

Figura di non immediata necessità, sostituibile in fase di avvio dalla caposala che può assumerne le mansioni.

Operatività e Procedure

Il servizio verrà erogato con le seguenti modalità:

- Visite medico-infermieristiche dal Lunedì alla Domenica dalle ore 8.30 alle ore 13.00.
- Colloqui psicologici dal Lunedì al Sabato dalle ore 8.30 alle 13.00
- Colloqui ed interventi sociali dal Lunedì al Sabato dalle ore 8.30 alle 13.00
- Somministrazione metadonica dal Lunedì alla Domenica dalle ore 8.30 alle ore 13.00

- Riunioni di Servizio, incontri con i familiari dei detenuti tossicodipendenti, svolgimento pratiche amministrative, contatti con altre strutture del territorio ecc. dal Lunedì al Venerdì in orario antimeridiano e pomeridiano fino alle ore 16 e nei giorni di Martedì e Giovedì fino alle 18,30, all'esterno dell'area detentiva.

La Direzione dell'Istituto dovrà curare, inoltre, l'organizzazione del servizio di accompagnamento dei detenuti sino ai locali destinati all'attività degli operatori del Ser.T. della A.S.L. RM/A; nello stesso modo dovrà garantire che tale attività venga svolta in condizioni di sicurezza e di riservatezza, pur nel rispetto del regolamento penitenziario.

Fasi Attuative

Reperito il personale, i locali e le attrezzature necessarie, si potrà ipotizzare un piano di intervento finalizzato all'inizio dell'operatività così articolato:

- 1- Entro la fine del mese di Gennaio riunione di tutto il personale assegnato per programmare in maniera uniforme le modalità di espletamento del servizio
- 2- Mese di Febbraio. Formazione del personale assegnato sulle problematiche della tossicodipendenza con particolare riferimento a quelle legate alla detenzione - Presentazione di situazioni simulate - Piena operatività dei turni di servizio e dei compiti a ciascuno assegnati senza somministrazione metadonica. Analisi e verifica delle condizioni operative
- 3- Mese di Marzo. Avvio dell'operatività del servizio con somministrazione metadonica.

E' indispensabile che fin dal mese di Gennaio collaborino a tempo sia il Dott. M. Forner che una Caposala, per l'organizzazione di quanto esposto.

Criticità

Da una personale conoscenza delle problematiche interne all'Istituto di Regina Coeli e da una analisi personale di quanto finora esposto, si possono ipotizzare le seguenti criticità legate al personale, alla struttura e alla metodologia

- a- non sarà sempre possibile la copertura medica dei turni festivi con il personale assegnato. A questo si potrà ovviare con la presenza del medico di guardia interno a Regina Coeli.
- b- le 96 ore di carenza infermieristica che impediscono di fatto una continuità terapeutica legata alla somministrazione metadonica
- c- le 103 ore di carenza di assistenti sociali
- d- le evidenti difficoltà da parte della Direzione carceraria a reperire gli spazi operativi idonei.
- e- la comprensibile resistenza al cambiamento del personale dipendente da Regina Coeli che dal 1 Gennaio è passato alle dipendenze funzionali della ASL.
- f- la difficoltà nella gestione di una Unità Organizzativa che ha ampliato le proprie competenze estendendo gli interventi all'intero Carcere di Regina Coeli e comunque in grave carenza di organico.

Conclusioni

Si ritiene possibile, nella misura in cui questa ipotesi progettuale dovesse trovare pratica applicazione, dar corso alla somministrazione metadonica in carcere. E' altresì chiaro che saranno comunque necessari continui aggiustamenti in corso d'opera e che il processo valutativo dovrà essere continuo ed inteso come momento di revisione dei processi lavorativi.

L'operatività della presente ipotesi progettuale dovrà trovare all'interno della ASL e dell'istituzione carceraria un interlocutore partecipe per non vanificare il lavoro da iniziare, cogliendo in tal modo l'opportunità di crescita professionale degli operatori impegnati a realizzare all'interno della struttura carceraria l'obiettivo-(come da legge 30/11/98 n° 419) - della totale presa in carico della popolazione carceraria tossicodipendente e/o alcolodipendente.

Considerando infine tutte le difficoltà esposte e la particolare situazione ambientale nella quale si andrà ad operare, sarebbe forse opportuno configurare il lavoro da svolgere come particolarmente significativo nell'ottica delle attività premianti aziendali, anche per motivare e reperire più facilmente il personale da assegnare al SerT interno a Regina Coeli.

ALLEGATO N. 4
IL PROGETTO PERMANENTE PER LE TOSSICODIPENDENZE DEL SER.T.
"Istituti Penitenziari di Rebibbia" - AUSL Roma/B
(La Convenzione e l'Attuale Protocollo Operativo del Ser.T. alla luce del D.L.
230/99)

A) I DATI SULLA POPOLAZIONE DETENUTA DI REBIBBIA

Il Complesso Polipenitenziario di Rebibbia è il più vasto sull'intero territorio nazionale, sia considerando la superficie sulla quale si estendono le strutture che lo compongono, sia il numero dei detenuti presenti stabilmente e quelli che transitano durante l'anno (nuovi giunti).

I dati relativi alla popolazione tossicodipendente detenuta ristretta presso il Complesso di Rebibbia sono stati ricavati dalle pubblicazioni statistiche realizzate dall'Amministrazione Penitenziaria e gentilmente messe a disposizione del Servizio.

Le rilevazioni a cui si fa riferimento nella tabella sottostante sono quelle alla data del 31 Dicembre 1998 e nel corso dei diversi anni indicati. Viene anche riportata la suddivisione tra uomini e donne in tutte le categorie citate.

	Ingressi Annuì	Presenze Totali	HIV+/AIDS TD	Stranieri	
1998	2.801 (m. 1876 - f. 925)	2.246	562	103 (m. 82 - f. 21)	447 (m. 306 - f. 141)
1997	3.158 (m. 2157 - f. 1001)	2.556	548	154 (m. 123 - f. 31)	435 (m. 307 - f. 128)
1996	3.096 (m. 2128 - f. 968)	2.499	579	244 (m. 213 - f. 31)	459 (m. 307 - f. 101)
1995	3.033 (m. 2108 - f. 925)	2.387	637	169 (m. 139 - f. 30)	370 (m. 284 - f. 86)
1994	3.340 (m. 2349 - f. 991)	2.740	698	184 (m. 150 - f. 34)	477 (m. 381 - f. 96)

TAB. I: Rilevazione delle presenze negli Istituti Penitenziari di Rebibbia ed i transiti annui.

Come è possibile evincere, anche da una sommaria analisi dei dati a disposizione, Rebibbia appare come una struttura penitenziaria di basso turnover e maggiore stanzialità. Questo fatto è senz'altro legato - a sua volta - a non meglio identificate precondizioni operative di tipo giuridico e di intervento di polizia. Pochi degli arrestati vengono condotti in carcere a Rebibbia, mentre la maggior parte di questi viene condotto presso la struttura di Regina Coeli, dove resta sicuramente fino alla sentenza di convalida dell'arresto ed oltre.

B) OBIETTIVI GENERALI DEL SERVIZIO

L'obiettivo primario dell'integrazione dei servizi AUSL - Ser.T. e del Sistema Penitenziario è la garanzia della diagnosi, della cura e della riabilitazione psicosociale del tossicodipendente detenuto, ivi comprese le patologie cliniche correlate alla tossicodipendenza come l'AIDS e la sieropositività, le epatopatie, l'assistenza alla gravidanza a rischio e l'alcolismo.

Tale garanzia di tutela sarà espressa attraverso l'avvio di una relazione di aiuto, agevolando la riflessione sul proprio stato e fornendo informazioni sui percorsi terapeutici al fine di costruire un programma terapeutico personalizzato.

Diversi, e parimenti importanti, saranno i momenti operativi e trattamentali che caratterizzeranno questo cammino:

- diagnosi di stato di tossicodipendenza o uso di sostanze stupefacenti o alcool
- terapia farmacologica della sindrome da astinenza da sostanze stupefacenti o alcool
- eventuale presa in carico al Servizio
- gestione ordinaria e socio-psicologica
- relazioni con gli altri Ser.T., comunità, ecc.
- la programmazione del percorso terapeutico intracarcerario
- lo studio dell'ammissibilità alle pene alternative alla detenzione, in collaborazione con gli operatori penitenziari;
- il reinserimento sociale;
- la prevenzione, la diagnosi ed il trattamento delle recidive (anche intracarcerarie) e delle patologie correlate alla tossicodipendenza (infettive, psichiatriche, ecc.), anche attraverso il ricovero (ospedaliero o Day Hospital) presso le strutture aziendali e non;
- il trattamento di problematiche particolari (extracomunitari, transessuali, illetterati, donne con figli minori di anni tre, gravide a rischio ecc.);
- la promozione ed attivazione di specifici canali informativi per concorrere a modificare i comportamenti di abuso.

C) LA PRESA IN CARICO

Per presa in carico s'intende l'attivazione di tutte le normali procedure effettuate dal Ser.T. (al pari di quelli territoriali) nei riguardi dell'utente tossicodipendente; essa è successiva alla richiesta di trattamento, differenziando gli interventi a secondo delle esigenze individuali dei soggetti da trattare, secondo diverse fasi operative:

- primo contatto e valutazione della domanda;
- diagnosi di tossicodipendenza;
- iscrizione al Ser.T. "II.PP.RR.";
- apertura di una cartella clinica personale;
- formulazione ed avvio di un programma terapeutico personalizzato;
- eventuale ammissione alle pene alternative;
- scarcerazione ed affidamento/segnalazione al Ser.T. di appartenenza.

Per ogni caso preso in esame verrà indicato un operatore del Servizio referente.

Ogni utente preso in carico sarà considerato temporaneamente residente presso l'Istituto che lo ospita e di conseguenza ad ogni presa in carico corrisponde una iscrizione al Ser.T. II.PP.RR. che accetterà soltanto utenti detenuti.

Per tutti i detenuti tossicodipendenti e/o alcolodipendenti saranno comunque assicurati dal Ser.T. i seguenti servizi:

1. accertamento dello stato di tossicodipendenza (visita, analisi delle urine, anamnesi generale e tossicologica);
2. eventuale certificazione dello stato di tossicodipendenza;
3. relazioni sullo stato clinico ed ogni terapia necessaria;
4. idoneità dei programmi terapeutici;
5. colloqui a richiesta;
6. predisposizione di schede personali;
7. impegno di spesa dei ricoveri in Comunità terapeutica;
8. eventuale ricovero presso l'erigenda sezione penitenziaria dell'Ospedale Pertini

Le prese in carico successive alle sunnotate, avverranno dopo una esplicita richiesta da parte dell'utente ed una valutazione preliminare da parte dell'équipe.

All'atto della dimissione (scarcerazione) ed a richiesta, tutta la documentazione prodotta dal Servizio II.PP.RR., potrà essere trasmessa al Ser.T. di appartenenza territoriale dell'utente.

D) I LOCALI

Le Direzioni mettono a disposizione del Ser.T. locali idonei allo svolgimento dei programmi trattamentali e di riabilitazione e di ogni altra attività prevista d'ufficio. Detti locali, ad uso esclusivo di detto servizio, saranno utilizzati per:

- prestazioni sanitarie dirette (visite)
- uffici amministrativi
- colloqui individuali e di gruppo
- archiviazione della documentazione

E' necessario inoltre, poter disporre di una sala esterna alle sezioni, accessibile e riservata ai colloqui con i familiari.

Le sale dovranno essere fornite di un arredo minimo d'ufficio, ivi compresi telefono e Fax, le cui spese di gestione saranno a carico dell'Istituto ospitante. Il Fax, inizialmente, potrà essere unico per l'intero complesso penitenziario e dislocato presso la sede della dirigenza del Servizio.

Il personale del Ser.T. può accedere alle sale colloquio ed infermerie di sezione.

E) IL PERSONALE, LE COMUNICAZIONI, LA DOCUMENTAZIONE, LE AUTORIZZAZIONI, I REGISTRI

Durante la prestazione della sua opera professionale, come durante la visita od il colloquio, all'atto di stilare relazioni, documenti ecc., l'operatore sanitario del Ser.T. potrà visionare la cartella clinica ed ogni altro documento necessario a questo lavoro, traendo ed utilizzando i dati necessari. Le informazioni personali sono strettamente vincolate al segreto professionale e d'ufficio.

A richiesta il Ser.T. comunicherà ogni elemento risultante dai progressi del trattamento intrapenitenziario attraverso brevi note o relazioni. Tali risultati potranno essere utilizzati dagli operatori penitenziari per i programmi di trattamento e le relazioni di sintesi.

Le posizioni in ruolo del personale che attualmente compone il Servizio sono le seguenti:

- n. 2 medici
- n. 3 medici SUMAI (part time)
- n. 2 psicologi
- n. 4 assistenti sociali

Ai sensi del Decreto del 30 Novembre 1990 n. 444, computando congiuntamente le risorse di personale attuali assieme a quello del Ministero della Giustizia, restano da

coprire le seguenti professionalità di ruolo, in aggiunta a quelle sopra elencate:

- n. 7 medici
- n. 8 psicologi
- n. 11 infermieri
- n. 3 caposala
- n. 7 assistenti sociali
- n. 5 educatori di comunità o titoli equivalenti
- n. 5 assistenti amministrativi
- n. 1 dirigente amministrativo
- n. 2 sociologi

Con opportuna comunicazione, verranno comunicati i nominativi per le necessarie autorizzazioni, anche degli eventuali sostituti. Le sostituzioni del personale SUMAI assente a qualsiasi titolo, sono assicurate dall'Ufficio Personale a Convenzione dell'AUSL Roma B. Ogni professionista citato - inclusi quelli penitenziari in dipendenza funzionale, dovrà intervenire indifferentemente in ognuna delle strutture del Complesso polipenitenziario, recependo le direttive del Responsabile del Ser.T..

Le direzioni rilasceranno apposite autorizzazioni personali di accesso all'istituto per esigenze legate al servizio (tesserini).

I documenti prodotti dal Servizio, dietro richiesta degli utenti, verranno rilasciati direttamente a questi ultimi, con una regolare ricevuta e registro di scarico; una copia dovrà essere fornita all'istituto di appartenenza.

Al fine di una ottimale centralizzazione dell'informazione, ogni richiesta di intervento, comunicazione e corrispondenza, dovrà essere necessariamente formalizzata e recapitata presso la sede amministrativa del Servizio (sita nella III Casa Circondariale) dove sarà istituita una apposita Cassetta Postale.

Per ogni detenuto preso in carico, od altrimenti segnalato al servizio, verrà compilata la seguente documentazione:

- 1) apertura della cartella clinica del Ser.T.
- 2) scheda FTD del Ministero della Sanità
- 3) scheda informatizzata dell'Osservatorio Epidemiologico Regione Lazio
- 4) scheda Sociale

Ogni Direzione provvederà quotidianamente a far pervenire al Ser.T. un elenco dei detenuti dichiaratisi abusatori o dipendenti da sostanze stupefacenti.

Gli operatori del Ser.T. riporteranno gli esiti dei loro interventi su appositi registri e cartelle. L'archivio generale delle cartelle cliniche, resta fissato presso la sede Ser.T. del Nuovo Complesso. Le cartelle cliniche e tutta la documentazione inerente l'attività sanitaria ed amministrativa prodotta dal Ser.T. nei singoli istituti, potrà essere collocato ove ritenuto più opportuno, mantenendone la AUSL il possesso e la piena disponibilità.

F) ORARI E PRESENZE

Il Ser.T. "II.PP.RR." è attivo:

- dalle ore 8.00 a.m. alle ore 14.00 di tutti i giorni feriali;
- la domenica ed i festivi intrasettimanali, con i medici, per la somministrazione di metadone.

La sede amministrativa e della dirigenza del servizio (Responsabile del Ser.T.) è stabilita presso la Terza Casa Circondariale sita in Via Bartolo Longo 78, 00156 in Roma.

