



REGIONE TOSCANA

Giunta Regionale

Direzione Generale Diritti di Cittadinanza

e Coesione Sociale

**PERCORSO REGIONALE DI SUPERAMENTO DELL'OSPEDALE PSICHIATRICO
GIUDIZIARIO AI SENSI DELL'ART. 3-TER DEL DL 211/2011, CONVERTITO CON
MODIFICAZIONI DALLA LEGGE 17 FEBBRAIO 2012, N° 9.**

DOCUMENTO RECANTE IL

**PROGRAMMA PER LA PRESA IN CARICO DEI PAZIENTI TOSCANI IN OPG E PER LA
REALIZZAZIONE DI STRUTTURE SANITARIE EXTRAOSPEDALIERE PER IL SUPERAMENTO
DEGLI OSPEDALI PSICHIATRICI GIUDIZIARI AI SENSI DELL'ART. 3-TER DEL DL 211/2011,
CONVERTITO CON MODIFICAZIONI DALLA LEGGE 17 FEBBRAIO 2012, N° 9, del DI
1.10.2012 e DM 28.12.2012**

13 maggio 2013

PROGRAMMA PER LA PRESA IN CARICO DEI PAZIENTI TOSCANI IN OPG E PER LA REALIZZAZIONE DI STRUTTURE SANITARIE EXTRAOSPEDALIERE PER IL SUPERAMENTO DEGLI OSPEDALI PSICHIATRICI GIUDIZIARI AI SENSI dell'ART 3 TER del DL 211/2011, CONVERTITO CON MODIFICAZIONI DALLA LEGGE 17 FEBBRAIO 2012, del DI 1.10.2012 e DM 28.12.2012

1 PREMESSA

La Regione Toscana ha avviato fin dal 2008 il percorso di superamento dell'OPG di Montelupo attraverso la dimissione di pazienti, residenti in Toscana, che avevano i criteri della dimissibilità, per favorire il loro rientro nel territorio e diminuire il numero delle persone presenti (passato da 60 pazienti toscani circa del 2008 agli attuali 40). Tale intervento è stato realizzato in sintonia con analoghi percorsi attuati dalle altre Regioni del bacino (Liguria, Sardegna, Umbria) ed ha favorito inserimenti nelle strutture intermedie già presenti nella Regione (Le Querce e Tiziano) e nella rete dei Servizi territoriali.

Per garantire il superamento dell'OPG, dando piena attuazione a quanto previsto dal Decreto Legge 211/2011, convertito con modificazioni dalla Legge 17 febbraio 2012 n. 9, modificato dal Decreto Legge del 25.3.2013 n. 24, si delinea la necessità di procedere al consolidamento dei percorsi di dimissione e alla presentazione del presente programma riguardante le strutture sanitarie destinate ad accogliere i pazienti internati. Tale programma viene presentato al Ministero della Salute, per poter accedere all'assegnazione delle risorse, previste dal DM 28.12.2012, pubblicato in G.U. il 7.02.2013.

Il programma formulato prevede un complesso di interventi di sistema, condivisi da tutti i Dipartimenti della Salute Mentale, attraverso i quali si valorizzano le strutture e la rete dei Servizi territoriali e che prevede le attività riportate nei seguenti paragrafi.

2 RIASSUNTO ESPLICATIVO DEL PROGRAMMA

La nuova fase di investimenti per il definitivo superamento dell'Ospedale psichiatrico giudiziario definita dalla Regione Toscana, in attuazione del DL 211/2011, convertito con modificazioni dalla legge 17 febbraio 2012, n. 9, si caratterizza per la necessità di realizzare tre tipologie di macro interventi:

- A) **I livello – Rete ordinaria dei Servizi Territoriali** che prevede attività volte progressivamente a incrementare la realizzazione dei percorsi terapeutico riabilitativi e a favorire l'adozione di misure alternative all'internamento in ospedale psichiatrico giudiziario ovvero anche nelle nuove strutture di cui ai successivi punti, potenziando i servizi di salute mentale sul territorio. Tali attività rivestono una funzione di primaria importanza in quanto, oltre agli interventi strutturali di cui ai successivi punti, sono finalizzate a garantire l'attuazione dei percorsi terapeutico-riabilitativi, **definendo prioritariamente tempi certi e impegni precisi per il superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari**. È infatti prevista, entro il 31 marzo 2014 la dimissione di tutte le persone internate per le quali l'autorità giudiziaria abbia già escluso o escluda la sussistenza della pericolosità sociale, con l'obbligo per le Aziende Sanitarie locali di prendere in carico tali persone all'interno di progetti terapeutico-riabilitativi individuali che assicurino il diritto alle cure e al reinserimento sociale, nonché a favorire

l'esecuzione di misure di sicurezza alternative al ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario o all'assegnazione a casa di cura e custodia.

- B) **Il livello – Residenze intermedie**, costituite da 4 strutture sanitarie extraospedaliere parzialmente protette (con saltuari controlli esterni da parte delle Forze dell'Ordine) destinate ad accogliere le persone cui sono applicate le misure di sicurezza del ricovero previste al comma 2 dell'art. 3-ter del DL 211/2011, convertito con modificazioni, dalla legge 9/2012 e persone cui sono applicate misure di sicurezza non detentive (libertà vigilata) o misure cui sia applicata Licenza Finale Esperimento. **La collocazione di tali strutture è prevista nelle tre Aree Vaste della Toscana** (2 nell'Area Vasta Centro, 1 nell'Area Vasta Nord Ovest e 1 nell'Area Vasta Sud Est);
- C) **III livello – Residenza con sorveglianza intensiva**, costituita da una struttura sanitaria con vigilanza perimetrale costante (nell'ambito di appositi accordi con la Prefettura), definita Residenza per Esecuzione Misure di Sicurezza Detentive (REMS-D), destinata ad accogliere le persone cui sono applicate le misure di sicurezza del ricovero previste al comma 2 dell'art. 3-ter del DL 211/2011, convertito con modificazioni, dalla legge 9/2012.

Per consentire la realizzazione delle strutture in questione si rende necessario un piano straordinario di investimenti che, nel complesso del sistema regionale, prevede un fabbisogno di risorse pari euro 11.587.351,94. Tale importo comprende gli interventi sostanzialmente relativi all'ambito strutturale, mentre non sono incluse le dotazioni tecnologiche e le risorse organizzative.

La Tabella 1 quantifica le risorse per gli investimenti necessari per la realizzazione delle strutture sanitarie extraospedaliere.

Tabella 1 – Investimenti: risorse necessarie per la realizzazione delle strutture sanitarie extraospedaliere

Obiettivo	Somme a carico art.20 L. 67/88 (95%)	Somme a carico Aziende/Regione (5%)	Totale (100%)
Realizzazione struttura sanitaria extraospedaliere, modulare con protezione perimetrale (2 moduli da 14 posti di cui uno dotato di 4 posti aggiuntivi per il trattamento delle acuzie per un totale di 28 posti effettivi e 4 tecnici)	€ 7.367.250,00	€ 387.750,00	€ 7.755.000,00
Realizzazione/riconversione/potenziamento di 4 strutture sanitarie extraospedaliere parzialmente protette (da 8+12+10+10 posti, per un totale di 40 posti)	€ 3.640.734,34	€ 191.617,60	€ 3.832.351,94
Totale	€ 11.007.984,34	€ 579.367,60	€ 11.587.351,94

Il presente documento definisce la programmazione degli interventi straordinari suddetti, la cui realizzazione richiede la somma complessiva di euro 11.587.351,94. Per tale finalità, la Regione Toscana chiede l'assegnazione di euro 11.007.984,34, pari alla somma delle assegnazioni delle risorse previste dal DM del 28 dicembre 2012, spettanti alla Regione Toscana e alla Regione Umbria, per ospitare i soggetti internati della Toscana e

dell'Umbria. Ai sensi dell'art.3 del DM del 28.12.2012, **la Regione Toscana con apposito accordo con la Regione Umbria, è impegnata ad ospitare nelle strutture sanitarie extraospedaliere, i soggetti internati umbri** e pertanto chiede che le siano assegnate le risorse stanziare per la Regione Umbria (vedi articolo 3 dell'Allegato A alla Delibera Giunta regionale Toscana n. 330 del 6 maggio 2013, recante "Approvazione schema di Accordo tra Regione Toscana, Regione Liguria, Regione Sardegna e Regione Umbria, per il superamento dell'Ospedale Psichiatrico Giudiziario di Montelupo Fiorentino").

La Tabella 2 riporta la distribuzione del finanziamento previsto dal DM 28.12.2012, per le finalità di cui all'art. 3-ter, comma 6, del DL 211/2011, convertito con modificazioni, dalla legge 9/2012, finalizzato alla realizzazione delle strutture sanitarie extraospedaliere destinate ad accogliere i soggetti internati toscani e umbri.

Tabella 2 – Finanziamento assegnato alle regioni dal DM 28.12.2012 per gli investimenti – stanziamento per esercizio

Atto di riferimento	oggetto	finalità	Regione	Esercizio 2012	Esercizio 2013	Totale
Intesa 140/CU del 6.12.2012 e DM Salute 28.12.2012 (GU n.32 del 7.2.2013)	Riparto finanziamento art 3-ter, comma 6 DL 211/2011 conv. L. 9/2012	Realizzazione e strutture sanitarie extraospedaliere	Toscana	€ 6.065.259,58	€ 2.940.609,30	€ 9.005.868,88
			Umbria	€ 1.348.381,83	€ 653.733,63	€ 2.002.115,46
			Totale per strutture sanitarie	€ 7.413.641,41	€ 3.594.342,93	€ 11.007.984,34

Parallelamente la Regione Toscana, in sinergia con le Aziende Sanitarie assicura il processo affermato in particolare nel biennio 2011-2012, ma già avviato negli anni precedenti, di dimissione e presa in carico sul territorio, dei soggetti toscani, in condizione di dimissibilità. Per essi viene garantito un appropriato percorso di cura attraverso l'azione integrata dei servizi socio-sanitari territoriali, mediante appositi **progetti personalizzati di reinserimento** che prevedono percorsi motivazionali mirati al recupero o al mantenimento del rapporto con le realtà di provenienza, nonché al rientro nella legalità e nella vita civile e sociale. Per tale obiettivo la Regione Toscana ha potuto destinare nel biennio 2011-2012 **dal proprio bilancio**, 600 mila euro per finanziare interventi di **dimissione di 22 persone**, favorendone il reinserimento nel territorio di provenienza e ulteriori 300 mila euro circa per la loro riabilitazione psicosociale. Analogamente per l'anno 2013 è prevista la destinazione di euro 635.551,47 per il finanziamento di percorsi terapeutici finalizzati al reinserimento nel territorio di provenienza dei pazienti toscani internati in OPG, che hanno maturato i requisiti sanitari e giuridici di dimissibilità. Inoltre, sempre nel 2013, è stata stanziata la somma di euro 35.000,00 per consentire la prosecuzione e facilitazione di attività nell'ambito della salute mentale con finalità di riabilitazione psicosociale delle persone internate, attraverso laboratori interni ed altre attività esterne all'OPG.

Oltre a ciò viene confermato anche per l'anno 2013 il finanziamento di euro 754.200,00, destinato al consolidamento del progetto di assistenza alla popolazione internata e

detenuta, portatrice di sofferenza mentale, con finalità terapeutiche alternative all'internamento in OPG e in Casa di Cura e Custodia.

La Tabella 3 riporta la distribuzione delle risorse a totale carico del bilancio regionale della Toscana, destinate ai percorsi di dimissione e riabilitazione psicosociale predetti.

Tabella 3 – distribuzione delle risorse del Bilancio regionale della Toscana destinate ai percorsi di dimissione e riabilitazione psicosociale delle persone internate in OPG e in CCC.

Obiettivo	Somme a carico Regione Toscana		Totale
	biennio 2011- 2012	anno 2013	
Progetti dimissibili – cura e reinserimento	€ 600.000,00	€ 635.551,47	€ 1.235.551,47
Progetti di riabilitazione psico-sociale	€ 283.032,53	€ 35.000,00	€ 318.032,53
Progetto salute mentale	€ 754.200,00	€ 754.200,00	€ 1.508.400,00
Totale	€ 1.637.232,53	€ 1.424.751,47	€ 3.061.984,00

Gli interventi specifici attuati dalla Regione Toscana, per il superamento dell'OPG, orientati ad incrementare la realizzazione di percorsi terapeutico riabilitativi, sono finalizzati al recupero ed al reinserimento sociale delle persone internate.

Azioni intraregionali

- Linee di indirizzo per il superamento dell'Ospedale Psichiatrico Giudiziario di Montelupo Fiorentino, che prevedono l'organizzazione del sistema regionale per assistenza pazienti sottoposti a misure di sicurezza e per il programma dimissioni (Delibera Giunta regionale n. 841/2011);
- Interventi di riabilitazione psico-sociale e di promozione della salute mentale, valorizzando al massimo l'apporto del territorio, nella possibilità di ri-sviluppare quelle capacità di autonomia e di autogestione, di comunicazione e di socializzazione, fondamentali per la ri-costruzione di una quotidianità (Delibera Giunta regionale n. 795/2011);
- Implementazione dell'assistenza psicologica (Delibera Giunta regionale n. 1094/2011);
- Formazione professionale - progettazione e organizzazione eventi formativi in ambito penitenziario (Delibera Giunta regionale n. 1233/2011), con particolare riferimento alla formazione sull'osservazione psichiatrica effettuata a settembre 2012 e riprogettata per il 2013;
- Attivazione gruppo di lavoro sull'Osservazione psichiatrica e sul Superamento OPG, all'interno dell'Osservatorio permanente sulla sanità penitenziaria (Delibera Giunta regionale n. 213/2012);
- Percorsi terapeutici finalizzati al reinserimento nel territorio di provenienza dei pazienti internati in Ospedale Psichiatrico Giudiziario di Montelupo F.no, residenti in Toscana ed aventi i requisiti sanitari e giuridici di dimissibili (decreti dirigenziali n. 6058/2011 e 5058/2012);
- Definizione e assegnazione di specifici "budget di cura" individualizzati per internati in condizioni di dimissibilità (decreto dirigenziale n. 1187/2012);

- Finanziamento a progetto sperimentale di salute mentale "Eracle" relativo alla riabilitazione degli internati con misure alternative al ricovero in OPG e CCC;
- Costituzione sottogruppo tecnico regionale con i Dipartimenti di salute Mentale delle Aziende USL (decreto dirigenziale n. 481/2013).

Azioni interregionali

- Coordinamento Bacino macroregionale per favorire la presa in carico e la dimissione dall'OPG di Montelupo F.no da parte delle Regioni Liguria, Umbria e Sardegna;
- Approvazione schema di accordo tra la Regione Toscana, la Regione Liguria, la Regione Sardegna e la Regione Umbria, per il superamento dell'Ospedale Psichiatrico Giudiziario di Montelupo Fiorentino (Delibera Giunta regionale n. 1097/2012 successivamente modificata con DGR 330/2013);
- Accordo con la Regione Umbria per consentire agli internati umbri; di essere accolti nelle strutture sanitarie extraospedaliere della Toscana, ai sensi dell'art.3 del DM 28.12.2012 (Delibera Giunta regionale n. 330/2013).

Azioni programmate nel corso del 2013

- Programmazione e progettazione strutture sanitarie extraospedaliere, per consentire ai pazienti ricoverati in OPG di essere accolti nelle residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza previste dall'Art. 3-ter del DL 211/2011, convertito con modificazioni, dalla legge 9/2012;
- Finanziamento percorsi terapeutici finalizzati al reinserimento nel territorio di provenienza dei pazienti internati in Ospedale Psichiatrico Giudiziario di Montelupo F.no, residenti in Toscana ed aventi i requisiti sanitari e giuridici di dimissibili;
- Sostegno e coordinamento dei Dipartimenti di salute Mentale delle Aziende USL, nei percorsi di dimissione e riabilitazione psicosociale dei pazienti internati e negli interventi di prevenzione;
- Prosecuzione Interventi di riabilitazione psico-sociale e di promozione della salute mentale, valorizzando al massimo l'apporto del territorio, nella possibilità di ri-sviluppare quelle capacità di autonomia e di autogestione, di comunicazione e di socializzazione, fondamentali per la ri-costruzione di una quotidianità;
- Attivazione e monitoraggio sezioni di osservazione e assistenza psichiatrica individuate nei circuiti penitenziari degli istituti carcerari;
- Continuazione e rafforzamento progetto sperimentale di salute mentale "Eracle" relativo alla riabilitazione degli internati con misure alternative al ricovero in OPG e CCC;
- Progetto formazione sulla gestione in equipe dei casi psichiatrici e sulle strategie d'intervento nei confronti dei pazienti a rischio, per il personale sanitario attualmente operante in OPG e per gli operatori delle future residenze psichiatriche e dei DSM.
- Predisposizione scheda di progetto per la dimissione degli internati e condivisione con i DSM delle Aziende USL della Toscana e con le Regioni di bacino macroregionale;
- Promozione Linee di indirizzo contenenti le buone pratiche sanitarie, elaborate di concerto con i DSM, che rappresentano l'agire unitario dei DSM e della Regione Toscana; tali linee di indirizzo sono legate anche al procedimento, cioè alle diverse

fasi del percorso che portano dall'ingresso in OPG alla dimissione, in particolare risulta cruciale il rapporto con la Magistratura e con i periti.

- Rapporti con la Magistratura da intrattenere su due livelli paralleli:
 - o livello locale: tra le Aziende USL e la Magistratura territorialmente competente, attraverso l'impegno essenziale dei DSM nell'attivazione dei percorsi con il Tribunale e i periti;
 - o livello regionale: momento di confronto tra livelli istituzionali diversi, mediante incontri sia con la Magistratura Ordinaria che con la Magistratura di Sorveglianza, con un fronte unitario e procedimenti condivisi, anche attraverso le linee di indirizzo, che possono indicare il procedimento comune da seguire.

a) Quadro finanziario

Il programma della Regione Toscana, per la realizzazione, ed il funzionamento "a regime" delle strutture sanitarie in oggetto, si svilupperà utilizzando le seguenti risorse:

- fondi provenienti dall'art. 3 ter, commi 6 e 7 del DL 211/2011, convertito con modificazioni, dalla legge 9/2012, ed assegnati sulla base dei criteri di ripartizione individuati in sede nazionale.

La Tabella 4 che segue riporta la distribuzione del riparto totale delle risorse previste dal finanziamento dell'art. 3-ter del DL 211/2011, convertito con modificazioni, dalla legge 9/2012, **costituito dalle somme destinate agli investimenti e dalle somme destinate alla gestione.**

Tabella 4 – Ripartizione delle quote desinate agli investimenti e al finanziamento di parte corrente degli oneri relativi al superamento dell'OPG.

Oggetto	Finalità	Regione	Esercizio 2012	Esercizio 2013	Totale
Riparto finanziamento art 3-ter, c. 6 DL 211/2011 conv. L. 9/2012	Realizzazione strutture sanitarie extraospedaliere	Toscana	€ 6.065.259,58	€ 2.940.609,30	€ 9.005.868,88
		Umbria	€ 1.348.381,83	€ 653.733,63	€ 2.002.115,46
		Totale per strutture sanitarie	€ 7.413.641,41	€ 3.594.342,93	€ 11.007.984,34
Riparto finanziamento di parte corrente art 3-ter, c. 7 DL 211/2011 conv. L. 9/2012	FSN – Somme di parte corrente (1)	Toscana (2)	€ 1.968.974,00	€ 2.849.831,00	€ 4.818.805,00
		Totale di parte corrente	€ 1.968.974,00	€ 2.849.831,00	€ 4.818.805,00
TOTALE GENERALE					€ 15.826.789,34

- (1) Nelle spese di parte corrente, indicate nella tabella di cui sopra, sono comprese le spese di funzionamento derivanti dall'attivazione delle nuove strutture nonché destinate al rafforzamento della rete complessiva dei servizi residenziali e ambulatoriali per la salute mentale (maggiori oneri per l'assunzione di personale, in deroga alla normativa vigente,

funzionamento delle strutture e dei servizi che dovranno prendere in carico gli internati provenienti dagli OPG ai fini della loro riabilitazione e reinserimento sociale).

