

Lavoro in team esempio per tutti

di Barbara Trambusti *

Il lavoro di indagine svolto dall'Ars sulla salute dei detenuti in Toscana rappresenta uno degli strumenti messi in atto e sostenuti dalla Regione Toscana per garantire in ambito penitenziario il diritto a un livello di assistenza sanitaria pari a quello dei cittadini liberi. Esso rappresenta l'attuazione di un preciso adempimento previsto dal Dpcm del 1° aprile 2008, ma è anche uno strumento efficace e indispensabile che la Regione utilizza per acquisire una conoscenza ampia della realtà esistente. Le 14 linee d'intervento previste dalla delibera 441/12 e implementate con la Dgr 127/13 costituiscono interventi e risorse messe in campo, sulla base delle criticità emerse anche grazie a tali indagini.

Nell'ambito della salute mentale sono state emanate precise linee guida per la prevenzione del rischio suicidario, cui sono seguiti protocolli locali a firma congiunta tra Asl e direzione dell'Istituto e da progetti per l'assistenza psicologica, il cui finanziamento ha determinato un incremento pari al 100% delle ore dedicate all'accoglienza e all'ascolto dei nuovi giunti.

Per i minori autori di reato è stato attivato un percorso congiunto tra Regione Toscana e Centri di Giustizia minorile volto all'individuazione di percorsi appropriati di presa in carico, per accertarne tempestiva-

CONTINUA A PAG. 2

SPECIALE

I risultati dell'indagine epidemiologica dell'Agenzia regionale

Salute dei detenuti al test

Est-europei e nordafricani più sani degli italiani - Disturbi psichici in aumento

L'Agenzia regionale di Sanità ha avviato nel 2009 e replicato nel 2012, con la collaborazione di molti medici dei presidi sanitari delle strutture detentive, le prime indagini epidemiologiche sullo stato di salute di un campione di detenuti delle strutture detentive della Toscana. Le informazioni raccolte dal personale sanitario, oltre a quelle socio-anagrafiche, hanno riguardato la presenza di una o più patologie registrate attraverso la classificazione ICD IX delle malattie, eventuali atti autolesionistici e/o autosoppressivi, le terapie farmacologiche somministrate, oltre ad altri elementi di contesto quali le ore trascorse in cella e le informazioni sugli stili di vita precedenti alla detenzione.

Sono state raccolte informazioni relative a 3.329 detenuti (sugli oltre 4.250 presenti al 21 maggio 2012), dei quali il 72% è risultato affetto da almeno una patologia. I detenuti est-europei e nordafricani risultano essere "più sani" dei detenuti italiani, probabilmente per la loro più giovane età. Nonostante le strutture penitenziarie toscane organizzino in media 5 ore di attività fisica, la permanenza giornaliera in cella rimane molto elevata: oltre 17 ore al giorno. Il 33,9% svolge un'attività lavorativa o manuale durante la detenzione. La popolazione detenuta, nonostante la giovane età (media: 38 anni), ha un bisogno di cure molto accentuato e caratterizzato da tre grandi temi: salute mentale, disturbi dell'apparato digerente e malattie infettive e parassitarie.

Fra i disturbi psichici prevalgono i disturbi da dipendenza da sostanze e i disturbi nevrotici e di adattamento. Rispetto all'indagine Ars del 2009, le diagnosi di disturbo psichico sono aumentate (51,2%), a fronte invece di una riduzione complessiva delle patologie. Questo aumento è dovuto quasi esclusivamente all'incremento delle diagnosi di tossicodipendenza che, a distanza di 3 anni, sono salite di quasi 15 punti percentuali. Un aumento così marcato del disturbo da dipendenza è sicuramente riconducibile alla migliore diagnosi effettuata dai medici di proiezione Sert all'interno delle strutture detentive. Ai disturbi di salu-



ACCORDO REGIONE-AMMINISTRAZIONE PENITENZIARIA

Garantita la tutela della privacy

Un protocollo per il trattamento dei dati tra personale sanitario e carcere

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

Il dato sensibile sanitario non è disponibile all'Amministrazione penitenziaria ed è quindi indispensabile che il personale sanitario fornisca le informazioni necessarie (pertinenti e non eccedenti) per garantire il rispetto delle norme di sicurezza del sistema penitenziario e al tempo stesso gli opportuni interventi per la salute. Nel rispetto della normativa in materia di protezione dei dati personali, la comunicazione dei dati giudiziari al personale sanitario avviene solo attraverso un operatore penitenziario qualificato e comprende soltanto le informazioni necessarie per la tutela della salute del detenuto o della collettività. Le richieste di trasferimento dei detenuti con implicazioni sanitarie potranno essere valutate da un medico presso gli uffici del Provveditorato, allo scopo di fornire una lettura competente dei dati sanitari e scegliere quindi la più corretta destinazione dei trasferimenti.

Il Provveditorato dell'Amministrazione penitenziaria e il Centro per la giustizia minorile si impegnano, in base al protocollo, a fornire al settore competente in materia di assistenza sanitaria ai detenuti della Toscana i dati sul numero degli ingressi, delle uscite e delle presenze di ciascun istituto penitenziario e servizio minorile, suddivisi per genere, fascia di età e nazionalità. L'analisi dei dati forniti sistematicamente, con periodicità almeno mensile, consente alla Regione di mettere in atto un'efficace programmazione delle azioni di prevenzione e di cura della popolazione detenuta negli istituti toscani.

Maria Rita Cacioli e Bettina Picconi
Settore per l'integrazione socio-sanitaria e la salute in carcere

te mentale seguono, per frequenza, i disturbi dell'apparato digerente (14,4%, in particolare del cavo orale) e le malattie infettive e parassitarie (11,1%). Tra le malattie infettive uno dei problemi maggiori è l'epatite C (probabilmente legata alla tossicodipendenza), che riguarda maggiormente i detenuti italiani (ma questo potrebbe dipendere solo dalla maggiore reticenza degli stranieri a sottoporsi agli screening infettivologici). Solo l'1,2% dei detenuti toscani risulta invece Hiv positivo: un numero elevato di detenuti in Toscana non è infatti a conoscenza della patologia e probabilmente, non dando il proprio consenso allo screening, aggrava la propria condizione clinica e diventa un'importante fonte di contagio. Altre due patologie che interessano la popolazione detenuta sono la tubercolosi (Tbc) e la sifilide. I tentativi di suicidio e i gesti di autolesionismo rappresentano un'emergenza nel sistema carcerario italiano, ma la situazione nelle carceri toscane è migliore rispetto a quella italiana: nel corso dell'ultimo anno nelle carceri toscane il 6,1% dei detenuti visitati ha messo in atto un gesto di autolesionismo (in Italia è il 10,6% sul totale dei detenuti), mentre l'1,3% (44 soggetti) ha tentato il suicidio (in Italia è l'1,9%). Il 95% dei detenuti toscani che ha tentato il suicidio ha una diagnosi di malattia di tipo psichiatrico.

Questi, in estrema sintesi, i dati a cui il nostro sistema sanitario regionale cerca ogni giorno di dare una risposta. È infine da sottolineare come anche il far emergere l'alto bisogno di salute della popolazione detenuta rispetto alla popolazione generale, rappresenti l'indice del buon lavoro che i nostri medici fanno all'interno delle strutture detentive, cercando quotidianamente di dare una risposta sanitaria adeguata all'interno di strutture spesso difficilmente accessibili, e comunque ben lontane dall'organizzazione delle tradizionali strutture sanitarie che normalmente si fanno carico di queste patologie.

Fabio Voller
Agenzia regionale di Sanità della Toscana

CONTROCANTO

«Necessari interventi multidisciplinari»

di Franco Scarpa *

Dopo 5 anni dal transito dell'assistenza sanitaria dal ministero della Giustizia al Sistema sanitario regionale si delinea finalmente un quadro chiaro dello stato di salute delle persone detenute nei carceri della Toscana ed emergono elementi per poter programmare gli interventi da realizzare per la salute delle persone detenute e individuare i percorsi più idonei. Tra i dati raccolti dall'Ars col-

pisce l'elevata percentuale di disturbi della sfera psichica (41,0%), in sensibile aumento rispetto alla precedente rilevazione del 2009 (33,2%). Sul fatto che il carcere faccia stare male soprattutto la sfera psichica, nel 1700 Mably affermava: «Il castigo colpisce l'anima, se così posso dire, non il corpo». Il dato è coerente con quello di

CONTINUA A PAG. 2

ALL'INTERNO

Cartella elettronica dietro le sbarre

A PAG. 2

Empoli: Penelope assiste le donne

A PAG. 4

Chi è lo straniero in carcere

A PAG. 5

SPECIALE *Cartella e fascicolo sanitario elettronico entrano nei penitenziari toscani*

Anamnesi Ict per i reclusi

Il software per interventi immediati richiesto da altre tre Regioni

L'utilizzo del fascicolo personale del detenuto, un metodo di registrazione ormai desueto e antieconomico che fa perdere molto tempo agli operatori, in Toscana è sempre più sostituito dalla cartella clinica informatizzata. Nei primi mesi del 2013, con il rilascio di una sua versione consolidata, è stato effettuato un corso di formazione che ha coinvolto più di 300 operatori delle strutture sanitarie penitenziarie della Regione, con l'obiettivo di rilevare anagraficamente la popolazione detenuta e quindi di attivare le relative cartelle, inserendo in un primo momento informazioni relative alle patologie e alle allergie, per poi passare gradualmente all'utilizzo dello strumento informatizzato, abbandonando un po' alla volta la carta. Il software Hth (Hear to Health - Ascolta la salute) di proprietà della Regione Toscana, disponibile in riuso gratuitamente per le amministra-

zioni pubbliche che lo vogliono utilizzare, a oggi è stato richiesto dalla Regione Piemonte, dalla Campania, dalla Puglia, negli ambiti di utilizzo di interesse di ciascuna Regione.

Il software porterà a un netto miglioramento delle prestazioni, a una più rapida possibilità di effettuare diagnosi codificate, di programmare interventi terapeutici e di follow-up, di distribuzione della terapia, di effettuazione di esami ematici con relativo ritorno delle risposte direttamente in cartella, di programmazione ed effettuazione di vaccini, di razionale archiviazione delle visite specialistiche, delle risposte degli esami radiologici ecc. senza più dover perdere ore a rimettere insieme fogli volanti di fascicoli personali, troppo vecchi per essere passati di mano in mano a seguito dei vari trasferimenti a cui, di norma, sono sottoposti i nostri utenti.