Al fine di poter supportare specialisticamente talune esigenze inderogabili ed eccezionali, al di fuori degli orari sopradescritti, ci si potrà rivolgere agli altri servizi attivi dell'AUSL ROMA/B, anche solo per consulti telefonici:

- SER.T. di Via Teodorico, 61
Responsabile: Dr. Vincenzo PIACENTINI DI NELLA
Telefono e FAX 06/44.24.2028
- SER.T. di Via dei Sestili, 7
Responsabile: Dr.ssa Susanna COLLODI
Telefono 06/76.37.91
- SER.T. di Via Casilina, 1368
Responsabile: Dr.ssa Adria MANNUCCI
Telefono 06/20.24.505 - FAX 06/20.24.571
- SER.T. di Via dei Platani, 84
Responsabile: Dr. Paolo JACONE
Telefono 06/23.23.0181 - FAX: 06/23.23.0165

e, per problemi particolarmente urgenti e/o rilevanti (overdose, ...), presso l'Ospedale Sandro Pertini (tel. 06/41.59.31).

Presso la sede Amministrativa del Ser.T. (IIIa Casa Circ.le) sono depositate le firme di entrata ed uscita giornaliera di ciascun operatore ed è abolita ogni forma di registro precedentemente impiegato (carcere femminile), con ovvia esclusione delle registrazioni di polizia in entrata ed in uscita dalle strutture penitenziarie.

Al personale sanitario dell'AUSL e dell'Istituto Penitenziario è necessariamente associato il personale di Polizia Penitenziaria. Per questo motivo sarà necessaria una selezione dello stesso attraverso la partecipazione a corsi di formazione. A questo proposito la AUSL si impegna ad organizzare appositi corsi di formazione.

G) GLI INCONTRI - SCAMBIO DELLE INFORMAZIONI

Gli incontri tra operatori del Ser.T. e operatori penitenziari sono previsti secondo differenti modalità, nell'intento di rispettare il principio dell'interdisciplinarietà della materia:

- incontri periodici, a cadenza mensile;
- incontri occasionali, per problemi particolarmente urgenti;
- incontri informali;
- riunioni d'équipe.

A tali momenti di confronto organizzati da un operatore del Ser.T. parteciperanno tutte le professionalità dell'area del trattamento e sanitaria e verranno affrontati singoli casi clinici o problemi organizzativi emergenti; in preparazione di questi incontri verrà stilato un ordine del giorno redatto congiuntamente dal Direttore dell'Istituto e dal Responsabile del Ser.T. (o da loro incaricati) al fine di poter predisporre le opportune documentazioni.

Sono inoltre previsti specifici incontri di settore (sanitari, psicologi, assistenti sociali, ecc.).

H) IL PROGETTO TERAPEUTICO INTRACARCERARIO

Tenuto conto dell'esigenza di evitare sovrapposizione di interventi, il progetto terapeutico intracarcerario si svilupperà attraverso le seguenti fasi:

1) Fase di Osservazione e diagnosi:

L'informazione circa la necessità di eseguire i dovuti accertamenti entro le prime 24 ore (ricerca dei metaboliti urinari degli stupefacenti) dall'entrata in carcere, deve essere fornita al soggetto in occasione della visita di primo ingresso. In caso di consenso del soggetto, laddove siano giudicati clinicamente opportuni, tali esami verranno effettuati presso l'Ospedale "Sandro Pertini", seguendo un protocollo di trasmissione dei dati.

La raccolta delle urine dovrà seguire i criteri dettati dal D.M. 445/90 e D.M. 186/90 ed in catena custodiale verificata.

E' compito del medico del Ser.T. porre diagnosi di tossicodipendenza. In caso di necessità o mancanza di elementi attuali probanti, il Ser.T. II.PP.RR. richiederà al Ser.T. di appartenenza del detenuto, tutti quegli elementi giudicati utili a questo fine.

Nei casi in cui tali elementi manchino del tutto o siano insufficienti, verrà stilata una apposita relazione che comporterà dei tempi che dovranno tenere conto di una fase di osservazione..

Ad ogni ravvisata necessità di raccolta delle urine dei tossicodipendenti per il riscontro di sostanze stupefacenti, provvederà il Ser.T.. I dati ottenuti non possono essere divulgati senza il consenso dell'interessato.

2) Fase di proposta di programma:

Successivamente alla prima valutazione delle risorse individuali e delle strutture (esterne o interne) cui fare riferimento, viene stilato il "programma preliminare" nel quale saranno valutate le istanze dell'utente tenendo conto della sua posizione giudiziaria.

3) Fase di Percorso Terapeutico:

Una volta delineato il programma preliminare, le ulteriori fasi dell'intervento prevedono l'aggiornamento della conoscenza delle problematiche psico-sociali, mediante colloqui eventualmente estesi, laddove se ne ravveda la necessità, ai famigliari del detenuto tossicodipendente.

In questa fase quindi, saranno previste e stabilite opportune ipotesi programmatiche che prevedano la possibilità di proporre all'interessato le pene alternative al carcere, avvalendosi anche degli Enti ausiliari il cui intervento nei singoli istituti sarà organizzato dal Ser.T. tenendo conto delle esigenze degli utenti di ciascuna struttura informandone la Direzione dell'Istituto.

4) Fase conclusiva del Programma terapeutico:

La fase intrapenitenziaria del Programma Terapeutico verrà conclusa con il coinvolgimento degli Enti Ausiliari e l'invio della eventuale domanda di misura alternativa alle AA.GG. competenti, concordandone i termini con gli operatori penitenziari addetti.

Essendo il Ser.T. di appartenenza territoriale eventuale responsabile della continuazione del programma terapeutico, può essere richiesto il suo intervento diretto; verrà quindi designato un suo referente per ogni caso; questi è chiamato a partecipare alle équipes integrate dopo aver effettuato i relativi colloqui di competenza con il detenuto.

Tale referente sarà il responsabile della successiva presa in carico, una volta eseguita la scarcerazione del detenuto.

Nel caso in cui sia presente un detenuto tossicodipendente che non ha mai avuto precedenti iscrizioni ad un Ser.T., viene attivata la segnalazione - sempre dietro consenso dell'utente - al proprio Ser.T. di appartenenza residenziale (certificato di residenza).

Al fine di poter permettere l'accesso in carcere degli operatori referenti od ogni altra figura professionale, ivi comprese il personale delle Comunità terapeutiche, il Responsabile del Ser.T. II.PP.RR., potrà richiedere alla Direzione un permesso occasionale di accesso.

In tutti gli altri casi ove la richiesta pervenisse dalla Comunità o direttamente dall'utente, specie se non preso in carico al Ser.T. II.PP.RR., sarà la Direzione

dell'Istituto a provvedere alle necessarie autorizzazioni, previo parere favorevole da parte del Ser.T. II.PP.RR..

La richiesta di accesso alla struttura penitenziaria delle Comunità private non convenzionate o non iscritte agli albi regionali verrà esaminata volta per volta.

L'attività di consulenza specialistica e certificatoria viene garantita anche ai detenuti semiliberi ed in art. 21 O.P., qualora siano coinvolti nell'area delle alcool-tossicodipendenze.

D) L'EQUIPE INTEGRATA

L'équipe integrata, più volte citata nel presente protocollo, risulta così composta:

- Responsabile del Ser.T. o suo delegato
- Direttore Penitenziario o suo delegato
- Psicologo del Ser.T. II.PP.RR.
- Assistente Sociale del Ser.T. II.PP.RR.
- Medico Incaricato dell'Istituto o suo delegato
- Educatore Coordinatore
- Assistente sociale del Centro Servizi Sociali per Adulti
- Rappresentante della Polizia Penitenziaria

Laddove se ne ravvisi la necessità o vi sia una specifica richiesta da parte di altri operatori del Ser.T. di appartenenza del tossicodipendente detenuto o del penitenziario, all'équipe integrata potrà prendere parte anche:

- Operatore Referente del Ser.T. di appartenenza
- Rappresentante della Comunità terapeutica
- Altri operatori pubblici o del Privato Sociale
- Ministro di Culto ecc.

L) SPECIFICI INTERVENTI A FAVORE DEGLI ISTITUTI PENITENZIARI

- ◆ Sezioni di accoglienza e trattamento dei detenuti in entrata al carcere.

All'entrata nel carcere ogni detenuto tossicodipendente verrà segnalata al medico del Ser.T. il quale provvederà a valutare l'opportunità di iniziare o programmare un trattamento personalizzato integrato anche con farmaci sostitutivi, con particolare riguardo all'obbligo della tutela dello stato di gravidanza.

◆ Primo Filtro Sociale

Esso viene attuato dall'Assistente Sociale il quale darà una prima valutazione alle istanze del detenuto in entrata.

◆ "Gruppo di Sostegno Permanente"

Formato da uno psicologo conduttore di un gruppo formato da 10 - 12 utenti che pur non potendo/volendo essere avviati a misure alternative alla detenzione, mostrino delle esigenze terapeutiche legate allo stato di tossicodipendenza.

L'accesso al gruppo è a domanda e non riservato alle sole persone prese in carico dal Servizio. Tale gruppo ha anche una valenza di indirizzo programmatico e di inserimento protetto all'uscita dal carcere, attraverso il contatto con il Ser.T. di appartenenza che sarà titolare del successivo intervento terapeutico a fine pena.

L'offerta di partecipazione potrà avvenire anche dopo una segnalazione da parte del personale dell'Istituto e direttamente all'interessato.

◆ "Équipe Integrata"

Una volta al mese si riunisce l'équipe del personale dell'area di trattamento dell'Istituto per la discussione dei casi trattati; in questa occasione, parteciperanno ai lavori anche gli operatori del Ser.T. (Responsabile medico, Psicologo e Assistente Sociale o delegati).

Sarà inoltre possibile fornire un'opera di consulenza specialistica anche per tutti coloro che pur non essendo in carico al Servizio, presentino problematiche rilevanti.

Presso la IIIa Casa Circondariale, i detenuti che fanno domanda di trattamento differenziato vengono segnalati dagli operatori penitenziari addetti alla gestione della fase di selezione dei soggetti idonei, agli operatori del Ser.T. II.PP.RR.. Questi attiveranno opportuni interventi conoscitivi diretti ad acquisire il maggior livello quantitativo e qualitativo di dati e conoscenze per una migliore attività di selezione. Tale attività verrà espressa anche attraverso riunioni periodiche dell'équipe integrata.

◆ Attività di Certificazione e Relazioni

Viene garantita in tutti i casi richiesti l'attività di certificazione dello stato di uso, abuso o Tossicodipendenza, sia a richiesta dell'interessato, che a richiesta delle A.A.GG.

Le relazioni vengono fornite dopo adeguata osservazione e valutazione. Esse vengono, di norma, consegnate al richiedente.

◆ Incontri Informali

Brevi incontri informali con singoli operatori saranno sempre possibili, soprattutto in considerazione di casi che presentino carattere di urgenza, anche telefonicamente e durante gli orari di apertura del Servizio.

Casa Circondariale Rebibbia "Nuovo Complesso"

Il Servizio di assistenza ai tossicodipendenti sottodescritto - dopo gli ampi lavori di ristrutturazione - presenta caratteristiche assimilabili ad un reparto ospedaliero specialistico, in quanto esso prevede un ricovero, una degenza ed una dimissione (Day Hospital).

La sistemazione logistica del detenuto tossicodipendente in un ambiente come il reparto G14, determina una differenziazione migliorativa e non ghettizzante atta a garantire agli stessi un superamento meno traumatico della crisi di astinenza e favorendo in definitiva, un più approfondito studio di personalità.

Le modalità di funzionamento del reparto prevedono che:

- a) il coordinamento generale e l'indirizzo tecnico e funzionale viene affidato al medico Responsabile del Ser.T.
- b) un medico visiterà tutti i detenuti in entrata, qualora presentino problematiche correlate alla TD. Egli disporrà tutti gli accertamenti clinici e di laboratorio e la terapia farmacologica che riterrà più opportuni a fini assistenziali e nella prospettiva di una misura alternativa alla detenzione. Assieme a questi od in sua assenza opererà il medico del PTD, ovvero il medico di reparto, ovvero il medico di guardia; quest'ultimo garantirà gli interventi di urgenza. Naturalmente in questo caso valgono le condizioni di cui al punto A 3.9 e A6.10.
- c) le dimissioni cliniche dal reparto verranno disposte dal medico del Ser.T. Successivamente, il conseguente spostamento ad altro reparto viene disposto dalla Direzione.

Carcere Femminile di Rebibbia

Deve essere progettato un sistema di assistenza simile a quello esistente e collaudato presso il "Nuovo Complesso".

M) ATTIVITA' SPECIFICHE DI AREA

Nell'ambito dell'ipotesi organizzativa del Servizio sono state individuate diverse aree di intervento che seppur a valenza puramente indicativa di settori funzionali all'interno del medesimo Servizio, vengono qui di seguito indicate sommariamente, in quanto connesse all'intervento terapeutico:

1 - Area Amministrativa e Giudiziaria

Essa comprende atti di natura burocratica quali l'iter della domanda dell'utente, il rilascio di certificazioni e di altri eventuali documenti di competenza del Ser.T., la corrispondenza tra Ser.T. e Direzioni, i protocolli terapeutici, le istanze agli Organi Giudiziari competenti, la gestione dei locali riservati, la modulistica, le modalità di accesso degli operatori addetti alle tossicodipendenze (Comunità terapeutiche, altri Ser.T., Volontariato ecc.), l'uso delle linee telefoniche, la tenuta dei registri ecc.

2 - Area Terapeutica e Farmacologica

Vengono qui compresi tutti gli atti di natura terapeutica che sono:

- dalla diagnosi clinica e psicosociale di stato di tossicodipendenza o consumatore, alla formulazione dei protocolli terapeutico-farmacologici
- dall'erogazione della terapia della sindrome astinenziale e di tutte le patologie correlate allo stato di tossicodipendente
- la definizione dei programmi terapeutici di tipo psico-sociali riabilitativi
- l'esecuzione delle analisi cliniche, strumentali e specialisti che necessarie all'avvio in comunità
- gli incontri periodici
- la rilevazione statistica dei dati di interesse specifico
- le vaccinazioni
- allestimento di programmi speciali protetti con naltrexone (in 47bis o durante i permessi)
- la collaborazione all'aggiornamento ed alla formazione degli operatori di custodia, sanitari e della area "psicopedagogica" (educatori).

L'avvio dell'opera di sostegno e terapia in ambito psicologico verrà attentamente monitorata, tenuto conto della intrinseca non idoneità della struttura carceraria allo svolgimento di tali attività e sarà tesa oltre che ad operare una azione di 'aggancio terapeutico', anche alla successiva costruzione di un progetto esterno e finalizzati al mantenimento di uno stato di 'drug free', ovvero al mantenimento di un rapporto positivo avviato già dall'esterno.

3 - Area della Prevenzione

Essa prevede interventi di informazione e prevenzione sulla tossicodipendenza e sull'infezione da HIV, sulla recidiva del consumo di stupefacenti con particolare riguardo a quello intracarcerario, per la realizzazione del quale è auspicabile una corretta informazione (riservata) sui casi di comprovato uso e/o sequestri di sostanze stupefacenti all'interno della struttura carceraria.

4 - Attività di Ricerca

La qualificazione di tutti gli interventi psico-socio-sanitari in stato di detenzione viene mediata da una attenta riflessione, studio ed osservazione di ogni atto terapeutico.

Una cultura operativa che proceda tenendo conto di questa prassi e la consolidi variandone i corrispettivi momenti in senso migliorativo, tende a produrre piattaforme operative ottimali.

In questo senso, un sistema operativo condotto con modalità improntate alla ricerca ed alla sistematicità dell'intervento, comporta maggiori livelli di responsabilizzazione e gratificazione del personale addetto e migliora i livelli qualitativi delle prestazioni specialistiche del Servizio e degli operatori penitenziari.

Inoltre, un sistema di intervento che preveda tali modalità di approccio, facilita la possibilità di verifica dei risultati ottenuti ed eventuali conseguenti proposte migliorative.