- (2) Le risorse del finanziamento di parte corrente afferenti alla Regione Umbria saranno gestite autonomamente da tale Regione per i percorsi di reinserimento.

b) Sintesi del quadro normativo nazionale e regionale

Le azioni da realizzare trovano fondamento giuridico nella seguente normativa nonché documenti, programmi e Accordi, a valenza nazionale e regionale:

- ✓ DPCM 1.4.2008 attribuzione al Servizio Sanitario Nazionale competenze in materia di assistenza sanitaria alle persone detenute; l'allegato C parte integrante del DPCM definisce il percorso di superamento dell'OPG;
- ✓ DL 211/2011 (art. 3-ter), convertito con modificazioni dalla Legge 9/2012, stabilisce il percorso di definitiva chiusura degli OPG e le modalità di finanziamento per l'allestimento delle strutture sanitarie dedicate ad accogliere le persone sottoposte a misure di sicurezza detentiva;
- ✓ Decreto Interministeriale 1.10.2012 definisce gli ulteriori requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi delle strutture sanitarie dedicate ad accogliere le persone sottoposte a misure di sicurezza detentiva, requisiti aggiuntivi rispetto al DPR 14.1.97;
- ✓ DPR 14.01.1997 stabilisce i requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi, generici per le strutture residenziali sanitarie, per differenziati livelli di assistenza;
- ✓ Decreto Ministero della Salute del 28.12.2012 di riparto del finanziamento di cui all'art. 3-ter, comma 6, della legge 9/2012, per il superamento degli OPG;
- ✓ Accordi approvati dalla Conferenza Unificata del 20.11.2008, 26.11.2009 e 13.10.2011 per azioni relative all'applicazione del DPCM e del processo di superamento OPG;
- ✓ Piano di azioni nazionale per la salute mentale, approvato in Conferenza Unificata il 24 gennaio 2013 – Rep. Atti n. 4/CU del 24/01/2013, con Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, le Province, i Comuni e le Comunità montane ai sensi dell'articolo 9, comma 2, lettera c), del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281;
- ✓ Piano sanitario regionale 2008/2010, (sono contenute già indicazioni relative alla necessità di coinvolgimento dei Servizi territoriali per la presa in carico delle persone internate sottoposte a misura di sicurezza); tale Piano resta in vigore, ai sensi del comma 1 dell'art. 133 della L.R. 27 dicembre 2012, n. 66 che proroga piani e programmi regionali attuativi del Programma Regionale di Sviluppo (PRS) 2006-2010 fino all'entrata in vigore dei piani e programmi attuativi delle strategie di intervento e degli indirizzi per le politiche regionali individuati dal PRS 2011-2012;
- ✓ Protocolli d'intesa e collaborazione interistituzionale tra Regione Toscana e Ministero della Giustizia sottoscritti il 27/1/2010;
- ✓ Piano sanitario e sociale integrato regionale 2012-2015, di cui alla proposta di deliberazione al Consiglio Regionale, n. 38, approvata dalla Giunta regionale in data 19 dicembre 2011;
- ✓ Decreto del Presidente della Giunta Regionale 61/2010, come modificato da DPGR 10/2012, regolamento di attuazione della legge regionale 51/2009 "Norme in

materia di qualità e sicurezza delle strutture sanitarie: procedure e requisiti autorizzativi di esercizio e sistemi di accreditamento”;

- ✓ Delibera Giunta regionale Toscana n. 441 del 30.05.2011 (Linee d'intervento prioritarie in materia di sanità penitenziaria per il biennio 2011-2012);
- ✓ Delibera Giunta regionale Toscana n. 841 del 2011 (Linee di indirizzo per il superamento dell'Ospedale Psichiatrico Giudiziario di Montelupo Fiorentino);
- ✓ Delibera Giunta regionale Toscana n. 967 del 2011 relativa alla Gestione del rischio clinico in carcere;
- ✓ Delibera Giunta regionale Toscana 1235/2012 – “Azioni di riordino dei Servizi del Sistema Sanitario Regionale - Approvazione linee di indirizzo alle aziende sanitarie ed alle Aree vaste e relativo piano operativo” indica le azioni utili ad un buon funzionamento della struttura, nello specifico: il sub-obiettivo 1.4 – sviluppo strumenti per la continuità assistenziale e la presa in carico del cittadino – e il sub-obiettivo 1.5 – Indicazioni per la revisione dei percorsi assistenziali per le patologie croniche e nel processo di estensione ed ulteriore sviluppo dell'Expanded Chronic Care Model;
- ✓ Delibera Giunta regionale Toscana n. 127 del 27.02.2013 (Linee d'intervento prioritarie in materia di salute della popolazione detenuta negli Istituti penitenziari della Toscana per il biennio 2013-2014);
- ✓ Delibera Giunta regionale Toscana n. 330 del 6.05.2013 “Approvazione schema di Accordo tra Regione Toscana, Regione Liguria, Regione Sardegna e Regione Umbria, per il superamento dell'Ospedale Psichiatrico Giudiziario di Montelupo Fiorentino”.

Le stesse azioni da realizzare sono inoltre in coerenza con quanto definito nel:

- Codice Penale, Codice Procedura Penale, Legge 354/75 e DPR 230/00 (Ordinamento Penitenziario e Regolamento Esecuzione) quale normativa del settore di riferimento per le misure di sicurezza;
- Sentenze della Corte Costituzionale 253/03 e 367/04 (sanciscono la possibilità di applicare misure di sicurezza non detentive in soggetti con pericolosità sociale non elevata).

3 ANALISI SOCIO-SANITARIA E RISPONDENZA DELLA STRATEGIA AI BISOGNI INDIVIDUATI

3.1 Situazione del contesto e dei bisogni che ne conseguono

Il contesto attuale fa ad oggi riferimento alle norme del Codice Penale e del Codice di Procedura Penale (previsione di applicazione delle misure di sicurezza) nonché dall'Ordinamento Penitenziario (Legge 354/75 e DPR 230/00) che individua negli II.PP., denominati OPG, le strutture deputate alla gestione delle misure di sicurezza detentive.

Il DPCM 1.4.2008, e il più recente DL 211/2011, convertito con modificazioni, dalla Legge 9/2012, fissando scadenze allo stato attuale vincolanti e perentorie, affidano invece alle Regioni, e non più al Ministero della Giustizia, il compito di organizzare strutture a piena gestione sanitaria, in grado di offrire servizi di cura e riabilitazione per le persone con disturbi mentali, autori di reato e sottoposti ad una misura di sicurezza penale.

Con tale provvedimento è demandato ai Servizi di Salute Mentale ed ai Servizi collegati per patologie in comorbilità, il compito di curare le persone attraverso progetti Terapeutici

individuali, da realizzare in strutture extraospedaliere residenziali, a piena gestione sanitaria. Sulla scorta dei risultati dei percorsi Terapeutici di cui sopra, i Magistrati competenti valuteranno le condizioni per l'applicazione della misura di sicurezza (nel rispetto dell'attuale normativa contenuta nel Codice Penale e di Procedura Penale).

La Regione Toscana, con le delibere n.441 e n.841 del 2011, ha già individuato un **modello di intervento basato su una gradazione di livelli di assistenza** e di sicurezza, che tiene conto dei compiti propri dei servizi sanitari regionali competenti e nel rispetto dei vincoli dettati dalla natura penale della misura di sicurezza oltre che delle conseguenti prescrizioni della Magistratura. Il modello regionale prevede:

- una struttura con livello di sicurezza elevata, considerata la necessità di garantire l'esecuzione della misura di sicurezza in maniera "detentiva" (in cui l'utente ha l'obbligo di permanere nella struttura che deve avere una cornice di controllo o sorveglianza perimetrale).
- quattro strutture sanitarie extraospedaliere parzialmente protette (come sopra specificato), organizzate per Area Vasta, destinate a utenti sottoposti a misure di sicurezza ed anche a misure attenuate alternative a quella detentiva (libertà vigilata, Licenza Finale di cui all'art. 53 dell'Ordinamento Penitenziario, altre forme di misure alternative a quelle detentive). Le strutture di cui sopra offrono la possibilità di attuare fasi dei progetti terapeutici individuali che richiedono ancora prescrizioni, da parte del Magistrato competente alla misura anche in una modalità non "detentiva";
- la Rete delle strutture del territorio che, oltre alla preventiva e preliminare funzione di filtro territoriale a monte per intercettare il disagio, deve comunque accogliere gli utenti di competenza con minimali prescrizioni del Magistrato o con regime di piena autonomia e libertà, al termine del percorso penale.

La Regione Toscana, attraverso le delibere sopra citate ha finanziato, ed attuato, un programma intensivo di dimissioni dall'OPG di Montelupo che ha consentito, nell'arco di un anno ed alla data attuale, il rientro nella Rete dei Servizi di 21 dei 22 pazienti selezionati. La metodologia seguita, e condivisa con i Servizi, è basata sulla costruzione di percorsi terapeutico riabilitativi individualizzati, finalizzati alla dimissione e prevede un budget di cura per ognuno dei percorsi, parzialmente cofinanziato fra Regione Toscana e Aziende USL. L'analisi delle dimissioni attuate ha evidenziato un costo medio annuo per ogni progetto di dimissione di € 57.400,00.

L'analisi delle presenze di pazienti psichiatrici autori di reato, ai quali è stata applicata una misura di sicurezza prevista dal Codice Penale agli articoli 222 e 219, sia definitiva che provvisoria, residenti in Toscana e internati negli OPG, evidenzia un dato numerico quantitativo progressivamente decrescente negli ultimi 4-5 anni. Dalle 65 presenze complessive del 2008 (59 a Montelupo + 6 in altri OPG), attualmente risultano presenti 41 pazienti; dai dati rilevati al 7 maggio 2013, relativamente ai pazienti toscani, risultano presenti in misura di sicurezza detentiva (MSD) a Montelupo Fiorentino e altri OPG, n. 41 uomini. In particolare attualmente in OPG di Montelupo F.no sono presenti 39 uomini, altri 2 toscani sono presenti nell'OPG dell'Emilia Romagna. Anche le donne (mediamente fino da 3 a 5 presso l'OPG di Castiglione delle Stiviere e la CCC di Sollicciano), dovranno poter essere accolte nelle strutture sanitarie in questione.

Il numero di pazienti residenti in Toscana, attualmente presenti in OPG (41 persone) costituisce il **numero minimo** dei pazienti psichiatrici in misura di sicurezza detentiva per i quali, sulla base della loro situazione giuridica (persone soggette alle misure di sicurezza e

ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario ex art 222 c.p. e all'assegnazione a casa di cura e custodia ex art. 219 c.p.) è previsto il ricovero nelle strutture sanitarie di cui al comma 2 dell'art. 3 ter della Legge 9/2012. Sono inoltre presenti pazienti (cui sono applicate misure di sicurezza non detentiva) nelle strutture già esistenti di II livello n. 16 unità e n. 8 (solo LFE) nelle altre strutture sanitarie territoriali.

La valutazione di tale dimensione deriva dalla verifica del numero dei pazienti internati toscani – attualmente presenti in OPG – soggetti alle suddette misure di sicurezza, che richiedono necessariamente un periodo determinato di permanenza in tali strutture; a questi si aggiungono i pazienti internati umbri, per i quali la Regione Toscana ha accordato alla Regione Umbria, con delibera n. 330 del 6 maggio 2013, la possibilità di essere accolti (per un massimo di 7 unità) nelle strutture sanitarie della Toscana, secondo quanto previsto dall'art. 3 del DM 28.12.2012.

Tabella 5 – Quadro complessivo dei pazienti delle Regioni Toscana e Umbria
(presenze al 7.05.2013)

pazienti toscani presenti in OPG, con MSD (Misure di sicurezza detentiva)	OPG Montelupo F.no	39
	OPG altri (E.Romagna)	2
	totale	41
pazienti toscani presenti in strutture sanitarie, con MS non D (Misure di sicurezza non detentiva)	strutture sanitarie intermedie	16
	strutture sanitarie territoriali	8
	totale	24
TOTALE Toscana		65

pazienti umbri presenti in OPG, con MSD (Misure di sicurezza detentiva)	OPG Montelupo F.no	5
	OPG altri	2
	Totale Umbria	7

TOTALE GENERALE Toscana e Umbria	72
----------------------------------	----

Considerando il turn-over, cioè i nuovi ingressi che si verificano continuamente e le uscite per dimissioni calcolate nei periodi di riferimento delle misure di sicurezza determinate e imposte dal sistema della Giustizia e conseguentemente stimato il numero di posti che devono essere tenuti a disposizione nelle strutture sanitarie, è stata valutata la necessità di realizzare n. 1 struttura sanitaria composta da due moduli con protezione perimetrale da 14 posti ciascuno, di cui uno dotato di 4 posti aggiuntivi per il trattamento delle acuzie (per un totale di 28 posti effettivi + 4 tecnici) e di allestire quattro strutture sanitarie

extraospedaliere parzialmente protette da 8 a 12 posti ciascuna (per un totale di 40 posti), con livelli di controllo e di assistenza differenziati.

Contestualmente all'azione di allestimento delle strutture per il superamento dell'OPG, l'obiettivo della Regione è quello di costruire un modello di **continuità di assistenza, con il coinvolgimento della rete dei presidi territoriali dei Servizi per la Salute Mentale** in grado di gestire il percorso assistenziale e terapeutico che i pazienti sottoposti a misura di sicurezza dovranno seguire per raggiungere un adeguato grado di compenso clinico, di autonomia e di recupero sociale.

3.2 Popolazione servita

La popolazione servita è la popolazione residente in Toscana, pari a 3.672.202 abitanti e la popolazione residente in Umbria, pari a 884.268 abitanti (dati popolazione censimento ISTAT al 31.12.2011).

Tabella 6 – Quadro complessivo della popolazione residente
(dati ISTAT al 31.12.2011)

Regione	n° residenti per Area Vasta	n° totale abitanti per Regione
Toscana		3.672.202
<i>di cui:</i>		
Area Vasta Nord Ovest	1.268.697	
Area Vasta Centro	1.572.644	
Area Vasta Sud Est	830.861	
Umbria		884.268
Totale popolazione		4.556.470

3.3 Offerta ante operam

Allo stato attuale, qualora il Magistrato disponesse la misura di sicurezza del ricovero in OPG o in CCC, avendo escluso altre alternative, l'unica possibilità per l'accoglienza ed il trattamento di tali persone è rappresentata dall'Il.PP. OPG di Montelupo Fiorentino che accoglie al 7.05.2013, n. 93 internati provenienti da più regioni; di essi 82 provengono dal territorio delle Regioni che fanno parte del Bacino dell'OPG di Montelupo F.no (Toscana, Liguria, Sardegna, Umbria) e gli altri in misura minimale dalle altre Regioni, più una quota di stranieri o con domicilio provvisorio nel territorio regionale.

Tabella 7 - OPG di Montelupo Fiorentino: presenze al 7.05.2013

Regioni di provenienza	pazienti internati n.	detenuti in osservaz. n.	detenuti assegnati per lavori n.	Totale n.
Toscana	39			39
Liguria	18	1		19
Sardegna	20			20
Umbria	5			5
Totale Bacino	82			82
altre Regioni	11		3	14
senza fissa dimora		2		2
Totale generale	93	3	3	99

La Rete dei Servizi territoriali per la Salute Mentale, con le strutture di tipo residenziale, non rappresenta, come descritto nel precedente paragrafo, una possibilità di offerta posti per l'accoglienza degli utenti con misure di sicurezza "detentive" poiché esse non sono adeguate ai criteri specifici, aggiuntivi rispetto al DPR 14.01.97, indicati nel Decreto del Ministero della Salute di cui al comma 2 dell'art. 3 ter, del DL 211/2011, convertito con modificazioni, dalla Legge 09/2012.

Allo stato attuale sono inoltre funzionanti n. 2 strutture intermedie (la Struttura Residenziale Psichiatrica "Le Querce" a Firenze e la Struttura Residenziale "Tiziano" situata ad Aulla - MS) con un flusso ed un tour-over limitato e comunque insufficiente per le necessità regionali. Tali posti letto sono attualmente utilizzati anche per i pazienti sottoposti a misure di sicurezza ma nella fase post misura "detentiva" con regime di libertà vigilata o Licenza Finale Esperimento concessa dal Magistrato di Sorveglianza.

I Servizi territoriali per la Salute Mentale nella Regione Toscana possono inoltre contare su 183 strutture per un totale posti letto n. 897. Di tali posti letto n. 458 sono collocati in strutture terapeutico-riabilitative per acuti e sub-acuti, n. 249 posti letto in Strutture socio-riabilitative ad alta intensità assistenziale, n. 190 posti letto in Strutture socio-riabilitative a bassa intensità assistenziale.

Tali strutture, con relativi posti letto, possono essere utilizzati solo per i pazienti che hanno terminato la misura di sicurezza o con prescrizioni da parte del Magistrato.

3.4 Strategia adottata rispetto ai bisogni identificati

- ❖ **Monitorare e raccogliere dati** relativi al bisogno, sia in base alle attuali presenze in OPG sia con riferimento a tutte le misure di sicurezza, nei casi in cui il Magistrato abbia disposto in alternativa all'invio in OPG un affidamento diretto e una presa in carico da parte dei Servizi. La raccolta dei dati a livello regionale consente di aver un quadro più completo circa la necessità di strutture e servizi, con riferimento sia alla fase residenziale, detentiva – quale prevista dal DPCM e dal DL 211/2011, convertito con modificazioni, dalla Legge 9/12 – sia per l'intero percorso nella rete dei Servizi.
- ❖ **Coinvolgere i Servizi Territoriali Psichiatrici** nella puntuale definizione dei percorsi di presa in carico dei pazienti di propria competenza territoriale, attraverso progetti individuali di cura ed inclusione sociale. Tale modalità operativa riguarderà sia i pazienti già dimissibili per i quali è possibile attivarsi tempestivamente, sia i pazienti in misura di sicurezza, per i quali si dovrà tenere dovutamente conto della necessaria tempistica.
- ❖ Consentire **la realizzazione nel territorio della Regione Toscana delle strutture sanitarie** necessarie ad accogliere i pazienti presenti in OPG e adattare le strutture disponibili esistenti mediante interventi di adeguamento ai requisiti previsti nel Decreto del Ministero della Salute 1.10.2012. Nei limiti del possibile, la localizzazione delle strutture sarà funzionale al rispetto del criterio di provenienza territoriale del paziente, in maniera da rendere agevoli i contatti degli utenti con i familiari e degli operatori delle strutture con i Servizi territoriali. La possibilità di far riferimento a strutture già esistenti rappresenta una soluzione ottimale per garantire la sostenibilità economica degli investimenti e ridurre i tempi necessari per la messa a norma delle strutture, soprattutto in presenza di buone prassi e ottimi risultati terapeutici e assistenziali già raggiunti da parte delle stesse.
- ❖ Favorire la **stesura di Linee Guida per la progettazione di ambienti sanitari umanizzati**, quale strumento utile per orientare la definizione di soluzioni progettuali mirate ad incrementare il livello di umanizzazione delle strutture sanitarie extraospedaliere previste al comma 2 dell'art. 3-ter del DL 211/2011, convertito con modificazioni, dalla legge 9/2012, che rispondano, anche da un punto di vista psico-sensoriale, ai bisogni dell'utenza (pazienti, familiari, personale sanitario).
- ❖ Definire, attraverso il coinvolgimento e la **condivisione tra tutti i DSM della Regione, Linee Guida per la costruzione e l'attuazione di percorsi di presa in carico** precoce delle persone con patologie psichiche, utenti o meno già noti o in carico, in collaborazione con i Servizi sanitari delle patologie correlate o concomitanti (Farmacodipendenze, Disabilità motorie e/o psichiche) che saranno attivati nel funzionamento delle strutture.
- ❖ Stabilire **protocolli o accordi con la Magistratura** per rendere nota l'organizzazione regionale dell'offerta di posti letto, dei criteri di accesso, delle modalità di utilizzo nelle strutture allestite e dei percorsi terapeutico-riabilitativi attuabili per una presa in carico degli utenti sottoposti a misure di sicurezza.

3.5 Obiettivi del programma

- Costruire un **sistema regionale di governo degli interventi** per utenti sottoposti a misura di sicurezza che, in collaborazione con il sistema giudiziario, sia in grado di fornire in ogni fase del percorso, soluzioni e risposte alla necessità di ricovero in strutture residenziali.
- Monitorare e governare i meccanismi che sono alla base del ricorso alle misure di sicurezza attraverso un **precoce coinvolgimento dei Servizi territoriali** in grado di predisporre percorsi diagnostico-terapeutici, assistenziali e di presa in carico.
- **Ridurre**, attraverso l'utilizzo della rete delle strutture e dei Servizi di Salute Mentale, ove possibile sulla base delle condizioni cliniche degli utenti e delle prescrizioni del Magistrato, **il ricorso a misure detentive** (in applicazione delle sentenze della C.C. 253/03 o 367/04).

In base ai predetti obiettivi, supportati da dati epidemiologici e numerici rispetto alle presenze attuali, è stata valutata la necessità per la Regione Toscana, di dotarsi di una struttura sanitaria con protezione perimetrale e di quattro strutture sanitarie extraospedaliere parzialmente protette destinate ad accogliere persone cui sono applicate le misure di sicurezza del ricovero previste dal comma 2 dell'art. 3-ter del DL 211/2011, convertito con modificazioni, dalla legge 9/2012, e persone in misura alternativa alla detenzione.

Attualmente sono disponibili 8 posti nella struttura Le Querce di Firenze, dedicata ai pazienti dell'Area Vasta Centro (Az. USL 3, 4, 10 e 11), circa 10 posti nella struttura Residenziale Tiziano di Aulla (MS), che accoglie pazienti dell'Area Vasta Nord Ovest (Az. USL 1, 2, 5, 6 e 12). Risulta da attivare 1 struttura nell'Area Vasta Sud Est (Az. USL 7, 8 e 9) e 1 struttura ulteriore nell'Area Vasta Centro stante la densità di popolazione di detta area nonché la provenienza degli attuali pazienti in OPG (circa 50%) da tale territorio.

Tabella 8 – Costi stimati per le strutture sanitarie destinate ad accogliere le persone in attuazione dell'art.3-ter della legge 9/2012

Oggetto del finanziamento	Localizzazione	Strutture	Posti letto	importo	
				unitario	complessivo
Residenza sanitaria extraospedaliera con sorveglianza intensiva - di cui al comma 2 dell'art. 3 ter DL 211/2011 conv. Legge 9/2012 e D.I. 01.10.2012	Az. USL 11 - Empoli	REMS-D "La Badia" struttura sanitaria presso complesso "La Badia" in Loc. Catena del Comune di San Miniato (PI), composta da 2 moduli differenziati per intensità di cura, che consente di accogliere per un periodo transitorio, pazienti psichiatrici cui sono applicate le misure di sicurezza detentive	14 +14 (+ 4 per acuzie)	€ 7.755.000,00	
		Totale residenza sanitaria REMS-D "La Badia"	32		
Residenze sanitarie intermedie extraospedaliere parzialmente protette di cui all'art.3-ter DL 211/2011 conv. legge 9/2012	Area Vasta Centro	Residenza sanitaria intermedia "Le Querce", collocata a Firenze in San Pietro a Sollicciano	8	€ 400.000,00	
		Residenza sanitaria intermedia "AVCentro", situata in Lastra a Signa (FI)	10	€ 1.316.175,97	
	Area Vasta Nord-Ovest	Residenza sanitaria intermedia "Tiziano" situata in Aulla (MS)	10	€ 800.000,00	
	Area Vasta Sud-Est	Residenza sanitaria intermedia "AVSudEst" situata in Bibbiena (AR)	12	€ 1.316.175,97	
		Totale residenze sanitarie intermedie	40		€ 3.832.351,94
TOTALE			72		€ 11.587.351,94

Si segnala la REMS-D "La Badia", costituita da due moduli differenziati da 14 posti letto, di cui uno con 4 posti aggiuntivi per il trattamento delle acuzie, per un totale di 32 posti letto (28 effettivi + 4 tecnici), è destinata ad accogliere un numero massimo di 28 persone che richiedono un livello di intensità di cura e di contestuale sorveglianza con parametri di presenza del personale terapeutico assistenziale più elevato e cornice perimetrale di maggior controllo.