Già nel 2003 la Regione Toscana

decise di dare il proprio contributo alla informatizzazione di un modello di cartella clinica negli istituti penitenziari, prevedendo di realizzare una cartella centralizzata, poi posizionata al Ced di Sollicciano e inserita nella rete telematica del ministero della Giustizia, in grado di gestire il percorso del paziente detenuto nei suoi spostamenti nelle strutture penitenziarie regionali, per poterlo poi mettere in comunicazione con il sistema informatizzato della Sanità regionale in modo da integrare le attività interne con quelle richieste alle strutture sanitarie ospedaliere. Allora la sperimentazione fu fatta su cinque istituti (Sollicciano, S. Gimignano, Livorno, Massa e il Centro clinico del Don Bosco di Pisa), ma con il passaggio della Sanità penitenziaria al Servizio sanitario nazionale si è accelerata l'esigenza dell'utilizzo degli strumenti informatici all'interno delle carceri, inserendola nel modello di costante centralizzazione e condivisione dei software gestionali al fine di creare omogeneizzazione, velocizzare i processi di messa in produzione e

ottenere generali economie di scala.

La cartella rappresenterà compiutamente un "fascicolo sanitario regionale del detenuto" che potrà potenzialmente collegarsi con altri fascicoli regionali informatizzati nella composizione dell'obiettivo di un "fascicolo nazionale del detenuto". Per questo sarà fondamentale la logistica, con postazioni di lavoro negli ambulatori, collegate in rete, con informazioni affidabili, complete e tempestive.

La Toscana ha così risposto fornendo direttamente alle strutture sanitarie nelle carceri oltre 110 postazioni di lavoro, software, una architettura hardware centralizzata, e ha impegnato le aziende sanitarie a realizzare i cablaggi di rete di competenza. La cartella è strutturata in modo molto agile e di facile intuizione anche per sanitari "nati con la penna".

In diverse pagine è possibile vedere le informazioni che inquadrano

il paziente fino a una accurata anamnesi che va a valutare l'utilizzo di sostanze sia legali (alcol, fumo di tabacco) che illegali, passando per la "scheda psicologica", la "scheda infermieristica", il "quadro diagnostico", il settore "allergie", "rischio suicidario" e "vaccinazioni". Inoltre la cartella permette di poter lavorare

per "case manager" cioè il paziente viene affidato a un medico o a un'altra figura sanitaria che è responsabile a tutto tondo del suo percorso sanitario all'interno dell'Istituto. Infine, la cartella clinica informatizzata sarà il cuore

del sistema informativo dedicato alla rilevazione dei dati di salute in carcere.

Gioacchino Bellone
Dipartimento Ict
Responsabile progetto Hth Estav Nord-Ovest
Valerio Cellesi
Responsabile Carcere di Volterra

Sperimentazione avviata dal 2003 in cinque istituti

Si centralizza la raccolta dei dati di salute

LABORATORIO MANAGEMENT E SANITÀ (MEF) DELLA SCUOLA SUPERIORE S. ANNA DI PISA

Indicatori di performance dell'assistenza ai detenuti

Il Laboratorio Management e Sanità (Mes) della Scuola superiore S. Anna ha ricevuto dalla Regione Toscana un incarico particolarmente impegnativo: elaborare un set di indicatori per la valutazione della performance delle aziende sanitarie rispetto alla tutela della salute delle persone detenute. D'ora in avanti a essere valutate saranno anche le prestazioni sanitarie erogate ai reclusi nelle carceri della Regione. Ciò avviene in seguito al Dpcm del 1 aprile 2008, che trasferisce al ministero della Salute competenze e funzioni relative alla presa in carico sanitaria dei reclusi, fino a quel momento affidate al ministero della Giustizia. Ma è anche un preciso segnale della volontà di riconoscere a pieno titolo all'interno del sistema regionale il ruolo di operatori e servizi sanitari che operano in carcere, e d'altra parte di garantire, tramite questo riconoscimento, qualità e appropriatezza nell'erogazione delle prestazioni ed equità in termini di tratta-

mento dei pazienti e di outcomes di salute. Vista la complessità del sistema penitenziario, nel 2011 il Laboratorio Mes ha realizzato una mappatura tra gli istituti toscani come attività propedeutica alla definizione degli indicatori: è stato costruito, con l'aiuto di un gruppo di referenti aziendali per la salute in carcere, un questionario di 75 domande articolato in più sezioni, che andavano dalla medicina di base alla specialistica, dai ricoveri alle dipendenze, dall'emergenza alla salute mentale, dalla farmaceutica al rischio clinico.

I risultati hanno consentito di comprendere quali aree andavano maggiormente presidiate attraverso la definizione di indicatori, ma hanno anche fatto luce sulla difficoltà di reperimento dei dati da parte degli operatori sanitari operanti nelle strutture penitenziarie. In attesa dell'introduzione della cartella clinica informatizzata, infatti, che dovrebbe

rendere automatica e uniforme la raccolta delle informazioni, i dati relativi alle prestazioni erogate in carcere sono registrati per lo più su supporti cartacei e, tranne sporadici casi, non alimentano i flussi regionali. Analizzando i risultati della mappatura e continuando il lavoro di collaborazione con i referenti aziendali si è arrivati alla definizione del primo set di indicatori.

Finora sono stati messi a punto 140 tra indicatori di sintesi e indicatori di analisi, divisi in tre aree: capacità di perseguimento degli obiettivi regionali; valutazione socio-sanitaria; efficienza operativa. Questo l'elenco degli indicatori di sintesi: tempi d'attesa per la specialistica ambulatoriale; screening oncologici; vaccinazioni infantili; capacità di governo della domanda; appropriatezza diagnostica; efficacia dell'assistenza in carcere; gestione dell'emergenza; appropriatezza pre-

scrittiva farmaceutica; copertura vaccinale e screening infettivologici; dipendenze; salute mentale; materno-infantile; rischio clinico; efficienza operativa; spesa farmaceutica.

Gli indicatori sono stati costruiti, dove possibile, in modo omogeneo e sovrapponibile agli indicatori del sistema di valutazione relativi alla popolazione libera, in modo da poter realizzare un confronto tra i due gruppi di popolazione. Uno degli obiettivi dell'intero percorso è infatti realizzare una valutazione delle performance anche in termini di equità. Le aziende sanitarie si sono impegnate nella raccolta dati, compilando i file messi a disposizione dal Laboratorio ed è stato concordato che per il 2012 gli indicatori calcolati non saranno valutati, ma resteranno "di osservazione". A partire dalla raccolta dati 2013, invece, agli indicatori sarà associata una valuta-

zione da 0 a 5. Fanno eccezione i tre indicatori su tempestività, completezza e qualità dei dati inviati, che sono stati da subito valutati per dare un segnale chiaro alle aziende rispetto all'importanza di partecipare pienamente al processo. Il set di indicatori andrà testato con i risultati della prima raccolta dati, ora in fase di conclusione, e probabilmente in piccola parte modificato con l'avvento della cartella clinica informatizzata. In ogni caso per i sanitari che lavorano all'interno degli istituti penitenziari, partecipare alla costruzione degli indicatori e mettersi in gioco accettando il confronto con i colleghi e con il resto del sistema regionale è già un'occasione importante, per qualificare il proprio lavoro e garantire una sempre migliore presa in carico delle persone detenute e internate.

Giulia Capitani
Laboratorio Mes della Scuola Superiore S. Anna

CONTROCANTO (segue dalla prima pagina)

altri Paesi. È necessario verificare quanto del malessere psichico sia provocato dallo stato di detenzione, in quanto fattore "stressogeno" che agisce su una struttura individuale fragile e quanto dipenda invece da una patologia già presente. I dati della ricerca Ars sono impressionanti (elevato utilizzo di psicofarmaci, numerosi atti di autolesionismo e tentato suicidio) tali da richiedere programmi di azione proattivi e mirati.

Ciò nonostante non possiamo pensare, "sic et simpliciter", a investimenti specialistici meramente proporzionali al numero di patologie evidenziate. Occorre invece porre in essere interventi multidisciplinari mirati su raggruppamenti di disturbi e attua-

bili con l'accordo dell'amministrazione penitenziaria. I disturbi, causati dai fattori "esogeni" dovuti al clima interno al Carcere, devono essere affrontati con azioni che intervengano sulle cause. L'intervento psichiatrico non può essere ridotto a una mera distribuzione di trattamenti psicofarmacologici.

La psichiatria deve essere uno degli interventi di Salute mentale in una serie di azioni che devono investire la prevenzione, la presa in carico mirata, il sostegno psicologico, un intervento socioassistenziale, ma soprattutto il miglioramento delle condizioni di vita e del clima interno al carcere. Non può il carcere come luogo senza speranza, o con la speranza "a cottimo", subordina-

ta alle contingenze del momento. È indispensabile intervenire sugli elementi critici (lunghe ore trascorse in cella, poco movimento e attività sportivo-motoria, miglioramento dell'alimentazione, delle condizioni di vita, del microambiente, scarso lavoro) fattori determinanti lo stato di salute. Se la funzione afflittiva della pena diviene eccessiva, essa perde il significato di rieducazione e di recupero nei confronti di una persona in grado di ritornare a essere in salute e attiva nel contesto sociale.

* Psichiatra e Direttore Uoc Salute in carcere Asl 11 di Empoli e Coordinamento Gruppo Interregionale di bacino

Lavoro in team ... (segue dalla prima pagina)

mente i bisogni di salute, tenuto conto del particolare stato di fragilità e dell'età dei detenuti.

Ciò che preme evidenziare di tali percorsi è la metodologia in cui, basata sul lavoro di squadra, che si svolge sia all'interno del sistema sanitario, sia all'esterno con gli altri soggetti istituzionalmente coinvolti. Tale modalità operativa è stata formalizzata attraverso la costituzione dell'Osservatorio permanente per la Sanità penitenziaria, di cui fanno parte Regione Toscana, Asl, Amministrazione penitenziaria e Ars. Previsto dallo stesso Dpcm 2008, esso è stato costituito e reso immediatamente operativo dal 2012: qui vengono discusse le problematiche e le criticità del sistema e condivise strategie e soluzioni.