Un modello simile presenta caratteristiche di "esportabilità" anche ad altre grandi strutture carcerarie di tipo metropolitano.

* * * * *

ALLEGATO N. 5
La Custodia Attenuata (Istituti e Sezioni)

In questo tipo di istituto è privilegiato, rispetto alla sicurezza, l'aspetto trattamentale/terapeutico, una esecuzione della pena finalizzata al recupero dalla tossicodipendenza e al reinserimento nell'ambiente esterno. Tale progetto, elaborato nel 1989, fissava i criteri dell'istituto a custodia attenuata: le caratteristiche dell'edificio penitenziario, le attività terapeutiche riabilitative, il personale dei diversi ruoli specificatamente formato, la collaborazione con gli Enti Locali e i servizi territoriali. In attuazione di questo progetto sono stati aperti gli istituti di Sollicciano e la Se.ATT di Rimini ed è stato predisposto un programma di apertura di altri istituti in tutte le Regioni. In seguito alla entrata in vigore della L. 162/90 prima e subito dopo dei TU. 309/90, il principio sopra esposto di pena incentrata soprattutto sulla cura e riabilitazione, è stato recepito pienamente dal legislatore.

L'art. 95 dei TU. 309/90 afferma infatti:

"La pena detentiva nei confronti di persona condannata per reati commessi in relazione al proprio stato di tossicodipendenza deve essere scontata in istituti idonei per lo svolgimento di programmi terapeutici e socio-riabilitativi".

"Chi si trova in stato di custodia cautelare o di espiazione di pena per reati commessi in relazione al proprio stato di tossicodipendenza o sia ritenuto dall'autorità sanitaria abitualmente dedito all'uso di sostanze stupefacenti o psicotrope o comunque abbia problemi di tossicodipendenza ha diritto di ricevere le cure mediche e l'assistenza necessaria all'interno degli istituti carcerari a scopo di riabilitazione A tal fine il Ministro di Grazia e Giustizia organizza con proprio decreto, su basi territoriali, reparti carcerari opportunamente attrezzati, provvedendo d'intesa con le competenti autorità regionali e con i centri di cui all'art. 45 (Art. 96 del T.U. 309/90)".

Nel 1991 è stato emanato dal Ministro di Grazia e Giustizia un decreto con la indicazione delle Case Mandamentali acquisite, degli istituti interamente destinati ai tossicodipendenti e di quelli ove dovevano essere istituite sezioni per tossicodipendenti; l'8 giugno 1991 è stato firmato dai Ministri di Grazia e Giustizia, della Sanità e degli Affari sociali un decreto interministeriale che approva i programmi finalizzati sia al trattamento sociosanitario e di recupero dei tossicodipendenti, che alla formazione del personale.

Dal febbraio 1992 l'Amministrazione Penitenziaria ha iniziato i corsi di formazione che tuttora coinvolgono gli operatori penitenziari e sono state stipulate convenzioni con medici e psicologi per l'attivazione di quanto disposto dalla legge. Alla data di oggi (Febbraio 2000) tale personale risulta alle dipendenze funzionali dei Ser.T. in virtù del D.L. 230/99.

In questo lasso di tempo, è stato aperto un terzo istituto a custodia attenuata, la 3a Casa Circondariale di Rebibbia, mentre altri istituti hanno realizzato esperienze di trattamento per tossicodipendenti che si avvicinano ai criteri individuati per le strutture penitenziarie a custodia attenuata, ma che tali ancora non si possono definire.

ELEMENTI QUALIFICANTI IL CIRCUITO PENITENZIARIO DELLA CUSTODIA ATTENUATA (v. 4,5)

A) Caratteristiche strutturali

1. Autonomia gestionale.

Si deve trattare preferibilmente di un singolo Istituto appositamente predisposto. In alternativa si può ipotizzare la realizzazione della C.A. anche in singole ed autonome sezioni di normali circuiti penitenziari (es. nei grandi Istituti) a condizione che vengano comunque attivate determinate procedure per l'ammissione dei soggetti e vengano mantenuti completamente separati tanto gli utenti, quanto i regimi ed i criteri di organizzazione della vita interna.

E' necessario altresì mantenere la separazione tra il personale addetto al circuito della C.A. e quello dei circuiti ordinari poiché il primo deve pervenire ad una competenza d'intervento specifica non riscontrabile nel secondo. Nell'ipotesi della Sezione a custodia attenuata inserita nell'Istituto penitenziario si potrebbe addivenire, per sottolineare l'autonomia gestionale, all'assegnazione formale del personale preposto (sia di Polizia Penitenziaria che dell'area psico-socio-trattamentale), nonché ad⁴ un'autonoma e separata programmazione di spesa dei capitoli di bilancio attinenti alle attività ed alle spese strutturali.

2. Capienza contenuta.

Quella ottimale è configurabile nelle 50/60 unità. Comunque non si dovrebbero superare le 100 unità.

3. Spazi adeguati

Rispetto agli spazi occorre distinguere quelli attinenti allo svolgimento di attività terapeutico-trattamentali da quelli relativi alla organizzazione della vita quotidiana. Questi ultimi (celle, socialità, sale colloqui, cucina ecc.) dovranno avere, per quanto possibile, aspetti di "normalità" ossia arredi e funzioni che possano richiamare l'idea dei "fuori", della vita sociale ordinaria e soprattutto che possano eliminare il senso della "diversità" e della non appartenenza.

La cella, curata e ordinata, dovrà assumere l'aspetto e la funzione della stanza che serva solo per il riposo o per il relax. Non sarà pertanto consentito né cucinare, né tenere

⁴) vedi in: R. Durano, I. Del Grosso, M.G. Grazioso, P. Gubbiotti, M. Mariani, F. Terenzi. : "Criteri per l'individuazione del circuito penitenziario a custodia attenuata". BION, n. 1-3, Dicembre 1997. (modificato).

⁵) S. Libianchi, A. Grassi: "L'Istituto a Custodia Attenuata per il Trattamento dei Tossicodipendenti"; Atti della Ia Conferenza Nazionale sulla Droga. Palermo, 24-26 Giugno 1993.

viveri oltre qualche genere di conforto, né sarà consentito l'uso dei fornellini nella camera.

Si tratterà, preferibilmente, di una stanza singola o con limitati posti letto che potrà essere anche personalizzata con la presenza di poster o murali.

Per la consumazione dei pasti e per la eventuale preparazione dei sopravvitti dovrà, invece, essere presente un ambiente di socialità adeguatamente attrezzato con lavello, piano cottura, televisione, frigorifero ecc., che possa richiamare l'idea della stanza dove normalmente i membri della collettività si ritrovano e condividono la tavola ed il tempo comune.

Accorgimenti tipo stendini di plastica retraibili sopra i radiatori delle camere, mensoline in legno portaoggetti, mobilio delle camere in legno, tendine alle finestre che coprano la visione delle sbarre, potranno in qualche modo servire a quella idea di "normalità" alla quale si vuole tendere nell'affrontare il percorso riabilitativo.

Anche le sale colloqui dovranno avere caratteristiche specifiche. Si dovrà in ogni caso poter avere almeno un ambiente da destinare ai colloqui senza divisori (tavolini a 4 posti) utili tanto sotto l'aspetto della premialità quanto per la ripresa di un giusto rapporto con i propri familiari.

Relativamente ai locali da destinare allo svolgimento delle attività terapeutico-trattamentali è essenziale poter disporre di stanze per i colloqui individuali e di gruppo con gli operatori interni ed esterni, nonché ambienti da destinare alle cosiddette attività quali ad es. aule scolastiche, biblioteca, campo sportivo, sale polivalenti etc. Sarebbe preferibile poter contare anche su spazi verdi, una palestra, una sala teatro ed altre strutture di utilità.

B) Caratteristiche dell'utenza

1. Problematiche di dipendenza da sostanze.

Si deve trattare di soggetti che abbiano avuto, nel loro recente passato, problematiche e storie di tossicodipendenza o di alcooldipendenza e che proprio in virtù di tale status si trovano inseriti nel circuito penale. I reati commessi, cioè, devono potersi ricollegare o al bisogno di continuare ad approvvigionarsi di sostanze (in genere si tratta di reati contro il patrimonio) o quale effetto e/o conseguenza dell'uso stesso delle sostanze (in genere reati contro le persone).

In pratica persone nelle quali devono prevalere le problematiche collegate alla tossicodipendenza rispetto a quelle delinquenziali. Si deve, inoltre, trattare di soggetti già detossicati fisicamente e che quindi non debbano aver bisogno di terapie metadoniche a scalare. In sostanza si deve avere a che fare con casi da affrontare essenzialmente con interventi psico-socio-educativi.

2. Volontarietà.

Il soggetto deve scegliere di poter affrontare un percorso socio-riabilitativo e pertanto deve richiedere di essere ammesso nell'istituto a C.A. attraverso una specifica domanda con la quale si dichiara disponibile e motivato ad effettuare una attività terapeutica trattamentale e si impegna altresì ad osservare le regole di questo circuito.

Il requisito della volontaria adesione, e della conseguente richiesta, è di fondamentale importanza per instaurare quello che analizzeremo essere "il contatto" con la struttura a C.A.

Altresì importante e centrale rimane il volere del soggetto che può decidere in qualsiasi momento di interrompere il rapporto con la struttura richiedendo di poter far rientro nella sede di provenienza e quindi nel circuito ordinario. E' essenziale porre, alla base del rapporto con l'utente, la sua determinazione e l'assunzione di una sua precisa responsabilità nell'affrontare un percorso di riflessione e revisione e possibilmente, di modificazione di quegli atteggiamenti e condotte che lo hanno portato al carcere.

3. Età..

I soggetti da ammettere nel circuito della C.A. dovranno avere un'età compresa tra i 18 ed i 35 anni. Singole, possibili deroghe saranno valutate di volta in volta dal gruppo filtro; in ogni caso si ritiene di non dover superare un certo tetto di età (max 38 anni) al fine di evitare di dover intervenire su personalità ormai strutturate o comunque consolidate in senso delinquenziale nonché al fine di evitare il crearsi di posizioni di supremazia o di possibili plagi tra soggetti più forti e soggetti più deboli.

Si deve cercare cioè di mantenere abbastanza omogenea per problematiche, caratteristiche e posizioni, la composizione dell'intero gruppo costituente la popolazione detenuta della C.A. in quanto, solo così, si potrà realmente creare, all'interno di tale struttura, un clima di fattiva partecipazione e di compattezza del gruppo, clima che è necessario per le caratteristiche che la C.A. dovrà assumere.

4. Appartenenza al territorio.

Il detenuto da ammettere nella C.A. dovrà essere residente nella Regione ove è ubicata la struttura o comunque al di là del dato formale di residenza o domicilio si dovrà configurare il suo collegamento e la sua prospettiva di reinserimento nel predetto territorio.

Ciò si rende necessario non solo in virtù del principio di "territorialità della pena", ma anche e soprattutto in virtù del miglior collegamento con il territorio di appartenenza.

Saranno infatti agevolati e spronati non solo i collegamenti con i familiari (laddove questi esistano e siano comunque validi punti di riferimento), ma altresì favoriti e organizzati contatti con gli operatori del sociale esterno (assistenti sociali, operatori sociali, operatori comunitari, volontari ecc.) che si dovranno occupare del caso e prenderlo in carico dalla dimissione dal carcere.

Tali collegamenti dovrebbero consentire la costruzione di un più mirato ed adeguato progetto di reinserimento sociale. E' prevedibile l'inserimento di detenuti stranieri.

5. Stato Psico-fisico.

Gli utenti da ammettere nella C.A. non dovranno avere grossi deficit psico-fisici (es. grosse patologie psichiatriche o grosse inabilità permanenti) tali da compromettere la più ampia partecipazione alle attività che la struttura propone. Poiché, come vedremo, il progetto riabilitativo ed il programma trattamentale devono passare da una serie di impegni e di verifiche, necessita che i soggetti siano sempre in grado di portare avanti tali impegni con la conseguenza che non si possono inserire casi che oggettivamente non sarebbero in tale condizione.

Occorre, comunque, osservare che le eventuali caratteropatie o sociopatie, presenti nella maggior parte dei tossicodipendenti, non costituiscono di per sé elementi ostativi per la C.A., ma lo divengono solo nei casi in cui sfociano in manifestazioni costanti di turbe psichiatriche in grado di compromettere le capacità funzionali recettive del soggetto.

6. Bassa pericolosità sociale.

I detenuti da ammettere nel circuito della C.A. non devono presentare particolari problemi rispetto alla sicurezza. Si deve trattare cioè di soggetti che hanno compiuto reati per lo più a causa, o in stretta connessione al loro stato di tossicodipendenza. Personalità, dunque, non particolarmente strutturate in senso delinquenziale che abbiano in primo luogo problematiche di disagio e di disadattamento giovanile. Tutto ciò, per consentire di poter abbassare, quanto più possibile, l'aspetto della sicurezza e favorire al massimo quello del trattamento.

Il requisito del basso indice di pericolosità lo si potrà desumere da una serie di parametri indicatori:

- a) dal titolo di reato commesso, nonché dalla pena da scontare anche quale residuo pena;
- b) dall'esito dell'osservazione ove effettuata nel carcere di provenienza;
- c) dalla presenza di recidiva di reato;
- d) dalla presenza di segnalazioni significative a livello disciplinare etc.

7. Posizione giuridica.

Si ammetteranno nella C.A. solo detenuti provenienti da altri Istituti e quindi non soggetti provenienti dalla libertà.

Si dovrà trattare, preferibilmente, di casi con posizione giuridica di definitivi o di giudicato in 1° grado. Ove sia da accogliere un imputato in attesa di giudizio di 1° grado, l'ammissione sarà possibile solo in presenza di specifico nulla osta rilasciato dalla Autorità Giudiziaria procedente attestante l'idoneità del soggetto al regime della C.A.

C) Caratteristiche dell'organizzazione intramuraria

1. Selezione utenti.

I detenuti da ammettere al trattamento della C.A. dovranno possedere i requisiti già elencati e verranno vagliati dal c.d. "gruppo filtro" composto dagli operatori dell'équipe integrata (cioè operatori penitenziari più operatori SER.T.) e dal Magistrato di Sorveglianza.

Il gruppo filtro nel prendere in esame la domanda di ammissione del soggetto valuterà (laddove possibile), oltre la presenza dei requisiti previsti, anche l'esistenza e la consistenza delle motivazioni della richiesta e favorirà il più possibile i casi che si mostreranno maggiormente intenzionati a seguire un percorso riabilitativo nonché quelli compresi nella categoria dei c.d. primari ossia quelli alla prima esperienza detentiva che, in quanto tali, presuppongono un minore spessore di personalità delinquenziale ed un minore "inquinamento" e di conseguenza una maggiore possibilità di intervento in termini di recupero e di risocializzazione.

Al fine di consentire il raggiungimento degli obiettivi voluti, il gruppo degli operatori procederà, una volta giunto il soggetto e dopo un periodo iniziale di osservazione di circa 2-3 mesi, a valutare la reale persistenza di dette motivazioni e l'effettiva idoneità del soggetto alla permanenza nel circuito di C.A.

In caso di verifica negativa, i predetti operatori proporranno l'opportuno allontanamento del soggetto con il rientro nella sede di provenienza.

2. Sottoscrizione del contratto.

All'atto dell'arrivo in Istituto a C.A. al nuovo giunto verrà sottoposto, nell'ambito del colloquio di ingresso, il contratto relativo al programma psico-socio-riabilitativo predisposto in base ad un modello tipo approvato dall'Amministrazione Penitenziaria Centrale.

Il soggetto dovrà prendere atto ed impegnarsi, secondo quanto il contratto stabilisce, con la formale sottoscrizione, ad aderire a quanto indicato e a quanto la Struttura propone specie in merito agli obiettivi terapeutico-trattamentali.

3. Possibilità di tempi e Spazi da autoregolamentare.

I detenuti della C.A., tanto per le caratteristiche di non pericolosità che dovranno possedere (basso rischio di auto ed eteroaggressione), quanto per il trattamento che si andrà ad attivare nei loro confronti, che cercherà di potenziarne al massimo l'autore sponsabilizzazione, dovranno fruire di spazi e tempi di relativa e possibile autogestione.