4 SOSTENIBILITA' DEGLI INTERVENTI

Nella nostra società il vissuto correlato alla presenza di soggetti con infermità di mente e autori di reato è percepita in maniera molto forte, sia per la condizione e la terminologia di pericolo sociale associata alla misura di sicurezza, sia per la consapevolezza che la condizione di malattia richiede la necessità di intervento di cura per un eventuale recupero.

La dimensione di controllo detentivo, finora attuata nelle strutture dell'Amministrazione Penitenziaria, se da un lato sembra assicurare il contesto sociale dal pericolo di fuga e di eventuale reiterazione dei reati, si è dimostrata in parte **inefficace**, e fonte di continua critica e denuncia, anche attraverso i recenti interventi degli organi parlamentari e di controllo europei (CPT- Comitato europeo per la prevenzione della tortura e delle pene o trattamenti inumani o degradanti), per la scarsa qualità di vita e per l'insufficiente possibilità di intervento da parte del Servizio Sanitario nei confronti delle persone sottoposte a trattamento.

In questo contesto di partenza, un intervento che tende a modificare l'organizzazione delle strutture, che diventeranno a totale gestione sanitaria, e individuarne la localizzazione, avrà un impatto non indifferente sulla percezione di rischio da parte dello stesso personale, che presterà servizio in tali strutture nonché delle comunità locali. Sarà pertanto necessario prestare particolare attenzione ed intervenire con **attività di sensibilizzazione, comunicazione e valorizzazione del programma attivato, sia nei confronti della popolazione residente che degli stessi operatori sanitari.**

Tale aspetto è significativo ma per la sua delicatezza e complessità, mostra chiaramente il **valore aggiunto del programma della Regione Toscana, il cui obiettivo principale non è solo e soltanto l'applicazione di una normativa nazionale, ma piuttosto il proseguimento nell'impegno concreto di un reale superamento dell'OPG, in continuità con le strategie perseguite e condivise con le comunità locali già dopo la Riforma Psichiatrica del 1978 (Legge 180/78 e Legge 833/78).**

4.1 Sostenibilità economica e finanziaria

La verifica della sostenibilità economico – finanziaria del Programma si basa sulla ricerca di relazioni di congruenza tra la previsione di copertura degli oneri, come espressamente disposto all'art.3-ter, comma 6 del DL 211/2011, convertito con modificazioni, dalla legge 9/2012, e gli interventi inseriti nel Programma.

Per la valutazione di sostenibilità economico - finanziaria necessaria per la realizzazione degli interventi previsti, oltre alla quota statale è stata considerata la disponibilità di risorse da Bilancio regionale di Previsione per l'anno finanziario 2013 e Bilancio Pluriennale 2013 – 2015, approvato con L.R. 27 dicembre 2012 n. 78 e dei bilanci pluriennali di previsione presentati dalle Aziende sanitarie.

4.2 Sostenibilità amministrativa e gestionale

La verifica della sostenibilità amministrativa è stata effettuata in relazione alle procedure tecnico-amministrative necessarie all'ottenimento delle autorizzazioni per la "cantierabilità" degli interventi.

La sostenibilità gestionale del Programma è stata verificata con particolare riferimento agli interventi che prevedono :

- la realizzazione di una struttura sanitaria con protezione perimetrale per pazienti psichiatrici cui sono applicate le misure di sicurezza detentive e di quattro strutture sanitarie extraospedaliere a livello di Area Vasta parzialmente protette destinate ad accogliere le persone cui sono applicate misure di sicurezza o misure alternative alla detenzione;
- l'implementazione dell'offerta sanitaria in tali strutture;
- il pieno utilizzo delle strutture esistenti a gestione DSM sia per prevenire gli invii in OPG che in alternativa allo stesso per i soggetti già internati.

Con gli elementi di contesto sopraelencati, la sostenibilità gestionale si correla fortemente alle politiche di sviluppo delle risorse umane per garantire una corretta programmazione delle risorse destinate sia alla gestione dell'offerta sanitaria post operam che alla conduzione delle strutture sanitarie programmate.

4.3 Sostenibilità di risorse umane

La sostenibilità del Programma in termini di risorse umane trova il suo fondamento nella logica di una razionale programmazione delle assunzioni/sostituzioni/turn-over accompagnata da percorsi formativi per riqualificare il personale.

La verifica di sostenibilità di risorse umane è fondata anche sulla disponibilità del personale qualificato attualmente occupato nel presidio sanitario penitenziario dell'OPG di Montelupo F.no, che potrà essere impiegato nelle nuove strutture previste dal presente programma, integrato con la previsione di copertura degli oneri, come espressamente disposto dall'art. 3-ter comma 5 del DL 211/2011, convertito con modificazioni, dalla legge 9/2012.

4.4 Sostenibilità ambientale

L'insieme degli interventi di questo Programma si inserisce in un contesto che vede la sostenibilità ambientale quale elemento importante per la programmazione delle politiche per la salute.

Il Piano Sanitario Regionale ha stabilito gli indirizzi e gli obiettivi per le Aziende sanitarie in materia di sostenibilità ambientale ed uso razionale dell'energia.

Date queste premesse, la sostenibilità ambientale degli interventi inseriti nel Programma, da un punto di vista più strettamente tecnico, prende a riferimento la normativa nazionale e regionale in materia di tutela ambientale ed uso razionale dell'energia.

Gli obiettivi di sostenibilità ambientale di questo Programma possono essere riassunti nel modo seguente:

- preferenza all'uso di **materiali ecocompatibili** per la realizzazione degli interventi. Allo scopo la Regione fornirà indicazioni alle Aziende sanitarie affinché nelle procedure di aggiudicazione dei lavori siano inseriti, come criteri di valutazione dell'offerta stessa (metodo dell'offerta economicamente più vantaggiosa), elementi relativi all'uso di materiali ecocompatibili o che questi elementi siano direttamente inseriti nel capitolato speciale di appalto (metodo del massimo ribasso);
- **riduzione della quantità dei rifiuti pericolosi** prodotti con la realizzazione dei nuovi

interventi migliorandone nel contempo la gestione;

- contestualizzazione dei singoli interventi nel piano della mobilità aziendale allo scopo del contenimento dell'impatto ambientale;
- applicazione di requisiti minimi di prestazione energetica degli edifici e degli impianti energetici in essi installati.

5. SISTEMA DI INDICATORI

Il monitoraggio dell'attuazione del Programma sarà effettuato sia secondo le regole previste dal **Ministero della Salute nell'ambito dei programmi di investimento, attraverso l'utilizzo dell'applicativo "Osservatorio"** (o della Scheda trasmessa con la circolare 18224-P-20/7/2012 del Ministero della Salute) previsto dall'Accordo sulle procedure del febbraio 2008, sia attraverso un sistema di monitoraggio regionale che consentirà di gestire l'attuazione delle varie fasi del procedimento di ciascun intervento attraverso report periodici (mensili o trimestrali) di tipo finanziario (avanzamento della spesa) e di tipo tecnico (modalità di attuazione).

Con riferimento a **tempi e costi** relativi alla realizzazione e all'allestimento delle strutture sono individuati i seguenti indicatori di programma:

- costo unitario previsto: rapporto tra costo totale di realizzazione stimato a progetto e superficie utile lorda (€/mq);
- costo unitario effettivo: rapporto tra costo totale di realizzazione effettivamente sostenuto (determinabile alla fine dell'intervento previa rendicontazione) e superficie utile lorda (€/mq);
- costo a posto letto previsto: rapporto tra costo totale di realizzazione stimato a progetto e il numero dei posti letto;
- costo a posto letto effettivo: rapporto tra costo totale di realizzazione effettivamente sostenuto (determinabile alla fine dell'intervento previa rendicontazione) e il numero dei posti letto;
- scostamento percentuale del tempo di realizzazione previsto = $100 \left(\frac{\text{tempo di realizzazione effettivo} - \text{tempo di realizzazione previsto}}{\text{tempo di realizzazione previsto}} \right)$

A livello regionale, Regione Toscana utilizza da anni il sistema di **valutazione delle performance sanitarie** messo a punto dal Laboratorio Management e Sanità della **Scuola Superiore S. Anna di Pisa**, che coerentemente sarà utilizzato, per verificare la corretta realizzazione del programma e dei risultati attesi. Ciò consentirà al termine del programma di misurare:

- l'appropriatezza e la continuità di cura dei percorsi assistenziali, quale risultato strategico in linea con gli orientamenti del piano sanitario regionale;
- la qualità clinica e sanitaria dei servizi erogati;
- la soddisfazione per il livello di qualità dei servizi ricevuti;
- la capacità di mantenere condizioni di equilibrio economico-finanziario nella gestione delle strutture e del sistema.

Saranno quindi messi a punto puntuali indicatori di efficienza e di efficacia che permetteranno di valutare il sistema allo scopo di **innalzare progressivamente la qualità delle prestazioni** e rappresenteranno contestualmente un utile **strumento di benchmarking con le altre Regioni**.

Un Gruppo Regionale di Gestione del Programma, coordinato dal dirigente regionale responsabile, avrà il compito di agevolare, monitorare e rendere interattivo con le Aziende Sanitarie quanto sopra previsto anche alla luce dell'Accordo del 13.10.2011.

La realizzazione delle opere inerenti le strutture sanitarie di cui al presente programma, sarà effettuata nel pieno rispetto della normativa regionale, nazionale e comunitaria vigente.

6. SISTEMI DI MONITORAGGIO DEL PROGRAMMA

- Definizione dei Costi Unitari di realizzazione delle singole strutture, dei costi di funzionamento a regime, del Costo Complessivo del programma e del sistema di assistenza.
- Rispetto dei parametri di costo benefici e di utilizzo delle risorse messe a disposizione attraverso:
 - analisi costi/benefici,
 - entità dei benefici,
 - tempi e qualità degli obiettivi
- Rispetto della tempistica prevista dalla normativa nazionale, fatto salve le eventuali proroghe o modifiche, individuando
 - tempi
 - luoghi.

7. INTERVENTI PROGETTUALI

La descrizione dei singoli interventi progettuali relativi alla realizzazione delle seguenti strutture è riportata negli allegati A e B:

Allegato A

Residenza con sorveglianza intensiva, costituita da 1 struttura sanitaria con vigilanza perimetrale costante (nell'ambito di appositi accordi con la Prefettura), definita Residenza per Esecuzione Misure di Sicurezza Detentive (REMS-D), destinata ad accogliere le persone cui sono applicate le misure di sicurezza del ricovero previste al comma 2 dell'art. 3-ter del DL 211/2011, convertito con modificazioni, dalla legge 9/2012

Ubicazione:

1. "La Badia" - Comune di San Miniato (Pi) – Azienda USL 11 di Empoli

Allegato B

Residenze intermedie, composte da 4 strutture sanitarie extraospedaliere parzialmente protette destinate ad accogliere le persone cui sono applicate misure di sicurezza non detentive (libertà vigilata) o misure cui sia applicata Licenza Finale Esperimento

Ubicazione:

1. "Le Querce" - Comune di Firenze (FI) – Azienda USL 10 di Firenze
2. "AVSudEst" - Comune di Bibbiena (AR) – Azienda USL 8 di Arezzo
3. "Tiziano" - Comune di Aulla (MS) – Azienda USL 1 di Massa e Carrara
4. "AVCentro - Comune di Lastra a Signa - Azienda USL 10 di Firenze

Appendice

Tablelle di sintesi

Realizzazione di una residenza con sorveglianza intensiva, costituita da 1 struttura sanitaria con vigilanza perimetrale costante, definita Residenza per Esecuzione Misure di Sicurezza Detentive (REMS-D), destinata ad accogliere le persone cui sono applicate le misure di sicurezza del ricovero previste al comma 2 dell'art. 3-ter del DL 211/2011, convertito con modificazioni, dalla legge 9/2012.

1. PREMESSA

Tale struttura composta da **due moduli differenziati da 14 posti letto**, di cui uno con 4 posti aggiuntivi per il trattamento delle acuzie, per un totale di 32 posti letto (28 effettivi + 4 tecnici), è destinata ad accogliere un **numero massimo di 28 persone** che richiedono un livello di intensità di cura e di contestuale sorveglianza con parametri di presenza del personale terapeutico assistenziale più elevato e cornice perimetrale di maggior controllo.

L'edificio sarà realizzato ad un solo piano fuori terra, in un contesto urbano periferico, su un'area di proprietà dell'Azienda Sanitaria n. 11 di Empoli, con un'estensione complessiva di circa 2 ettari e mezzo. Il complesso previsto sarà costituito da una struttura principale di **circa 2.170 m²** complessivi e da due edifici accessori di 200 m² complessivi; sono previste misure di protezione dell'area quali: adeguata recinzione, **sistemi di rilevamento di intrusione in aree interdette e videosorveglianza**.

Il complesso residenziale verrà allestito nel rispetto del DPR 14.01.1997, del DPGR 61/R del 24.12.2010 e del recente D.l. 01.10.2012, **nonché sulla base di standard ulteriori** derivati dall'esperienza degli operatori e di riferimenti della letteratura internazionale. Sono state previste le condizioni per la realizzazione di percorsi di cura, gestiti esclusivamente da personale sanitario, in nuclei abitativi residenziali e con spazi di movimento ed autonomia nella vita quotidiana, all'interno di una cornice di controllo perimetrale, attribuita ed eseguita dagli organi di sicurezza competenti. Ciò consente di restituire alle persone sottoposte a misura di sicurezza, perché inferme di mente, il diritto ad un trattamento sanitario equiparato a quello erogato agli altri cittadini ed utenti non sottoposti a misure penali, nel rispetto dell'art. 32 della Costituzione.

1.1 La durata del ricovero è transitoria

La permanenza dei pazienti psichiatrici, nella struttura residenziale per misure detentive, è transitoria, in quanto deve essere **limitata al periodo necessario per l'esecuzione delle funzioni terapeutico-riabilitative e socio riabilitative** in favore delle persone affette da disturbi mentali, autori di fatti che costituiscono reato, a cui viene applicata dalla Magistratura la misura di sicurezza detentiva del ricovero in OPG e dell'assegnazione in CCC.

Deve essere favorito, con la condivisione e la partecipazione attiva dei Servizi e della Rete dell'Associazionismo nel campo della Salute Mentale, il **più precoce inserimento nelle strutture intermedie di cui all'allegato B e nella rete dei Servizi** del territorio di residenza, in accordo con le valutazioni della Magistratura competente.

1.2. L'ubicazione della struttura

L'area identificata per tale struttura, all'interno del complesso "La Badia" in San Miniato (PI), Via Tosco Romagnola, località La Catena, è quella del territorio empoiese, nel quale la comunità è già sensibilizzata e organizzata per accogliere tale tipologia di pazienti e sono disponibili le professionalità adeguate con riferimento al personale sanitario che opera attualmente in OPG. In proposito l'Azienda USL 11 ha presentato adeguata progettazione.

2. OBIETTIVI E TEMPI

2.1. Gli obiettivi generali ed i risultati attesi sul breve, medio e lungo periodo

L'obiettivo generale del progetto è la costituzione nel territorio regionale di una struttura che garantisca un sistema di trattamento delle persone sottoposte a misura di sicurezza detentiva pienamente e totalmente compreso all'interno della Rete dei Servizi Pubblici di Salute Mentale.

I risultati attesi determineranno fin dall'immediato un miglioramento delle condizioni di vita delle persone sottoposte a misura di sicurezza detentiva ed una diminuzione del tempo di durata di tali misure, riducendo, fino ad eliminarlo, il fenomeno delle proroghe.

Nel medio e lungo periodo, il miglioramento delle condizioni di vita delle persone in misura di sicurezza, e la realizzazione di Percorsi Diagnostico Terapeutici e di Riabilitazione che tali strutture potranno assicurare, potranno condurre ad una **diminuzione complessiva del tempo trascorso in misura di sicurezza detentiva** e ad un più celere passaggio alla rete delle strutture terapeutico-riabilitative previste all'interno dei Servizi territoriali.

2.2. L'ordine di priorità degli interventi, dei servizi da erogare e delle attività comunque rilevanti

- 1) La priorità principale degli interventi da realizzare è il rispetto dei termini di chiusura dell'OPG di Montelupo Fiorentino. Tale obiettivo intende, come già specificato, restituire alle persone sottoposte a misura di sicurezza detentiva il diritto a ricevere cure adeguate.

Dovranno in tal senso essere assicurati i Servizi di Cura e di Assistenza alle persone sottoposte a misura di sicurezza detentiva ed affidate al Servizio Sanitario.

Nell'ipotesi che le scadenze previste dalla normativa non coincidano con la tempistica occorrente alla realizzazione del progetto, dovranno essere individuate ipotesi intermedie, in accordo con gli altri soggetti interessati (Regione, Ministero Giustizia, Magistratura) che diano sufficienti garanzie di trattamento delle persone al di fuori della attuale struttura, ritenuta inadeguata e fuori norma.

- 2) Ulteriore priorità è rappresentata dalla necessità di attuare interventi di **formazione degli operatori** che saranno destinati a lavorare in tale struttura. L'Azienda USL 11 può giovare di personale che ha acquisito esperienza e competenze nel tema del trattamento delle persone con infermità psichica autori

di reato. In ogni caso il D.M. del 1.10.2012 prevede che: "Le Regioni adottano un piano di formazione del personale delle strutture sanitarie residenziali oggetto del presente documento, mirato ad acquisire e a mantenere competenze cliniche, medico legali e giuridiche, con particolare attenzione ai rapporti con la Magistratura di sorveglianza, specifiche per la gestione dei soggetti affetti da disturbo mentale autori di reato". Sarà pertanto necessario organizzare a livello regionale e con il supporto del personale dell'azienda USL 11, interventi formativi estesi agli operatori di tutte le altre Aziende sanitarie che avranno il compito di garantire la continuità di cura sia prima che dopo il periodo di ricovero in tale struttura.

- 3) Priorità strettamente connessa a quella sopra descritta è rappresentata dalla necessità di organizzare un adeguato sistema, a supporto e potenziamento degli interventi di cura delle persone, centrato **sull'integrazione nel territorio e con i Servizi di Salute Mentale della Regione Toscana**, che rappresentano in ogni caso il **soggetto titolare della cura**, sia prima dell'invio nella struttura che all'atto della dimissione, al fine di garantire efficacia degli interventi e continuità terapeutica.

Nell'OPG di Montelupo sono presenti, alla data del 7 maggio 2013, n. 99 pazienti dei quali 83 fanno parte del bacino delle Regioni associate all'OPG, come prevede l'Accordo di Conferenza Unificata del 2009. Ai 39 Toscani vanno aggiunti infatti 19 pazienti afferenti alla Regione Liguria, 20 alla Regione Sardegna e 5 alla Regione Umbria. La chiusura dell'OPG deve realizzarsi in maniera coordinata tra le 4 Regioni ed il Ministero della Giustizia **che dovrà** far rientrare in altre sedi i pazienti provenienti da altre Regioni.

Il Tavolo di Coordinamento tra le 4 Regioni, previsto dalla DGR 330/2013, procede a **definire le azioni congiunte per realizzare in ogni Regione le strutture previste.**

2.3. Le scadenze temporali del progetto: cronoprogramma

CRONOPROGRAMMA		mesi*																														
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	
progetto	progetto definitivo	■	■	■	■	■																										
	progetto esecutivo						■	■	■	■	■	■																				
	acquisizione permessi					■	■	■	■	■	■	■																				
	svolgimento gara											■	■	■	■																	
struttura	preparazione area																■															
	opere di fondazione																	■	■													
	opere in elevazione																		■	■	■	■	■	■	■	■	■	■				
	opere di copertura																				■	■										
	impianti																					■	■	■	■	■	■	■	■			
	finiture																										■	■	■	■		
	infissi																											■	■	■		
	sistemazioni esterne																												■	■	■	
	arredamento attrezzature																														■	■
	struttura pronta per apertura																															X

*dall'ammissibilità a finanziamento

3. L'INTERVENTO

3.1. QUADRO CONOSCITIVO

3.1.1. Breve descrizione dell'intervento

L'intervento consiste nell'edificazione di una nuova struttura ad un solo piano fuori terra, in un contesto urbano periferico, su una area di proprietà dell'Azienda Sanitaria con un'estensione complessiva di circa 2 ettari e mezzo; il presidio è costituito da una struttura principale con circa 2.170 m² di SUL e da due edifici accessori di 200 m² complessivi di SUL per la centrale tecnologica e i locali adibiti alla gestione giuridico/amministrativa di pertinenza dell'amministrazione penitenziaria; sono previste misure di protezione dell'area quali: adeguata recinzione e videosorveglianza.

3.1.2. Rapporti instaurati sul territorio con altri soggetti pubblici o privati (sinergie)

All'interno del complesso "La Badia" in San Miniato, Via Tosco Romagnola, località La Catena, nel contesto di un complesso edilizio già adibito a fattoria, è presente un edificio denominato "La Tabaccaia" in avanzato stato di degrado, la cui demolizione permette di liberare un'area interamente pianeggiante che, per localizzazione, tipologia e dimensioni, risponde alle necessità del progetto descritto nei punti precedenti.