Lo studio di Ars sullo stato di

salute dei detenuti è stato, nelle scorse settimane, esso stesso oggetto di discussione e condivisione all'interno dell'Osservatorio permanente sulla Sanità penitenziaria: l'analisi delle criticità emerse costituisce un elemento importante di discussione e di confronto anche con l'amministrazione penitenziaria, che ha il compito di rieducare il detenuto e l'internato senza intaccarne la dignità di essere umano né peggiorarne lo stato di salute e che saprà, auspicabilmente, trarre vantaggio dai dati resi disponibili per attuare i correttivi necessari al miglioramento del sistema.

* Dirigente del Settore Politiche per l'integrazione socio-sanitaria e la salute in carcere Regione Toscana

SPECIALE

Indagine dell'Ars sulla diffusione dei disturbi mentali tra gli ospiti

Più psichiatria tra le sbarre



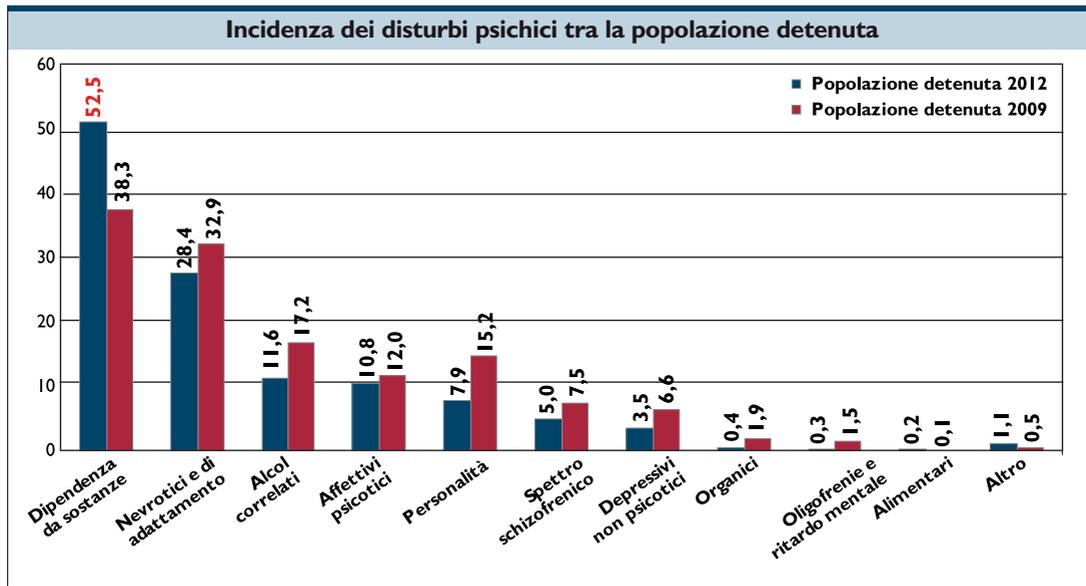
Incidenza in aumento: al primo posto le dipendenze, seguono le nevrosi

Su 3.329 detenuti arruolati nell'indagine dell'Agenzia regionale di Sanità della Toscana, 1.243 (37,3%) sono affetti da almeno una patologia psichica, valore in aumento rispetto a quanto rilevato nella nostra indagine del 2009, in cui le persone diagnosticate erano 990 (33,2%).

La patologia responsabile dell'aumento osservato è sicuramente il disturbo da dipendenza da sostanze che, rispetto alla rilevazione precedente, presenta un incremento di 15 punti percentuali (38,3% vs. 52,5%).

Tutte le altre patologie, al contrario, mostrano valori in diminuzione (vedi figura). Se il disturbo da dipendenza da sostanze debba essere o meno considerato una patologia mentale, è ancora un tema di discussione. Sicuramente, ciò su cui sembrano d'accordo i clinici che operano in ambiente penitenziario, è l'evidente sofferenza di questi pazienti che spesso, una volta disintossicati dalla sostanza primaria, orientano la propria richiesta verso sostanze "legali" come, ad esempio, i farmaci psicotropi. Pur scorpendo dal grande gruppo dei disturbi psichici il disturbo da dipendenza da sostanze, la patologia mentale rimane il principale gruppo diagnostico, anche se fortemente ridotta (16,6%).

Alla tossicodipendenza fa seguito il disturbo nevrotico e di adattamento, che coinvolge ben 353 persone (28,4%). Visto il contesto, è facile intuire come una persona che accede



al circuito detentivo presenti difficoltà adattive. Questo risulta essere indipendente dal paese di provenienza, sfatando l'idea che il cittadino straniero, dovendo affrontare anche difficoltà linguistiche e culturali, possa risultare maggiormente coinvolto da disturbi di questo tipo. Diverse, invece, le patologie osservate nell'ospedale psichiatrico giudiziario (Opg), dove il 52,2% (47 detenuti) è affetto da disturbo dello spettro schizofrenico, il 21,1% da disturbi affettivi psicotici (19) e il 15,6% da disturbi della personalità (14 detenuti). Assenti, in questo caso, sono i disturbi nevrotici

mentre i tossicodipendenti sono soltanto il 3,3% (3 detenuti).

Il malessere psichico di questa popolazione, sicuramente, se non indotto, peggiorato dalle condizioni di detenzione, è confermato anche dal numero elevato di tentati suicidi.

Rispetto al dato nazionale in Toscana si registra un valore inferiore (1,3% vs. 1,9%) guardando tra le persone che stanno all'interno e all'esterno del carcere, 44 persone hanno tentato il suicidio nel corso dell'ultimo anno di reclusione (2 dei quali reiterati), rispetto alle 158 persone registrate nell'intera popolazione to-

scana libera (0,004%). L'impiccagione risulta la pratica più frequente, con ben 27 tentativi, perché è quella più accessibile. A questa fa seguito l'inalazione di gas, l'avvelenamento e il soffocamento.

Le autolesioni sono la rappresentazione della propria sofferenza, molte volte sono gesti dimostrativi o di protesta, ben 204 detenuti hanno messo in atto gesti di tipo autolesivo, con un indice di reiterazione dell'1,3% (264 atti compiuti nel corso dell'ultimo anno di reclusione). In questo caso l'autogestione attraverso l'utilizzo di taglianti (177 detenuti) e i corpi estra-

nei ingeriti (39 detenuti). Confrontato a livello nazionale il dato toscano relativo per i tentati suicidi fra i detenuti è inferiore (6,1% vs. 10,6%).

Visti i numeri, la salute mentale, nel suo complesso, è un tema che anche le nostre strutture devono fronteggiare, non solo attraverso interventi di tipo sanitario ma sviluppando una sempre più ampia collaborazione con gli operatori che garantiscono la custodia di questa popolazione. Soltanto così, negli anni futuri potremo osservare la diminuzione di atti così estremi come l'autolesione e il tentato suicidio.

Nell'ambito della tutela della salute mentale è un tema affrontato dalla all'interno della programmazione regionale definita dall'assessorato regionale per il diritto alla salute con una serie di azioni concrete: l'assistenza psichiatrica è garantita in tutti gli istituti penitenziari. In più, sono stati finanziati progetti per garantire l'assistenza psicologica, che hanno di fatto raddoppiato le ore di assistenza garantite, così da consentire anche una più adeguata accoglienza dei nuovi arrivati e la prevenzione del rischio suicidario. Sono state inoltre messe in piedi precise linee di indirizzo regionali per prevenire il rischio suicidario, a cui sono seguiti protocolli specifici dei singoli istituti.

Caterina Silvestri
Stefano Bravi

Agenzia regionale di Sanità della Toscana

L'AZIONE DEGLI INFETTIVOLOGI VA SUPPORTATA CON L'ADEGUAMENTO STRUTTURALE DEGLI AMBIENTI DI VITA

Epatite C e tubercolosi, alta vigilanza dentro le carceri

Le malattie infettive come l'Hiv/Aids, l'epatite da virus C (Hcv) e quelle a trasmissione sessuale sono molto frequenti tra i detenuti. Le cause principali sono da ricercarsi nello stile di vita di questa popolazione prima dell'ingresso nella struttura carceraria, che è ricorso spesso all'uso di sostanze per via iniettiva e al tatuaggio compiuto, frequentemente, in condizioni di scarsa igiene.

Studiare l'estensione della trasmissione di queste patologie all'interno del carcere è molto complesso soprattutto a causa della difficile valutazione di sieroconversione durante la detenzione, elemento che lascia aperto il dibattito sul carcere come luogo di possibile contagio.

Nella coorte analizzata dall'Agenzia regionale di Sanità della Toscana (3.329 detenuti), 371 persone (11,1 per cento del totale) sono affette da almeno una patologia infettiva, e un valore in forte diminuzione se si confronta la rilevazione precedente, in cui si registrava il 15,9 per cento.

Analizzando lo specifico sottogruppo (si veda la tabella), emerge chiaramente che la principale patologia è dovuta al virus C (Hcv)

responsabile dell'omonima epatite.

Questo agente eziologico, frequentemente legato alla condizione di tossicodipendenza per via iniettiva dei detenuti anche prima della reclusione, copre il 58,3 per cento delle diagnosi e risulta in lieve aumento rispetto al 2009 (57,5 per cento).

Da sottolineare però la forte differenza esistente con la popolazione generale toscana dove il valore, seppur sottostimato, è compreso tra lo 0,1 per cento e il 3,3 per cento, rispetto al 6,9 per cento osservato nell'intera popolazione detenuta.

Per quanto riguarda l'Hiv, la Toscana presenta una percentuale dell'1,2 per cento, quindi valori molto più bassi rispetto al dato nazionale, che fra i detenuti oscilla fra il 7 e il 5 per cento. Anche in questo caso, però, la corretta lettura va fatta confrontando il risultato con il dato relativo alla popolazione toscana libera, nella quale si registra un'incidenza dello 0,005 per cento.

È forte la correlazione fra le infezioni da Hcv e Hiv con la condizione di tossicodipendenza: i nord

Malattie infettive tra i detenuti (confronto 2009-2012)

Malattie infettive e parassitarie	Sul totale dei detenuti (N=3.329)	2012 (N=393)	2009 (N=475)
Epatite A	0,1	1	4,4
Epatite B	1,2	10,2	13,7
Epatite C	6,9	58,3	57,5
Epatite Delta	0,1	0,5	0,8
Altre epatiti	0,2	1,8	0,4
Hiv	1,2	9,9	9,1
Condiloma acuminato	0,2	1,3	0,6
Herpes simplex	0,1	0,5	1,1
Tricomonas	0,2	1,5	0,4
Micosi	0,2	1,3	2,5
Scabbia	0,1	0,8	0,8
Sifilide	0,6	5,1	3,0
Tbc	0,9	7,4	2,8
Altro	0,1	0,5	2,1

N.B.: dati in percentuale

africani ne risultano meno affetti perché, pur essendo in misura maggiore dipendenti da sostanze, ne fanno uso per via iniettiva con frequenza minore. Così invece non è per gli italiani, che utilizzano soprattutto questa via contraendo maggiormente queste infezioni.