La libertà di movimento negli orari predisposti ed all'interno delle zone previste per la quotidiana attività trattamentale, dovrà essere assicurata a tutti i soggetti che dovranno potersi muovere entro le zone di detenzione interna, senza ricorrere all'accompagnamento del personale di Polizia Penitenziaria.

L'eventuale incapacità della gestione responsabile rispetto ai luoghi da poter frequentare, nonché rispetto ai compiti assegnati e agli impegni assunti (lavoro, scuola,

tempo libero) verrà valutata e, se del caso, sanzionata ed il perdurare di tale condizione potrà condurre ad una proposta di allontanamento del soggetto dalla C.A. da parte degli operatori.

Il personale controllerà che tutto si svolga con regolarità e nel rispetto reciproco. Per quanto sopra, non potranno contemplarsi nella struttura a C.A. casi di divieto di incontro tra soggetti, e comunque incompatibilità di sorta.

4. Orari di vita quotidiana.

Gli orari quotidiani delle strutture a C.A. dovranno regolamentarsi diversamente dalle strutture ordinarie e consentiranno ampia possibilità di fruizione degli spazi comuni. L'apertura delle celle non potrà avvenire più tardi delle ore 8,00 per consentire a tutti di accedere agli ambienti comuni ed attivarsi nelle varie mansioni assegnate.

Per l'orario di chiusura si dovrà tenere conto della necessità che tutti partecipino alle attività trattamentali ivi compreso il momento della consumazione della cena e della socialità serale e quindi non si potrà predisporre il rientro nelle relative celle prima delle ore 21,00.

Le attività terapeutiche e quelle scolastiche-culturali e ricreativo-sportive dovranno articolarsi così da consentire la partecipazione di tutti i detenuti. Si cercherà, quindi, di dividere la giornata in fasce orarie da dedicare al lavoro, all'attività terapeutica, alla formazione e al tempo libero.

5. Controlli.

Il non uso degli stupefacenti all'interno delle strutture a C.A. dovrà essere particolarmente curato.

A tale scopo dovranno essere previsti "drug-tests" periodici (a campione e a tappeto) senza alcun preavviso così da disincentivare l'uso di dette sostanze.

La predisposizione di tali controlli sarà curata dal medico dei SER.T. interno di concerto con il coordinatore sanitario del servizio medico penitenziario.

I controlli sulle urine saranno inoltre automaticamente effettuati ogni qualvolta ciascun soggetto, da solo o in gruppo, trascorre fuori dall'istituto alcune ore o giornate (permessi premio individuali o collettivi).

I soggetti non potranno sottrarsi a tali controlli ed in caso di rifiuto si provvederà al loro allontanamento presupponendo il risultato positivo. Altrettanto avverrà nel caso di riscontro positivo all'uso interno di stupefacenti.

Se tale riscontro si verificasse dopo un rientro dall'esterno ciò sarà oggetto di valutazione, su ogni singolo caso, da parte dell'équipe integrata. Particolarmente accurati e scrupolosi saranno i controlli sui detenuti dopo l'effettuazione di colloqui con i familiari nonché sui pacchi e sulla posta in arrivo.

Poiché il rischio, sotto l'aspetto della sicurezza, è ridotto al minimo, i controlli sugli ambienti e sui detenuti durante gli spostamenti interni saranno limitati a quelli indispensabili dettati dalle norme regolamentari, (o dettate da casi di dubbio) supplendo ove è possibile con accorgimenti di verifica quali ad esempio il riscontro sugli attrezzi dati in dotazione alla fine dello svolgimento del lavoro o della attività formativa o

ludica, l'ispezione di luoghi a campione, la perquisizione, sempre a campione, di celle o di spazi di socialità.

Per le caratteristiche della popolazione detenuta presente nella C.A. non si prevede l'esistenza di muri di cinta presidati con sentinelle armate e pertanto il controllo perimetrale sarà effettuato solo attraverso monitor e ronde predisposte in particolari e non fissi orari giornalieri.

6. Assenza di bevande alcoliche.

Al fine di evitare abusi o consumi distorti dei vino, non sarà ammessa, all'interno della C.A. la presenza, nel sopravvitto delle bevande alcoliche consentite (vino o birra) ciò anche al fine di evitare che i soggetti non abbiano la possibilità di ricorrere, comunque, ad altre sostanze come alternativa all'assenza di droghe..

7. Uso solo terapeutico di psicofarmaci.

Nelle C.A. il ricorso agli psicofarmaci sarà, da parte dello staff medico, particolarmente oculato. Sempre nello spirito di evitare di ricorrere a sostanze, nei momenti di disagio, i medici verificheranno, di volta in volta, la reale indicazione terapeutica e per periodi transitori.

D) Programmazione delle Iniziative da realizzarsi con la Comunità esterna

1. Pianificazione Istituzionale.

La pianificazione e la programmazione delle iniziative che coinvolgono gli Enti Locali e la Comunità esterna in genere, in riferimento a progetti di reinserimento mediante i benefici di legge, sarà attivata congiuntamente dalle direzioni degli istituti a C.A. e dei C.S.S.A. competenti per territorio.

2. Partecipazione del sociale esterno.

Nella C.A. si dovrà favorire la più ampia partecipazione della Comunità Esterna anche ricorrendo, ai sensi art. 17 O.P., all'autorizzazione del Magistrato di Sorveglianza per l'accesso di tutti coloro che, appartenendo al volontariato organizzato e/o all'Associazione, collaboreranno per la concreta realizzazione del progetto psico-socio-riabilitativo predisposto per ciascun utente.

Il coordinamento delle attività entro le quali si muoveranno le Comunità Esterne, dovrà essere particolarmente attento e curato in modo da garantire che ciascun intervento si muova in ambiti precisi e con criteri idonei, soprattutto in armonia con il piano riabilitativo complessivo ed individuale e non in contrasto con la filosofia dell'istituto.

Il coinvolgimento degli Enti Locali sarà garantito attraverso la realizzazione di appositi Protocolli d'Intesa che fissino spazi e competenze per i singoli interventi, nonché i reciproci impegni per garantire lo sviluppo delle esperienze della C.A.

Lo scambio con la realtà esterna sarà altresì favorito incentivando anche le occasioni di uscita collettiva di gruppi organizzati e controllati di utenza in circostanze particolari e per eventi speciali (permessi premio collettivi in occasioni di mostre, spettacoli, incontri sportivi ecc.).

E) Caratteristiche delle attività trattamentali

1. Il Lavoro.

Per garantire una equa ripartizione e dei carico di lavoro intramurario che dovrà essere obbligatorio per tutti e del conseguente introito mensile, le strutture penitenziarie a C.A. dovranno distribuire gli incarichi e le mansioni di ciascun utente così da non creare casi di soggetti più impegnati ed altri in condizioni di inattività.

In linea con il progetto rieducativo, tutti gli utenti di questa struttura penitenziaria, infatti, devono poter fruire di una medesima autonomia economica per non pesare sui familiari e/o dover dipendere da altri detenuti ed al tempo stesso devono vedere distribuire la loro giornata tra ore dedicate allo svolgimento di una mansione lavorativa ed ore dedicate alla formazione, alla attività fisica, alla attività terapeutica ed a quella ricreativa.

Occorre evidenziare che anche l'attività lavorativa nelle C.A. deve assicurare una valenza terapeutico-trattamentale e cioè quella di recuperare l'abitudine all'impegno ed al rispetto degli orari, all'assunzione di un certo tipo di responsabilità.

Si favorirà, laddove possibile, altresì, la creazione di cooperative ed attività produttive di tipo artigianale con il coinvolgimento e la partecipazione delle C.E. per aumentare la disponibilità dei posti di lavoro e l'occupazione.

Per assicurare, comunque, ad ogni singolo detenuto un incarico retribuito, si potrà provvedere anche ad una suddivisione in turni o ad una forma di rotazione così da distribuire il monte ore complessivamente assegnato in maniera equa ed efficace.

2. Attività scolastiche e culturali.

Nelle C.A. saranno organizzati i corsi della scuola dell'obbligo per l'ottenimento della licenza di base per tutti coloro che ne fossero sprovvisti. Si tenderà, altresì, a far divenire l'attività scolastica un importante spazio nel quale porre in essere progetti culturali ad ampio respiro che, in connessione con il resto delle attività organizzate, tendano a favorire il recupero di tutti gli strumenti logico-matematici e linguistici degli utenti.

Saranno, inoltre, attivate con il contributo dei volontariato e con la collaborazione dei Provveditorati agli Studi competenti forme di supporto ed aiuto per tutti coloro che intenderanno proseguire gli studi oltre la scuola dell'obbligo.

Nel tempo-spazio scuola ed oltre, si progetteranno seminari e dibattiti su temi specifici da rivolgere a tutta la popolazione detenuta al fine di favorire la crescita culturale e lo sviluppo complessivo.

Sarà auspicabile che anche le attività scolastiche e culturali siano inserite in un chiaro progetto psicopedagogico in linea con la filosofia della C.A.

3. Attività Formative.

Ampio spazio si darà alle attività di formazione professionale così da consentire la creazione di competenze e di specializzazioni che incrementino l'inserimento dei soggetti in trattamento nel mondo del lavoro esterno.

Allo scopo di predisporre corsi che si rivelino, poi, facilmente utilizzabili nel reperimento di futuri posti di lavoro ci si avvarrà il più possibile della collaborazione delle apposite agenzie esterne. I corsi, infatti, dovranno essere in linea con le richieste del mercato di lavoro oltre ad aderire alle attitudini ed alle capacità dei soggetti in trattamento.

Anche in questo caso la C.E. dovrà essere messa in condizioni di partecipare attivamente a questa programmazione e sarà utile uno scambio costante con i rappresentanti delle categorie economicoprodottrici presenti sul territorio.

Per la conduzione dei corsi di formazione professionale ci si avvarrà della apposita rete regionale e degli altri Enti o Scuole già attive in questo specifico campo.

4. Attività sportive e ricreative.

In un progetto riabilitativo così ampio come quello della C.A. non potranno mancare le attività sportive e ricreative.

Tali attività, anzi, rivestiranno una particolare importanza per il recupero psicofisico dei soggetti trattati ed andranno, quindi, accuratamente organizzate e proposte con la conduzione di istruttori ed animatori specializzati.

Ci si avvarrà, quindi, per tale organizzazione dell'Associazionismo presente sul territorio e si terrà conto delle problematiche psicofisiche di cui i soggetti sono portatori.

Si valorizzeranno le attitudini preesistenti, ma si tenterà anche di svilupparne di nuove, dando particolare rilievo a tutte quelle iniziative psicomotorie e ludiche che abbiano una particolare valenza terapeutica (teatro, musica, tecniche di rilassamento, etc.).

5. Attività terapeutiche psico-riabilitative.

Dovendo la C.A. trattare la fascia del disagio e dell'emarginazione giovanile con problematiche connesse all'uso di sostanze e/o farmaci, si organizzeranno all'interno di queste strutture penitenziarie attività specialistiche idonee.

Il SER.T. della A.S.L. territorialmente competente, responsabile dell'attività terapeutica all'interno dell'istituto, con i suoi operatori, gli operatori del presidio tossicodipendenti, nonché gli operatori penitenziari dell'area psicopedagogica e sanitaria, predisporrà il progetto terapeutico e curerà la realizzazione di specifici interventi e di iniziative adeguate.

In linea con il piano individualizzato e con il progetto complessivo dell'istituto, si predisporranno attività psicoterapeutiche e di sostegno individuale e/o di gruppo che accompagneranno gli utenti dal loro ingresso nelle C.A. fino alla loro dimissione. Si lavorerà affinché tale piano psico-riabilitativo prosegua dopo le dimissioni con le strutture territoriali preposte, curando, quindi, particolarmente i rapporti, gli scambi ed il graduale passaggio di consegne con i SER.T. competenti per territorio, le Comunità Terapeutiche, i Centri Diurni, etc.

I soggetti dovranno cioè essere inseriti in un percorso riabilitativo complessivo che si avvierà all'interno della struttura penitenziaria e che si compirà successivamente proseguendo all'esterno anche dopo l'uscita dal carcere sia essa per concessione di misura alternativa che per fine pena.

F) Caratteristiche del Personale

1. Numero.

Particolare attenzione va posta al numero del personale sia di Polizia Penitenziaria che dell'area pedagogica-trattamentale.

Deve essere, infatti, nel complesso, sufficiente ad assicurare, da una parte, la necessaria organizzazione dei servizi interni nonché l'adeguata sorveglianza della popolazione detenuta, e dall'altra deve garantire la corretta e potenziata gestione delle attività trattamentali e di quelle dell'osservazione.

Altrettanto importante è la presenza di tutte le figure professionali previste per la composizione della équipe di osservazione e trattamento, comprese, per quanto più è possibile, le figure esterne (della A.S.L., delle Istituzioni pubbliche etc.).

Mentre per la determinazione del numero di personale di Polizia Penitenziaria, occorre tenere presente tutta una serie di possibili varianti (se cioè trattasi di Istituto autonomo o di sezione di Istituto, se la struttura presenta più piani, più sezioni...) e di conseguenza sarà individuato caso per caso, per le figure dell'area educativa trattamentale si possono tentare di individuare alcuni parametri quali ad es.: un educatore ogni 25-30 detenuti, uno psicologo ogni 50 detenuti, un medico titolare, un assistente sociale ogni 20-25 detenuti.

2. Figure professionali presenti.

3. Integrazione.

Oltre al numero adeguato è indispensabile, come prima accennato, poter disporre di tutte le professionalità sia interne che esterne all'Amministrazione Penitenziaria. Occorre cioè sviluppare al massimo la collaborazione attraverso l'équipe plurispecialistica formata insieme da operatori penitenziari e da operatori del territorio che agiscano d'intesa e con condivisione di obiettivi comuni.

In tal senso, dunque, attraverso le già predisposte convenzioni con le competenti A.S.L., si dovrà attivare all'interno della C.A. un servizio SERT con le figure di riferimento che affianchi e collabori nella gestione dei detenuti tossicodipendenti e nella predisposizione dei passi terapeutico-trattamentali.

Altresì saranno utili e necessarie le integrazioni con altre professionalità quali gli insegnanti dei vari corsi, i volontari, gli operatori territoriali e comunitari etc..

Si dovrà quindi essere orientati attraverso una équipe operativa integrata capace realmente di amalgamare la pluralità degli interventi attraverso l'unità degli obiettivi e degli utenti.

Un elemento di grande rilevanza per la riuscita del progetto della C.A. è appunto il raggiungimento di un soddisfacente livello di integrazione tra i vari operatori.

Intendendo per integrazione non solo un formale scambio di informazioni e di orientamenti, ma una reale condivisione degli interventi predisposti o da predisporre nonché un reale riconoscimento dell'altro, ossia una posizione di fiducia e di identificazione in quanto viene fatto o detto da un'altra, anche analoga, figura professionale.

L'obiettivo da raggiungere è abbastanza arduo data la complessità dell'équipe (diversa appartenenza dei compiti, diversi tempi di presenza etc.). Occorre però puntare verso il raggiungimento di tale obiettivo e quindi inventare molto sia in momenti di formazione congiunta sia attraverso la creazione di una prassi operativa che faciliti il circuito interno della comunicazione tanto in momenti formali che informali.

4. Volontarietà.

La difficoltà dell'operare nel circuito della C.A. e quindi in continuo confronto con altre figure professionali appartenenti anche ad altri contesti, può essere, innanzitutto, mitigata in virtù della motivazione e della convinzione che l'operatore ha nell'effettuare, in un certo modo, il proprio lavoro.

In particolare rispetto al personale di Polizia Penitenziaria, lavorare particolarmente in un'ottica trattamentale, oltre che custodialistica, deve poter presupporre una scelta in tal senso.

Sarà quindi opportuno e necessario, al fine della determinazione dei risultati, poter contare su personale che volontariamente chieda di poter operare nelle strutture a C.A.