L'individuazione di tale area come sede di una residenza sanitaria per pazienti psichiatriche in misura di sicurezza detentiva si basa sui seguenti elementi di forza:

- a) l'area è già di proprietà dell'Azienda USL 11 e pertanto l'acquisizione non peserà sul costo del progetto globale;
- b) è collocata in un **contesto urbano e sociale** caratterizzato da una sostenibile densità abitativa ma idoneo ad esercitare livelli di attenzione e sensibilità verso le fasce deboli;
- c) è servita da un'efficiente **viabilità** maggiore, essendo prossima all'uscita della Strada di Grande Comunicazione FI-PI-LI e dalla stazione ferroviaria di San Miniato – Fucecchio;
- d) il fabbricato, da costruire secondo le indicazioni del D.M. 1.10.12, ospiterà **due moduli differenziati, da 14 unità ciascuno, consentendo la creazione di un percorso interno basato su differenti livelli di intensità di cura**; inoltre all'interno del modulo a più alta intensità di cura saranno resi disponibili 4 posti riservati al trattamento più intensivo e prolungato delle crisi, senza aumentare il numero dei 14 pazienti per modulo (max 28 pazienti complessivamente presenti nella struttura).
- e) l'edificio, e di conseguenza la struttura dedicata agli utenti sottoposti a misure di sicurezza, sarà collocato in **stretta vicinanza e relazione con altre strutture dipartimentali, presenti nel complesso de "La Badia"**, potendosi così giovare dell'integrazione e collaborazione con le altre unità operative del DSM, sviluppare integrazione nei processi di cura e di impiego delle competenze professionali ed assistenziali;
- f) l'area è caratterizzata da ampi spazi verdi, utilizzabili sia per attività all'aperto che per eventuale avvio di un progetto di **attività lavorativa**;
- g) all'interno del complesso de "La Badia" è già presente un punto di Primo Soccorso della Rete Territoriale dell'emergenza dell'Azienda USL 11, con postazione di auto/medica dotata di equipaggio composto da un medico ed un infermiere;

- h) l'Ospedale San Giuseppe di Empoli, dove è situato il reparto **SPDC del DSM**, è **posto a distanza di alcuni chilometri e ben collegato**, come più sopra anticipato, grazie alla vicinanza dell'accesso alla Strada di Grande Comunicazione FI-PI-LI e pertanto un eventuale ricorso a trattamenti sanitari di Urgenza (TSO o ricovero urgente) è agevole ed attuabile in tempi brevi.

3.1.3. Risultati ed effetti attesi

Il miglioramento dell'assistenza sanitaria verso le persone con disturbi psichiatrici autori di reato e sottoposti a misure di sicurezza su disposizione del Magistrato.

La completa attribuzione delle competenze di cura di tali pazienti ad una struttura completamente gestita dal Sistema Sanitario Regionale, consentirà una maggiore e più efficace integrazione con la Rete dei Servizi Psichiatrici, garantendo continuità ed efficacia dei risultati dei percorsi di cura e di riabilitazione psico-sociale.

3.1.4. Soggetto attuatore dell'intervento/erogatore del servizio

Azienda USL 11 Empolese Valdelsa. Articolazione organizzativa del Dipartimento di Salute Mentale

3.1.5. Modalità di gestione

La struttura è gestita dal Servizio Sanitario Pubblico dell'Azienda USL 11 con personale dipendente strutturato, i cui parametri sono tarati sui **requisiti** minimi previsti dal Decreto Ministeriale del 1° ottobre 2012, appropriatamente **incrementati in base alle esigenze di trattamento delle persone in carico**.

- La responsabilità della gestione all'interno della struttura è assunta da un Medico Dirigente Psichiatra che svolgerà funzioni di: indirizzo e coordinamento delle attività sanitarie terapeutiche; rappresentanza della struttura nei rapporti esterni connessi agli obiettivi di lavoro, formulazione di obiettivi, garanzia dei processi e dei flussi di informazioni tecniche sanitarie nei confronti dei Magistrati e, per quanto di loro residua competenza, dell'Amministrazione Penitenziaria. In base all'articolazione che sarà prevista dal Regolamento Aziendale, assume le funzioni relative rispetto alla formulazione e gestione dei budget.
- Il personale **sanitario deve essere a tempo pieno** con adeguate formule di sostituzione nel caso di assenze multiple o prolungate.
- L'assistente sociale e il personale amministrativo sono presenti per fasce orarie.

3.1.5.1. Organizzazione del lavoro

La struttura si avvarrà di **procedure specifiche** che garantiscono il trattamento terapeutico assistenziale e l'intervento nei casi di urgenza

Con provvedimenti formali, utilizzando gli strumenti previsti nel Sistema Aziendale della Qualità, devono essere formulati:

- i compiti di ciascuna figura professionale (*Job Description* individuale);
- procedura di accoglienza del paziente all'ingresso e di primo inquadramento;
- valutazione clinica all'ingresso e *assessment* del grado di funzionamento psico-sociale attraverso somministrazione di test standardizzati psicodiagnostici e valutativi;

- procedura di segnalazione ai Servizi di competenza per territorio di residenza, inclusa in un Protocollo Regionale di rapporti Interaziendali e tra i Dipartimenti di Salute Mentale competenti, anche ai fini di una attribuzione di competenza relativa ai costi;
- procedura di elaborazione di Piano Terapeutico e di programma Socio-Riabilitativo individualizzato;
- criteri standard per il monitoraggio e la valutazione periodica dei trattamenti psichiatrico/riabilitativi;
- procedura di gestione delle urgenze/emergenze, con la previsione di TSO extra-ospedaliero nel più vicino SPDC ospedaliero, in caso di "acuzie" non gestibili all'interno della struttura;
- procedura, o Protocollo, che disciplini le modalità di raccordo con il Dipartimento Cure Primarie per garantire l'assistenza di base ai pazienti ricoverati nella struttura;
- procedura per la individuazione e la prevenzione del rischio di autolesionismo e suicidario;
- procedura, o Protocollo, che disciplini le modalità e criteri di raccordo con gli altri servizi del Dipartimento di salute mentale, i servizi per le tossicodipendenze, altri servizi sanitari aziendali o extra aziendali.

Per tutte le altre attività sanitarie (sanificazione, prescrizione, preparazione, somministrazione terapia, conservazione farmaci ed altre) saranno adottate le Procedure, i Protocolli e le Istruzioni Operative vigenti nell'Azienda e facenti parte del sistema di Qualità Aziendale.

Saranno attivati, e potenziati laddove già esistenti, accordi o protocolli con servizi degli enti locali, le cooperative sociali, l'associazionismo, al fine di programmare le attività di recupero e di inclusione sociale dei pazienti, una volta revocata la misura di sicurezza detentiva. In tal senso alcune attività di tipo socio riabilitativo potranno essere gestite in accordo con il Terzo Settore (Associazioni, Cooperative Sociali di Servizi alla persona) che possano inoltre garantire impiego in attività lavorativa di pazienti della struttura stessa nell'ambito di piani programmi terapeutico riabilitativi.

Le iniziative già esistenti all'interno della struttura OPG possono essere replicate all'interno della struttura residenziale, utilizzando o promuovendo un intervento delle Associazioni già esistenti sul territorio.

Strategico appare il ricorso alle figure professionali che possono essere diretti attori della realizzazione e gestione dei progetti terapeutico/riabilitativi individuali.

Ogni paziente dovrà essere affidato ad un "Case Manager" (Educatore Professionale, Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica, Infermiere esperto della Salute mentale), responsabile della gestione del progetto terapeutico riabilitativo. Il Case Manager si interfaccia con l'equipe di riferimento multi/ professionale e multidisciplinare, composta dal personale che lavora nella struttura e dalle professionalità coinvolte, anche dai Servizi esterni, che elabora il Progetto individuale dove sono definiti gli obiettivi dati, in base alla valutazione effettuata, e ne è monitorato l'andamento.

Il progetto promuove il miglioramento della qualità di vita e l'autonomia del paziente ed è parte componente essenziale del percorso di cura.

L'intervento professionale dovrà mirare al **recupero, allo sviluppo e all'acquisizione delle abilità** dei pazienti contribuendo a favorire, nell'ambito di iniziative individuali o collettive, il superamento dello stigma e l'integrazione sociale.

La competenza relazionale, cioè l'uso della relazione interpersonale, è fondamentale per promuovere gli obiettivi di cambiamento nel paziente.

Si descrive un **sintetico elenco delle attività**, partendo da quelle già organizzate all'interno dell'OPG, sulle quali si sviluppa, in parte, l'intervento degli operatori e la realizzazione dei Progetti Terapeutico/Riabilitativi:

- attività di lettura in gruppo di libri, quotidiani, riviste e discussione;
- interventi riabilitativi tesi a recuperare e rinforzare le abilità di base, la gestione del denaro, le abilità strumentali con lo specifico scopo di rendere le persone autonome;
- attività mirate all'utilizzo di strumenti informatici;
- attività partecipata nella gestione quotidiana ordinaria degli eventi comuni (gestione sala refettorio e delle attività connesse ai pasti in comune);
- attività partecipata nell'organizzazione di eventi ed iniziative a carattere sociale (feste, cene);
- attività ludico musicale di Karaoke;
- interventi riabilitativi con uscite all'esterno (secondo le autorizzazioni del Magistrato) finalizzate ad eventi culturali ed alla gestione di interessi individuali o di gruppo;
- attività di ginnastica dolce gestita da conduttori esterni e partecipata con Operatori Sanitari;
- attività di arte/terapia gestita da conduttori esterni e partecipata con Operatori Sanitari;
- attività sportiva (calcio e pallavolo) gestita da conduttori esterni e partecipata con Operatori Sanitari;
- visione di film in gruppo e discussione;
- gruppi terapeutici e motivazionali gestiti da Psicologi e da operatori sanitari.

Altre attività potranno essere organizzate in relazione alle competenze degli operatori, ai progetti attivati, ai bisogni dei singoli pazienti

Saranno altresì previste specifiche modalità e criteri di raccordo i servizi degli enti locali, le cooperative sociali, l'associazionismo, al fine programmare le attività di recupero e di inclusione sociale dei pazienti, una volta revocata la misura di sicurezza detentiva.

3.1.5.2. Standard del livello assistenziale della struttura

Le caratteristiche di gravità ed impegno assistenziale degli utenti che sono sottoposti a misura di sicurezza rendono necessario definire un livello che non sia inferiore a quello delle corrispondenti Strutture residenziali terapeutico riabilitative per acuti e sub acuti previste nel DPGR 61/R e succ. mod e int.

La struttura deve assicurare trattamenti indirizzati a persone che, anche nella fase della post-acuzie, richiedono interventi terapeutico-riabilitativi intensivi ed elevata tutela sanitaria.

Compatibilmente con i tempi determinati dalle decisioni dei Magistrati che applicano la misura di sicurezza e dalle valutazioni psichiatrico forensi relative all'accertamento della condizione giuridica di pericolosità sociale che sostiene l'applicazione della misura di sicurezza, i trattamenti possono prevedere una **durata massima di 18 mesi**, salvo proroga motivata dall'equipe curante per un ulteriore periodo massimo di 6 mesi. Successivamente a tale fase, se sussistono condizioni che richiedono il mantenimento della misura di sicurezza, sarà prevista una deroga a tale termine terapeutico. Saranno in ogni caso previsti, e garantiti, percorsi di **progressivo e graduale rientro nel circuito delle strutture intermedie**, previste una per ogni Area Vasta, ed ancora di più nelle strutture ordinarie della Rete dei Servizi del Territorio.

I trattamenti sono erogati nell'ambito di strutture che garantiscono la presenza di personale socio-sanitario **nelle 24 ore**. La struttura deve garantire pertanto presenza di personale di assistenza h 24 e il collegamento con le altre strutture per la tutela della salute mentale di cui al DPR 7.4.1994.

3.1.5.3. *Organizzazione delle attività terapeutiche e progetti terapeutico individuali*

Il trattamento delle persone sottoposte a misure di sicurezza richiede l'elaborazione e l'attuazione di percorsi differenziati, in considerazione della tipologia del disturbo presente, delle caratteristiche di osservazione iniziale e di valutazione, nonché della sua evoluzione nel tempo e, contestualmente, della modifica della condizione giuridica.

Tale differenziazione, meglio definita come "individualizzazione del percorso terapeutico", è anche necessaria per garantire una adeguata protezione del gruppo di utenti e dei pazienti eventualmente suscettibili di periodi, più o meno prolungati, di "crisi".

L'eventuale comparsa di crisi, che possono determinare scompensi della condizione psichica, può essere in parte affrontata con provvedimenti di ricovero in reparto ospedaliero per Acuti (SPDC). Tale provvedimento può esporre a due sostanziali problemi di "sostenibilità" se si prevede una tempistica di ricovero prolungata:

- a) la necessità di attivazione di sorveglianza e "piononamento" da parte del personale di Polizia Penitenziaria, in quanto si attuerebbe in tal senso un ricovero ospedaliero che dovrebbe essere autorizzato dal Magistrato competente;
- b) il mantenimento di una fase di trattamento subacuto, una volta superata la fase acuta con il trattamento ospedaliero, che può avere durata non breve e richiedere in ogni caso presidi e attenzioni maggior rispetto al regime di vita comunitario.

All'interno del modulo a più alta intensità di cura devono essere realizzati posti letto (max 4 posti) riservati al trattamento più intensivo e prolungato delle crisi, senza aumentare il numero massimo dei 28 pazienti complessivamente nella struttura (pertanto nella struttura saranno realizzati 32 posti letto, costituiti da 28 posti letto disponibili effettivi + 4 posti per acuzie).

In tal caso, quando ve ne è la necessità, devono essere attivate proiezioni "straordinarie" di personale specificamente deputato alla gestione delle fasi acute, sia nella quotidianità che nella protezione e sorveglianza sanitaria.

Tale organizzazione interna permette una **differenziazione strutturale dei livelli di intensità di cura** e di protezione per una tipologia di utenti con variegato indice di "case mix". I percorsi nella struttura devono essere in grado di assicurare una buona **fase di accoglienza iniziale**, caratterizzata da un'adeguata **valutazione diagnostica** e dei **assessment dei livelli di competenze e di funzionamento**.

Deve essere rilevata la condizione clinica ma anche ogni altro elemento socio-familiare e di anamnesi individuale (es bilancio competenze lavorative, sociali etc.) che favorisca la possibilità di sviluppo delle rispettive ed individuali competenze e potenziali interessi e bisogni, sia interni alla struttura che in proiezione al futuro ed al rapporto con il proprio territorio.

Utile specificare che la funzione della struttura deve essere costantemente, fin dalle fasi di ingresso, **coordinata con quella dei Servizi del territorio** esterno di competenza per residenza.

L'equipe della struttura residenziale avvierà precocemente, fin dal momento di ingresso, la **Segnalazione ai Servizi territoriali di competenza** per individuare i Referenti del caso, o i gruppi terapeutici, che avevano in carico la persona prima del reato o dell'applicazione della misura di sicurezza.

In mancanza di una precedente presa in carico, sarà avvisato formalmente, o anche per vie brevi con mezzi telefonici o telematici, il Responsabile del DSM competente per residenza, e dell'eventuale altro Servizio da coinvolgere (SERT, Disabilità od altri), affinché si

stabilisca un primo contatto propedeutico alla valutazione congiunta ed alla formulazione del Progetto Terapeutico.

3.1.5.4. *Percorso interno e rapporto con esterno finalizzato al reinserimento sociale*

Per ciascun utente deve essere documentato un **programma terapeutico-riabilitativo individualizzato** che deve definire: obiettivi, indicatori di tempo, interventi, modalità di verifica periodica e adeguamento.

Tale programma è parte integrante del progetto terapeutico individualizzato ed è concordato tra l'equipe della struttura ed il medico responsabile della presa in carico dei Servizi che avevano in cura il paziente prima dell'invio e che garantiranno la continuità terapeutica alla dimissione dalla struttura.

Nella definizione del programma sarà assicurata l'acquisizione del **consenso dell'utente** o di chi ne esercita legittimamente la rappresentanza e la condivisione delle scelte adottate. Le attività riabilitative sono strutturate e periodicamente rinnovate in funzione delle esigenze degli ospiti e possono svolgersi sia all'interno che all'esterno della struttura. L'attività è sostenuta da riunioni di staff che periodicamente monitorano l'andamento del progetto terapeutico.

I Progetti terapeutici dovranno **favorire il rapporto con l'esterno**, ricorrendo a "proiezioni" e percorsi di "**accompagnamento terapeutico**" da parte del personale operante nella struttura, o allo scopo coinvolto nella realizzazione dei progetti, individuali o realizzati tramite attività di gruppo.

In tal senso sarà favorita ed incrementata la **partecipazione della Comunità esterna** (Associazione, Cooperazione Sociale) nella messa in atto di interventi a carattere risocializzante e di riacquisizione delle capacità di esercitare i diritti ed i doveri di cittadinanza. Particolare importanza è data alla riacquisizione della capacità lavorativa e di ricostituzione delle basi per un'autonomia socio-economica.

La logica di intervento della struttura è orientata a garantire il miglior risultato possibile e **ridurre al minimo il tempo in misura di sicurezza detentiva proponendo al Magistrato** che ha applicato la misura stessa un progetto terapeutico che consenta il **rientro nel territorio in soluzioni meno restrittive**.

La rete delle strutture intermedie, distribuite nelle Aree Vaste, consente inoltre di facilitare le fasi di reinserimento territoriale conseguente alla dimissione dalla struttura per le misure detentive.

3.1.5.5. *Fascicolo sanitario e informatizzazione*

La struttura deve essere dotata di **collegamento alla Rete Aziendale** per poter utilizzare tutti gli applicativi presenti nella Rete INTRANET.

La struttura sarà dotata di apposito strumento informatico per la gestione della "**cartella clinica**" in grado di tracciare il percorso terapeutico assistenziale messo in atto, alimentando il flusso specifico confluyente a livello di osservatorio-monitoraggio regionale.

3.1.6. Il paziente candidato alla residenza

Pazienti residenti nella Regione Toscana e nella Regione Umbria ai quali sia applicata una misura di sicurezza di ricovero in OPG o l'assegnazione ad una Casa di Cura e Custodia. Le persone in questione sono inviate dalla Magistratura ad esito di procedimenti giudiziari nei quali sia formalmente accertata la sussistenza di un disturbo mentale dal quale deriva la condizione di ridotta imputabilità da incapacità di intendere e volere per

infermità di mente e sia contestualmente accertata la condizione di pericolosità sociale, come previsto dal Codice Penale.

Le caratteristiche cliniche di tali pazienti, in continuità con quanto già osservato nelle attuali strutture, sono connotate prevalentemente da Disturbi dell'Asse I del DSM IV-TR, ossia Disturbi Schizofrenici o Disturbi dell'Umore di tipo Mono o Bipolare, cui si associano Disturbi di Personalità associati a Dipendenza da sostanze e/o Alcol, in misura minore Disturbi organici o senili.

Si riproduce a tale riguardo una tabella che riporta i dati relativi alle patologie, raggruppate in base al Manuale ICD-IX-CM, delle persone presenti nell'OPG di Montelupo Fiorentino nel 2010 (dati ricerca Agenzia Regionale Salute Toscana).

Tabella gruppi patologie

DIAGNOSI	Percentuale	DIAGNOSI	Percentuale
Disturbi dello spettro Schizofrenico	34,3 %	Disturbi della Personalità e della condotta	23,1 %
Disturbi affettivi psicotici	16,6 %	Disturbi mentali organici	2,1 %
Disturbi mentali da dipendenza da sostanze	20,1 %	Disturbi depressivi non psicotici	1,2 %
Disturbi mentali alcol-correlati	23,1 %	Altre diagnosi psichiatriche	2,0 %

La struttura, con il proprio personale sanitario, deve garantire un livello di intensità di cura medio/alto, ricorrendo per le urgenze psichiatriche, non gestibili al proprio interno, ad un Servizio Ospedaliero, preferibilmente in regime di Trattamento Sanitario Obbligatorio.

3.2. FATTIBILITÀ TECNICA

3.2.1. Scelte tecniche "di base"

Per la realizzazione della struttura si è pensato ad un nuovo edificio ad un solo piano fuori terra, in posizione decentrata sia rispetto all'attuale fabbricato, denominato "La Tabaccaia", destinato alla demolizione sia rispetto alle altre strutture, presenti nel complesso de "La Badia", in carico al Dipartimento di Salute Mentale. La ragione fondamentale di tale decentramento è la possibilità di creare in questo modo un ampio spazio a verde, comunque contenuto all'interno dell'area sorvegliata e protetta, la cui recinzione, non scavalcabile, può essere circondata da un percorso carrabile di controllo perimetrale esterno.

L'edificio è costituito da due corpi di fabbrica disposti perpendicolarmente, con prospetti principali in direzione nord-est / sud-ovest, contenenti ciascuno un modulo da 14 posti, simmetrici rispetto al corpo di fabbrica centrale, nel quale sono ricavati i servizi comuni ai due moduli, compreso un punto di accoglienza e di monitoraggio con sistemi di videosorveglianza. Inoltre uno dei due moduli sarà dotato di ulteriori 4 posti letto tecnici, desinati esclusivamente al trattamento delle acuzie.

La responsabilità della gestione di tale edificio è tutta del Servizio Sanitario e il personale occupato fa riferimento all'Azienda USL 11.