Altre due patologie che interessano la popolazione detenuta sono la tubercolosi (Tbc) e la sifilide.

Anche se il confronto di-

retto tra carcere e comunità risulta difficile a causa della diversa metodologia utilizzata nella raccolta dei dati, molti studi hanno mostrato l'elevata prevalenza di questa patologia fra i detenuti, con punte estreme per coloro che provengono dai paesi dell'Est Europa. In Toscana, dal 2009 al 2012 i detenuti affetti da Tbc sono passati da 13 a 29 (dallo 0,4 per cento allo 0,9 per cento dell'intera popolazio-

ne detenuta): ciò mostra chiaramente l'importanza che questa patologia assume anche nelle nostre strutture.

La situazione è ancora più chiara se consideriamo il dato di popolazione generale, che in Toscana nel 2011 ha avuto un'incidenza dello 0,004 per cento.

L'incremento della Tbc in carcere può essere ricondotto soprattutto all'alta concentrazione di fattori di rischio nelle persone che accedono alle strutture detentive: le infezioni sopraelencate, il basso status socioeconomico o l'essere senza fissa dimora. Ma non possono essere dimenticati la scarsa ventilazione e il sovraffollamento, che tendono sicuramente a favorire il diffondersi di questa patologia, rendendo il carcere un possibile serbatoio di infezione.

Non meno importante risulta il diffondersi fra i detenuti dell'infezione da Treponema pallidum (sifilide). Questa patologia è in aumento anche nella popolazione generale, ma nell'ambiente detentivo trova i presupposti per una maggior diffusione. L'attività di prevenzione è già attiva nelle strutture detentive - gli in-

fettivologi sono presenti in quasi il 50 per cento degli istituti e garantiscono più controlli e più cure su misura - ma richiede comunque un ulteriore rafforzamento, non soltanto dal punto di vista sanitario ma anche da un punto di vista strutturale con l'adeguamento degli ambienti di vita.

C.Sil.
St.Br.

Sanità
Toscana

direttore responsabile
ROBERTO NAPOLETANO

Vice direttore
ROBERTO TURNO
comitato scientifico
Edoardo Majno
Susanna Cressati
Sabina Nuti
Lucia Zambelli

Versione Pdf dell'Allegato
al n. 26 del 9-15 luglio 2013
per la pubblicazione sul sito
della Regione Toscana
www.regione.toscana.it

reg. Trib. Milano n. 679 del 7/10/98
Stampa: Il Sole 24 Ore
Via Tiburtina Valeria (Ss 5)
km 68,700
67061 Carsoli (Aq)

"Sanità Toscana" è una
pubblicazione informativa
realizzata in base a un accordo
tra Il Sole-24 Ore
Spa e la Regione Toscana

SPECIALE

Il progetto sperimentale della Asl 11 nella casa circondariale di Empoli

Penelope riparte dal carcere



Sostegno e formazione per facilitare il reinserimento delle detenute

Penelope - Il ritorno a casa è un progetto sperimentale attivato nel 2012 nell'Asl 11 per le donne ospiti del carcere circondariale di Empoli finalizzato a favorire la crescita di una consapevolezza critica delle condotte anti giuridiche poste in essere; a stimolare una volontà di cambiamento e a contribuire a far acquisire capacità e competenze specifiche utilizzabili in un futuro reinserimento lavorativo.

Il progetto, fortemente voluto dalla direzione aziendale dell'Azienda sanitaria empolesse e in particolare dal Direttore amministrativo Antonella Valeri (in collaborazione con l'Amministrazione penitenziaria del ministero di Grazia e Giustizia e la Regione Toscana, con il diretto coinvolgimento dell'unità operativa complessa Salute in carcere del Dipartimento Salute Mentale e dell'unità operativa complessa Servizi amministrativi per l'erogazione delle prestazioni), prevede l'attivazione di una serie di azioni formative di alcune detenute oltre che l'inserimento lavorativo nei settori amministrativi dell'Asl 11.

Nel Carcere circondariale di Empoli sono presenti fra le 15 e le 25 donne, con una variabilità costante, aventi una condanna, o un residuo pena, non superiore a 5 anni. Si tratta di donne con età media di 35 anni di cui metà cittadine italiane e metà straniere (nazionalità prevalentemente presenti: marocchina, cinese, romena, nigeriana, filippina, lituana). L'istituto è caratterizzato da un regime di trattamento avanzato e le persone ammesse devono avere un buon grado di autonomia e di autogestione. La maggior parte di queste è in condizioni di svolgere attività lavorativa non specializzata o con necessità di breve addestramento all'utilizzo di strumenti informativi e software di ordinario utilizzo.



Casa circondariale di Empoli

Da qui il progetto di presa in carico e di accompagnamento, secondo le modalità concordate e autorizzate dagli organi competenti, delle persone ritenute idonee nello svolgimento delle attività amministrative aziendali e di formazione individuate e condivise, anche al fine di prevenire l'insorgenza di patologie psichiche, non solo durante la detenzione, ma anche successivamente. Si tratta di un progetto che offre possibilità di riscatto e nuovi percorsi di vita come accadde alla figura della mitologia greca di cui porta il nome "Penelope", appunto, che, gettata in mare per ordine del padre, fu salvata da alcune anatre. I genitori, dinanzi a tale evento, la ripresero e le diedero il nome di Penelope (che significa, infatti, "anatra").

Questa iniziativa è, dunque, il risultato di una rivoluzione culturale risalente alla riforma penitenziaria,

avviata dalla legge 26 luglio 1975, n. 354 (ordinamento penitenziario), che ha voluto dare attuazione ai principi costituzionali in materia di esecuzione delle pene detentive, e in particolare al dettato dell'art. 27, comma 3, della Costituzione: "Le pene non possono consistere in trattamenti contrari al senso di umanità e devono tendere alla rieducazione". All'Amministrazione penitenziaria è assegnato il mandato istituzionale di promuovere interventi "che devono tendere al reinserimento sociale" (art. 1, ordinamento penitenziario) dei detenuti e degli internati e ad avviare "un processo di modificazione delle condizioni e degli atteggiamenti personali, nonché delle relazioni familiari e sociali che sono di ostacolo a una costruttiva partecipazione sociale" (art. 1, comma 2, regolamento di esecuzione, Dpr 30 giugno 2000 n. 230). Il complesso di attività,

misure e interventi che concorrono a conseguire l'obiettivo della risocializzazione della persona detenuta prende il nome di trattamento rieducativo.

Inoltre, il Dlgs 22 giugno 1999, n. 230 inseriva tale settore nel Sistema sanitario nazionale, definendo gli ambiti di intervento degli enti interessati - Regioni, ministero della Salute e ministero della Giustizia. All'azienda sanitaria locale veniva assegnata la funzione di erogare le prestazioni sanitarie, mentre l'Amministrazione penitenziaria manteneva compiti relativi alla sicurezza.

Dagli anni '80 si è fatta sempre più presente una nuova concezione della salute, non più obiettivo da raggiungere ma "bene essenziale per lo sviluppo sociale, economico e personale..." che vede nelle "persone stesse la maggiore risorsa" (Carta di Ottawa 1986). La promozione della salute si realizza

nei due ambiti, individuale e collettivo, in primo luogo tramite interventi finalizzati a modificare i comportamenti soggettivi, ad es. promuovendo l'adozione da parte dei cittadini di corretti stili di vita, e a livello delle collettività migliorando le condizioni di vita rilevanti ai fini della salute.

Nel contesto del Carcere circondariale femminile di Empoli, la Regione Toscana, l'Azienda Sanitaria e l'Amministrazione Penitenziaria hanno visto l'opportunità di sviluppare nelle donne detenute una maggiore consapevolezza di sé mediante interventi attinenti all'istruzione e al lavoro, diritti fondamentali riconosciuti dalla Costituzione Italiana, permettendo loro di acquisire un bagaglio di conoscenze culturali di base e competenze tecniche utili a condurre fuori dal carcere una vita familiare e sociale tale da prevenire e contenere possibili accessi ai servizi di salute mentale (oltre che nel periodo di detenzione anche durante la normale vita sociale dopo la ritrovata libertà).

Lo stesso Piano sanitario regionale 2008-2010 (punto 5.6.2.7 "La salute in carcere" e punto 5.6.2.1 "Salute mentale in carcere e l'Ospedale Psichiatrico Giudiziario") dà ampia testimonianza della forte volontà di inserire a pieno titolo la salute in carcere nell'ambito della Sanità regionale, nel rispetto della Lr 64/2005 che, prima e unica in Italia, stabilisce che il cittadino detenuto ha gli stessi diritti di salute di quello libero. Anche il Dpcm 1 aprile 2008 recepisce queste indicazioni rendendo definitivamente attuabile il passaggio dell'assistenza sanitaria alle Regioni e dando piena attuazione al Dlgs 230/99.

Maria Antonietta Cruciatà
Ufficio Stampa
Asl 11 Empoli

PENE ALTERNATIVE PER RIDURRE IL SOVRAFFOLLAMENTO E AIUTARE IL RECUPERO

La presa in carico delle dipendenze dietro le sbarre

In Toscana l'assistenza ai detenuti, adulti e minori, con problemi di dipendenza da sostanze stupefacenti illegali e legali (alcol), già prima dell'entrata in vigore del Dlgs 230 del 1999 è stata affidata ai Sert (Servizi per le tossicodipendenze). Infatti ai 41 Sert del territorio toscano (di cui uno in ambito penitenziario), compete la presa in carico e la cura delle persone detenute con problemi di tossicodipendenza e alcolodipendenza. Attraverso un lavoro multidisciplinare e multiprofessionale di équipe vengono garantite ai detenuti con problemi di dipendenza le cure mediche e il raccordo operativo con gli operatori della giustizia e con gli altri operatori della Sanità che afferiscono ai competenti servizi delle Aziende sanitarie locali.