5. Formazione.

Accanto al requisito della adesione volontaria e dell'attitudine personale, si pone, quale presupposto fondamentale, quello della formazione del personale del circuito della C.A.

Le condizioni necessarie per il lavoro negli Istituti a C.A. sono la condivisione dell'obiettivo da parte di tutto il personale che vi opera, la capacità di lavorare insieme, la capacità di relazionarsi e raccordarsi con gli operatori esterni e con la realtà sociale del territorio.

Partendo dalle esperienze formative già promosse dall'Amministrazione ai sensi della Legge 309/90 che hanno raggiunto la quasi totalità degli operatori penitenziari, e in particolare coloro che operano con i detenuti tossicodipendenti, occorre individuare

percorsi formativi sempre più aderenti agli specifici bisogni del personale degli Istituti a C.A.

Si tratta quindi di prevedere una formazione che, accanto a l'apprendimento di specifiche strategie di intervento con il detenuto tossicodipendente, sia finalizzata all'acquisizione di abilità e comportamenti adeguati e funzionali al raggiungimento degli obiettivi.

Le iniziative formative dovranno essere mirate a facilitare l'integrazione professionale affrontando i problemi relativi alla comunicazione, al lavoro di gruppo, alla creazione di una efficace rete di collaborazione interna ed esterna.

Il lavoro in rete con il territorio, se è fondamentale per tutti gli operatori penitenziari, lo diventa ancora di più per la struttura a C.A. che sull'interazione con il territorio qualifica il suo intervento.

La programmazione delle attività formative dovrà pertanto tenere conto della necessaria partecipazione degli operatori anche esterni dell'Amministrazione, che a vario titolo collaborano con il personale penitenziario.

Analogamente dovrà essere favorito il coinvolgimento, anche in fase di progettazione, degli operatori penitenziari ad iniziative promossa dagli Enti con i quali si collabora (A.S.L., Regione, Comuni, Privato Sociale ...).

La formazione congiunta deve cioè mirare all'acquisizione, da parte degli operatori interessati, di una metodologia comune d'intervento che, pur nel rispetto delle specificità e differenze, superi la logica delle difese e delle competenze settoriali, consentendo intensi livelli di reciproca informazione, comunicazione e collaborazione.

Particolarmente significativa in termini di valenza formativa è la prosecuzione e potenziamento di scambi di esperienze operative tra gli operatori degli istituti a C.A. Questo consente da una parte un significativo confronto di situazioni che inevitabilmente si differenziano soprattutto in relazione al contesto territoriale in cui sono inserite, e dall'altra diventa una occasione di verifica rispetto all'omogeneità di impostazione cui, a livello nazionale, si deve necessariamente tendere.

**IL TRATTAMENTO DEI TOSSICODIPENDENTI NEL SISTEMA
PENITENZIARIO. L'ESPERIENZA DELLA 3a CASA CIRCONDARIALE DI
REBIBBIA**

**L'Istituto a Custodia Attenuata per il Trattamento dei Tossicodipendenti
(I.C.A.T.T.)**

Per ciò che attiene alla Terza Casa Circondariale di Roma Rebibbia, per l'aspetto strutturale, l'Istituto é di recentissima costruzione (il collaudo risale al 1991 ed è operativo dalla fine del 1992). Esso si compone di tre piani e un piano terra, quest'ultimo utilizzato per una parte per uffici e in parte per l'effettuazione dei colloqui tra detenuti ed i familiari; al terzo piano sono alloggiati i semiliberi e i detenuti che beneficiano dell'ammissione al regime del lavoro all'esterno (in totale circa 120 unità); il secondo piano é occupato dai detenuti con problematiche legate alla tossicodipendenza in questo settore troviamo spazi significativi di vivibilità quali la cucina autogestita, con annesso refettorio, stanze per la detenzione spaziose, luminose e non sovraffollate, la palestra, tre sale per la socialità e il tempo libero, una barberia, la sala TV e ascolto musica, ed inoltre appositi locali per i colloqui con i vari operatori; al primo piano vi é una biblioteca e varie sale per lo svolgimento di attività formative, un piccolo teatro, una sala per le cerimonie religiose, aule scolastiche ed inoltre tutto un reparto riservato al settore sanitario fornito di un poliambulatorio, uno studio dentistico, un laboratorio oculistico ed altre sale per visite specialistiche (otorinolaringoiatria, cardiologia, chirurgia, ortopedia, dermatologia, infettivologia e psichiatria).

Il Ser.T. utilizza tre stanze al primo piano e due a piano terra.

La struttura presenta poi due aree per lo sport e il tempo libero ed un'area verde con due gazebo e varie aiuole per favorire i colloqui con le famiglie agevolando il contatto soprattutto con i figli minori; vi é inoltre un ampio spazio dedicato alla sistemazione a giardino e ad orto. Inoltre sono in fase di progettazione dei capannoni per lo svolgimento di attività industriali e artigianali quali quelle di falegnameria e fabbro ed altre ancora.

Ciò detto per quanto riguarda gli spazi un cenno particolare merita il personale che opera nella struttura: esso è stato in parte selezionato ed opportunamente formato fra quello più giovane e motivato ad espletare con alta professionalità il proprio servizio in un istituto penitenziario nel quale gli aspetti legati all'ordine ed alla sicurezza non interferiscono con la prevalente funzione di recupero sociale, e dove è fondamentale anche l'aspetto collegato alla cura e alla corretta informazione sanitaria (AIDS, sieropositività e patologie correlate allo stato di tossicodipendenza) ai fini di un esito positivo del programma terapeutico, nel quale il raggiungimento dell'equilibrio psico-emotivo è parte integrante.

Pertanto è stato creato per i tossicodipendenti detenuti questo speciale e separato circuito carcerario; differenziato in senso positivo in quanto si propone di raggiungere alcuni obiettivi fondamentali che sono così individuabili:

- A) necessità di far prevalere le esigenze della solidarietà sociale su quelle della sicurezza;
- B) garantire le cure, l'assistenza ed il trattamento socio-sanitario ai fini del recupero e del reinserimento sociale;
- C) contenere il tasso di sofferenza legale;
- D) sviluppare le opportunità di recupero attraverso percorsi di reinserimento differenziati in ragione della complessa multifattorialità del fenomeno tossicodipendenza;
- E) evitare processi di criminalizzazione attraverso il contatto forzoso con quella parte di popolazione detenuta presso la quale è più presente la subcultura deviante (riduzione del danno da carcere);
- F) coinvolgere il territorio (sia nella fase intramuraria che extramuraria) attraverso la progettazione di una rete di interventi che attivi tutte le risorse disponibili.

Il progetto psico-socio-riabilitativo della III Casa Circondariale Rebibbia - Roma si realizza essenzialmente in 3 momenti o fasi operative:

- 1) SELEZIONE DEGLI UTENTI;
- 2) TRATTAMENTO;
- 3) DIMISSIONE E REINSERIMENTO.

1) - SELEZIONE

Presupposto di questa fase è l'informazione, relativa alla realtà operativa della custodia attenuata, rivolta agli operatori degli istituti penitenziari del Lazio e, anche attraverso essi, ai tossicodipendenti detenuti; sono stati a tal proposito predisposti per la diffusione idonei opuscoli illustrativi e informativi.

Le Direzioni degli istituti penitenziari che ricevono domanda di trasferimento attivano un'osservazione della personalità, con la collaborazione del S.E.R.T. e degli istituti inviati, tesa a valutare le caratteristiche del soggetto con particolare riferimento alla motivazione per uscire dalla dipendenza dalla droga, il coinvolgimento con l'ambiente delinquenziale di provenienza, il grado di compromissione psicofisica, il contesto familiare.

La selezione è particolarmente rivolta ad uno specifico tipo di utenza i cui requisiti essenziali sono i seguenti:

- età compresa, preferibilmente, tra i 18 e i 25 anni;
- detenuti preferibilmente definitivi o comunque già condannati in primo grado di giudizio (con particolare attenzione ai soggetti alla prima esperienza detentiva);
- basso indice di pericolosità sociale;
- territorialità (detenuti provenienti dalla Regione Lazio che abbiano possibilmente validi riferimenti familiari o affettivi nel territorio regionale);

- stato psicofisico che non comprometta la piena partecipazione alle attività trattamentali;
- pena residua preferibilmente non inferiore ad un anno e non superiore a quattro anni.

La pratica così istruita viene valutata dall'Equipe integrata operante nell'Istituto I.C.A.T.T. secondo i criteri preferenziali di selezione prima accennati e comunque attribuendo grande importanza all'aspetto motivazionale dei soggetti.

Questi utenti, opportunamente informati sulle opportunità di trattamentali, di recupero e di reinserimento loro offerte, dopo un breve periodo di accoglienza, sono chiamati manifestare il proprio impegno ad iniziare un percorso personale attraverso la sottoscrizione di un "contratto terapeutico", che costituisce il consenso formale, comunque libero e volontario, a seguire un programma terapeutico ed ad accettare le regole dell'istituto.

2) - LA FASE TRATTAMENTALE

Per sua stessa natura la tossicomania non permette forme di intervento preventivo o curativo-riabilitativo valide in senso assoluto e per tutti, essendo ciascun paziente diverso dagli altri e diverso egli stesso nelle diverse fasi della sua dipendenza.

Ne deriva la necessità di non privilegiare una sola forma di intervento, ma stimolare e attuare una serie differenziata di interventi a rete capaci di rispondere alle esigenze di quei tossicomani motivati a smettere l'uso di droghe ed a riconsiderare il proprio stile di vita fondato sulla "sostanza".

Tali considerazioni costituiscono la premessa per costruire insieme con gli operatori penitenziari il progetto terapeutico individuale che costituirà l'adeguato sostegno a quanti sono intenzionati a riprogettare il proprio futuro.

A tale proposito si è progettato ed attuato un tipo di carcere che accanto all'esigenza custodiale abbia i requisiti per assumere compiti di orientamento, cura e riabilitazione e di reinserimento sociale dei soggetti ospitati.

In una prima fase del trattamento terapeutico-riabilitativo l'equipe degli operatori persegue due obiettivi fondamentali:

- a) la completa disintossicazione fisica, da qualsiasi droga o farmaco;
- b) il distacco dalla vita svolta precedentemente per cui il soggetto viene sostenuto con colloqui individuali con gli operatori del trattamento e con i familiari nella motivazione al cambiamento.

Successivamente gli interventi trattamentali mirano a suscitare nel soggetto la presa di responsabilità verso se stesso, il gruppo e la famiglia. In questa fase il detenuto è aiutato a rapportarsi con le nuove regole dell'istituto, a confrontarsi con gli altri e a rafforzare la propria motivazione al cambiamento.

Ciò avviene soprattutto attraverso l'impegno personale e soggettivo in un lavoro psicopedagogico sulla propria vita passata, presente e futura con elaborazione dei vissuti riguardanti la famiglia di origine e maturati durante esperienze scolastiche e di lavoro o in seguito ad altri rapporti interpersonali nella elaborazione di una prospettiva lavorativa e attraverso la frequenza dei vari laboratori formativi e di orientamento professionale presenti nella struttura, nella scoperta e sviluppo di interessi per il tempo libero e nella discussione sui conflitti e le tensioni con gli altri compagni di detenzione o su altri problemi attuali.

Questo lavoro psicopedagogico avviene con l'aiuto e l'intervento dei singoli operatori terapeutico-trattamentali, interni ed esterni, attraverso colloqui e contatti individuali, oppure frequentando i gruppi di sostegno. Ciò affinché i soggetti, elaborando i problemi intrapsichici e relazionali, imparino a reagire in modo diverso e alternativo al "riflesso di dipendenza".

Particolarmente significativo è il livello dell'impegno soggettivo nell'organizzazione e nello svolgimento della vita comunitaria, della cucina, della spesa, delle pulizie, delle riparazioni, dei colloqui, dell'uso del tempo libero, e comunque nell'osservanza delle regole di vita all'interno della struttura.

Una ulteriore fase del trattamento è caratterizzata dalla "maggiore" responsabilità verso gli altri membri del gruppo e dal proporsi in maniera più attiva all'interno del processo terapeutico, con una elaborazione dei propri conflitti e delle proprie tensioni, allo scopo di trovare e sperimentare nuove soluzioni (ad es.: comunità terapeutica, centro diurno, lavoro all'esterno e altre misure alternative alla detenzione) diverse da quelle ricercate in precedenza e fondate sulla fuga dalle proprie responsabilità attraverso l'abuso della droga.

Scopo di questa fase è quello di effettuare una verifica del processo di crescita anche attraverso il permesso premio presso la famiglia e con contatti con strutture terapeutiche esterne.

Il singolo individuo è protagonista del proprio processo di cambiamento, che deve portare ad uno stato di maggiore maturità ed autonomia.

Ad esso si affianca un processo terapeutico sostenuto dall'equipe psicopedagogica consistente nel creare un'offerta continua che dia la possibilità di effettuare un'analisi dei problemi personali e delle questioni della propria vita e di fornire orientamenti per lo sviluppo di nuovi obiettivi.

Naturalmente l'intervento dell'equipe si modifica nelle varie fasi del processo terapeutico.

È importante che il singolo operatore sappia improntare il proprio intervento alla necessità terapeutica di incontrare il soggetto rispettandone la complessità, l'autonomia e l'identità: 'inventando' tanti modi di entrare in relazione con l'altro ma sempre ispirati al criterio di offrire un servizio, accoglienza e condivisione, senza voler essere maestri o salvatori, ma umanizzando i servizi sapendo ascoltare, spiegare,

dialogare, rassicurare, incoraggiare, ammonire, insegnare, educare così alla salute, come alla vita.

Per il raggiungimento del suddetto fondamentale obiettivo trattamentale-riabilitativo e di reinserimento è apparsa, fin da subito, evidente la necessità di coinvolgere nel progetto ICATT anche il territorio nelle sue diverse configurazioni (famiglia, servizi pubblici, privato sociale, ecc.) con lo scopo di collocarsi in un contesto di allacciare canali comunicativi, per promuovere una corresponsabilità diffusa, consapevoli che la risposta che può dare il penitenziario non può che essere parziale di fronte alla complessità del problema istituzionale che produce.

In questo senso si può dire che questa esperienza ha già raggiunto notevoli risultati grazie al coinvolgimento e alla collaborazione di organi istituzionali (Regione, Provincia, Comune, Ministero del Lavoro, etc.) che hanno permesso, attraverso alcuni finanziamenti mirati, ad Enti, Associazioni, Cooperative impegnate sul piano della solidarietà, di attivare presso la 3a Casa Circondariale di Rebibbia, una serie di iniziative essenziali per sostenere la motivazione e l'impegno dei tossicodipendenti detenuti verso un nuovo stile di vita.

3) - REINSERIMENTO

In quest'ultima fase di verifica e di analisi dei risultati, si tende ad accertare il raggiungimento degli obiettivi prefissati per ogni singolo soggetto, valutandone i processi di crescita, di responsabilizzazione e maturazione individuale per accertare se sia in atto un reale e profondo cambiamento di atteggiamenti e stile di vita. L'esito positivo della verifica attiverà un programma di reinserimento sociale gestito con gli organismi territoriali pubblici e privati socio-riabilitativi esterni che privilegerà il ricorso alla utilizzazione mirata di misure alternative alla detenzione con la ricerca di soluzioni durature nel tempo (lavorative, di sostegno materiale e di assistenza, etc.) tali da rappresentare adeguatamente il nuovo progetto di vita che il detenuto sarà stato aiutato progressivamente a formulare.