Al di fuori dell'area protetta e sorvegliata verranno realizzati altri due edifici:

- la Centrale Tecnologica, contenente i sistemi di produzione di acqua calda e acqua refrigerata e il sistema principale di alimentazione elettrica, utilizzata in sinergia con gli edifici già esistenti,
- l'edificio con i locali per la gestione degli aspetti giuridico/amministrativi, di pertinenza dell'Amministrazione Penitenziaria, più una zona, utilizzabile in regime di semilibertà, adibita ad attività socio/ricreative quali orticoltura, giardinaggio, sport di squadra, riposo all'aria aperta, ecc.

Appare chiaro come la **scelta di porre all'esterno dell'area protetta i servizi non strettamente sanitari**, permetta di garantire ai pazienti ricoverati in regime detentivo un'assistenza sanitaria piena e senza interferenze e, nel contempo, di governare, con un'ampia libertà gestionale, gli aspetti tecnico/ amministrativi di supporto.

Ciascun modulo sarà costituito da:

- un'area abitativa, con capienza di 14 posti letto, avente:
 - 4 camere singole e 5 doppie per un totale di 9 camere, tutte dotate di bagno con doccia, separato dallo spazio dedicato al pernottamento; il modulo a più alta intensità di cura sarà dotato di ulteriori 4 posti letto riservati al trattamento più intensivo e prolungato delle crisi, senza aumentare il numero massimo dei 14 pazienti;
 - ciascuna camera provvista di impianto di climatizzazione invernale ed estiva che garantirà 20 °C in inverno e 26 °C in estate, con un ricambio di aria esterna pari a due volumi/ora
 - la dimensione delle camere e dei bagni conforme a quanto previsto dalla normativa per l'edilizia sanitaria (DPR 14.01.97 e normativa regionale DPGR 61/2010), ovvero 12,25 m² per le stanze singole e 18,03 m² per le stanze a due posti. I bagni sono tutti di 4,20 m², di dimensioni tali da permettere l'uso di una carrozzella da disabile, anche se solo quattro di essi (due nelle camere singole e due nelle camere doppie) sono attrezzati con apparecchi sanitari e accessori per disabili;
 - un bagno assistito per soggetti con disabilità motoria non autosufficienti.Le camere da letto saranno attrezzate ed arredate in maniera tale da garantire sicurezza, decoro e comfort;
- locali di servizio comprendenti:
 - soggiorno/pranzo per 18 coperti, con annessa cucina/dispensa;
 - locale per lo svolgimento dei colloqui con i familiari, avvocati, magistrati;
 - un'area in cui è possibile fumare, dotata di un sistema di ricambi aria pari a sei volumi/ora;
 - lavanderia e guardaroba;
 - deposito materiale pulito;
 - deposito materiale d'uso, attrezzature, strumentazioni;
 - locale "vuota" con spazio per deposito materiale sporco e materiale di pulizia;
 - servizi igienici di reparto;
 - locale tecnico contenente il quadro elettrico di reparto, l'armadio della rete locale e attrezzature varie di controllo degli impianti tecnologici;
- locali per le attività sanitarie più propriamente dette:
 - locale idoneo a svolgere attività di gruppo, in relazione alle attività specifiche previste;
 - stanza attrezzata per colloqui e consultazioni psicologico/psichiatriche;

- ambulatorio per le visite mediche;
- locale per le attività del personale infermieristico con attrezzatura per la conservazione in sicurezza dei farmaci e dei presidi sanitari;
- studio medico.

Nel corpo di fabbrica centrale, che funziona da elemento di raccordo fra i due moduli da 14 posti (+ 4 tecnici in totale per il trattamento delle acuzie), sono stati ricavati tutti gli spazi e i servizi che possono essere utilmente condivisi; in particolare sono stati previsti:

- spazio di accoglienza all'ingresso;
- stanza per riunioni di equipe;
- auditorium da 80 posti, utilizzabile anche come spazio teatrale;
- laboratorio attrezzato per attività lavorative;
- locale di servizio per il personale con spogliatoio e servizi igienici dedicati;
- deposito per la custodia temporanea degli effetti personali dei degenti, effetti che sono gestiti dal personale per motivi terapeutici, di sicurezza o salvaguardia;
- locale tecnico contenente il quadro elettrico generale e le attrezzature per il monitoraggio dei sistemi di videosorveglianza.

Completamente all'esterno della zona, recintata e protetta, dedicata esclusivamente alle attività sanitarie della residenza, è stato previsto un edificio di circa 60 m² dotato dei locali necessari per permettere al personale dell'Amministrazione Penitenziaria di gestire gli aspetti giuridico/amministrativi di loro stretta competenza.

3.2.2. Stima parametrica del costo di realizzazione

Il parametro tecnico scelto per la stima dei costi di pura realizzazione al netto dell'IVA (escluso quindi demolizione dell'esistente, arredamento e attrezzature sanitarie, parcheggio) è stato il metro quadro costruito, con un valore stimato di **2.200 €/m², comprendente quota parte della realizzazione dell'area a verde circostante.**

I metri quadri costruiti di progetto sono **2.370**, con un valore del rapporto m²/posto letto pari a **84,64** e un costo di costruzione di euro 5.214.000,00.

3.2.3. Soluzioni per la sicurezza e la funzionalità.

Saranno adottati presidi di sicurezza interna che garantiscano la tutela della salute delle persone residenti, allo scopo di prevenire e proteggere gli stessi dal rischio di mettere in atto condotte autolesionistiche.

Analogamente il personale e l'organizzazione della struttura devono essere dotati di presidi tecnologici e strutturali che garantiscano la sicurezza rispetto a comportamenti o *acting-out* che possano mettere a rischio la propria incolumità e/o quella degli altri pazienti (sistemi di allarme personalizzati, impianti TVCC con centro regia e di controllo, stanze di isolamento e di sorveglianza/protezione).

In base agli accordi che saranno stipulati con la Prefettura, saranno individuati i **presidi di sicurezza e sorveglianza perimetrali**, collegati a sistemi di allarme anche automatizzati, con relativa modalità di attivazione delle Forze dell'Ordine, nelle situazioni di emergenza attinenti alla sicurezza.

Si prevede, in via del tutto indicativa e provvisoria, di dotare la struttura di impianti e presidi di sicurezza come:

- sistema di TVCC nei vari locali utilizzati dai pazienti (corridoi, sale comuni ed ambienti all'aperto destinati alle attività) con sala regia di controllo presidiata da personale;

- sistemi di allarme individuali che saranno dati in dotazione ad ogni singolo operatore e collegati ad impianti di ricezione collegati alla Sala Regia;
- impianti di sicurezza perimetrale in grado di attivarsi in caso di scavalco o di avvicinamento al perimetro e di far scattare un allarme al personale interno, eventualmente collegato ad un sistema a distanza con Forze di Polizia, secondo gli accordi che saranno individuati con la Prefettura;
- impianti di sicurezza alle finestre ed alle porte da attivare negli orari notturni;
- presidi di sicurezza all'interno delle camere e degli arredi installati, a garanzia del rischio individuale di attuare gesti di carattere autolesionistico grave.

3.2.3.1. Standard e presidi di sicurezza

Nell'attuale fase di "studio di fattibilità" si possono indicare, solo in linea di massima e sommariamente, i riferimenti agli eventuali standard dei presidi di sicurezza interna e degli arredi ed infissi che saranno utilizzati.

Si fa riferimento a tal riguardo:

- VETRI:** si prevede il rispetto del riferimento normativo rappresentato dal **Decreto Ministeriale n. 115 del 17/3/95 che recepisce la direttiva 92/59 CEE alla base della norma UNI 7697**. In specifico, per vetri "posti luoghi di detenzione o ambienti destinati alla cura di malattie mentali" si prevedono **vetri stratificati** in grado di reggere a urti da corpo duro e/o molle ed evitare danni alle persone o cose sociali (7.2.15). Ulteriori standard in materia di vetri sono le norme UNI EN 12543/1/2/3/4/5/6 (definizioni, durabilità), UNI EN 12600 (resistenza all'impatto), UNI EN 356 (resistenza contro l'attacco manuale), UNI EN 1063 (resistenza ai proiettili)
- PORTE:** al fine di agevolare l'accesso alla parti abitate della struttura, è necessario prevedere varchi e porte esterne allo stesso livello dei percorsi pedonali o con essi raccordati mediante rampe. Gli accessi devono avere una luce netta minima di 1,80 m. Le zone antistanti e retrostanti l'accesso devono essere in piano e allo stesso livello, ed estendersi rispettivamente per ciascuna zona per una profondità di almeno 2,00 m. Qualora sia indispensabile prevedere una soglia, il dislivello massimo non deve superare i 2,5 cm. La zona antistante gli accessi deve essere protetta dagli agenti atmosferici per una profondità di almeno 2,00 m. La luce netta delle porte delle camere da letto, dei servizi igienici annessi, del bagno assistito e di tutti i locali accessibili agli ospiti non deve essere inferiore a 90 cm (nel caso di porte a due o più battenti, deve essere sempre garantito un passaggio con luce netta minima di 90 cm realizzato con unico battente); le restanti porte possono avere una luce netta minima di 80 cm. Le porte dei locali igienici devono essere del modello a scorrere oppure a battente con senso di apertura verso l'esterno.
- ARREDI:** gli arredi che compongono la struttura devono essere di adeguata classe di reazione al fuoco, in rapporto ai carichi di incendio dei singoli locali in cui sono posti, facilmente lavabili e con spigoli arrotondati, conformi alle normative vigenti e corredati delle schede tecniche e delle certificazioni rispondenti alla normativa ai fini antincendio e antinfortunistica. Essi non devono costituire pericolo per l'incolumità e la salute degli ospiti e risultare completamente e liberamente fruibili da utenti disabili su sedia a ruote. Gli arredi fissi non devono costituire ingombro o ostacolo alle manovre di attrezzature e/o ausili.
- CAMERE:** ogni camera deve essere dotata di: letti a due o tre snodi, regolabili in altezza e predisposti per inserire sistemi solleva malati. In presenza di anziani in alta intensità deve essere previsto almeno un letto con movimento elettrico;
 - cuscini e materassi (anti-decubito qualora necessario);
 - sedie o poltroncine;
 - comodino e armadio;

- sistemi per l'oscuramento e la protezione dalla luce del sole;
- interruttori di comando dell'illuminazione artificiale, differenziato per ogni letto;
- sistema di chiamata a ogni letto.

E' consigliabile prevedere uno spazio di almeno 0,90 m tra i letti e/o tra il letto e la parete (non sono comunque ammessi letti con il lato lungo completamente addossato alla parete) uno spazio di almeno 1,20 m tra fondo letto e parete arredi fissi con profondità tale da non costituire ingombro o ostacolo a manovre (non superiore a m 0,30). In ogni caso le camere dovranno essere organizzate in modo tale da favorire la mobilità, la manovra e la rotazione di carrozzine ed altri ausili per la deambulazione.

- e) **SERVIZI IGIENICI:** ogni camera è dotata del proprio servizio igienico, di dimensioni tali da permettere l'ingresso e la rotazione delle carrozzine. La porta di accesso ha una luce netta di 90 cm ed è apribile verso l'esterno.

Una quota delle stanze sarà dotata di servizio igienico attrezzato con:

- vaso per disabili sospeso o a pavimento, dotato di doccetta uso bidet, oppure vaso-bidet
- lavandino fisso di tipo convesso, con miscelatore tradizionale e regolatore automatico anti-ustione
- specchio inclinabile o realizzato in modo che sia utilizzabile da persone su sedia a ruote
- doccia a raso pavimento, con dislivello tra il bordo anteriore e lo scarico tale da permettere un facile deflusso dell'acqua, fornita di seggiolino ribaltabile e di opportuni maniglioni di sostegno.

Le pareti dei servizi igienico-sanitari saranno rivestite almeno fino a 2,00 m di altezza con materiale lavabile e impermeabile.

- f) **SICUREZZA PERIMETRALE:** i sistemi di sorveglianza e controllo perimetrale devono essere concordati sia con la Prefettura competente per territorio, con la quale deve essere definito l'Accordo previsto nel D.M. 1.10.2012, sia seguendo le prescrizioni che la Magistratura riterrà necessario specificare. Deve essere considerata sia una protezione a fini anti-intrusivi che una protezione a scopo di anti-allontanamento dalla struttura, in considerazione che in essa devono comunque essere eseguite misure detentive. Un'ipotesi che rispetti contestualmente l'integrità dell'ambiente circostante, la funzione terapeutica della struttura e le esigenze di sicurezza, deve prevedere **sistemi misti integrati tra più componenti e tecnologie**. Ad esempio:

- **sistemi invisibili interni, provvisti di fili e strutture interrati**, e basati sul rilievo di differenze di pressione tali da far scattare allarmi ed individuazione immediata dell'eventuale punto o tentativo di estrusione; in alternativa ad essi, o in maniera integrata ed associata, è possibile installare impianto a radiofrequenza in grado di rilevare eventuali movimenti nell'area perimetrale.
- **Sistemi agganciabili a recinzioni perimetrali**, sia di struttura metallica che di tipo murario o integrato "green oriented" che prevedano l'allarme in caso di tentativo di scavalco.

3.3. COMPATIBILITÀ URBANISTICA, AMBIENTALE E PAESAGGISTICA

L'area è posta all'interno dell'"UTOE 2 - Città residenziale" del Piano Strutturale del Comune di San Miniato (PI) ed è classificata dal Regolamento Urbanistico "Servizi di interesse comuni esistenti".

Sull'area grava il vincolo paesaggistico ex art. 142, comma 1, lett. c del codice dei beni culturali e del paesaggio, riferito alla fascia laterale al Rio San Bartolomeo.

I beni storico-culturali individuati dal Piano Strutturale e dal Regolamento Urbanistico sono riferiti all'Oratorio della Badia (O18) e alla Villa fattoria Badia (V8) e non riguardano la ex tabaccaia retrostante.

Oratorio della Badia, Villa fattoria Badia ed ex tabaccaia sono tutti edifici di proprietà dell'Azienda USL 11 di Empoli. In particolare nella Villa fattoria è oggi la sede dei servizi residenza-li pertinenti al DSM.

Non ci sono problemi di rischio idraulico.

Il vigente Piano della distribuzione e localizzazione delle funzioni non consente ospedali e cliniche, ma prevede tutte le altre tipologie di servizi socio-sanitari in quanto di prevalente interesse pubblico.

L'intervento di demolizione e ricostruzione dell'immobile ex tabaccaia è consentito a condizione che non si introducano modificazioni che possano recare pregiudizio ai valori paesaggistici oggetto di protezione. Per tale verifica è necessario acquisire l'autorizzazione paesaggistica ex art. 146 del d.lgs. 42/2004. Il permesso di costruire, necessario nel caso di demolizione e di non fedele ricostruzione nel medesimo sedime, è subordinato all'ottenimento della suddetta autorizzazione paesaggistica che verrà rilasciata dal Comune di San Miniato previa acquisizione del parere interno della commissione per il paesaggio e il parere vincolante della Soprintendenza.

3.3.1. Descrizione sintetica dell'intervento e del suo inserimento paesaggistico

L'area interessata all'intervento è quella, di proprietà dell'Azienda USL 11, individuata al Foglio 16 del Catasto Urbano di San Miniato dalle particelle 1046, 1047 e 1048, adiacente alla struttura già oggi sede di una Residenza per pazienti psichiatrici appartenente al Dipartimento Salute Mentale dell'Azienda stessa.

Nel Regolamento Urbanistico vigente, l'area in questione è suddivisa in una zona per servizi di interesse comune esistenti, in una zona per servizi di interesse comune di progetto, in una zona a verde pubblico di progetto, in una zona a parcheggio pubblico di progetto, in una zona peri urbana e in una piccola porzione a prevalente destinazione residenziale.

Nella zona per servizi di interesse comune esistenti, e precisamente nella particella 1047, si trova un edificio dismesso, parzialmente diroccato e completamente inagibile, adibito nel passato a tabaccaia, non sottoposto a vincolo della Soprintendenza.

Per lo sviluppo del progetto della nuova Residenza sarà necessario ridistribuire le aree, tenendo conto che la nuova distribuzione, funzionale alle esigenze espresse dalla Legge 9/2012, permette comunque di mantenere nella stessa posizione l'area a parcheggio pubblico, che passa da circa 2345 m² a circa 2370 m², e l'area a verde pubblico, che passa da circa 7440 m² a circa 7635 m².

Il progetto prevede poi l'abbattimento dell'edificio ex-tabaccaia e la costruzione del nuovo edificio.

In questo senso è stata presentata al Comune di San Miniato formale manifestazione di interesse ai fini della formazione della variante al Piano Strutturale e del secondo Regolamento Urbanistico comunale.

Per quanto riguarda il vincolo paesaggistico si ritiene di completare la recinzione del nuovo parcheggio con la stessa tipologia edilizia del muro di cinta della Villa e di mettere a dimora specie arboree e siepi analoghe a quelle esistenti, in modo da mantenere le caratteristiche morfologiche della zona interessata.

3.4. SOSTENIBILITÀ FINANZIARIA

3.4.1. Stima dei costi di gestione e/o di erogazione del servizio

La stima dei costi di una struttura con due moduli da 14 posti letto, di cui uno con 4 posti aggiuntivi per il trattamento sub per acuzie, è stata realizzata in continuità con le attuali realtà organizzative dell'Azienda e delle strutture residenziali per la Salute Mentale, tenendo in debito conto gli elementi specifici caratterizzanti la nuova struttura, che dovrà ospitare misure di sicurezza disposte dalla Magistratura, e gli elementi integrativi che in essa dovranno essere messi in essere, in specifico.

Costi del personale

QUALIFICHE	N°	COSTO ANNUALE €
Medici: di		290.000
• Dirigente Resp.le	1	
• Psichiatri	2	
Psicologi	1,5	105.000
Infermieri (di cui 1 coordinatore)	17	780.000
Educatori professionali o Tecnici Riabilitazione Psichiatrica	3	135.000
OSS 12	12	470.000
Assistente sociale		35.000
Amministrativi	1	40.000
Specialistica ambulatoriale e internistica		49.000
Totale costo del personale		1.904.000

Costi generali di gestione

voci di spesa	importo €
Ammortamenti	63.000
Consumi sanitari	119.000
Consumi non sanitari e logistica	63.000
Mensa, pulizia e lavanderia/guardaroba	105.000
Utenze	182.000
Sicurezza	63.000
Manutenzioni	35.000
Altri costi diretti	28.000
Totale costi generali	658.000

Riepilogo costi annuali di gestione	importo €
Totale costo del personale	1.904.000
Totale costi generali	658.000
<u>TOTALE COSTO ANNUALE DI GESTIONE</u>	<u>2.562.000</u>

Il tempo medio di assistenza giornaliera garantito è pari a 259 minuti/die, con una distribuzione del personale nelle 24 ore come da tabella seguente:

Professionisti	Mattino	Pomeriggio	Notte
Psichiatra Responsabile (1) *	1		reperibile
Psichiatra (2) **	1	1	reperibili
Psicologo (1 ½)	1		
Infermiere coordinatore (1)	1*		
Infermiere (16)	1	1	1

Educatori Prof.le o Tecnici Riabilitazione Psichiatrica (3)	1**	1**	
OSS (12)	2	2	2
Medico del Punto di Primo Soccorso della Rete Territoriale Emergenza			1
Altri Prof.sti (a chiamata tramite CUP)			
Assistente Sociale	½ ***		

*5gg/sett. - **6gg/sett. *** 3 gg/sett.

3.4.2. Sostenibilità dei costi a carico delle Amministrazioni

Il costo medio per posto letto, così calcolato, ammonta a 250,65 € al giorno per € 91.500 annue a paziente.

Tempo medio di assistenza giornaliera garantito = 259 minuti/die.

Tali costi devono essere sostenuti dalle singole aziende sanitarie regionali, e/o extra regionali di riferimento (Az. USL della Regione Toscana + altre nel caso di invii fuori Regione) i cui utenti sono inseriti nella struttura.

A parte saranno calcolati gli eventuali costi per terapie e trattamenti di patologie coesistenti e che richiedono sia ricoveri in regime ospedaliero (eventuale TSO in SPDC per urgenze psichiatriche, ricoveri medici o chirurgici per patologie inquadrabili nei DRG) sia trattamenti farmacologici per patologie acute o croniche coesistenti o intercorse.

Il costo medio annuo per paziente del trattamento terapeutico farmacologico oscilla da € 1.600,00 a € 1.800,00 (dati 2010/2011).

Il valore del costo a posto letto appare adeguato e compatibile se paragonato ai costi che attualmente vengono sostenuti per gli inserimenti di pazienti nelle strutture intermedie della Toscana, nella fase di misura "non detentiva".

Ulteriore dato di comparazione può essere ricavato da una analisi dei 22 progetti di dimissione dall'OPG di Montelupo Fiorentino di pazienti residenti nella Regione Toscana attivati nel 2011-2012 con finanziamenti alle singole USL programmati nella DGR 841/2011 ed erogati in attuazione del Decreto Dirigenziale 6058 del 19.12.2011. Dall'analisi si evidenzia una media dei costi di inserimento di € 49.650,00 annui, pari ad una quota giornaliera di € 136,03. Tale dato si ricava peraltro dalla media tra inserimenti ad alto costo (12 su 22 superiori a € 60.000,00 annui) ed altri a minor costo perché privilegiano struttura aziendali o programmi domiciliari ed ambulatoriali.

Dopo la fase di start-up, basata sui finanziamenti provenienti dalla Legge 09/2012, art. 3/ter, commi 6 e 7, i costi di residenza e cura dovranno essere ribaltati sulle USL di competenza per residenza delle persone sottoposte a ricovero per misura di sicurezza sulla base di accordi e protocolli regionali.