Nel 2010 la Regione Toscana, con la Delibera di Giunta regionale n. 848, al

fine di favorire l'ingresso in comunità terapeutica dei detenuti con problemi di dipendenza e per contenere il sovraffollamento delle carceri, ha istituito un gruppo di lavoro al quale ha affidato il compito di elaborare linee di indirizzo per la realizzazione di misure alternative alla detenzione, compresi gli inserimenti in comunità terapeutiche per tossicodipendenti.

Il lavoro di questo gruppo è stato poi approvato nel 2011 dalla Giunta regionale con Delibera n.1232 e con la stessa delibera è stata destinata alle Aziende sanitarie locali della Toscana la somma di circa 700mila euro per favorire l'applicazione omogenea sull'intero territorio regionale di tali linee di indirizzo.

Oltre a contribuire alla risoluzione del sovraffolla-

mento delle carceri, la Giunta regionale con questi atti ha voluto garantire l'effettiva fruizione del diritto alla salute, una corretta diagnosi, la cura e il reinserimento sociale e lavorativo dei detenuti tossico-alcol dipendenti. La funzione dei Servizi per le tossicodipendenze diventa ancora più cruciale e preziosa poiché a essi spetta la formulazione della diagnosi, del programma terapeutico e la sua attuazione, il suo monitoraggio e la fase di follow up per valutare l'efficacia del programma stesso. Il tutto attraverso un lavoro interrelazionale di continuità assistenziale tra le strutture nell'interesse dell'utente.

Nel loro percorso assistenziale, infatti, i soggetti tossico e alcol dipendenti detenuti interagiscono con entrambe le strutture, in un interscambio di compiti

continuo e bilaterale: attivato il percorso alternativo al carcere, queste persone vengono prese in carico dai Sert territoriali in cui insiste l'istituto penale che si coordina con il Sert di residenza della persona al fine di attuare i migliori e più efficaci interventi sanitari e sociali.

Al 31 dicembre 2012, i detenuti tossico e alcol dipendenti presenti negli istituti penitenziari della Toscana erano 1.427, cioè circa un terzo del totale della popolazione carceraria, di cui 1.273 usano o abusano di sostanze stupefacenti e 154 di alcol. Tra i detenuti che usano o abusano di sostanze stupefacenti all'ingresso in carcere circa il 45% risulta abusare più di una sostanza e un terzo degli alcolodipendenti abusano anche di sostanze stupefacenti. Le so-

stanze primarie abusate maggiormente sono gli oppiacei (56%), la cocaina (33%) e i cannabinoidi (9%). Poco più di novecento detenuti (per l'esattezza 936 persone detenute) a tale data sono state diagnosticate tossicodipendenti e 142 alcolodipendenti.

L'intensità delle cure e i vari trattamenti dei quali il detenuto può avvalersi variano a seconda delle esigenze cliniche, personali e familiari delle persone detenute e comprendono un lavoro di équipe per la diagnosi e la formulazione del piano terapeutico. Il soggetto può avvalersi quindi di vari tipi di interventi come le terapie con i farmaci sostitutivi e non, il supporto psicologico e il supporto sociale nonché, in casi particolari previsti dalla legge, delle misure alternative alla pena. Alla fine del 2012, risultava che 398

tossicodipendenti e 50 alcolodipendenti erano in trattamento farmacologico, 232 tossicodipendenti e 40 alcolodipendenti in trattamento psicosociale e 314 tossicodipendenti e 36 alcolodipendenti in trattamento integrato (farmacologico e psicosociale).

I detenuti che hanno chiesto di poter usufruire di misure alternative alla pena sono stati 365, tra questi 181 risultavano possedere i requisiti per l'accesso e di questi 131 hanno usufruito delle misure alternative alla pena in base a un'ordinanza del tribunale di sorveglianza.

Arcangelo Alfano
Daniel De Wet
Sonia Baronti
Chiara Mengoni
Settore Politiche
per l'integrazione
socio-sanitaria
e la salute in carcere
Regione Toscana

SPECIALE

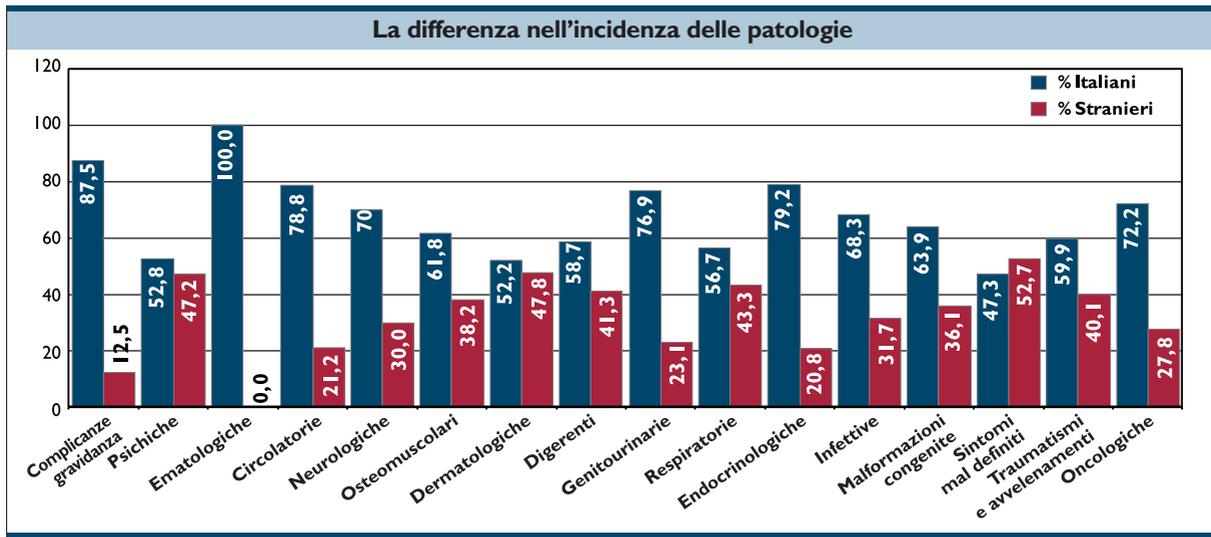
Il profilo sanitario della popolazione estera nelle strutture regionali

Chi è lo straniero in carcere



In Toscana metà dei detenuti non sono italiani - Alto rischio di malattie infettive

Il sistema penitenziario italiano ha subito importanti modifiche negli ultimi 25 anni riguardanti non soltanto il rapporto tra immigrazione e detenzione, ma anche il numero totale di accessi che persone provenienti da differenti Paesi hanno avuto nelle nostre strutture detentive. Le legislazioni che si sono succedute in tema di immigrazione e di tossicodipendenza hanno contribuito fortemente ad aumentare il numero dei detenuti all'interno delle carceri italiane e toscane: secondo le statistiche del ministero della Giustizia, aggiornate al 31 maggio del 2013, gli stranieri nelle carceri italiane hanno raggiunto ormai oltre il 35% di tutti i presenti (23.265), mentre in Toscana questa percentuale supera il 53%. Questo valore, molto al di sopra della media nazionale, varia all'interno dei diversi istituti, rivelandosi maggiore nelle Case circondariali e nelle aree metropolitane. La coorte del nostro studio è composta prevalentemente da maschi, con titolo di studio basso e proveniente, per quasi la metà, dalla libertà. La maggior parte dei detenuti stranieri proviene dall'Africa del Nord e dall'Europa dell'Est. La proporzione di stranieri nella po-



polazione detenuta nelle carceri toscane è di quasi 5 volte superiore rispetto a quella presente fra la popolazione residente in Toscana. L'età media della popolazione detenuta straniera risulta inferiore rispetto a quella dei detenuti italiani, e ciò influisce positivamente sul loro stato di salute. Partendo dai disturbi psichici, predomina il disturbo da dipendenza da sostanze tra i nordafricani rispetto agli estereuropei. Risultano nettamente infe-

riori fra gli stranieri i disturbi psicotici - come quelli dello spettro schizofrenico e della personalità - patologie altamente invalidanti in grado di alterare la capacità dell'individuo di porsi su un piano di realtà. Opposti appaiono i risultati riguardo ai disturbi nevrotici o di adattamento che si manifestano in misura maggiore proprio fra gli stranieri (Nord-Africa 8,3%; Est-Europa 6,9%; Italia 7,2%) perché risentono delle diversità culturali che queste popolazioni

si trovano a dover affrontare in un ambiente ristretto. Sempre nell'ambito della salute mentale, gli atti di autolesione risultano molto elevati fra i nordafricani rispetto agli estereuropei (13,6% vs. 3,1%, 100 atti contro 18), superando il valore riscontrato fra i detenuti italiani (4,6%; 74). Il tentato suicidio segue lo stesso andamento, ma con percentuali ovviamente molto inferiori. Riguardo invece alle malattie infettive e parassitarie, i citta-

dini detenuti vengono considerati una popolazione ad alto rischio di contrarre malattie infettive, fra cui il virus Hiv, epatiti virali o altre infezioni sessualmente trasmesse. Fra le varie patologie, l'infezione da Hcv occupa il primo posto, con un valore complessivo del 6,9% sul totale dei detenuti stranieri. Ciò che appare particolarmente interessante riguarda invece l'elevata percentuale di infezioni da Hcv fra gli italiani (6,8%), rispetto ai nordafricani (1,6%) e

agli estereuropei (2,1%). Negli stranieri, pur confermandosi l'elevata presenza del virus Hcv, si osserva una maggiore omogeneità con l'infezione da Hbv (0,7% nei nordafricani e 2,2% fra gli estereuropei). Se volessimo tracciare un profilo sanitario "generico" della popolazione straniera presente nelle strutture detentive toscane, potremmo definire queste persone come potenzialmente a rischio di andare incontro a patologie croniche altamente invalidanti. La giovane età, attualmente, tende a mascherare i disturbi legati ad abitudini di vita scorrette (come l'alcol, il fumo o la dipendenza da sostanze) che richiedono, invece, una valutazione precoce per mettere in atto interventi mirati a ridurre il danno. Dato l'elevato numero di persone straniere presenti nelle nostre strutture, a nostro avviso occorre che la riforma sanitaria preveda un maggior coinvolgimento di figure professionali che siano in grado di affiancare i clinici nello svolgimento del loro lavoro, attivando un processo di mediazione culturale.