4) - CONCLUSIONI

In conclusione si può affermare che l'operatività della Custodia Attenuata per tossicodipendenti, nell'esperienza della 3a Casa Circondariale di Roma Rebibbia, ha dato risultati sicuramente e notevolmente positivi; ciò in relazione ad alcune considerazioni fondamentali:

- la riscontrata bassa recidiva penale;
 - il potenziamento delle opportunità socio riabilitative attraverso la messa in rete delle risorse interne ed esterne al carcere;
 - il raggiungimento di obiettivi minimi rispetto al progetto ICATT., seppur significativi, quali la riduzione del danno da segregazione detentiva, attraverso interventi mirati a proporre un reale cambiamento di stile di vita per mezzo di chiari percorsi formativi ed educativi.
-

Testo dell'Opuscolo informativo sul progetto di custodia attenuata per il trattamento psico-socio-riabilitativo di detenuti con problemi di tossicodipendenza presso la IIIa Casa Circondariale di Rebibbia Roma

Con la diffusione di questo opuscolo informativo negli istituti penitenziari laziali sulle opportunità offerte dall'I.C.A.T.T. di Rebibbia in Roma a detenuti con problemi di tossicodipendenza, si intende offrire una soluzione nuova ed originale a tutti coloro che quotidianamente operano con questo particolare tipo di utenza. Ci si rivolge, in particolare modo, ai Ser.T., ai Direttori di Istituto, agli Educatori, agli Assistenti sociali, agli esperti ex art.80, al personale del Corpo di Polizia penitenziaria, al personale sanitario, ai volontari e a tutti coloro che a diverso titolo intervengono negli istituti di pena affinché sappiano che possono offrire la propria collaborazione alla riuscita dell'iniziativa, Innanzitutto, il primo contributo che ci si appresta a richiedere è quello di prospettare la possibilità di perseguire un percorso diverso a soggetti con particolari requisiti fortemente motivati ad uscire dal tunnel della droga.

Per le sue peculiari caratteristiche il progetto I.C.A.T.T., che antepone le esigenze trattamentali a quelle pur importanti di sicurezza, progetto del quale se ne illustrerà per grandi linee presupposti, obiettivi e modalità trattamentali, sarà rivolto esclusivamente ad una utenza a basso indice di pericolosità sociale dovendo esso attivarsi in regime di custodia attenuata che prevederà, dopo un periodo di trattamento intramurario, un ampio ricorso a verifiche esterne. In considerazione di quanto sopra esposto e per le modalità operative di tale tipo di gestione si segnala necessità che le Equipages degli Istituti inviati attivino una approfondita attività di osservazione della personalità su tutti i soggetti che manifestino reale interesse nell'intraprendere l'esperienza I.C.A.T.T. rendendoli edotti, sin dall'inizio, non solo delle opportunità che vengono offerte loro ma, soprattutto, dell'impegno personale che tale scelta comporta.

L'obiettivo fondamentale e dichiarato dell'iniziativa è di attivare l'offerta nei confronti dei detenuti tossicodipendenti di opportunità ed occasioni terapeutiche e di reinserimento per un reale e profondo cambiamento degli atteggiamenti e dello stile di vita attraverso lo sviluppo di un processo di responsabilizzazione e di maturazione.

FASI OPERATIVE

Il progetto psico-socio-riabilitativo della 3a Casa Circondariale di Rebibbia Roma si realizza in 3 momenti fondamentali:

- 1) selezione degli utenti;
- 2) trattamento;
- 3) dimissione e reinserimento.

Presupposto di questa fase è l'informazione rivolta agli operatori degli istituti del Lazio e, attraverso essi, agli utenti del progetto. A questo risultato è finalizzata la

realizzazione di questo opuscolo informativo per una migliore conoscenza di una diversa possibilità terapeutica alternativa alla classica detenzione. Il coinvolgimento dell'istituto inviante nel percorso I.C.A.T.T. assume particolare rilevanza nella fase della selezione, della quale costituisce momento essenziale e preliminare, attraverso la scansione dei tempi e delle modalità operative di seguito indicate.

Le Direzioni degli istituti, che riceveranno domanda di trasferimento (da prodursi sull'allegato modello), attiveranno una osservazione tesa a valutare, con la collaborazione del SER. T. , le caratteristiche del soggetto con particolare riferimento a:

- motivazione ad uscire dalla dipendenza della droga;
- coinvolgimento con l'ambiente delinquenziale di provenienza;
- grado di compromissione psicofisica;
- contesto familiare.

Al termine dell'osservazione l'èquipe dell'istituto inviante trasmetterà al Provveditorato Regionale dell'Amministrazione Penitenziaria e, per conoscenza, alla Terza Casa Circondariale di Rebibbia Roma, le relative risultanze attraverso una dettagliata relazione di sintesi che sarà corredata, oltre che dalla domanda di trasferimento, anche da:

- a) estratto della cartella biografica;
- b) copia della cartella clinica;
- c) relazione del SERT di provenienza (se possibile).

la selezione sarà rivolta ad uno specifico tipo di utenza i cui essenziali requisiti saranno i seguenti:

- età compresa, preferibilmente, tra i 18 e i 25 anni;
- posizione giuridica: detenuti preferibilmente definitivi o comunque già condannati in primo grado, con particolare attenzione ai soggetti alla prima esperienza detentiva;
- basso indice di pericolosità sociale;
- territorialità: detenuti provenienti dalla regione Lazio che abbiano possibilmente validi riferimenti familiari o affettivi nel territorio regionale;
- stato psico-fisico che non comprometta la piena partecipazione alle attività trattamentali;
- pena residua preferibilmente non inferiore ad un anno e non superiore ai quattro anni.

La pratica così istruita verrà valutata dall'èquipe integrata operante nell'I.C.A.T.T. (c.d. 'Gruppo Filtro'), e con l'auspicabile contributo della Magistratura di Sorveglianza coinvolta sin da questo momento nel programma individuale di recupero socio-riabilitativo.

I soggetti selezionati saranno presi in carico sotto il profilo psicologico e socio-educativo dalla équipe (c.d. Gruppo operativo) dopo un breve periodo di accoglienza. Costoro, opportunamente informati sulle possibilità di recupero e reinserimento offerte loro, e sulle regole di vita previste all'interno dell'esperienza I.C.A.T.T., sono chiamati a manifestare il proprio impegno ad attivare il percorso trattamentale e personale attraverso la sottoscrizione di un "Contratto Terapeutico" che costituisce il consenso formale, comunque libero e volontario, a seguire programmi terapeutici individuali e di gruppo.

Tali programmi prevedono attività terapeutiche (colloqui individuali e di gruppo, incontri con familiari, etc.), attività lavorative e di formazione-lavoro, attività scolastiche e ludico-ricreative finalizzate all'allontanamento dall'ambiente e da atteggiamenti devianti e che siano invece di stimolo all'assunzione di modelli comportamentali positivi orientati ad un processo di crescita, di responsabilizzazione e maturazione individuale.

L' I.C.A.T.T. si fonda, in particolare, sulla adesione volontaria dei soggetti interessati e sull'impegno di una équipe multidisciplinare che opera in un contesto di regole, e di metodologie autonome ma convergenti, in un quadro operativo di raccordo tra servizio pubblico carcere e territorio, inteso quest'ultimo come insieme di strutture pubbliche e private (Ser.T., Enti locali, forze economiche e con finalità di solidarietà), al fine di predisporre uno specifico piano di trattamento esterno.

Se nel corso dello svolgimento del programma individuale di trattamento il soggetto contravviene alle regole contenute nel contratto terapeutico o, comunque, pone in essere comportamenti incompatibili con gli obiettivi fondamentali del progetto socio-riabilitativo, il Gruppo operativo valuterà l'opportunità di intraprendere tutte le necessarie e più opportune misure per la tutela del buon esito dell'iniziativa (compreso, quando necessario, l'esclusione del soggetto dall'esperienza I.C.A.T.T. che comporterà il rientro del soggetto in un istituto a custodia ordinaria).

In quest'ultima fase, di verifica e di analisi dei risultati, si tende ad accertare il raggiungimento degli obiettivi prefissati per ogni singolo soggetto, valutandone i processi di crescita, di responsabilizzazione e maturazione individuale per accertare se sia in atto un reale e profondo cambiamento di atteggiamenti e stile di vita. L'esito positivo della verifica attiverà un programma di reinserimento sociale gestito con gli organismi territoriali pubblici e privati socio-riabilitativi esterni che privilegerà il ricorso alla utilizzazione mirata di misure alternative alla detenzione con la ricerca di soluzioni durature nel tempo (lavorative, di sostegno materiale e di assistenza, etc) e tali da rappresentare adeguatamente il nuovo progetto di vita che il detenuto sarà stato aiutato progressivamente a formulare.

L'esperienza I.C.A.T.T. di Rebibbia Roma intende perseguire l'obiettivo di iniziare dal carcere un percorso di recupero che riconduca il soggetto tossicodipendente al contesto sociale.

In tale struttura viene offerta concretamente al detenuto tossicodipendente l'opportunità di maturare e di intraprendere una scelta di cambiamento attraverso la presa di coscienza delle proprie difficoltà ma anche delle proprie valenze positive, tramite attività di gruppo, lavorative e ludico-culturali e per mezzo di esperienze di rapporto con realtà esterne al carcere.

Per maggiori informazioni scrivere
alla:

Direzione della 3a Casa

Circondariale Rebibbia

Via Bartolo Longo, 78

R O M A

Tel. 0614110736- 4111249

I.C.A.T.T. Rebibbia Roma

Opuscolo informativo sul progetto di custodia attenuata per il trattamento psico-socio-riabilitativo di detenuti con problemi di tossicodipendenza presso la 3a Casa Circondariale di Rebibbia Roma

Premessa

Con la diffusione di questo opuscolo informativo negli istituti penitenziari laziali sulle opportunità offerte dall'I.C.A.T.T. di Rebibbia Roma a detenuti con problemi di tossicodipendenza, si intende offrire una soluzione nuova ed originale a tutti coloro che quotidianamente operano con questo particolare tipo di utenza. Ci si rivolge, in particolare modo, ai Direttori di Istituto, agli Educatori, agli Assistenti sociali, agli esperti ex art.80, al personale del Corpo di Polizia penitenziaria, al personale sanitario, ai volontari e a tutti coloro che a diverso titolo intervengono negli istituti di pena affinché sappiano che possono offrire la propria collaborazione alla riuscita dell'iniziativa. Innanzitutto, il primo contributo che ci si appresta a richiedere è quello di prospettare la possibilità di perseguire un percorso diverso a soggetti con particolari requisiti fortemente motivati ad uscire dal tunnel della droga.



Per le sue peculiari caratteristiche il progetto I.C.A.T.T., che antepone le esigenze trattamentali a quelle pur importanti di sicurezza, progetto del quale se ne illustrerà per grandi linee presupposti, obiettivi e modalità trattamentali, sarà rivolto esclusivamente ad un'utenza a basso indice di pericolosità sociale dovendo esso attivarsi in regime di custodia attenuata che prevederà, dopo un periodo di trattamento intramurario, un ampio ricorso a verifiche esterne. In considerazione di quanto sopra esposto e per le modalità operative di

tale tipo di gestione si segnala necessità che le Equipe degli Istituti invianti attivino una approfondita attività di osservazione della personalità su tutti i soggetti che manifestino reale interesse nell'intraprendere l'esperienza I.C.A.T.T. rendendoli edotti, sin dall'inizio, non solo delle opportunità che vengono offerte loro ma, soprattutto, dell'impegno personale che tale scelta comporta.



Obiettivo

L'obiettivo fondamentale e dichiarato dell'iniziativa è di attivare l'offerta nei confronti dei detenuti tossicodipendenti di opportunità ed occasioni terapeutiche e di reinserimento per un reale e profondo cambiamento degli atteggiamenti e dello stile di vita attraverso lo sviluppo di un processo di responsabilizzazione e di maturazione.

Fasi operative

Il progetto psico-socio-riabilitativo della 3a Casa Circondariale di Rebibbia Roma si realizza in 3 momenti fondamentali:

- 1) selezione degli utenti;
- 2) trattamento;
- 3) dimissione e reinserimento.

1) Selezione

Presupposto di questa fase è l'informazione rivolta agli

operatori degli istituti del Lazio e, attraverso essi, agli utenti del progetto. A questo risultato è finalizzata la realizzazione di questo opuscolo informativo. Il coinvolgimento dell'istituto inviante nel percorso I.C.A.T.T. assume particolare rilevanza nella fase della selezione, della quale costituisce momento essenziale e preliminare, attraverso la scansione dei tempi e delle modalità operative di seguito indicate.

Le Direzioni degli istituti, che riceveranno domanda di trasferimento (da prodursi sull'allegato modello), attiveranno un'osservazione tesa a valutare, con la collaborazione del SERT convenzionato le caratteristiche del soggetto con particolare riferimento a:

- motivazione ad uscire dalla dipendenza dalla droga;
- coinvolgimento con l'ambiente delinquenziale di provenienza;
- grado di compromissione psicofisica;
- contesto familiare.



Al termine dell'osservazione l'équipe dell'istituto inviante trasmetterà al Provveditorato Regionale dell'Amministrazione Penitenziaria e, per conoscenza, alla Terza Casa Circondariale di Rebibbia Roma, le relative risultanze attraverso una dettagliata relazione di sintesi che sarà corredata, oltre che dalla domanda di trasferimento, anche da:

- a) estratto della cartella biografica;
- b) copia della cartella clinica;
- c) relazione del SERT di provenienza (se possibile).

La selezione sarà rivolta ad uno specifico tipo di utenza i cui essenziali requisiti saranno i seguenti:

- età compresa, preferibilmente, tra i 18 e i 25 anni;
- posizione giuridica: detenuti preferibilmente definitivi o comunque già condannati in primo grado, con particolare attenzione ai soggetti alla prima esperienza detentiva;
- basso indice di pericolosità sociale;
- territorialità: detenuti provenienti dalla regione Lazio che abbiano possibilmente validi riferimenti familiari o affettivi nel territorio regionale;
- stato psico-fisico che non comprometta la piena partecipazione alle attività trattamentali;
- pena residua preferibilmente non inferiore ad un anno e non superiore ai quattro anni.

La pratica così istruita verrà valutata dall'equipe integrata operante nell'I.C.A.T.T. (c.d. Gruppo filtro), e con l'auspicabile contributo della Magistratura di Sorveglianza coinvolta sin da questo momento nel programma individuale di recupero socio-riabilitativo.

2) Trattamento

I soggetti selezionati saranno presi in carico sotto il profilo psicologico e socio-educativo dalla équipe (c.d. Gruppo operativo) dopo un breve



periodo di accoglienza. Costoro, opportunamente informati sulle possibilità di recupero e reinserimento offerte loro, e sulle regole di vita previste all'interno dell'esperienza I.C.A.T.T., sono chiamati a manifestare il proprio impegno ad attivare il percorso trattamentale e personale attraverso la sottoscrizione di un contratto terapeutico che costituisce il consenso formale, comunque libero e volontario, a seguire programmi terapeutici individuali e di gruppo.

Tali programmi prevedono attività terapeutiche (colloqui individuali e di gruppo, incontri con familiari, etc.), attività lavorative e di formazione-lavoro, attività scolastiche e ludico-ricreative finalizzate all'allontanamento dall'ambiente e da atteggiamenti devianti e che siano invece di stimolo all'assunzione di modelli comportamentali positivi orientati ad un processo di crescita, di responsabilizzazione e maturazione individuale.

L' I.C.A.T.T. si fonda, in particolare, sulla adesione volontaria dei soggetti interessati e sull'impegno di una équipe multidisciplinare che opera in un contesto di regole, attuando metodologie autonome ma convergenti, in un quadro operativo di raccordo tra servizio pubblico-carcere e territorio, inteso quest'ultimo come insieme di strutture pubbliche e private (Ser.t., Enti locali, forze economiche e con finalità di solidarietà), al fine di predisporre uno specifico piano di trattamento esterno.

Se nel corso dello svolgimento del programma individuale di trattamento il soggetto contravviene alle regole contenute nel contratto terapeutico, comunque, pone in essere comportamenti incompatibili con gli obiettivi fondamentali del progetto socio-riabilitativo, il Gruppo operativo valuterà l'opportunità di intraprendere tutte le necessarie e più opportune misure per la tutela del buon esito dell'iniziativa (compreso, quando necessario, l'esclusione del soggetto dall'esperienza I.C.A.T.T. che comporterà il rientro del soggetto in un istituto a custodia ordinaria).