4. PIANO FINANZIARIO DELL'OPERA – ANALISI COSTI RICAVI

I costi per la realizzazione della nuova residenza sono evidenziati nel seguente Quadro Economico:

LAVORI	IMPORTI
Opere edili e finitura	2.971.980
Impianti	1.251.360
Arredi	400.000
Apparecchiature sanitarie	250.000
Demolizione edificio ex-tabaccaia	550.000
Realizzazione parcheggio	600.000
SOMME A DISPOSIZIONE	
progettazione, direzione e contabilità lavori, collaudi, sistemazione esterna, allacciamento servizi, imprevisti, incentivi art.18 e spese pubblicità gara.	990.660
Iva globale del progetto (IVA lavori 10%, IVA arredi/apparecchiature 21%, IVA spese tecniche, 21 %)	741.000
TOTALE COSTI INTERVENTO	7.755.000

I costi complessivi di realizzazione dell'opera ammontano a Euro 7.755.000 essi comprendono: un edificio di circa 2.370 mq di superficie circondato da circa 7.635 mq di resede sistemato a verde, spese tecniche (progettazione, direzione lavori e collaudo), oneri (iva e casse previdenziali), la realizzazione di un parcheggio esterno per il personale e per i visitatori da 74 posti auto per una superficie di circa 2300 mq, la demolizione dell'edificio ex tabaccaia di circa 5.000 mc, l'acquisto degli arredi e l'acquisto delle apparecchiature sanitarie.

Il costo per la realizzazione del solo edificio (comprensivo anche delle spese tecniche) ammonta a Euro 5.703.500 oltre iva, per complessivi Euro 5.818.000, per cui il costo a posto letto che ne deriva (considerando anche le 4 camere singole aggiuntive) è di Euro 178.234.

Il costo a posto letto complessivo, considerando anche tutte le altre voci di spesa sopra indicate, ammonta a Euro 242.344.

Le cifre sono in linea con le caratteristiche dell'intervento: numero limitato di posti letto, ampi spazi a disposizione per singolo posto letto (84,64 mq), ampi spazi esterni destinati a verde, ampio parcheggio a servizio della struttura, presenza di arredi e apparecchiature sanitarie.

Nel costo di realizzazione dell'edificio sono compresi i costi di realizzazione degli impianti fissi di sorveglianza che possono essere stimati in circa 100.000,00 euro.

5. INDICATORI

5.1. Indicatori di sicurezza – interventi di emergenza

La definizione delle caratteristiche dei livelli di assistenza che la struttura per misure di sicurezza detentiva deve assicurare, e garantire, si può desumere dal numero di Trattamenti Sanitari Obbligatori messi in atto all'interno dell'OPG. La UOC "Salute in Carcere" dell'Azienda USL 11 di Empoli, si è dotata di una Procedura Specifica per la gestione delle emergenze psichiatriche in base alla quale possono essere messi in atto Trattamenti Sanitari Obbligatori, ex art. 32 e 33 della Legge 833/78, sia in regime extraospedaliero, nei locali dove si svolge l'attività sanitaria del personale della UOC "Salute in Carcere", o in regime Ospedaliero nel reparto SPDC dell'Ospedale della USL 11 di Empoli. Nel corso del 2012 sono stati adottati **n. 1 provvedimento di ricovero in SPDC di Empoli in regime di TSO e n. 3 TSO extra-ospedalieri**, attuati all'interno dei locali dell'attività sanitaria dell'OPG.

Questi dati evidenziano la necessità di un'assistenza continuativa di carattere specialistico psichiatrico per almeno 12 ore al giorno ed un servizio di pronto intervento per le ore notturne con reperibilità specialistica all'occorrenza. Se è da un lato possibile il ricovero di utenti in SPDC per la gestione di eventuali emergenze psichiatriche, tale procedura non può essere considerata prioritaria né garante della pienezza e completezza del trattamento, poiché è necessario prevedere una continuità del percorso e dei livelli di cura, sia nella fase pre ricovero che post ricovero.

5.2. Indicatori di durata del ricovero

La durata della misura di sicurezza dipende da più fattori: il termine "dimissione" di pazienti internati in OPG presuppone infatti la elaborazione e la realizzazione di un progetto terapeutico-riabilitativo individuale che deve garantire sia l'intervento all'interno della struttura residenziale che la continuità di cura, da attuare da parte dei Servizi territoriali di residenza.

L'attuazione del progetto terapeutico di dimissione avviene inoltre esclusivamente tramite la **concessione da parte del Magistrato di varie tipologie di provvedimenti** di modifica della condizione giuridica di internamento quali, ad esempio, la Licenza Finale Esperimento, che consente la realizzazione all'esterno della struttura del progetto terapeutico, o di trasformazione in Libertà Vigilata o, infine, nella revoca definitiva della misura, che fa cessare il provvedimento giuridico.

Nel corso del 2012, nello studio e monitoraggio di una serie di dimissioni, la **permanenza media in misura di sicurezza "detentiva" è stata calcolata in 46 mesi**.

Pur considerando che il campione su cui è stata effettuata la valutazione dei tempi di realizzazione dei progetti riguardava la dimissione di pazienti con proroga della misura, o provenienti da lunghi periodi di internamento, il calcolo del tempo medio trascorso in misura di sicurezza detentiva **non è inferiore 24 mesi, trascorsi a Montelupo Fiorentino, su un piano di realizzazione dei percorsi terapeutici**.

Indicatori di monitoraggio del funzionamento della struttura saranno: il tasso occupazione posti letto, l'indice di turn-over, il ricorso al TSO ospedaliero.

Il monitoraggio della funzione della struttura dovrà basarsi anche sulla definizione delle modalità di ingresso, sia sul piano giuridico (tipologie delle misure di sicurezza, della durata preordinata in sentenza) che dei percorsi di provenienza (da libertà, da altre strutture sanitarie, da Carcere).

Indicatori eventi sentinella previsti dal sistema della Gestione del Rischio Clinico per una valutazione delle emergenze e dei livelli di rischio clinico specifico.

Residenze intermedie

Il presente allegato si riferisce alle residenze intermedie con funzione terapeutico-riabilitativa di cui all'art.3-ter del DL 211/2011, convertito con modificazioni, dalla legge 9/2012, costituite dalle seguenti 4 strutture sanitarie extraospedaliere-parzialmente protette (con saltuari controlli esterni da parte delle Forze dell'Ordine destinate ad accogliere le persone cui sono applicate misure di sicurezza non detentive (libertà vigilata) o misure cui sia applicata Licenza Finale Esperimento:

1. "Le Querce" - Comune di Firenze (FI) – Azienda USL 10 di Firenze
2. "AVSudEst" - Comune di Bibbiena (AR) – Azienda USL 8 di Arezzo
3. "Tiziano" - Comune di Aulla (MS) – Azienda USL 1 di Massa e Carrara
4. "AVCentro" - Comune di Lastra a Signa (FI) - Azienda USL 10 di Firenze

1. Struttura residenziale psichiatrica "LE QUERCE"

1.1. Premessa

La Residenza "Le Querce", è una struttura sanitaria extraospedaliera, già attiva e testata con esito positivo nel percorso di superamento dell'OPG approvato dalla Giunta regionale con deliberazione n. 841/2011. È un Struttura Psichiatrica Residenziale progettata per costituire un tramite fra lo stato di internamento/detenzione e la libertà ed ha oramai superato il decimo anno di vita. Tale struttura è stata aperta nel settembre del 2001 ed opera all'interno della rete toscana dei servizi per la presa in carico del percorso di salute mentale dei residenti malati di mente autori di reato internati/detenuti negli istituti di pena della regione.

L'esperienza clinica ha dimostrato la necessità di predisporre una struttura "intermedia" tra lo stato detentivo e la piena libertà, nella quale possano essere accolti pazienti, affetti da turbe psichiche e transitati in luoghi di pena perché giudicati socialmente pericolosi, per i quali sia necessario prevedere un periodo di speciale riabilitazione prima che possano affrontare di nuovo una soddisfacente vita di relazione nella società. Questa riabilitazione è diretta **soprattutto ad integrare in modo mirato le istanze di cura e quelle di controllo**, così da seguire con costanza e puntualità l'evolvere delle turbe psichiche del soggetto come della sua competenza sociale (capacità di riconoscere le emozioni degli altri, empatia, abilità nelle relazioni interpersonali).

L'osservazione, l'assistenza ed il controllo adeguati, garantiti durante la permanenza del paziente presso "Le Querce", consentono, inoltre, di effettuare un'attenta verifica delle risorse familiari e/o sociali disponibili sul territorio in vista del suo eventuale reinserimento socio-lavorativo.

1.2. Tipologia e gestione

La Residenza è una struttura sanitaria accreditata che dispone di 8 posti letto.

L'Azienda USL 10 di Firenze ha ottenuto dalla Regione Toscana l'accreditamento, con Decreto Dirigenziale n. 687 del 14.02.2007, ai sensi della LR 8/99 e LR 51/09, per tale struttura residenziale psichiatrica terapeutico-riabilitativa.

È gestita dalla Cooperativa Sociale San Pietro a Sollicciano ed ospita persone che provengono dagli Ospedali Psichiatrici Giudiziari, dalle Case di Cura e Custodia e dalle carceri ordinarie, per le quali si ritenga che - in quanto affette da un disagio psichico rilevante - il soggiorno terapeutico nella Struttura Residenziale Psichiatrica (SRP) sia preferibile al protrarsi della detenzione in carcere.

Gli ospiti della SRP sono persone sottoposte a qualche forma, diretta o indiretta, di coazione giudiziaria: licenza o licenza finale di esperimento con obblighi, libertà vigilata, altri obblighi prescrittivi, detenzione domiciliare, permesso premio con obblighi, ecc.

Vengono ospitati nella SRP "Le Querce" i pazienti per i quali, in seguito alla segnalazione dello psichiatra competente per territorio e responsabile del progetto terapeutico individuale, il responsabile sanitario della struttura - medico dell'Az. USL 10 - abbia dato il nulla osta all'ingresso.

1.3. Ubicazione

La struttura, ubicata nel Comune di Firenze, in Via di Ugnano n.11, è di proprietà della Parrocchia di San Pietro a Sollicciano.

1.4. Dotazione organica

Le attuali figure professionali presenti nella SRP Le Querce sono:

- n° 1 medico Psichiatra Responsabile dell'Azienda Sanitaria Firenze
- n° 1 Coordinatore della Struttura
- n° 2 Psichiatri interni
- n° 2 Psicologi
- n° 1 Educatore
- n° 1 infermiere
- n° 1 Tecnico della riabilitazione motoria
- n° 11 Operatori addetti all'assistenza
- n° 1 Cuoco.

1.5. Costi

Il costo annuo di euro 94.900,00 a posto letto determina una quota giornaliera di euro 260,00 a persona.

I costi annuali di gestione della struttura sono riportati nel seguente quadro riepilogativo.

Tabella 1- Costi annuale di gestione SRP Le Querce

	Livello riferimento	N° ore complessive	Totale convenzione
O.S.S. - O.S.A.	C1	17.520	337.785,60
Educatore gen./Psicologo	D2/E2	5.304	131.657,76
Cuoco	C1	1.298	25.025,44
Coordinatore	E1	1.350	31.252,50
			525.721,30

Psichiatri interni	E2	1.508	39.419,12
Attività infermieristica	D1	564	11.550,72
			50.969,84

TOTALE PERSONALE	576.691,14		
-------------------------	-------------------	--	--

Direzione, Amministrazione e personale	60.000,00
Utenze	15.000,00
Materie prime (pasti, attività varie)	35.000,00
Manutenzioni, Ammortamenti,	30.000,00
Altri Costi Generali	30.000,00

TOTALE ALTRI COSTI	170.000,00
---------------------------	-------------------

TOTALE GENERALE (senza IVA)	746.691,14
------------------------------------	-------------------

1.6. Esperienza acquisita e attività svolta

Con apposito progetto sperimentale denominato Eracle, finanziato con fondi della Regione Toscana (DGR 1100/2012) e dell'Azienda USL 10 di Firenze, dal quale è scaturita la realizzazione della SRP "Le Querce", è stato validato un protocollo specifico di applicazione di forme di coazione alternative a internamento e detenzione, che prevede una rete interistituzionale (salute, sociale, sicurezza, giustizia, penitenziario) per la presa in carico integrata della gestione dei casi e una risposta adeguata sotto il profilo organizzativo e clinico.

La riuscita del programma, che ha avuto conferma dell'accreditamento ottenuto da parte della Regione Toscana, discende dalla **eccellente collaborazione tra Azienda Sanitaria di Firenze e privato sociale**. I Responsabili aziendali del Progetto hanno provveduto alla direzione clinica del lavoro, alla costante supervisione dell'attività svolta dagli operatori della cooperativa di servizi e alla loro formazione permanente, allo stabile collegamento sia con gli organi della salute mentale del territorio coinvolti nella successiva assistenza, e quindi in grado di garantire programmi di reinserimento degli ospiti, sia con l'apparato della giustizia e l'istituzione penitenziaria, che presiedono alla concessione di benefici esterni a detenuti e internati.

L'Azienda sanitaria interviene con la necessaria attività amministrativa di supporto e con 34 ore (18 SUMAI e 16 di un dirigente) di psichiatri particolarmente esperti nel settore, destinate alle funzioni di responsabilità clinica, organizzativa, progettuale e di controllo. A prevedere questa proiezione aziendale è anche il piano di accreditamento regionale. La spesa per il personale sanitario dedicato è di circa 90.000,00 Euro. L'attività concerne l'intera Area Vasta Centro della Regione Toscana, che dal 2006 formalmente utilizza la struttura, e dunque le Aziende Sanitarie di Firenze, Prato, Pistoia, Empoli, mentre la spesa sanitaria investe soltanto l'Azienda Sanitaria 10.

Il progetto ha consentito di raggiungere gli obiettivi prefissati:

- ridimensionare, in maniera forte e con la garanzia di un graduale reinserimento, il problema dell'internamento giudiziario di soggetti che non necessitano di livelli di protezione elevati o elevatissimi;
- cominciare ad affrontare il problema della psicopatologia reclusa negli istituti di pena ordinari;
- evitare, a soggetti fragili, che potrebbero avvantaggiarsi di programmi riabilitativi e soffrire le conseguenze di una coazione giudiziaria, tanto l'internamento che la detenzione.

La positività dei risultati ottenuti, dimostra indubbiamente la validità di valorizzare una soluzione ragionevole al problema della follia-trasgressiva, problema che non può certo esaurirsi in quello dell'internamento giudiziario.

L'attività de "Le Querce" ha contribuito alla riduzione del numero di internati in OPG dell'Azienda Sanitaria di Firenze. Un notevole decremento si è anche registrato fra gli internati di provenienti dal territorio delle Aziende USL n. 4 di Prato e n. 3 di Pistoia, inoltre è stato mantenuto basso il numero degli internati dell'Az. USL di Empoli. Dal 2001, anno in cui la SRP "Le Querce" è stata aperta, si è passati dai 16 internati provenienti dall'Azienda 10, ai 7 internati del 2011 (otto con una internata presso l'OPG di Castiglione delle Stiviere).

L'aumento dell'ultimo anno degli internati dell'Azienda USL 10 (15 alla fine del 2012) delinea un trend preoccupante, che può dipendere anche da strategie trattamentali inappropriate, adottate dal sistema giudiziario senza interfacciarsi con i Servizi Territoriali di Salute Mentale, scegliendo spesso soluzioni più semplici ed immediate (l'applicazione cioè della misura di sicurezza, anche in caso di pericolosità sociale molto limitata).

Attraverso la SRP sono transitate, dal 10 settembre 2001, 76 persone dieci di queste persone hanno però fatto ingresso a "Le Querce" due volte, due persone tre volte e due persone per quattro volte, perciò sono stati registrati 96 ingressi in totale.

Nove persone, di queste settanta, sono rimaste a "Le Querce" per brevissimi periodi, per cui non sono state prese in esame per la valutazione dei risultati. Alla maggior parte di questi soggetti 'transitati' brevemente, è stata fornita un'ospitalità a "Le Querce" per consentire loro di godere di benefici (permessi premio, licenze etc) che altrimenti il magistrato non avrebbe concesso. E', questa, una funzione della SRP che occorre non sottovalutare. In due soli casi si trattava di persone in stato di libertà, che sono state accolte in un momento di necessità.

Le altre 67 persone inserite hanno tutte ottenuto risultati clinici molto soddisfacenti, risultati esaminati anche attraverso una valutazione testistica approfondita e standardizzata.

Osservando la distribuzione dei 67 soggetti inseriti stabilmente. Di questi 67 ospiti permanenti, 11 (16,5%) sono state le donne e 56 (83,5%) gli uomini.

La provenienza dei 67 ospiti permanenti prima di arrivare a 'Le Querce':

- 14 detenuti in carcere: 13 uomini e 1 donna;
- 44 internati in OPG o CCC: 35 uomini e 9 donne;
- 1 dagli arresti/detenzione domiciliare: 1 uomo;
- 1 dalla semilibertà: 1 uomo;
- 2 dal ricovero nel SPDC ex 286 cpp: 2 uomini;
- 2 dalla libertà provvisoria: 2 uomini;
- 1 dall'APSS: 1 donna;
- 1 da Lic. Fin. Esp. in altra SRP: 1 uomo;
- 1 uomo senza misure giuridiche, che ha solo fatto *un breve periodo di libertà vigilata*.

L'età è compresa fra gli 80 e i 21 anni, con una media di circa 42 anni.

La permanenza dei vari ospiti a 'Le Querce' si attesta **mediamente sotto i 12 mesi** ($\approx 325,1$ giorni).

Le **diagnosi**, sono state divise in primarie e secondarie, poiché non pochi pazienti avevano diagnosi multiple, su uno o più assi del DSM. Nei due quinti dei soggetti, inoltre, erano presenti Disturbi Correlati a Sostanze.

Tabella 2 - Diagnosi primarie

Diagnosi primaria	n° casi (su 76 pz inseriti e transitati)	n° casi (su 67 pz inseriti)
Schizofrenia	24	18
Dist. Delirante Cronico	5	4
Dist. Bipolare	11	10
Dist. Depressivo	4	1
Dist. Di Pers. (severi)	21	19
Dist. Dipend. Sost.	4	2
Epilessia	1	1
Oligofrenia (S. Asperger?)	5	5
Paranoia involutiva	1	1
Totali	76	67

Prevalgono, le diagnosi 'classiche' di psicosi (fra Schizofrenia, Disturbi Deliranti, Disturbi Depressivi e Bipolari), ma sono comunque assai ben rappresentati anche i gravi Disturbi di Personalità.

In 36 dei 76 pazienti transitati era presente anche una diagnosi psichiatrica secondaria (considerando anche i disturbi correlati a sostanze)

Tabella 3 - Diagnosi secondarie

Diagnosi secondaria (36 su 76)	n° casi (su 76 pz inseriti e transitati)	n° casi (su 67 pz inseriti)
Dist. Depressivo	3	3
Dist. Personalità	7	4
Dist. Dip./Abuso Sostanze	25	22
Oligofrenia	1	1
Totali	36	30

In più di un terzo dei pazienti (36 su 76) erano presenti disturbi da abuso o dipendenza da sostanze.

Tabella 4 – Doppie Diagnosi

Doppia Diagnosi (29 su 76) 37,1%	n° casi (su 76 pz inseriti e transitati)
Dist. Dip. Oppiacei	10
Dist. Dip. Oppiacei + Alcool	2
Dist. Dip. Alcool	1
Dist. Abuso Oppiacei +Alcool	10
Dist. Abuso Cocaina +Alcool	2
Dist. Abuso di Alcool	3
Dist. Abuso THC	1
Totali	29

Infine, è importante rilevare che finora non si è verificato alcun problema di sicurezza causato dagli ospiti della Residenza, benché si tratti di persone che hanno alle spalle reati gravi.

2. Nuova struttura sanitaria extraospedaliera “ AVSudEst ” – Residenza sanitaria per la salute mentale

2.1. Premessa

L'intervento, prevede la realizzazione di una residenza sanitaria dell'Area Vasta Sud Est per la cura, la riabilitazione e l'abilitazione di utenti della salute mentale della Toscana Sud Est provenienti dall'OPG di Montelupo Fiorentino, quale terza struttura sanitaria intermedia già prevista dal percorso di superamento dell'OPG approvato dalla Giunta regionale con deliberazione n. 841/2011.

Il progetto è coordinato dall'Azienda USL 8 di Arezzo e dal locale DSM e gestito dalla cooperazione sociale.

2.2. Bacino di riferimento

Il bacino di riferimento della Residenza è costituito dalla Province di Arezzo, Siena e Grosseto, ove risiedono 830.861 persone (dati censimento ISTAT). Detta area è l'unica attualmente sprovvista di residenze sanitarie per la salute mentale che possano offrire risposta ad utenti in uscita dall'OPG di Montelupo Fiorentino .

2.3. Tipologia e gestione

2.3.1. Caratteristiche strutturali e funzionali

La Residenza sarà realizzata in conformità agli standard funzionali definiti per le strutture residenziali terapeutico riabilitative per acuti e sub acuti definite dal Regolamento 61/r.2010 (allegati A e D), per **n.12 ospiti residenti suddivisi in 2 moduli funzionali da n.6 posti letto, rispettivamente caratterizzati da alta e bassa intensità assistenziale** in funzione dell'assicurare l'appropriatezza della presa in carico a gruppi di utenti che presentino problematiche di assistenza e cura differenti (persone con patologie acute e persone cronicizzate).

La struttura sarà realizzata su un solo piano, con una dotazione complessiva di oltre 500 mq lordi, e assicurerà a ciascun ospite una dotazione capitaria > 40 mq.

2.3.2. Tipologia utenti

Utenti dimessi dall'OPG provenienti da tutte le Aziende USL facenti parte della Area Vasta Sud Est , che fungono da co-promotori e da valutatori del processo.

Per la **prossimità geografica all'Umbria**, la nuova residenza si propone adatta anche a soddisfare i bisogni delle persone provenienti da tale Regione.