Fabio Voller
Agenzia regionale di Sanità della Toscana

LA SALUTE DEGLI UNDER 18

Problemi e criticità dei minori in custodia detentiva

Che le strutture detentive non risolvano i problemi e le difficoltà del singolo individuo è abbastanza evidente, ma se poi parliamo di minori, il tema si fa ancora più complicato dato che, nella maggior parte dei contesti, il luogo di detenzione è spesso l'occasione per stringere contatti con ragazzi più grandi o più pericolosi: la pena si trasforma così in una sorta di scuola di delinquenza. A livello nazionale sono presenti ben 17 istituti penali per minori, con una media giornaliera di circa 530 ragazzi presenti. Due di queste strutture sono in Toscana, a Firenze e a Pontremoli. La prima ospita soltanto maschi ed è dotata anche di un centro di prima accoglienza, dove i ragazzi rimangono in attesa della convalida d'arresto (che avviene nelle prime 96 ore). La seconda, aperta nel 2011, accoglie solo femmine. In queste strutture si trovano ragazzi dai 14 ai 18 anni, che provengono spesso da contesti fortemente disagiati e per lo più stranieri che, come è facile immaginare, non presentano gravi problemi sanitari ma soffrono soprattutto di problemi legati al loro ambiente di vita. Durante il periodo di rilevazione, che in questo caso ha avuto la durata di quattro mesi, sono stati arruolati 78 minori: 51 maschi e 27 femmine, con un'età media di 16 anni. Fra i maschi gli stranieri rappresentano il 64,1% e provengono soprattutto dall'Africa del Nord. Fra le ragazze, invece, il 92,3% sono estereuropee, prevalentemente di etnia rom. Ciò che salta agli occhi osservando questi ragazzi è la loro esclusione dai normali circuiti istituzionali, con conseguente allontanamento dal controllo sociale. Rispetto al contesto scolastico, pur avendo un'età media di

Titolo di studio	Maschio		Femmina		Totale		Popolazione Toscana 13-18aa*	
	Numero	%	Numero	%	Numero	%	Numero	%
Nessun titolo	21	44,7	8	72,7	29	50	0	0
Licenza elementare	9	19,1	2	18,2	11	19	38.184	23,4
Licenza media	17	36,2	1	9,1	18	31	125.213	76,6
Totale	47	100	11	100	58	100	163.397	100
Sconosciuta	4		16		20		-	

* Fonte: Istat Multiscopo "Aspetti della vita quotidiana" 2011

	Italia	Stranieri	Totale	% Italiani	% Stranieri
Complicanze gravidanzae	14	2	16	87,50	12,50
Psichiche	717	640	1357	52,84	47,16
Ematologiche	5	0	5	100,00	0,00
Circolatorie	205	55	260	78,85	21,15
Neurologiche	84	36	120	70,00	30,00
Osteomuscolari	173	107	280	61,79	38,21
Dermatologiche	36	33	69	52,17	47,83
Digerenti	280	197	477	58,70	41,30
Genitourinarie	40	12	52	76,92	23,08
Respiratorie	102	78	180	56,67	43,33
Endocrinologiche	243	64	307	79,15	20,85
Infettive	252	117	369	68,29	31,71
Malformazioni congenite	23	13	36	63,89	36,11
Sintomi mal definiti	139	155	294	47,28	52,72
Traumatismi e avvelenamenti	85	57	142	59,86	40,14
Oncologiche	13	5	18	72,22	27,78

16 anni, ben il 50% risulta senza alcun titolo di studio, mentre il 19% ha appena la licenza elementare. Facendo un confronto con i coetanei liberi residenti in Toscana, dove sono

assenti ragazzi senza alcun titolo di studio, s'intuisce come la mancanza di controllo da parte della collettività non può che favorire il mantenimento di questi giovani nel mondo dell'il-

legalità e della marginalità. È su questo che si inserisce anche la valutazione dello stato di salute. Trenta ragazzi (23 maschi e 7 femmine) soffrono di almeno una patologia

(38,5%), che nel 60% dei casi è rappresentata da un disturbo da dipendenza da sostanze (18 ragazzi). L'uso di sostanze coinvolge soltanto i maschi, mentre fra le femmine si riscontrano patologie di tipo cutaneo, come la scabbia e la pediculosi. La gravità nell'uso di sostanze è ancora più marcata data la forte relazione fra l'abuso in età precoce e lo sviluppo di gravi patologie mentali, come i disturbi di personalità antisociale o altri atteggiamenti devianti, che favoriscono la messa in atto di azioni illegali. Se a questo si associa il rischio infettivo a cui vanno incontro, risulta evidente come il reinserimento sociale di questi giovani rappresenti una priorità attuabile anche nel contesto detentivo. La sofferenza di questi ragazzi si evince anche dalle azioni autolesive messe in atto. Pur avendo a disposizione soltanto i dati delle femmine (provenienti sia dal centro di prima accoglienza di Firenze che dalla struttura di Pontremoli), non è da sottovalutare il fatto che, in una popolazione così giovane, ben 3 ragazze hanno messo in atto gesti autolesivi, utilizzando taglienti o ingerendo corpi estranei. Una, addirittura, ha tentato il suicidio. Individuare percorsi appropriati per la presa in carico dei minori autori di reato e accertare tempestivamente i loro bisogni di salute è una necessità imprescindibile: a tale scopo la Regione Toscana ha già avviato un percorso congiunto tra Assessorato alla salute e Centro di giustizia minore.

Caterina Silvestri
Stefano Bravi
Agenzia regionale di Sanità della Toscana

DOCUMENTI La struttura nasce come unico coordinamento della Sanità penitenziaria



Un Osservatorio sui reclusi

Il supporto anche da soggetti esterni - Sottogruppi per l'attività

IL TESTO DEL PROVVEDIMENTO

Pubblichiamo la delibera «Sanità in carcere: semplificazione degli organismi regionali. Revoca Dgr 759/07 e Dgr 693/08»

LA GIUNTA REGIONALE

DELIBERA

1. Di ricondurre le funzioni di supporto alle competenze regionali previste dalla normativa vigente in materia di Sanità penitenziaria, a un unico organismo;

2. Di istituire, pertanto, l'Osservatorio permanente sulla Sanità penitenziaria, ai sensi del Dpcm 1° aprile 2008 per lo svolgimento dei seguenti compiti:

- coordinamento, integrazione e collaborazione tra le istituzioni che esercitano competenze sanitarie e trattamentali in ambito penitenziario;

- osservazione e analisi costante delle azioni programmatiche e del funzionamento dei servizi sanitari preposti alla tutela della salute in ambito penitenziario;
- monitoraggio tecnico e organizzativo delle attività dei servizi sanitari e valutazione epidemiologica della popolazione carceraria;
- supporto alle attività gestionali dei servizi sanitari e alla ricerca, costruzione indicatori e miglioramento continuo della qualità;
- definizione linee di indirizzo per la salute in carcere e percorsi organizzativi e assistenziali;
- valutazione dell'efficienza e dell'efficacia degli interventi a tutela della salute in carcere, adottati a fronte della complessità del processo di trasferimento, degli standards assistenziali e dei bisogni di salute;

- verifica della coerenza delle misure connesse alla tutela della salute, attuate a seguito del trasferimento delle competenze della Sanità penitenziaria;
- raccordo periodico d'informazione con la rete dei garanti dei diritti dei detenuti, tramite il Garante delle persone sottoposte a misure restrittive della libertà personale del Consiglio regionale della Toscana;
- 3. di avvalersi dell'Agenzia regionale di Sanità, per lo svolgimento delle attività attinenti alla indagine epidemiologica negli istituti penitenziari e nei servizi penali minorili della Toscana;
- 4. di precisare che l'Agenzia regionale di Sanità dovrà provvedere all'organizzazione delle suddette attività nei modi e nei termini concordati con la struttura competente della Direzione generale Diritti di cittadinanza e coesione sociale;
- 5. di individuare quali com-

ponenti dell'Osservatorio permanente sulla Sanità penitenziaria":

- il Responsabile del settore regionale competente in materia di Residenzialità territoriale, cure intermedie e protezione sociale;
- il Responsabile del Settore regionale competente in materia di Servizi alla persona sul territorio;
- il Responsabile del Provveditorato regionale dell'amministrazione penitenziaria della Toscana;
- i Responsabili dei Centri di Giustizia minorile competenti per gli istituti della Toscana;
- i Referenti aziendali della sanità penitenziaria delle Aziende Usl della Toscana;
- il Responsabile del settore Epidemiologia dell'Agenzia regionale di Sanità Ars Toscana;
- il Responsabile dell'Area di coordinamento regionale com-

petente in materia di Inclusione sociale;

6. di disporre che i lavori dell'Osservatorio si possano svolgere in forma plenaria ovvero tramite sottogruppi finalizzati alla trattazione di materie e azioni specifiche, in particolare per lo svolgimento delle relazioni istituzionali tra Regione Toscana e Aziende sanitarie;

7. di stabilire che l'Osservatorio, per lo svolgimento dei compiti assegnati, si possa avvalere della collaborazione di altri uffici e organismi regionali, nonché di soggetti esterni, comprese le Organizzazioni sindacali e del Terzo settore;

8. di affidare al Responsabile del settore regionale competente in materia di Residenzialità territoriale cure intermedie e protezione sociale, il coordinamento dell'Osservatorio di cui si tratta, nonché la definizione degli obiettivi, delle attività e

delle modalità operative dello stesso;

9. di sostituire con il predetto "Osservatorio permanente sulla Sanità penitenziaria", tutti gli organismi e gruppi precostituiti per il supporto alle competenze regionali in ambito della Sanità penitenziaria;

10. di revocare, per le motivazioni enunciate in narrativa, la deliberazione della Giunta regionale n. 759 del 29 ottobre 2007 e di revocare la deliberazione della Giunta regionale n. 693 dell'8 settembre 2008;

11. di dare atto che dal presente provvedimento non derivano ulteriori oneri a carico del bilancio regionale;

12. di rinviare a successivo decreto del Presidente della Giunta, la costituzione dell'Osservatorio permanente sulla Sanità penitenziaria, ai sensi della Lr 5/2008.