3) Reinserimento

In quest'ultima fase, di verifica e di analisi dei risultati, si tende ad accertare il raggiungimento degli obiettivi prefissati per ogni singolo soggetto, valutandone i processi di crescita, di responsabilizzazione e maturazione individuale per accertare

se sia in atto un reale e profondo cambiamento di atteggiamenti e stile di vita. L'esito positivo della verifica attiverà un programma di reinserimento sociale gestito con



gli organismi territoriali pubblici e privati socio-riabilitativi esterni che privilegerà il ricorso alla utilizzazione mirata di misure alternative alla detenzione con la ricerca di soluzioni durature nel tempo (lavorative, di sostegno materiale e di assistenza, etc) e tali da rappresentare adeguatamente il nuovo progetto di vita che il detenuto sarà stato aiutato progressivamente a formulare.

Conclusioni

L'esperienza I.C.A.T.T. di Rebibbia Roma intende perseguire l'obiettivo di iniziare dal carcere un percorso di recupero che riconduca il soggetto tossicodipendente al contesto sociale.

In tale struttura viene offerta concretamente al detenuto tossicodipendente l'opportunità di maturare e di intraprendere una scelta di cambiamento attraverso la presa di coscienza delle proprie difficoltà ma anche delle proprie valenze positive, tramite attività di gruppo, lavorative e ludico-culturali e per mezzo di esperienze di rapporto con realtà esterne al carcere.

Per maggiori informazioni scrivere alla:

Direzione della 3^a Casa
Circondariale Rebibbia
Via Bartolo Longo, 78
ROMA
Tel. 06/4110736- 4111249

ALLEGATO N. 6
Certificazioni in caso di Tossicodipendente Detenuto

Sono di competenza del Penitenziario:

- 1) Differimento esecuzione della pena (684 CPP) ai sensi del art. 23 c. 2 e 96ter c. 1 R.P.; L. 332/95.
- 2) Giudizio di incompatibilità con il regime carcerario per cause diverse (Legge 332 del 8/8/95)
- 3) AIDS e incompatibilità al regime carcerario (Legge 222 del 14/7/93 e Decreto M. Sanità 21/X/99; L. 12/7/99 n.231) .
- 4) Traduzioni (tribunale, altro carcere) (art. 78 c.2 R.P.)
- 5) Percezione dell'infrazione e della sanzione per minorati psichici (art. 20 c.6 R.P.)
- 6) Esecuzione dei colloqui per infermi gravi (art. 35 c.10 O.P.)
- 7) Isolamento sanitario per malattie contagiose (art. 33 O.P. e 68 R.P.)
- 8) Idem al punto 7), ma in infermo di mente (art.11 O.P. c.7)
- 9) Denunce/referti per lesioni (art. 344 e 365 C.P.P.)
- 10) Prescrizione del lavoro ergoterapico per gli infermi di mente (art.20 c.4 R.P.)
- 11) Esclusione degli infermi/semi di mente dalle Commissioni interne (art.20 c. 5 R.P.)
- 12) Constatazione e cause decesso (art.97 c.1 R.P.; R.D. 1238/1939; art. 103 T.U.L.S.; art. 11 comma 6 O.P.)
- 13) Lesioni invalidanti (R.D. 17/2/41 n. 1127)
- 14) Denuncia delle malattie infettive (D.M. 15/12/90), professionali (D.P.R.112/65 e segg.), veneree (L. n. 837/56, DPR n. 2056/62)

Devono essere sempre segnalati al Ser.T. per eventuale valutazione nell'ambito del piano terapeutico:

- 15) Eventi critici (Sciopero della fame e auto/eterolesionismo)
- 16) Isolamento disciplinare e non (per la sopportabilità: art. 39 c.2 e O.P. e art. 3 c. 2 R.P.)
- 17) Consigli di disciplina: partecipazione del Ser.T. se infrazione rilevante (programma in corso, perdita dei benefici, scarcerazione non più programmabile)
- 18) Contenimento del detenuto - fasce di contenzione (con segnalazione immediata) (art.41 c3 O.P. e art. 77 R.P.)

Sono redigibili da entrambi:

- 19) Ricoveri in ospedale di detenuto o dimettendo (art.art.2 c.2 O.P. e art 240 D.L. 271/89; D.L. 230/99 art.1 c.2a)
- 20) idem al punto 21), ma con trasporto (art.84 c. 6 R.P.; D.L. 230 art 1 c.2a)
- 21) Segnalazione di fatti interessanti la sanità pubblica (T.U. L.S. - art. 103)
- 22) Segnalazione al SSN di detenuti dimessi, portatori di gravi infermità (art. 46 c.3 O.P.)

Solo dal Ser.T.

- 23) Certificazioni di tossico/alcoldipendenza (art. 94 c. 1 D.P.R. 309/90)
- 24) Idoneità e programmi terapeutici per le pene alternative
- 25) Esecuzione della pena in OPG (di concerto)

ALLEGATO N. 7

Linee Guida Relative all'Attuale Ordinamento Legislativo in Tema di Alcoldipendenza in Ambito Penitenziario

Il Centro di Riferimento Alcolologico Regione Lazio dal mese di settembre del 1999 ha promosso la costituzione di un gruppo di lavoro rappresentativo delle realtà penitenziarie della Regione e del Ministero della Giustizia. Tale Gruppo ha definito le *"Linee guida relative all'attuale ordinamento legislativo in tema di alcoldipendenza in ambito penitenziario (DPR n. 309/90)"*.

Il gruppo di lavoro è stato così costituito:

Coordinatore: Prof. Mauro CECCANTI - Ia Università 'La Sapienza' di Roma

Partecipanti: Dr.ssa Maria Luisa ATTILIA, Centro di Riferimento Alcolologico Regione Lazio

Dr. Stefano DI PRISCO, ASL RM A - SERT Via dei Riari

Dr. Marco FORNER, ASL RM A - SERT Via dei Riari

Dr. Sandro LIBIANCHI, ASL RM B - Ser.T. "Istituti Penitenziari di Rebibbia"

Dr.ssa Rosaria VERDINA, ASL RM F - SERT Civitavecchia

Dr. Massimo BORGIONI, ASL RM F - SERT Civitavecchia

Dr.ssa Emanuela FALCONI, ASL RM H - SERT Velletri

Dr.ssa Rita GRANDI, ASL di Frosinone - SERT Frosinone

Dr. Peppino NICOLUCCI, ASL Latina - SERT Latina

Dr. Angelo GIULIANI, ASL Rieti - SERT Rieti, Centro Alcologia

Dr.ssa Maria Grazia BALDANZI - ASL di Frosinone U.O. D 3 D, FR

Dr. Fabrizio BRAUZZI - Ministero della Giustizia

Dr.ssa Berenice PUCCI - Regione Lazio Assessorato Sanità

Dr. Alfredo De RISIO - ASL di Viterbo, SERT Viterbo

Dr. Marino Di CICCIO - ASL di Frosinone

Dr. Guido BRIOTTI - Ministero della Giustizia - DAP

Premessa

La peculiarità della dipendenza da alcol rispetto a quella da altre sostanze (età d'insorgenza, legalità della sostanza, accettazione sociale della stessa, differenti metodologie ed approcci diagnostici, etc.) rendono indispensabili alcune precisazioni preliminari atte a comprendere i motivi che hanno condotto e intraprendere un percorso che si propone, attraverso l'emanazione di alcune direttive e linee guida, di porre la Regione in un ruolo centrale rispetto alla tutela della salute di coloro che sono detenuti nelle carceri regionali.

L'attuale ordinamento legislativo, in tema di *ammissibilità ai benefici di accesso a pene alternative alla carcerazione*, nel caso di detenuti affetti da alcol e/o tossicodipendenza oggi prevede sostanzialmente un duplice *modus operandi* in relazione all'entità della pena comminata.

Le modalità, infatti, sono state differenziate dal legislatore a seconda che il recluso alcoldipendente sia condannato ad una pena detentiva minore o uguale a quattro anni oppure maggiore di quattro.

L'art. ex 47 bis dell'ordinamento penitenziario dà la possibilità anche ai tossicodipendenti da alcol di essere ammissibili ai benefici nelle misure alternative alla carcerazione.

Per i detenuti momentaneamente non ammissibili ai benefici di legge per accedere a pene alternative alla detenzione è prevedibile l'inserimento, a richiesta dell'individuo, e con il coordinamento del Servizio Sanitario Regionale competente per il territorio sull'Istituto Penitenziario, in programmi terapeutici (v. linee guida) idonei al pieno recupero rispetto ai problemi alcol-correlati dell'individuo.

1. il dispositivo di legge dà al detenuto la facoltà di chiedere di accedere ai benefici di legge in tema di misure alternative alla detenzione, previa presentazione di una certificazione attestante la condizione in essere di alcoldipendenza. La richiesta fatta ad un Magistrato della Procura della Repubblica potrebbe di fatto portare in una prima fase alla scarcerazione (sospensiva della pena in attesa di valutazione da parte del tribunale di Sorveglianza), seguita da una fase di controllo della stessa, operata dal Tribunale di Sorveglianza competente sul territorio.
2. La decisione del Tribunale di Sorveglianza si basa su una relazione presentata dal Ser.T., da unità alcoliche territoriali o da altra Struttura Pubblica competente per precedente presa in carico del detenuto articolata su tre elementi principali rappresentati da:
 - a) Certificazione di alcol dipendenza.
 - b) Programma terapeutico.
 - c) Idoneità a programma terapeutico.

Sulla base della conoscenza delle modalità sopra riportate atte alla concessione dell'ammissibilità ai benefici di accesso a pene alternative è opportuno che la Regione Lazio emani alcune Direttive volte a tutelare la salute del detenuto.

Direttiva n° 1 - Notorietà

Pubblicazione di Linee guida per l'accoglienza, la diagnosi e il trattamento dei Problemi e Patologie Alcol Correlate (PPAC) negli Istituti Penitenziari. Queste linee guida devono essere seguite da tutti i Servizi Territoriali della Regione Lazio con l'"auspicio" che la Magistratura le recepisca nel momento stesso in cui debba decidere un provvedimento su quanto richiesto dal detenuto. Le linee guida devono essere portate a conoscenza della Procura della Repubblica ed essere oggetto di accordi bilaterali.

Direttiva n° 2 - Coordinamento attività assistenziali e terapeutiche

Il coordinamento delle attività assistenziali e terapeutiche è affidato al SERT, alle unità operative alcolologiche, o ad altra struttura pubblica competente per territorialità dell'Istituto penitenziario.

Il coordinamento, è rivolto agli altri Servizi Pubblici della Regione Lazio o nazionali, come anche al volontariato sociale, ad enti ausiliari, eventualmente coinvolti nei processi di recupero e reinserimento sociale delle problematiche alcol-correlate.

Quanto sopra riportato è finalizzato a garantire la continuità terapeutica della cura e riabilitazione del detenuto dipendente.

Direttiva n° 3 - Il Trattamento

Una premessa importante riguarda la necessità di stabilire che la disintossicazione da alcol, considerati i rischi connessi alla sindrome di astinenza da alcol, deve

svolgersi in una struttura sanitaria accreditata pubblica per garantire la tutela della salute del cittadino. I rischi connessi alla disintossicazione debbono essere resi minimi da una corretta valutazione degli stessi presso i Servizi Territoriali competenti, che saranno tenuti a rilasciare, a domanda, una certificazione relativa al trattamento effettuato.

Ciò consentirebbe il rilascio di una certificazione ufficiale attestante la partecipazione ad un programma terapeutico per coloro che accettano la disintossicazione assistita presso un SERT, un'unità alcologica territoriale o altra struttura pubblica. Lo stesso certificato costituirebbe un precedente "storico" di rilevante importanza nel caso di un successivo provvedimento di restrizione della libertà.

Premessa

L'alcolismo è difficilmente diagnosticabile senza la collaborazione attiva del paziente che, cercando un aiuto per la sua condizione di dipendenza, si presta a collaborare con l'operatore del Servizio per individuare e valutare correttamente il problema nella sua complessità. Normalmente i parametri che vengono presi in considerazione sono i seguenti.

- 1- Storia ed evoluzione del bere.
- 2- Diagnosi di abuso e/o dipendenza secondo i criteri del DSM-IV o ICD-10.
- 3- Questionari di screening autocompilati (CAGE, MAST, AUDIT, etc.).
- 4- Analisi biochimiche (Alcolemia, Alcoluria, γ GT, GOT, GPT, MCV, CDT, etc.).

L'impiego di questi strumenti è in genere sufficiente ad evidenziare il problema alcol in un Servizio di Alcologia: non si deve tuttavia dimenticare che questa situazione non è rapportabile all'interno degli Istituti Penitenziari in cui la possibilità di usufruire di benefici di trattamento specifici può indurre a dichiarare l'alcolodipendenza non clinicamente evidenziabile. Pertanto, la peculiarità dell'ambiente penitenziario (relative alla speranza di libertà tipica del detenuto) rendono comunque necessarie delle correzioni all'iter comunemente utilizzato in ambito clinico. È evidente che esami ematici quali l'alcolemia potrebbero assumere in tale contesto una minore importanza rispetto a quella che siamo soliti accordarle potendo rappresentare la conseguenza di un'assunzione volontaria di alcol volta a dimostrare la presenza di un'alcolodipendenza. Molto più importanti sono gli episodi pregressi relativi ai periodi precedenti alla carcerazione (divorzi, violenza in famiglia, traumi pregressi, ricoveri per disintossicazione, etc.), [Decreto 12 Luglio 1990, n. 186].

Per quanto attiene ai questionari autocompilati, la maggior parte di essi non consente una valutazione dei problemi alcol correlati in soggetti non disposti a collaborare. I migliori utilizzabili in quest'ultimo caso sono rappresentati dalla Scala di Mac Andrew e del Trauma Test di Skinner che, ponendo domande indirette, consentono una maggiore approssimazione alla realtà.

TIPOLOGIA DELL'UTENZA

Uno dei problemi principali che si debbono affrontare nel tracciare delle Linee Guida per la diagnosi dell'alcolismo in Istituti Penitenziari è rappresentato dalla diversa tipologia degli utenti interessati:

- 1- Soggetti con dipendenza da alcol, già in trattamento al momento dell'arresto.
- 2- Soggetti in stato di ubriachezza manifesta o in astinenza temporanea al momento dell'ingresso in carcere.
- 3- Soggetti, precedentemente, tossicodipendenti da altre sostanze che, al momento dell'ingresso in carcere, iniziano un consumo "sostitutivo" delle sostanze stesse con l'alcol.
- 4- Soggetti con dipendenza da alcol e altre sostanze.
- 5- Soggetti minori nelle situazioni precedenti o comunque posti in una condizione di grave disagio sociale predisponente al disturbo da uso di sostanze (vedere DSM-IV).

PERCORSO OPERATIVO

Si ritiene opportuno riformulare anche per l'alcoldipendenza un percorso operativo simile a quello delle tossicodipendenze con cui può essere eventualmente integrato, ma con alcune peculiarità proprie dell'alcoldipendenza.

Nuovo Giunto nell'Istituto Penitenziario: deve essere effettuata una visita medica (art. 11, comma 5 L. 354/75 nei tempi previsti dalla legge).

Nel corso della visita medica si deve richiedere espressamente al detenuto se ha problemi con l'alcol. Se questi sono presenti vanno definiti secondo i criteri del DSM IV.

In questo caso ed in presenza di:

- Dichiarazione di TD e/o AD e/o
- Segni e/o sintomi AD e/o
- Sindrome di astinenza e/o secondo i criteri del DSM IV
- Documentazione (Decreto 186/90)

il medico che effettua la visita d'ingresso provvederà alla segnalazione d'ufficio al SERT, all'unità alcologica territoriale o altra struttura pubblica competente territorialmente per l'Istituto Penitenziario

Preso in carico del SERT , dell'unità alcolologica territoriale o altra struttura pubblica

Il SERT, l'unità alcolologica territoriale o altra struttura pubblica procede ad una valutazione complessiva del caso e provvede a formulare una diagnosi multiassiale, avvalendosi del DSM IV. Formula, infine, il progetto terapeutico intra o extra - murario.