2.3.3. Caratteristiche funzionali

La residenza riabilitativa assume e persegue compiti di assistenza, promozione della capacità di relazione e di reinserimento sociale.

2.3.4. Integrazione con i servizi

La struttura avrà **titolarità privata** ma opererà sulla base di un protocollo di intesa tra il gestore ed i DSM delle Aziende Sanitarie Locali dell'Area Vasta Sud Est che

assegna ai servizi pubblici le funzioni di direzione sanitaria e di pianificazione dei PAI e dei PEI degli utenti inseriti. In questa ottica è previsto che il Direttore sanitario della Residenza Riabilitativa sia psichiatra dipendente dell'Az. USL 8 di Arezzo che agisce (part time) in proiezione e che, durante la giornata, gli ospiti della stessa Residenza – sulla base dei piani individualizzati predisposti dal medico responsabile di caso - possano frequentare i centri diurni del territorio o altri spazi di socializzazione.

2.3.5. Modello familiare

La struttura assumerà un modello gestionale il più possibile prossimo al modello familiare, dando corso ad un'organizzazione delle attività e degli stessi tempi flessibile e non istituzionalizzante; caratteristiche ulteriori che conferiscono valore aggiunto alla proposta sono:

- a- la collocazione della struttura all'interno della trama urbana, in una zona di espansione di elevato pregio,
- b- l'allestimento con arredi e complementi di arredo tipici delle normali abitazioni familiari,
- c- la strutturazione di ritmi di funzionamento e regimi caratteristici differenti da quelli rigidi tipici delle istituzioni: ad esempio, la preparazione dei pasti e gli stessi orari di consumazione saranno organizzati secondo il normale " profilo " delle case famiglia, coinvolgendo (ove possibile gli ospiti) in ruoli attivi .

2.3.6. Opportunità di socializzazione

La residenza disporrà all'interno di piccoli spazi attrezzati per svolgere attività occupazionali ed abilitative ma il modello di gestione mira a realizzare interazioni ed integrazioni concrete con tutte le agenzie ed i servizi pubblici e del privato sociale possano concorrere al benessere relazionale delle persone ed allo sviluppo dei percorsi abilitativi e di reinserimento sociale. In particolare, è previsto lo sviluppo di accordi e sinergie con gli attori sociali del territorio casentinese, cooperative sociali di tipo B, compagnie di teatro per l'inclusione, polisportive per l'inclusione etc, presenti e operative nel territorio.

2.4. Ubicazione e Progettazione

2.4.1. Sede

La struttura verrà attivata nell'ambito dell'Azienda USL 8 di Arezzo, nel Comune di Bibbiena.

2.4.2. Progettazione urbanistica e tempi di realizzazione

E' già stato predisposto un progetto per la realizzazione della nuova struttura e sono già stati ottenuti il parere preliminare di conformità alle norme di Legge vigenti dall'Azienda USL 8 e l'autorizzazione a costruire dal Comune conforme alle prescrizioni del DPGR n.15-r.2008. In sede di progettazione esecutiva, detto progetto (che prevedeva complessivamente n.20 pl) verrà rivisto per aderire alle previsioni della LR n.51/2009 e del regolamento n.61/r.2010 e smi riducendo il numero dei posti letto a 12, incrementando gli spazi comuni e quelli da adibire ad

attività di laboratorio ed occupazionali; l'intervento, che verrà cantierato previa stipula di convenzione con la Regione e l'Azienda Sanitaria Locale, ha tempi di realizzazione massimi di mesi 6 dallo start up .

2.5. Allestimento struttura

L'allestimento prevede la creazione di n. 6 camere doppie, di cucina, bagni, spazi da dedicare alla vita comunitaria ed attività occupazionali, suddivise in due distinti moduli funzionali rispettivamente dedicati ad elevata e bassa intensità assistenziale che saranno allestiti con arredi acquisiti nel normale mercato degli arredi da abitazioni civili.

2.6. Dotazione organica

Per la gestione dei servizi è previsto l'impiego diretto di n° 25 Operatori professionali

Tabella 1 – Personale professionale

PIANTA ORGANICA RESIDENZA SANITARIA AVSud Est				
	ore annue	Operatori FT	Operatori PT	Addetti sostituzioni
Medico	936	0	1	0
OSS	8.760	6	0	1
ADB	8.760	6	0	1
Infermieri Professionali	5.110	0	4	0
Educatore Prof.le Coordinatore	2.184	1	0	0
TdR/Psicologo	1.252	0	1	0
Add. Servizi Economali	5.110	0	4	0
		13	10	2

Il modello di organizzazione del lavoro previsto dà luogo all'impiego di n° 13 operatori a tempo pieno e di 10 operatori part time (con un orario che oscilla tra i 1200 (936 per il medico), oltre a n° 2 addetti alle sostituzioni per ferie , malattia e/o maternità.

Tutto il personale sarà assunto alle dipendenze della cooperativa fatta eccezione per il medico che – sarà indicato dall'Azienda USL 8 tra le figure sanitarie del DSM ; per il personale addetto ai servizi economali (pulizie, lavanderia etc.) sarà coinvolta – mediante apposita convenzione - una qualificata cooperativa sociale di tipo B radicata nel territorio, nel doppio intento di attivare legami ulteriori con la rete sociale e di sostenere concretamente la cooperazione di inserimento lavorativo.

In aggiunta al personale professionale e con rapporto di lavoro dipendente a tempo indeterminato, è previsto l'impiego di volontari del Servizio Civile Volontario e di tirocinanti entro le previsioni del programma della Regione Toscana "GiovaniSI!".

Tabella 2 - Personale accessorio

RISORSE UMANE ACCESSORIE RESIDENZA AVSudeST			
	Unità	Ore settimanali	Ore Annue
Volontari SCV	2	60	2.880
Tirocinante Psicologo	1	30	1.440

Tirocinante Pedagogista	1	30	1.440
	4	120	5.760

La procedura di selezione del personale di nuova assunzione sarà effettuata mediante colloqui attitudinali e terrà conto di seguenti criteri: a) della specifica formazione in materie che afferiscono la sfera relazionale dei disturbi comportamentali ; b) della esperienza specifica nel settore della riabilitazione e assistenza di persone con disagio psichico; c) del genere, dando priorità al genere maschile ; d) della residenza, privilegiando persone che risiedono nella zona o in aree che rendano raggiungibile il luogo di lavoro anche con mezzi pubblici prossimi.

Tale dotazione organica determina un costo giornaliero capitario di euro 198,00 per ciascuno dei posti letto convenzionati per utenti residenti nella Regione Toscana.

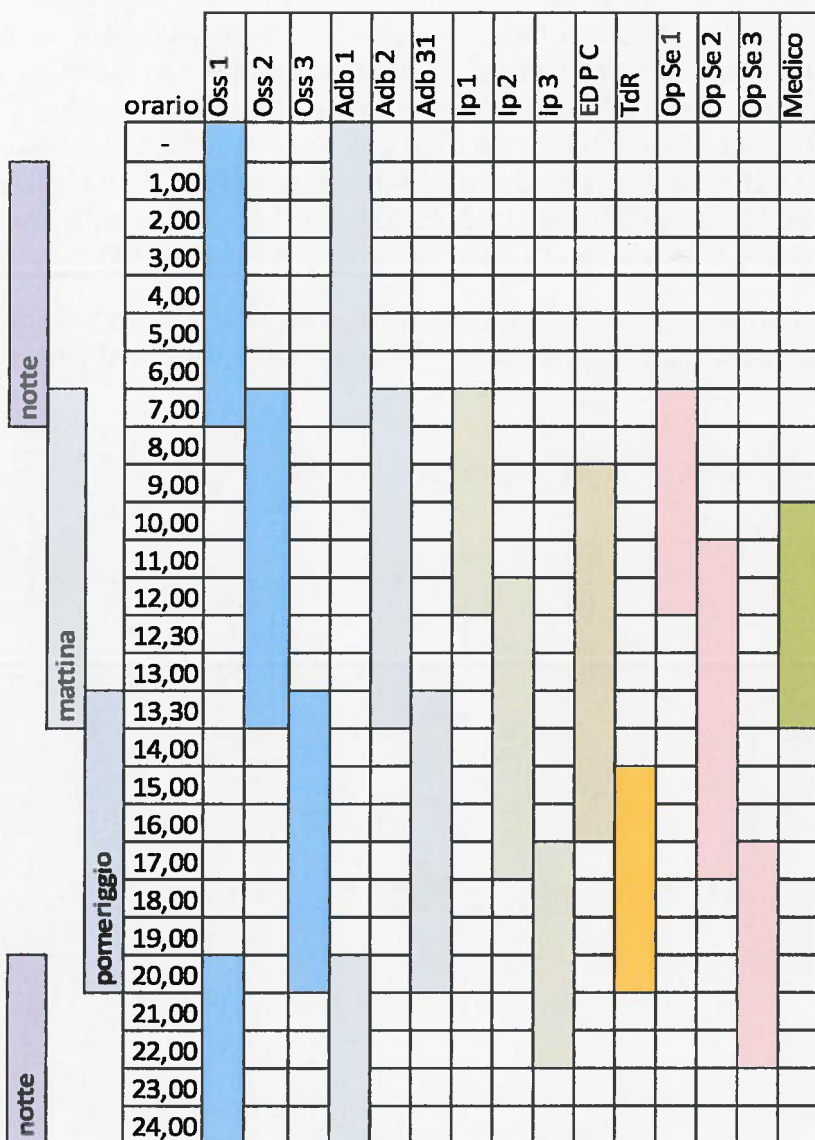
2.7. Costi

I costi sono esplicitati nella seguente la scheda del budget.

Tabella 3 . Scheda di budget

Profilo	Natura	ore giorno n.	ore settimana n.	ore annue n.	costo annuo €	Ospiti n.	costo giorno €
Medico (P DSM)	Sanit	-	18,00	936,00	37.440,00	12	8,55
OSS	Sanit	24,00	168,46	8.760,00	199.728,00	12	45,60
Adb	Sanit	24,00	168,46	8.760,00	188.340,00	12	43,00
Inf. Prof.le	Sanit	14,00	98,27	5.110,00	125.706,00	12	28,70
Ed. Prof Coord.re	Sanit	7,00	42,00	2.184,00	53.508,00	12	12,22
TdR	sanit	4,00	24,08	1.252,00	28.170,00	12	8,92
Totale Sanit.							146,99
Add. Serv. Econ.	Soc	14,00	98,27	5.110,00	91724,50	12	20,94
Utenze	Alberg				37.200,00	12	8,49
Prodotti alimentari	Alberg				50.370,00	12	11,50
Igiene intima e pulizie	Alberg				13.370,00	12	3,15
Amm.to automezzi di serv.	Alberg				5.000,00	12	1,25
Materiali di consumo	Alberg				17.520,00	12	4,00
Assicurazioni	Alberg				1.533,00	12	0,65
Risorse per collabor Rete	Alberg				4.380,00	12	1,00
Totale Alberg.							30,04
Totale generale							197,97

Il seguente schema rappresenta la copertura della giornata tipo nella struttura sanitaria:



2.8. Operatività

Le varie fasi previste per giungere a concreto avvio della gestione, richiedono in un tempo non superiore a **6 mesi**.

3. Comunità Terapeutica "TIZIANO"

3.1. Premessa

La Comunità "Tiziano" è una Comunità Terapeutico - Riabilitativa intensiva per pazienti psichiatrici gravi che abbiano avuto anche problemi di abuso di sostanze ed alcol ed eventuali misure di sicurezza alternative al carcere o all'OPG. È una struttura sanitaria extraospedaliera, già attiva e testata con esito positivo nel percorso di superamento dell'OPG approvato dalla Giunta regionale con deliberazione n. 841/2011.

La Comunità nasce nel 2004 come progetto sperimentale volto a valutare la fattibilità del trattamento di pazienti psichiatrici autori di reati o con riconosciuta pericolosità sociale al di fuori del contesto di reclusione, secondo gli indirizzi del Piano Sanitario Regionale toscano.

3.2. Ubicazione

E' ubicata appena fuori del centro urbano di Aulla (MS), in via Barcara, in posizione dominante rispetto alla città, situata in zona collinare ma non lontano dal mare e a ridosso delle Alpi Apuane, si presenta come un ambiente ottimale per il benessere e la cura degli ospiti in ogni periodo dell'anno.

3.3. Dati strutturali e caratteristiche

Il fabbricato è composto da due moduli adatti ad ospitare 10 persone ciascuno.

Il complesso consta di complessivi mq 1.327,92, per un totale di mc 4.596,76 su tre livelli (piano terra, primo e secondo).

La superficie per posto letto ammonta mq 66,40.

La Comunità Terapeutica "Tiziano" dispone di venti posti letto gestiti da personale sanitario dell'Azienda USL n. 1 di Massa Carrara e accoglie pazienti, in alternativa al carcere o all'OPG, provenienti da tutta la Toscana per i quali e **mette a disposizione 10 posti letto, in camere singole, per i pazienti provenienti dalle Aziende sanitarie dell'Area Vasta Nord-Ovest della Toscana (1-Massa e Carrara, 2-Lucca, 5-Pisa, 6-Livorno)**, con retta a carico delle Aziende sanitarie medesime.

L'altro modulo da 10 posti è riservato alle persone con analoghe problematiche sanitarie, provenienti da ulteriori zone della Toscana e di altre regioni italiane con identiche finalità.

3.4. Tipologia e gestione

La Comunità "Tiziano" si configura come struttura sanitaria, nella forma di Presidio di Tutela della Salute Mentale, sottotipo Struttura Residenziale Psichiatrica.

L'Azienda USL 1 di Massa e Carrara ha ottenuto dalla Regione Toscana l'accreditamento, con Decreto Dirigenziale n. 2377 del 10.06.2011, ai sensi della LR 8/99 e LR 51/09, per tale struttura residenziale psichiatrica terapeutico-riabilitativa.

Il modello organizzativo si basa sul lavoro di equipe, con chiara individuazione degli obiettivi, dei ruoli e delle responsabilità di ogni professionalità e progetti personalizzati per ogni paziente secondo quanto indicato dagli approcci di Assertive Community Treatment. Vengono effettuate periodiche viste psichiatriche, trattamenti psicologici individualizzati, incontri psicologici di gruppo, attività di risocializzazione, attività di supporto ai familiari. Gli accessi avvengono **su richiesta dei Dipartimenti di Salute Mentale Servizi Psichiatrici pubblici e/o dei Sert** che hanno in carico il paziente, dopo valutazione del caso come da procedura di ammissione. Non sono ammessi accessi che non passino attraverso la richiesta motivata dei Servizi sanitari competenti. Vengono accettati pazienti con Misure di Sicurezza alternative al Carcere o all'Ospedale Psichiatrico Giudiziario su disposizione del Magistrato competente, previa richiesta ed accordo con il Servizio Psichiatrico competente per territorio.

Per il periodo di permanenza in residenza, agli ospiti vengono garantite prestazioni psichiatriche, psicologiche, riabilitative sociali e tutte le consulenze e prestazioni mediche necessarie, nonché i controlli e le indagini strumentali attraverso i presidi territoriali e ospedalieri dell'azienda USL 1 di Massa e Carrara. Tali prestazioni sono erogate in attuazione dei programmi medico-psicologici-riabilitativi, secondo quanto indicato dal Piano Terapeutico Riabilitativo Individualizzato, sotto la **supervisione del Direttore della struttura, il quale coordina gli interventi della Comunità con quelli del Dipartimento di Salute Mentale dell'Az. USL 1.**

Il monitoraggio del raggiungimento di miglioramenti significativi nel trattamento terapeutico è assicurato attraverso **strumenti standardizzati.**

Nonostante la gravità dei pazienti ricoverati, il lavoro svolto nella Comunità Tiziano ha raggiunto un livello di eccellenza ed ha permesso a molti pazienti di avere una vita dignitosa e cure adeguate. I miglioramenti ottenuti, inoltre, hanno permesso il rientro di numerosi pazienti nel loro territorio di provenienza in condizioni cliniche stabilizzate.

3.5. Personale

La Comunità Tiziano è coordinata, per la parte di competenza clinica e scientifica, da un Direttore Sanitario, dirigente medico di ruolo dell'Azienda USL 1, specialista in Psichiatria, messo a disposizione della stessa Azienda USL, con oneri retributivi a carico della medesima.

Al fine di garantire unicità di indirizzo e di responsabilità clinica, l'azienda USL mette inoltre a disposizione, per il funzionamento della struttura anche il seguente personale:

- 1 medico specialista in psichiatria a tempo pieno, in aggiunta al medico specialista in psichiatria nel ruolo di Direttore,
- 2 psicologi con competenze cliniche e psicodiagnostiche, a tempo parziale,
- 1 psicologo esperto con compito di supervisione del personale, finalizzato al contenimento del burn-out, con ore dedicate,
- 1 assistente sociale con funzione d'interfaccia tra comunità terapeutica ed équipes territoriali, a tempo pieno.

Sono inoltre presenti i seguenti profili professionali:

- Infermieri, con copertura sulle 24 ore,
- 8 ausiliari socio sanitari (OSA/OSS),
- 8 educatori professionali/tecnici di riabilitazione psichiatrica,
- 1 responsabile amministrativo, con competenze informatiche, coadiuvato da 1 segreteria di amministrazione,
- Personale ausiliario di supporto (cuochi, ecc.) .

3.6. Costi

Il costo annuo della Residenza Tiziano di Aulla determina il costo giornaliero a persona di € 204,00 + IVA al giorno. La predetta retta giornaliera è composta da € 70,00 corrispondenti alla quota di compartecipazione ai costi fissi e generali sopportati dall'Azienda USL 1 ed € 134,00 a copertura dei costi sostenuti dall'appaltatore.

4. Struttura sanitaria "AVCentro" Lastra a Signa (FI)

4.1. Premessa

Nell'Area Vasta Centro della Toscana si manifesta la necessità di disporre di una seconda struttura sanitaria intermedia, in aggiunta alla Residenza "Le Querce" di cui al precedente punto 1, al fine di garantire la risposta terapeutico-riabilitativa ai pazienti che provengono in misura prioritaria da tale territorio.

Pertanto è stata prevista l'apertura di **una ulteriore struttura residenziale** psichiatrica per i pazienti prioritariamente residenti nell'Area Vasta Centro, intermedia tra la struttura sanitaria di arrivo, su disposizione della Autorità Giudiziaria, in seguito alla commissione del reato e al giudizio e il reinserimento nell'ambito territoriale di provenienza.

La nuova struttura sanitaria **sarà organizzata, sul modello già testato della RSP "Le Querce", utilizzando un fabbricato esistente**, in prossimità dell'area urbana del Comune di Lastra a Signa nei dintorni di Firenze, che **richiede di alcuni interventi di adeguamento strutturale**.

4.2. Tipologia e gestione

La nuova struttura residenziale psichiatrica, si configura come struttura sanitaria extraospedaliera ed ospiterà malati di mente autori di reato, in alternativa all'internamento giudiziario, con funzione di transito da un maggiore a un minore livello di sorveglianza.

I soggetti valutati idonei all'inserimento nella struttura resteranno nella stessa per un massimo di **12 mesi, utilizzando le procedure di accesso, di riabilitazione e le garanzie di sicurezza sperimentate nella SRP Le Querce**, in circa dodici anni di attività nel campo (di cui al punto 1). Durante il periodo di soggiorno sarà costantemente verificato il livello di competenza sociale e l'evoluzione della pericolosità sociale degli ospiti, attraverso la valutazione clinica, integrata dall'uso dei test già in uso presso Le Querce, resa possibile dalla capacità riabilitativa di una struttura autenticamente interdisciplinare (psichiatri, psicologi, infermieri, educatori, magistrati di sorveglianza, ecc.).

4.2.1. Ubicazione geografica

La struttura si trova nel Comune di Lastra a Signa, in Località Sant'Ilario a Settimo.

4.2.2. Bacino di utenza

La popolazione di riferimento corrisponde alla popolazione residente nel territorio delle Aziende USL n 3-Pistoia, 4-Prato, 10-Firenze, 11-Empoli, che costituiscono l'Area Vasta Centro (popolazione residente n. 1.572.644 come risulta dai dati ISTAT al 31.12.2011).

Pertanto, nella struttura saranno accolti i malati di mente toscani, preferibilmente residenti nel territorio della Area Vasta Centro, prosciolti per vizio totale di mente e giudicati

socialmente pericolosi, di cui sia stata valutata la competenza al passaggio in una struttura intermedia.

4.2.3. Dimensione

I posti letto previsti per la nuova struttura sono 10.

La superficie del fabbricato è costituita da:

- camere e spazi comuni, per circa 198 mq
- locali con spazi per attività ricreative, per circa 90 mq
- locali servizio (spogliatoi, lavanderie, etc.), per circa 100 mq

La struttura è corredata di un'area verde esterna utilizzata a giardino, di circa 520 mq.

I sistemi di sicurezza saranno allestiti in modo analogo a quelli della SRP Le Querce, con:

- protezione degli accessi alla struttura, in modo da non renderli liberi;
- attivazione impianto di video-sorveglianza;
- attivazione allarme punto a punto con la Pubblica Sicurezza, da utilizzare in caso di urgenza;
- inserimento del luogo nei percorsi di sorveglianza delle Forze dell'Ordine.

4.2.4. Composizione risorse umane

La dotazione organica sarà composta da personale qualificato dipendente da cooperativa sociale radicata nel territorio, ad eccezione del medico Psichiatra Responsabile che sarà indicato dall'Azienda USL 10 di Firenze.