ACCORDO DI COLLABORAZIONE REGIONE-MINISTERO DELLA SALUTE

Malattie croniche, rischio riproduttivo, pazienti complessi: salute dei carcerati sotto controllo

Pubblichiamo la delibera di applicazione del programma Ccm 2012 sul controllo della salute in carcere

LA GIUNTA REGIONALE

DELIBERA

1. di prendere atto che per la realizzazione dei n. 4 progetti approvati dal Ccm, nell'ambito del Programma 2012, il ministero della Salute ha disposto in favore della Regione Toscana un finanziamento complessivo di euro 1.170.000,00, come di seguito ripartito:

- progetto "Lo stato di salute dei detenuti degli istituti penitenziari di 6 Regioni italiane: un modello sperimentale di monitoraggio dello stato di salute e di prevenzione dei tentativi suicidari", ente esecutore Agenzia regionale Sanità Toscana, durata mesi 24, costo euro 290.000,00;
- progetto "La vigilanza delle malattie croniche, la prevenzione delle complicanze e la gestione dei pazienti con dolore cronico nelle modalità organizzative della casa della salute (costruzione di un sistema informativo)", ente esecutore Fondazione Labos di Roma, durata mesi 24, costo euro 280.000,00;
- progetto "Valutazione del rischio riproduttivo in aree a forte pressione ambientale (RISCRIPRO_SENTIERI)", ente esecutore Istituto di Fisiologia clinica del Consiglio nazionale delle Ricerche di Pisa, durata mesi 24, costo euro 280.000,00;
- progetto "Ottimizzazione del processo di gestione del paziente complesso sul territorio: modelli di presa in carico e gestione della multimorbidità attraverso una piattaforma di Integrated Care", ente esecutore Università degli Studi di Firenze, durata mesi 24, costo euro 320.000,00;

2. di approvare gli schemi di accordo di collaborazione tra il ministero

della Salute e la Regione Toscana, elaborati dal ministero della Salute, finalizzati alla disciplina degli aspetti operativi e finanziari dei sopra citati progetti, come di seguito precisati:

- schema di accordo di collaborazione concernente il progetto "Lo stato di salute dei detenuti degli istituti penitenziari di 6 Regioni italiane: un modello sperimentale di monitoraggio dello stato di salute e di prevenzione dei tentativi suicidari, ente esecutore Agenzia regionale Sanità Toscana", durata mesi 24, costo euro 290.000,00, di cui all'Allegato A;
- schema di accordo di collaborazione concernente il progetto "La vigilanza delle malattie croniche, la prevenzione delle complicanze e la gestione dei pazienti con dolore cronico nelle modalità organizzative della casa della salute (costruzione di un sistema informativo)", ente esecutore Fondazione Labos di Roma, durata mesi 24, costo euro 280.000,00, di cui all'Allegato B;
- schema di accordo di collaborazione concernente il progetto "Valutazione del rischio riproduttivo in aree a forte pressione ambientale (RISCRIPRO_SENTIERI)", ente esecutore Istituto di Fisiologia clinica del Consiglio nazionale delle Ricerche di Pisa, durata mesi 24, costo euro 280.000,00, di cui all'Allegato C;
- schema di accordo di collaborazione concernente il progetto "Ottimizzazione del processo di gestione del paziente complesso sul territorio: modelli di presa in carico e gestione della multimorbidità attraverso una piattaforma di Integrated Care", ente esecutore Università degli Studi di Firenze, durata mesi 24, costo euro 320.000,00, di cui all'Allegato D;

3. di dare atto che per la realizzazione dei progetti sopra citati non sono previsti oneri aggiuntivi a carico del bilancio regionale;

4. di dare atto che agli enti responsabili dell'esecuzione dei progetti suddetti

verranno assegnate le relative risorse, pari a complessivi euro 1.170.000,00, successivamente alla formalizzazione degli Accordi di collaborazione di cui al punto 2) e all'acquisizione delle stesse al bilancio regionale, secondo la seguente ripartizione:

- Agenzia regionale Sanità Toscana, euro 290.000,00;
- Fondazione Labos di Roma, euro 280.000,00;
- Istituto di Fisiologia clinica del Consiglio nazionale delle ricerche di Pisa, euro 280.000,00;
- Università degli Studi di Firenze, euro 320.000,00;

5. di incaricare i competenti Settori della Direzione generale Diritti di Cittadinanza e Coesione sociale all'adozione di tutti gli atti necessari per una completa ed efficace attuazione degli Accordi di collaborazione di cui al presente atto.

ALLEGATO A

**Ministero della Salute
Dipartimento della Sanità
pubblica e dell'innovazione
Direzione generale
della prevenzione**

**Accordo di collaborazione
Premesso quanto segue**

che con la legge 26 maggio 2004, n. 138, è stato istituito presso il ministero della Salute il Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie (Ccm) che opera in coordinamento con le strutture regionali attraverso convenzioni con l'Istituto superiore di Sanità, con l'Istituto superiore per la prevenzione e la sicurezza del lavoro (Ispesl), ora Istituto nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro (Inail), con gli istituti zooprofilattici sperimentali, con le università, con gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico e con altre strutture di assistenza e di ricerca pubbliche e private, nonché con gli organi della Sanità militare;

- che il Ccm opera con modalità e in

base a programmi annuali approvati con decreto del ministro della Salute;

- che all'interno dell'area progettuale del programma di attività del Ccm per l'anno 2012, approvato con decreto ministeriale del 5 marzo 2011, registrato alla Corte dei Conti in data 4 maggio 2012 (reg. 6, fgl 73), è stato individuato un ambito operativo inerente all'area Sostegno alle Regioni per l'implementazione del Piano nazionale della prevenzione e di Guadagnare salute;
- che in tale ambito è stato proposto un progetto dal titolo "Lo stato di salute dei detenuti degli istituti penitenziari di 6 Regioni italiane: un modello sperimentale di monitoraggio dello stato di salute e di prevenzione dei tentativi suicidari", approvato dai Comitati del Ccm;
- che la Regione Toscana vanta un'esperienza consolidata sia nel campo dell'adeguamento informativo del sistema sanitario all'interno delle strutture detentive, finalizzato alla rilevazione delle condizioni di salute della popolazione detenuta, che nella promozione di interventi volti alla prevenzione del suicidio, e che, dunque, tale esperienza risulta in linea con il progetto in oggetto;
- che pertanto è possibile procedere, ai sensi dell'articolo 15 della legge 7 agosto 1990, n. 241, e successive modificazioni e integrazioni, alla stipula di un accordo di collaborazione con la Regione Toscana, al fine di disciplinare lo svolgimento delle attività di interesse comune finalizzate alla realizzazione del sopra citato progetto;

Considerato

che è necessario disciplinare gli aspetti operativi e finanziari della predetta collaborazione;

L'anno 2012, il giorno ... del mese di ...

Tra

Il ministero della Salute - Dipartimento della Sanità pubblica e dell'Innovazione - Direzione generale della pre-

venzione - codice fiscale 80242290585, con sede in Roma, via Giorgio Ribotta, n. 5 nella persona del direttore generale della Direzione generale della Prevenzione,, nato a il di seguito "Ministero"

e

la Regione Toscana, codice fiscale 01386030488, con sede in Firenze, Piazza Duomo, 10, rappresentata legalmente da, di seguito "Regione"

Si conviene quanto segue

Articolo 1 - Oggetto dell'accordo

1. Il presente accordo è concluso, ai sensi dell'articolo 15 della legge 7 agosto 1990, n. 241, e successive modificazioni e integrazioni, per disciplinare lo svolgimento in collaborazione con la Regione delle attività di interesse comune finalizzate al raggiungimento degli obiettivi descritti nel progetto esecutivo che costituisce parte integrante del presente accordo (allegato 1).

2. Durante lo svolgimento delle attività previste nel presente accordo potranno essere apportate, previo accordo scritto tra le parti a firma dei legali rappresentanti, modifiche al progetto, a condizione che le stesse ne migliorino l'impianto complessivo.

3. Qualora la Regione, al fine di realizzare il progetto intenda avvalersi della collaborazione di Enti e/o Associazioni pubbliche e/o private non previste nel progetto, è tenuta a presentare al ministero una richiesta di autorizzazione, nonché di variazione del piano finanziario, nella quale dovranno essere indicate le somme messe a disposizione dell'Ente e/o Associazione e le attività che da questo saranno svolte.

4. Resta fermo che le variazioni al progetto non devono comportare alcuna maggiorazione dell'importo complessivo del finanziamento.

(...omissis...)

Il testo integrale del documento è consultabile tra gli atti della Regione al sito www.regione.toscana.it

SPECIALE Dai Dsm linee guida per i pazienti autori di reato in misura di sicurezza

Dopo Montelupo la «rete»



L'addio all'Opg richiede una strategia condivisa per la presa in carico

La legge 57/2013 ha prorogato al 31 marzo 2014 la chiusura definitiva degli ospedali psichiatrici giudiziari, stabilendo che siano attivati interventi mirati a favorire la dimissione degli attuali internati, con l'intento di evitare l'invio dei pazienti psichiatrici che hanno commesso reati nelle attuali strutture in via di chiusura e ridurre al minimo il ricorso alla misure di sicurezza detentiva, e di conseguenza il numero di posti complessivi, e di strutture residenziali, che dovranno essere costituite in 20 posti ogni residenza e non più di 2 moduli per struttura.

Il sottogruppo tecnico costituito presso la Regione Toscana e composto da tutti i Dipartimenti di salute mentale (Dsm) ha avviato un lavoro per elaborare un documento finalizzato a condividere una strategia comune di azione attraverso la individuazione di Li-

nee di indirizzo per il trattamento dei pazienti autori di reato in misure di sicurezza, così da assicurare i diritti di cittadinanza alle persone sottoposte a misure penali e affette da disturbi psichici.

La chiusura dell'Opg di Montelupo fiorentino, attualmente gestito dall'amministrazione penitenziaria, comporta che ogni Dsm si dovrà attivare precocemente per la presa in carico, o per garantirne la continuità di intervento, nel caso un suo utente sia sottoposto, o rischi di essere sottoposto, a procedimenti giudiziari. Dovrà essere prevista l'immediata attivazione di interventi, e l'attuazione di progetti per la presa in carico, nei confronti di pazienti immediatamente dopo l'evento-reato da parte dei Servizi, sulla base di una valutazione dei bisogni di cura, di assistenza, di protezione, di ripresa in tempi rapidi evitando l'ingresso nel circuito penitenziario

e/o delle misure di sicurezza. Particolare attenzione sarà data ai pazienti con diagnosi in comorbidità e, in particolare, alle persone con abuso di sostanze, uso di alcol, affette da disabilità intellettive o patologie degenerative, attraverso il coinvolgimento attivo e l'elaborazione di programmi di presa in carico congiunta con i Servizi competenti.