- | | | |
|--|---|----------------------------------|
| <ol style="list-style-type: none">1. Valutazione2. Diagnosi3. Progetto Terapeutico intra/extramura | } | Valutazione del gruppo di lavoro |
|--|---|----------------------------------|

1) Già, nella prima fase sarà indispensabile per gli operatori del SERT, dell'unità alcolologica territoriale o di altra struttura pubblica procedere, oltre che ai diversi colloqui e visite, a tutte le azioni secondo le competenze atte a garantire una buona qualità. del servizio reso:

- Contatto e coordinamento con il SERT, con l'unità alcolologica territoriale o altra struttura pubblica di appartenenza o con ogni altra Struttura o Ente coinvolti
- Valutazione dei bisogni e richieste
- Garanzia della prosecuzione delle terapie in atto al momento dell'arresto
- Richiesta ed effettuazione (attraverso strutture aziendali) delle indagini chimico cliniche ritenute importanti a fini diagnostici (prelievi ematici, dosaggi urinari etc.)
- Richiesta di eventuali visite specialistiche per approfondimenti diagnostici (vis. psichiatrica, infettivologica etc.)
- Possibilità di accesso diretto alla cartella clinica del detenuto esclusivamente per il personale sanitario.

2) La valutazione del gruppo di lavoro consentirà di definire la diagnosi multiassiale (secondo i criteri del DSM IV) indispensabile per la prosecuzione del percorso operativo. La suddetta diagnosi sarà vincolante per il rilascio di certificazioni e/o attestati validi a fini legali. Durante il percorso diagnostico intracarcerario sarà cura degli operatori del SERT, dell'unità alcolologica territoriale o di altra struttura pubblica una attenta valutazione delle risorse psicologiche e sociali, sia personali che familiari di ogni detenuto che giunge alla osservazione.

- Il SERT, l'unità alcolologica territoriale o altra struttura pubblica coordinerà gli interventi con le strutture competenti per la diagnosi, cura e monitoraggio delle patologie correlate
- Per qualunque tipo di terapia si dovrà prevedere, che eventuali necessari siano conseguenti i farmaci, al personale sanitario che sarà presente nell'Istituto e che ne curerà la somministrazione.

- 3) L'elaborazione di un progetto terapeutico sarà così la naturale prosecuzione del percorso operativo e dovrà scaturire dalla valutazione e dal lavoro di gruppo in coordinamento con il SERT con l'unità alcolica territoriale, altra struttura pubblica di appartenenza e/o con strutture o enti eventualmente coinvolti.
- Ove non fosse possibile individuare una misura alternativa alla detenzione (Comunità Terapeutica, Affidamento al SERT, unità alcolica territoriale o altra struttura pubblica Detenzione Domiciliare) e/o arresti domiciliari, si provvederà alla definizione di un programma terapeutico-riabilitativo intramurario e/o alla segnalazione per invio a strutture di custodia attenuata.

Elementi indispensabili per un buon funzionamento del Servizio saranno:

- Momenti di formazione comune a tutto il personale coinvolto sia dipendente della A.S.L. che del Ministero di Grazia e Giustizia
- Individuazione di locali adeguati e riservati allo svolgimento delle attività,
- Facilità di accesso ai colloqui e/o visite del detenuto.

MODALITA' D'INTERVENTO

Procedure diagnostiche e medico - legali

1. L'accertamento dell'uso abituale di bevande alcoliche con modalità che configurano un disturbo da uso dell'alcol (abuso e/o dipendenza) secondo il DSM IV, si fonda su uno o più degli elementi sotto elencati:
 - a) Riscontro documentale di trattamenti socio-sanitari per l'abuso e dipendenza da alcol presso strutture pubbliche e private, di soccorsi ricevuti da strutture di Pronto Soccorso, di ricovero per trattamento di patologie correlate all'abuso abituale di alcol, di precedenti accertamenti medico - legali;
 - b) Segni abituali di assunzione incongrua di alcol
 - c) Sintomi fisici o psichici di intossicazione in atto da alcol
 - d) Sindrome di astinenza da alcol in atto
 - e) Presenza di alcol e suoi metaboliti nei liquidi biologici da eseguire in strutture pubbliche.

A questi elementi, generici e validi per tutti i tipi di tossicodipendenza, se ne debbono aggiungere altri propri della dipendenza da alcol per la quale debbono essere raccolte informazioni, da tutte le fonti disponibili, con particolare attenzione a quegli elementi indiretti che sono propri delle PPAC.

Fonti d'informazioni

1. Paziente
2. Familiari
3. Altri referenti significativi (amici, compagni di lavoro)
4. Medici di Famiglia
5. Assistenti sociali
6. Pediatra
7. Figure significative delle comunità locali
8. Cartelle cliniche
9. Servizi sanitari, territoriali, del privato sociale

In una valutazione generale debbono trovare posto e dare sostegno all'ipotesi diagnostica anche degli elementi indiretti.

Elementi indiretti atti ad un miglior inquadramento del problema alcol-correlato

1. Incidenti stradali e traumatismi in genere
2. Incidenti domestici
3. Licenziamenti e frequenti cambi di lavoro
4. Ripetuto utilizzo delle strutture del Pronto Soccorso (stati ansiosi, stati confusivi)
5. Lesioni e percosse a familiari
6. Ritiro della patente
7. Problemi legali (arresti per oltraggio, risse, abusi sessuali)
8. Comportamenti aggressivi
9. Violenza sui minori
10. Familiarità di alcolismo

La diagnosi finale dovrà infine tenere conto dei risultati ottenuti attraverso analisi biochimiche e test psicometrici.

Tenuto presente quanto riportato in premessa di queste linee guida, gli strumenti diagnostici a nostra disposizione possono essere inquadrati come segue:

Analisi biochimiche (da eseguire preferibilmente già all'ingresso nell'Istituto Penitenziario e che debbono seguire la cartella del nuovo giunto quando verrà nuovamente sottoposto alle procedure diagnostiche da parte del SERT competente per territorio).

- Emocromo completo di formula e piastrine - MCV
- Protidemia totale con elettroforesi

□ Strumenti diagnostici

- GOT/AST
- GPT/ALT
- GGT
- CDT
- ALCOLEMIA (anche a mezzo di etilometro validato)
- ALCOLURIA
- ALTRO

Test psicometrici

- SADQ (valutazione gravità dipendenza)
- CIWA - Ar (valutazione gravità Sindrome di Astinenza)
- TEST DI BENDER (indice di danno organico cerebrale)
- Mc ANDREW
- TRAUMA TEST DI SKINNER
- ALTRO

Per una valutazione completa sarà indispensabile integrare quanto sopra riportato con l'inquadramento multiassiale secondo il DSM IV.

A tale scopo è utile procedere con:

1. Visita con diagnosi secondo i criteri del DSM IV

In alternativa:

2. Somministrazione di:

- a) SCL 90 oppure intervista SCID IV
- b) ASI per l'inquadramento delle problematiche lungo le varie dimensioni che interagiscono nell'alcoldipendenza

PROGETTO TERAPEUTICO

Pur nelle difficoltà proprie e relative alla tipologia dell'Istituto Penitenziario e del rapporto che con esso intrattiene colui che subisce una restrizione della propria libertà, è opportuno definire gli elementi che a tutt'oggi costituiscono delle basi conoscitive atte ad un giudizio prognostico del trattamento che si vuole intraprendere. Ciò sarà utile soprattutto nel momento in cui i SERT, le Unità Alcolologiche Territoriali o altre

Strutture Pubbliche, debbono dare un giudizio relativamente alla congruità del trattamento oppure iniziare un trattamento intramurario. Nel caso in cui si preveda un intervento basato sul mutuo - aiuto è ormai noto che rispondono meglio quei soggetti che hanno le seguenti caratteristiche:

1. Punteggio basso nella valutazione ASI relativamente ai problemi psicologici/psichiatrici
2. Un ambiente sociale che è particolarmente disposto al bere (misurata mediante la scala di attività e di persone significative)
3. Punteggio più alto nella dipendenza alcolica misurata mediante SADQ

E' chiaro che appena l'esperienza e i dati scientifici lo consentiranno, andranno meglio precisate le possibilità d'intervento psicologiche e farmacologiche su altre tipologie di utenti.

ALLEGATO N. 8**Adeguamento delle dotazioni organiche dei Ser.T. della Regione Lazio territorialmente competenti per le strutture carcerarie**

Per l'attuazione delle indicazioni contenute nella tabella sottoesposta dovranno essere considerate alcune precondizioni:

- 1) gli incrementi indicati sotto sono stati calcolati sulla base della dotazione organica dei Ser.T. presente alla data attuale 24/2/00.
- 2) tutte le dotazioni organiche aggiuntive vengono intese come personale dipendente a tempo pieno.
- 3) i dirigenti dei servizi (uno per Ser.T.) non vengono inclusi nel computo, in quanto non sono state attribuite loro funzioni assistenziali.
- 4) la norma di riferimento considerata è stata il Decreto 30 Novembre 1990, n. 444, riveduta alla luce del D.L. 230/99.
- 5) le dotazioni organiche indicate sotto sono ad integrazione di ogni eventuale personale già presente e con contratto stipulato con il Ministero della Giustizia.
- 6) le dotazioni organiche dei Ser.T. con strutture penitenziarie devono essere riviste e rivalutate ogni due anni.

Incrementi necessari nelle Dotazioni Organiche

	Dirigenti Medici (1 e 2 liv.)	Dirigenti Psicologi	Assistenti Sociali	Infermieri Profession.	Educatori di Comunità	Personale Amministr.	Dirig. Amministr.	Sociologi	Caposala
RM/A	6 + 1	3	3	6	2	2	-	1	1
RM/B	7+ 1	8	7	14	5	5	1	2	3
RM/E	2	2	1	2	1	1	-	-	1
RM/F	3	2	3	3	1	1	-	-	2
RM/H	2+1	2	2	1	-	-	-	-	1
Latina	1	1	2	2	-	-	-	-	-
Frosinone	2	2	2	3	-	-	-	-	2
Rieti	1	1	1	1	-	-	-	-	-
Viterbo	3+1	2	2	2	2	1	-	-	1

ALLEGATO N° 9

Dotazioni organiche (PTD) delle Strutture Carcerarie della Regione Lazio

ISTITUTI	MEDICI			INFERMIERI			PSICOLOGI			SPESA TOTALE
	N°	Ore	Spesa	N°	Ore	Spesa	N°	Ore Mese	Spesa	
CR Civitavecchia.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CC Civitavecchia.	1	3	26.044.200	0	3	17.467.796	1	60	22.252.320	65.764.316
CR Rebibbia.	1	3	26.044.200	0	3	17.467.796	1	60	22.252.320	65.764.316
CCF Rebibbia.	1	2	17.362.200	0	2	11.645.197	2	90	33.378.480	63.386.477
CCNC Rebibbia.	1	10	86.814.000	1	10	58.225.986	11	589	218.443.608	363.483.594
III° CC Rebibbia. (*)	0	0	0	0	0	0	0	24	8.900.928	8.900.928
CC Regina Coeli.	5	15	130.221.000	4	15	87.338.979	9	474	175.793.328	393.353.307
CC Velletri.	2	4	34.725.600	1	4	23.290.394	1	30	11.126.160	69.142.154
CC Cassino.	2	2	17.362.800	1	2	11.645.197	1	30	11.126.160	40.134.157
CC Frascone.	1	3	26.044.200	0	3	17.467.796	1	0	11.126.160	54.638.156
CR Paliano.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CC Latina.	2	2	17.362.800	1	2	11.645.197	1	30	11.126.160	40.134.157
CC Rieti.	1	1	8.681.400	1	1	5.822.599	0	0	0	14.503.999
CC Viterbo.	1	3	26.044.200	1	3	17.467.796	1	30	11.126.160	54.638.156
TOTALE:	Tot. 48	Tot. 48	416.707.200	Tot. 48	Tot. 48	279.484.733	Tot. 1.447	536.651.784	1.233.843.717	

(*) CUSTODIA ATTENUATA (JCATT) : v. pg. 9, punto 10.

ALLEGATO n. 10
La Formazione e la Valutazione

Premesso che si ritiene fondamentale il ruolo della formazione quale supporto al cambiamento organizzativo, considerando necessario incentivare e facilitare momenti informativi, formativi, progettuali e valutativi a favore di una cultura organizzativa in evoluzione e di sistemi organizzativi complessi interagenti (ASL - Carcere), la Regione Lazio, prevede a supporto del presente progetto sperimentale un programma di formazione destinato a tutti gli operatori coinvolti.

Tale programma deve costituire un contributo metodologico ed organizzativo significativo e teso a realizzare quelle modifiche culturali legate all'entrata della cultura della tutela della salute in carcere e della relativa ricaduta sul territorio dove - come costituzionalmente previsto - ogni persona detenuta è destinata a ritornare,.

Si intende inoltre far comprendere come il significato ed il valore sociale di tale innovazione sia più ampio quindi della 'sola' medicina penitenziaria - creata più a tutelare gli interessi del penitenziario che del detenuto - ed induca una riduzione delle inevitabili patologie organizzative proprie a tutti i processi di cambiamento.

A tal fine, considerando che nella Regione Lazio già esistono due significative realtà operative, sia in termini di utenza (basta ricordare che circa il 65% della popolazione detenuta passa per gli istituti di Regina Coeli e Rebibbia), che di esperienza degli operatori, si individuano la ASL RM/A e la ASL/RMB, che attraverso i responsabili dei propri Ser.T. di via dei Riari e di Rebibbia, costituiscono e coordinano un sottogruppo di lavoro referente della formazione.

Tale sottogruppo di lavoro dovrà essere composto dalle varie professionalità operanti nei Ser.T sopracitati, e come gruppo integrato di lavoro elaborerà il documento formativo su mandato e all'interno della Commissione per la Tutela della salute in carcere, presso la Regione Lazio congiuntamente al DAP (Uff. II e ISSPe); esso potrà consultare per le esigenze del personale di Polizia Penitenziaria - Area Formazione e Aggiornamento del PRAP prima delle intese col DAP.

Mandato di tale sottogruppo di lavoro, sarà quello di elaborare linee guida atte a stilare, elaborare e gestire i progetti formativi, che in virtù delle funzioni trasferite si dovranno realizzare in ogni specifica realtà e in virtù delle necessità formative individuate all'interno di ogni peculiare contesto.

Tale mandato:

1. riconosce comunque gli obiettivi generali legati alla fase sperimentale di cui questo allegato è parte integrante del documento;
2. Valuta e propone l'analisi dei costi necessari alla realizzazione degli interventi necessari e propone procedure per accedervi;
3. Indica come prevedere la realizzazione dei momenti formativi anche in collaborazione con altri enti pubblici e privati (Università, agenzie, ecc.).

Il gruppo di lavoro, così costituito, presenterà entro 60 giorni adeguati criteri valutativi e vincoli per la realizzazione dei progetti formativi; entro 120 giorni elaborerà il piano formativo, coordinerà e supporterà le realtà operative locali, relazionando periodicamente sull'andamento delle esigenze formative indicate.

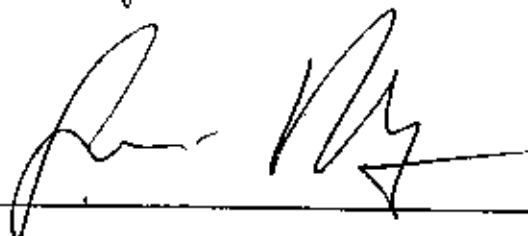
Presidente della Giunta Regionale
On. Pietro BADALONI



Assessore alla Salvaguardia e Cura della Salute
On. Lionello COSENTINO



Provveditore Regionale del Lazio
Ministero della Giustizia
Dr. Gianni VESCHI



Direttore del Centro Giustizia Minorile
Ministero della Giustizia
Dr. Filippo PICCIONE