Tabella 1- Dotazione di personale della struttura sanitaria AVCentro™

	Livello riferimento	N° ore complessive
O.S.S. - O.S.A. (11 pers.)	C1	17.520
Educatore gen. (2 pers.)	D2	3.952
Psicologo (2 pers.)	E2	3.744
Cuoco (1 pers.)	C1	1.976
Coordinatore (1 pers.)	E1	1.976
Psichiatri interni (2 pers.)	E2	3.328
Attività infermieristica (1 pers.)	D1	564

Il reperimento delle risorse avverrà tramite un corso di formazione specifico con tirocinio presso la SRP Le Querce, al termine del quale sarà selezionato il personale ritenuto idoneo.

Il medico psichiatra, richiesto per 15 ore settimanali, sarà preferibilmente lo stesso che supervisiona l'attività della SRP Le Querce.

4.2.5. Costi stimati per attività sanitarie

La definizione dei costi del personale è stata identificata a partire dalle "ore di profilo" previste dalla convenzione della SRP Le Querce, avendo presente l'organigramma stabilito per l'accreditamento regionale della struttura stessa ed i parametri individuati nel recente Regolamento Aziendale per le Residenze. Il costo orario del lavoro, prende come riferimento il Decreto Ministeriale di aprile 2012 con l'allegata tabella del costo orario di ottobre 2012 comprensiva degli incrementi contrattuali.

Tabella 2- Costi annuali di gestione stimati per il funzionamento della struttura sanitaria "S.Illario"

PERSONALE	Livello riferimento	N° ore complessive	Totale convenzione	
O.S.S. - O.S.A. (11 pers.)	C1	17.520	335.508,00	
Educatore gen. (2 pers.)	D2	3.952	85.126,08	
Psicologo (2 pers.)	E2	3.744	106.704,00	
Cuoco (1 pers.)	C1	1.976	37.840,40	
Coordinatore (1 pers.)	E1	1.976	45.507,28	
			610.685,76	69,1%
Psichiatri interni (2 pers.)	E2	3.328	86.594,56	
Attività infermieristica (1 pers.)	D1	564	11.956,80	
			98.551,36	11,1%
TOTALE PERSONALE			709.237,12	80,2%
ALTRI COSTI			Totale	
Direzione, Amministrazione e personale			60.000,00	
Utenze			20.000,00	
Materie prime (pasti, attività, ...) e vacanze/tempo libero			35.000,00	
Manutenzioni, Ammortamenti, automezzi			30.000,00	
Altri Costi Generali			30.000,00	
TOTALE ALTRI COSTI			175.000,00	
			19,8%	
TOTALE GENERALE (escluso IVA)			884.237,12	
			100,0%	

Inoltre, l'Area Vasta Centro sostiene il costo dello Psichiatra (15 ore settimanali) messo a disposizione dall'Azienda USL 10 di Firenze, per la supervisione e il monitoraggio delle attività svolte nella struttura.

4.2.6. Tipologia d'intervento e tempi di realizzazione

La ristrutturazione necessaria consiste nelle opere di adeguamento alla normativa vigente, della cucina, dell'impianto di smaltimento delle acque e fosse biologiche, delle uscite di sicurezza con messa in protezione di finestre e porte.

Il livello di progettazione è attualmente in fase preliminare, ma gode del vantaggio di contare sulla esperienza ultradecennale della SRP Le Querce (di cui al punto 1).

L'attivazione della struttura richiede i tempi prevista nel seguente **cronoprogramma**:

- **Tempi di progettazione: un mese.**

- **Tempi di appaltabilità:** dai sei agli otto mesi (tempo necessario alle istituzioni pubbliche per una gara di appalto di tipo europeo).
- **Tempi di realizzazione dell'opera:** quattro/sei mesi dall'eventuale affidamento dell'appalto.

4.2.7. Criteri e indicatori per la verifica dei risultati finali raggiunti

- Numero dei pazienti di fatto inseriti nel progetto,
- Numero dei rientri negli istituti penitenziari tra gli ospiti della struttura intermedia realizzata in Toscana,
- Numero dei soggetti di cui sia possibile un reinserimento nel territorio dopo il soggiorno nella struttura,
- Numero dei soggetti che hanno evitato, grazie alla struttura intermedia, il soggiorno nella struttura a più intensa sorveglianza,
- Numero di drop out.



APPENDICE

TABELLE DI SINTESI

REMS-D "La Badia"

Realizzazione Residenza sanitaria per esecuzione misure di sicurezza detentive	REMS-D
Caratteristiche generali	Struttura sanitaria con sorveglianza intensiva, destinata ad accogliere le persone cui sono applicate le misure di sicurezza detentive, previste al comma 2 dell'art. 3-ter del DL 211/2011, convertito con modificazioni dalla Legge 9/2012
n. posti letto	32 complessivi, costituiti da 28 posti effettivi e 4 posti aggiuntivi per il trattamento delle acuzie; i posti letto sono distribuiti in 2 moduli da 14 posti letto ciascuno, distinti per livello d'intensità di cura, di cui uno dotato di ulteriori 4 posti riservati al trattamento delle situazioni di crisi
Superficie lorda piana per posto letto	84,64 mq per posto letto
Soggetto attuatore	Azienda USL n. 11 di Empoli
Ubicazione	Comune di San Miniato (PI) – Località La Catena, Via Tosco-Romagnola – complesso "La Badia"
Popolazione servita	n. 3.672.202 residenti Toscana e n. 884.268 residenti Umbria
Tipo di lavori necessari	Nuova costruzione da realizzare
Livello progettazione	Progetto preliminare con studio di fattibilità
Tempi complessivi di realizzazione	30 mesi

La nuova struttura sanitaria è destinata ad accogliere un numero massimo di 28 persone ed è, composta da due moduli differenziati per intensità di cura, da 14 posti letto, di cui uno con 4 posti aggiuntivi per il trattamento delle acuzie, per un totale di 32 posti letto (28 effettivi + 4 tecnici in camere singole, riservati esclusivamente al trattamento più intensivo e prolungato delle crisi).

Quadro economico della REMS-D

Tabella 1 – Investimenti: risorse necessarie per la realizzazione della REMS-D

Obiettivo	Somme a carico art.20 L. 67/88 (95%)	Somme a carico Aziende/Regione (5%)	Totale (100%)
Realizzazione struttura sanitaria extraospedaliera, modulare con protezione perimetrale (2 moduli da 14 posti, + 4 posti per trattamento acuzie)	€ 7.367.250,00	€ 387.750,00	€ 7.755.000,00



Tabella 2 – Piano finanziario dell'opera (dettaglio dei costi per la realizzazione della REMS-D)

LAVORI	IMPORTI €
Opere edili e finitura	2.971.980,00
Impianti	1.251.360,00
Arredi	400.000,00
Apparecchiature sanitarie	250.000,00
Demolizione edificio ex-tabaccaia	550.000,00
Realizzazione parcheggio	600.000,00
SOMME A DISPOSIZIONE	
progettazione, direzione e contabilità lavori, collaudi, sistemazione esterna, allacciamento servizi, imprevisti, incentivi art.18 e spese pubblicità gara.	990.660,00
Iva globale del progetto (IVA lavori 10%, IVA arredi/apparecchiature 21%, IVA spese tecniche, 21 %)	741.000,00
TOTALE INTERVENTO 1	7.755.000,00

L'edificazione e l'allestimento di tale residenza sanitaria, oltre a garantire gli elementi tecnico strutturali di sicurezza risponde agli standard internazionali per tutelare l'incolumità dei pazienti e degli operatori che ci lavorano. I criteri e gli accorgimenti adottati - dal mobilio fissato a terra alle porte senza maniglie - sono funzionali ad evitare episodi di ferimento e atti di autolesionismo da parte dei pazienti ricoverati. Stanze e ambienti senza spigoli, mobili fissati a terra, docce senza cipolla, vetri antisfondamento, porte di sicurezza e senza maniglie; queste sono alcune delle caratteristiche della nuova struttura (REMS-D) che sarà realizzata per accogliere i pazienti psichiatrici con misure di sicurezza detentiva. I locali sono progettati per offrire un'adeguata accoglienza abitativa ed assicurare il reale svolgimento delle attività individuali e di gruppo partecipative previste dai percorsi terapeutico-riabilitativi attivati in relazione ai bisogni dei pazienti, tesi a recuperare e rinforzare le abilità di base e le abilità strumentali con lo specifico scopo di rendere le persone autonome.

Oltre all'area abitativa, progettata per conciliare la sicurezza, con il decoro ed il comfort, è prevista la realizzazione dei locali per lo svolgimento delle funzioni sanitarie, gli interventi socio-riabilitativi, le funzioni di servizio e le funzioni giuridico-amministrative. Infatti, completamente all'esterno della zona dedicata esclusivamente alle attività sanitarie della residenza, è stato previsto anche un edificio dotato dei locali necessari per permettere al personale dell'Amministrazione Penitenziaria di gestire gli aspetti giuridico/amministrativi di loro stretta competenza.

È inoltre disponibile un ampio spazio a verde, comunque contenuto all'interno dell'area sorvegliata e protetta, la cui recinzione, non scavalcabile, sarà circondata da un percorso carrabile di controllo perimetrale esterno.



Costi stimati per attività sanitarie e per le misure di sicurezza della REMS-D

Tabella 3 – Costi del personale

Qualifiche	N°	COSTO ANNUALE €
Medici (1 Dirigente Resp.le e 2 Psichiatri)	3	290.000,00
Psicologi	1,5	105.000,00
Infermieri (di cui 1 coordinatore)	17	780.000,00
Educatori professionali o Tecnici Riabilitazione Psichiatrica	3	135.000,00
OSS 12	12	470.000,00
Assistente sociale		35.000,00
Amministrativi	1	40.000,00
Specialistica ambulatoriale e internistica		49.000,00
Totale costo del personale		1.904.000,00

Tabella 4 - Costi generali di gestione

voci di spesa	COSTO ANNUALE €
Ammortamenti	63.000,00
Consumi sanitari	119.000,00
Consumi non sanitari e logistica	63.000,00
Mensa, pulizia e lavanderia/guardaroba	105.000,00
Utenze	182.000,00
Sicurezza	63.000,00
Manutenzioni	35.000,00
Altri costi diretti	28.000,00
Totale costi generali	658.000,00

Tabella 5 - Costi complessivi annuali di gestione

Riepilogo costi annuali di gestione	COSTO ANNUALE €
Totale costo del personale	1.904.000,00
Totale costi generali	658.000,00
TOTALE COSTO ANNUALE DI GESTIONE	2.562.000,00



Residenza sanitaria intermedia "Le Querce"

Struttura Psichiatrica Residenziale "Le Querce"	Struttura sanitaria
Caratteristiche generali	Residenza intermedia con funzione terapeutico-riabilitativa di cui all'art.3-ter del DL 211/2011, convertito con modificazioni dalla Legge 9/2012, costituita da una struttura sanitaria extraospedaliera parzialmente protetta, destinata ad accogliere le persone cui sono applicate misure di sicurezza non detentive
n. posti letto	8 posti letto complessivi
Superficie lorda piana per posto letto	40,00 mq per posto letto
Azienda USL di riferimento	Azienda USL n. 10 di Firenze
Ubicazione	Comune di Firenze, Via di Ugnano n.11
Popolazione servita	n. 1.268.697 residenti nella Area Vasta Centro della Toscana, nel territorio delle Aziende USL n. 3-4-10-11.
Tipo di lavori necessari	struttura sanitaria accreditata funzionante, lavori di adeguamento
Livello progettazione	preliminare
Tempi complessivi di realizzazione	struttura già funzionante



Quadro economico della Struttura Psichiatrica Residenziale "Le Querce"

Tabella 6 – Investimenti: risorse necessarie per il potenziamento della struttura sanitaria Le Querce

Obiettivo	Somme a carico art.20 L. 67/88 (95%)	Somme a carico Aziende/Regione (5%)	Totale (100%)
Lavori di adeguamento/potenziamento della struttura sanitaria extraospedaliera parzialmente protetta Le Querce - Firenze	€ 380.000,00	€ 20.000,00	€ 400.000,00

Costi stimati per attività sanitarie e per le misure di sicurezza (*) della Struttura Psichiatrica Residenziale "Le Querce"

Tabella 7 – Costi del personale

Qualifiche	Livello riferimento	N° ore complessive	COSTO ANNUALE €
O.S.S. - O.S.A.	C1	17.520	337.785,60
Educatore gen./Psicologo	D2/E2	5.304	131.657,76
Cuoco	C1	1.298	25.025,44
Coordinatore	E1	1.350	31.252,50
Psichiatri interni	E2	1.508	39.419,12
Attività infermieristica	D1	564	11.550,72
Totale costo del personale			576.691,14

Tabella 8 - Costi generali di gestione

voci di spesa	COSTO ANNUALE €
Direzione, Amministrazione	60.000,00
Utenze	15.000,00
Materie prime (pasti, attività varie)	35.000,00
Manutenzioni, Ammortamenti,	30.000,00
Altri Costi Generali (compresa sicurezza)	30.000,00
Totale costi generali	170.000,00

Tabella 9 - Costi complessivi annuali di gestione

Riepilogo costi annuali di gestione	COSTO ANNUALE €
Totale costo del personale	576.691,14
Totale costi generali	170.000,00
TOTALE COSTO ANNUALE DI GESTIONE	746.691,14

(*) i costi stimati dei sistemi di sicurezza delle strutture sanitarie intermedie rientrano nei costi generali degli impianti, in quanto sono riferiti all'impiego dell'impianto di video-sorveglianza e alla ordinaria manutenzione degli accessi alla struttura.



Residenza sanitaria intermedia AV SudEst

" AVSudEst " – Residenza sanitaria per la salute mentale	Struttura sanitaria
Caratteristiche generali	Residenza intermedia con funzione terapeutico-riabilitativa di cui all'art.3-ter del DL 211/2011, convertito con modificazioni dalla Legge 9/2012, costituita da una struttura sanitaria extraospedaliera parzialmente protetta, destinata ad accogliere le persone cui sono applicate misure di sicurezza non detentive
n. posti letto	12 posti letto complessivi
Superficie lorda piana per posto letto	40 mq per posto letto
Azienda USL di riferimento	Azienda USL n. 8 di Arezzo
Ubicazione	Comune di Bibbiena (AR)
Popolazione servita	n. 830.861 residenti nella Area Vasta Sud Est della Toscana, nel territorio delle Aziende USL n. 7-8-9; n. 884.268 residenti Umbria
Tipo di lavori necessari	nuova costruzione
Livello progettazione	Progetto preliminare
Tempi complessivi di realizzazione	6 mesi



Quadro economico della Residenza sanitaria per la salute mentale "AVSudEst"

Tabella 10 – Investimenti: risorse necessarie per la realizzazione della struttura sanitaria "AVSudEst"

Obiettivo	Somme a carico art.20 L. 67/88 (95%)	Somme a carico Aziende/Regione (5%)	Totale (100%)
Lavori di realizzazione della struttura sanitaria extraospedaliera parzialmente protetta "AVSudEst"	€ 1.250.367,17	€ 65.808,80	€ 1.316.175,97

Costi stimati per attività sanitarie e per le misure di sicurezza (*) della Residenza sanitaria per la salute mentale "AVSudEst"

Tabella 11 – Costi del personale

Qualifiche	N° ore settimana	N° ore annue complessive	COSTO ANNUALE €
Medico (P DSM)	18,00	936,00	37.440,00
OSS	168,46	8.760,00	199.728,00
Adb	168,46	8.760,00	188.340,00
Inf. Prof. Ie	98,27	5.110,00	125.706,00
Ed. Prof Coord.re	42,00	2.184,00	53.508,00
TdR	24,08	1.252,00	28.170,00
Totale costo del personale			632.892,00

Tabella 12 - Costi generali di gestione

voci di spesa	COSTO ANNUALE €
Add. Serv. Econ.	91.724,50
Utenze	37.200,00
Prodotti alimentari	50.370,00
Igiene intima e pulizie	13.370,00
Amm.to automezzi di serv.	5.000,00
Materiali di consumo	17.520,00
Assicurazioni	1.533,00
Risorse per collabor Rete	4.380,00
Totale costi generali	221.097,50

Tabella 13 - Costi complessivi annuali di gestione

Riepilogo costi annuali di gestione	COSTO ANNUALE €
Totale costo del personale	632.892,00
Totale costi generali	221.097,50
TOTALE COSTO ANNUALE DI GESTIONE	853.989,50

(*) i costi stimati dei sistemi di sicurezza delle strutture sanitarie intermedie rientrano nei costi generali degli impianti, in quanto sono riferiti all'impiego dell'impianto di video-sorveglianza e alla ordinaria manutenzione degli accessi alla struttura.



Residenza sanitaria intermedia "Tiziano"

"Tiziano" – Comunità terapeutica	Struttura sanitaria
Caratteristiche generali	Residenza intermedia con funzione terapeutico-riabilitativa di cui all'art.3-ter del DL 211/2011, convertito con modificazioni dalla Legge 9/2012, costituita da una struttura sanitaria extraospedaliera parzialmente protetta, destinata ad accogliere le persone cui sono applicate misure di sicurezza non detentive
n. posti letto	10 posti letto
Superficie lorda piana per posto letto	66,40 mq per posto letto
Azienda USL di riferimento	Azienda USL n. 1 di Massa e Carrara
Ubicazione	Aulla (MS)
Popolazione servita	n. 1.268.697 residenti nella Area Vasta Nord Ovest della Toscana, nel territorio delle Aziende USL n. 1-2-5-6-12
Tipo di lavori necessari	struttura sanitaria accreditata funzionante, lavori di adeguamento
Livello progettazione	preliminare
Tempi complessivi di realizzazione	struttura già funzionante

Quadro economico della Comunità Terapeutica "Tiziano"

Tabella 14 – Investimenti: risorse necessarie per il potenziamento della struttura sanitaria Tiziano

Obiettivo	Somme a carico art.20 L. 67/88 (95%)	Somme a carico Aziende/Regione (5%)	Totale (100%)
Lavori di adeguamento della struttura sanitaria extraospedaliera parzialmente protetta Tiziano - Aulla	€ 760.000,00	€ 40.000,00	€ 800.000,00

Costi stimati per attività sanitarie e per le misure di sicurezza (*) della Comunità Terapeutica "Tiziano"

Tabella 15 – Costi complessivi annuali di gestione

Riepilogo costi annuali di gestione	COSTO ANNUALE €
Totale costo del personale e costi di gestione dell'appaltatore	489.100,00
Totale quota di compartecipazione ai costi fissi e generali sopportati dall'Azienda USL 1	255.500,00
TOTALE COSTO ANNUALE DI GESTIONE	744.600,00

(*) i costi stimati dei sistemi di sicurezza delle strutture sanitarie intermedie rientrano nei costi generali degli impianti, in quanto sono riferiti all'impiego dell'impianto di video-sorveglianza e alla ordinaria manutenzione degli accessi alla struttura.



Residenza sanitaria intermedia AV Centro

"AVCentro" – Lastra a Signa	Struttura sanitaria
Caratteristiche generali	Residenza intermedia con funzione terapeutico-riabilitativa di cui all'art.3-ter del DL 211/2011, convertito con modificazioni dalla Legge 9/2012, costituita da una struttura sanitaria extraospedaliera parzialmente protetta, destinata ad accogliere le persone cui sono applicate misure di sicurezza non detentive
n. posti letto	10 posti letto complessivi
Superficie lorda piana per posto letto	38,80 mq per posto letto
Azienda USL di riferimento	Azienda USL n. 10 di Firenze
Ubicazione	Comune di Lastra a Signa (FI)
Popolazione servita	n. 1.268.697 residenti nella Area Vasta Centro della Toscana, nel territorio delle Aziende USL n. 3-4-10-11.
Tipo di lavori necessari	Ristrutturazione edificio esistente con adeguamento degli impianti
Livello progettazione	Progetto preliminare
Tempi complessivi di realizzazione	18 mesi



Quadro economico della Residenza sanitaria per la salute mentale "AVCentro"

Tabella 16 – Investimenti: risorse necessarie per la ristrutturazione e adeguamento della struttura sanitaria "AVCentro"

Obiettivo	Somme a carico art 20 L. 67/88 (95%)	Somme a carico Aziende/Regione (5%)	Totale (100%)
Lavori di ristrutturazione e adeguamento della struttura sanitaria extraospedaliera parzialmente protetta "AVCentro"	€ 1.250.367,17	€ 65.808,80	€ 1.316.175,97

Costi stimati per attività sanitarie e per le misure di sicurezza (*) della Residenza sanitaria per la salute mentale "AVCentro"

Tabella 17 – Costi del personale

Qualifiche	Livello riferimento	N° ore complessive	COSTO ANNUALE €
O.S.S. - O.S.A. (11 pers)	C1	17.520	335.508,00
Educatore (2 pers)	D2	3.952	85.126,08
Psicologo (2 pers)	E2	3.744	106.704,00
Cuoco (1 pers)	C1	1.976	37.840,40
Coordinatore (1 pers)	E1	1.976	45.507,28
Psichiatri interni (2 pers)	E2	3.328	86.594,56
Attività infermieristica (1 pers)	D1	564	11.956,80
Totale costo del personale			709.237,12

Tabella 18 - Costi generali di gestione

voci di spesa	COSTO ANNUALE €
Direzione, Amministrazione	60.000,00
Utenze	20.000,00
Materie prime (pasti, attività varie)	35.000,00
Manutenzioni, Ammortamenti,	30.000,00
Altri Costi Generali	30.000,00
Totale costi generali	175.000,00

Tabella 19 - Costi complessivi annuali di gestione

Riepilogo costi annuali di gestione	COSTO ANNUALE €
Totale costo del personale	709.237,12
Totale costi generali	175.000,00
TOTALE COSTO ANNUALE DI GESTIONE	884.237,12

(*) i costi stimati dei sistemi di sicurezza delle strutture sanitarie intermedie rientrano nei costi generali degli impianti, in quanto sono riferiti all'impiego dell'impianto di video-sorveglianza e alla ordinaria manutenzione degli accessi alla struttura.