Il documento prevede anche una serie di indicazioni perché ogni Servizio in ogni sua articolazione sia in grado di attivarsi in maniera sollecita e concreta per eventuali bisogni o richieste che pervengano sia dai singoli pazienti, o loro rappresentanti, sia da parte degli organi giudiziari.

L'auspicio è quello di costruire, e rendere concretamente attuabile, una rete di intervento che possa attivarsi per la presa in carico mirata, che il paziente sia già conosciuto o meno, offrendo con-

testualmente al magistrato una serie di soluzioni alternative alla misura di sicurezza detentiva e in grado di realizzare interventi di cura e di riabilitazione. Tale presa in carico potrà inoltre determinare, qualora il ricorso alla misura sia inevitabile, una precoce formulazione di un percorso di dimissione, accorciando di conseguenza il tempo di permanenza in misura di sicurezza e favorendo le soluzioni non detentive nelle strutture intermedie e nella rete dei presidi della psichiatria di comunità ordinari.

In tal senso il documento con le Linee di indirizzo sarà presentato alla magistratura, e agli organismi dell'amministrazione penitenziaria, come base per la realizzazione dell'accordo, eseguibile a livello locale.

Contestualmente al lavoro del sottogruppo, è stato attivato un tavolo tecnico con i rappresen-

ti delle altre tre Regioni collegate al bacino di Montelupo Fiorentino (Umbria, Liguria, Sardegna) che hanno analoghe iniziative di realizzazione di documenti di indirizzo, per mettere a confronto i rispettivi metodi di intervento e per costituire una rete regionale che può determinare un arricchimento delle competenze e delle risorse messe in campo per ampliare le opportunità concesse ai pazienti e affrontare in maniera efficace e completa un percorso di chiusura, da un lato, degli Opg ma, dall'altro, di costruzione di un modello sostenibile e garante della sicurezza delle persone, degli operatori e del contesto sociale, senza il rischio di dover snaturare la mission delle strutture della psichiatria di comunità.

Sottogruppo tecnico regionale per il superamento dell'Opg di Montelupo fiorentino

IL LAVORO DEL CENTRO GESTIONE RISCHIO CLINICO

Strutture sanitarie più sicure anche dietro le sbarre

Il percorso di Gestione del rischio clinico (Grc) all'interno delle carceri toscane ha trovato la sua piena attuazione con la formazione dei facilitatori Grc sulla gestione degli eventi avversi e l'applicazione delle buone pratiche per la sicurezza dei pazienti. Gli operatori coinvolti hanno condotto 12 audit che hanno evidenziato le problematiche inerenti al proprio lavoro, al contesto ambientale e alla tipologia dei rischi che con più frequenza sono presenti nella loro pratica professionale, condividendone criticità ed esiti con il Centro di riferimento regionale per la gestione del rischio clinico. I temi affrontati negli audit hanno riguardato: attivazione di consulenze specialistiche per i pazienti carcerati; gestione

delle terapie farmacologiche e monitoraggio dei parametri vitali in pazienti cronici; corretta identificazione dei pazienti prima delle procedure diagnostiche e terapeutiche; gestione in emergenza dell'improvviso deterioramento delle condizioni cliniche; accumulo e scambio di farmaci tra detenuti.

Gli eventi sentinella occorsi nei servizi sanitari delle carceri toscane e segnalati al Centro Grc da novembre 2011 ad aprile 2013 sono stati in totale cinque. In due casi si è trattato di tentativi di suicidio, in due casi di violenza a danno di operatori sanitari e in un caso di un incendio provocato da un detenuto nella struttura psichiatrica giudiziaria, con conseguenze di moderata gravità

sia per i pazienti detenuti che per gli operatori sanitari coinvolti. Il Centro Grc ha supportato i responsabili della sicurezza dei pazienti delle aziende interessate nella fase di segnalazione e analisi dell'evento, intervenendo sul campo nel caso più grave di aggressione ai danni degli operatori. Nelle analisi fin qui condotte, i fattori di rischio che hanno contribuito a determinare gli eventi sono stati di tipo ambientale e organizzativo.

La prevenzione dei suicidi dei detenuti richiede quindi un intervento sui fattori ambientali, rivedendo l'uso e le caratteristiche degli ambienti laddove possibile. Al contempo, anche se non è emerso nei casi esaminati, si ritiene che la valutazione dei fattori

di rischio intrinseci degli assistiti al momento dell'accesso in carcere potrebbe fare emergere quei soggetti che hanno una maggiore propensione al tentativo di suicidio.

Per quanto riguarda la prevenzione degli atti di violenza a danno degli operatori, la situazione dell'Opg appare piuttosto preoccupante. La vicinanza temporale dei tre eventi sentinella, occorsi negli ultimi due mesi e preceduti da altri eventi minori, impone di adottare rapidamente tutte le azioni possibili a scongiurare il ripetersi e a garantire un'adeguata pianificazione del riaffidamento dei pazienti ad altri enti. In particolare si ritiene prioritario: rivedere e condividere tra personale di custodia e operatori sanitari le modalità di



sorveglianza all'interno dei reparti e nell'accompagnamento all'esterno; intensificare le misure di protezione degli operatori sanitari; sviluppare adeguati protocolli assistenziali per accompagnare la dimissione dei pazienti verso le strutture territoriali di riferimento; definire un piano di gestione del rischio condiviso con le strutture che accoglieranno i dimessi dall'Opg.

Il centro Grc proseguirà il supporto e la verifica delle attività condotte dalle struttu-

re sanitarie delle carceri, in accordo con il settore regionale di riferimento e la rete dei referenti aziendali della Sanità carceraria, offrendo inoltre la propria disponibilità a un confronto periodico con l'amministrazione penitenziaria per facilitare lo sviluppo delle azioni di prevenzione del rischio clinico.

Tommaso Bellandi
Alessandro Cerri
Centro Gestione rischio clinico e sicurezza dei pazienti - Regione Toscana

L'ESPERIENZA DELLA CASA DI RECLUSIONE

Sull'isola di Gorgona l'omeopatia cura i reclusi e gli animali

Un luogo ricco di storia e di originali frontiere sociali, sanitarie ed etiche come l'isola di Gorgona (Livorno) dal 1869 ospita una casa di reclusione che ha sempre accolto persone detenute alle quali era consentito di lavorare con gli elementi fondamentali della natura (terra, piante, animali) o in altri settori utili alla vita dell'isola e della sua comunità.

Nel tempo si è assistito all'evoluzione di un percorso innovativo. Negli anni 90 fu stabilito con la direzione del carcere un patto di qualità rispetto al benessere degli animali presenti per realizzare uno stato di salute che andasse oltre la sfera degli animali stessi e fosse veicolo educativo per gli umani che vi interagivano. Tutto questo non si sarebbe potuto realizzare senza l'introduzione della medicina omeopatica che ha fornito strumenti teorici e pratici per affrontare le complesse dinamiche che intervengono necessariamente in un carcere, a maggior ragione se questo ospita persone - detenute e non - che lavorano affrontando anche i disagi dell'isolamento.

Come già documentato in una prima ricerca svolta per la Regione Toscana nel 2005, l'introduzione del modello omeopatico in Gorgona ha prodotto benefici sul piano clinico, relazionale, produttivo, economico, formativo, ambientale. L'isola ha stabilito nuovi e fecondi scambi con il mondo esterno, come a esempio la realizzazione di quattro edizioni della Giornata mondiale dell'omeopatia, evento internazionale promosso dalla Liga medicorum homeopathica internationalis. Durante queste giornate sono stati affrontati i temi della salute in senso ampio, attraverso seminari interdisciplinari teorici e pratici e coinvolgendo anche la comunità - libera, reclusa e non umana - presente. Mentre la medicina omeopatica si andava consolidando nel settore veterinario è avvenuta un'inedita e interessante contaminazione culturale con il settore umano e alcuni medici dell'isola hanno iniziato percorsi formativi in medicine complementari (omeopatia, fitoterapia e agopuntura).

Nel 2009 la Carta dei servizi del presidio sanitario di Gorgona, arricchendosi di un'ul-

teriore offerta terapeutica che diminuisce ancor più le differenze con la cittadinanza libera, così recita: «Avrai la possibilità di essere curato con la medicina omeopatica se utilizzi o vuoi utilizzare questa medicina complementare».

Un'altra tappa significativa è stato il convegno svoltosi sull'isola nel giugno 2011 "Gorgona tra utopia e realtà", che ha confermato il valore dell'esperienza di questa realtà e il ruolo del lavoro e delle medicine complementari in carcere rispetto al diritto alla salute inteso come «stato di completo benessere fisico, psichico e sociale e non semplice assenza di malattia» in accordo a quanto espresso anche dall'Oms.

Gorgona offre condizioni di vita qualitativamente più elevate rispetto agli standard delle carceri chiuse come testimonia, a esempio, anche il ridotto consumo di farmaci della popolazione detenuta rispetto ad altre realtà. Dopo il buon esito della prima e documentata fase di introduzione della medicina omeopatica per la cura degli animali dell'isola, è stato attivato nel 2012 un nuo-

vo progetto, con la Regione Toscana e l'Asl 6 di Livorno, che coinvolge sia gli animali che gli umani (Progetto Ondamica) offrendo a questi ultimi, per la prima volta, la possibilità di accedere gratuitamente a visite e terapie con l'omeopatia e la fitoterapia. Inoltre sono previste attività di educazione alla salute con particolare riferimento alle medicine complementari. Oltre al risparmio economico per entrambi i settori, lo scopo è di promuovere un modello di salute che tenga conto, come indica l'Oms, delle singole persone, della salute dell'intera società e infine anche delle relazioni rispettose tra gli umani e gli altri animali.

In quest'ultima direzione si colloca la pubblicazione di una "Carta dei diritti degli animali di Gorgona", ultima frontiera etica esplorata e che sta suscitando un inaspettato interesse in vista d'inediti scenari nei processi di pace e salute tra specie diverse.

Marco Verdone
Medico veterinario omeopata incaricato C.r., Gorgona Isola (Livorno)



Regione Toscana

I risultati delle analisi del sangue senza uscire di casa. Ora si può.

Con la Carta Sanitaria
Elettronica guardi
le tue analisi sul pc.
Convieni a tutti.

Quasi a tutti.

Attivala alla tua ASL o in farmacia



numero verde
800 004 477

Carta Sanitaria Elettronica. Servizi pubblici on line in sicurezza.

Usa la Carta Sanitaria Elettronica, scopri come sul sito della Regione www.regione.toscana.it/cartasanitaria