

RELAZIONE SULLE AUDIZIONI DEI RAPPRESENTANTI DEGLI OSSERVATORI REGIONALI
PERMANENTI (REGIONE, PRAP, CGM) IN TEMA DI ASSISTENZA SANITARIA IN FAVORE
DEI DETENUTI, GLI INTERNATI E I MINORI SOTTOPOSTI A PROCEDIMENTO PENALE
(Novembre 2011)

Premessa

Secondo quanto concordato in sede di Tavolo di consultazione permanente sulla sanità penitenziaria, presso la Conferenza Unificata, tutte le Regioni a statuto ordinario, più la Valle d'Aosta, hanno presentato il quadro dell'assistenza sanitaria negli istituti penitenziari e nei servizi per minori, insistenti nei rispettivi territori. Ciò a completamento e integrazione dei dati forniti con il Monitoraggio effettuato alla fine del 2010, in base all'Accordo Conferenza Unificata 8 luglio 2010 - *Monitorare l'attuazione del D.P.C.M. 1° aprile 2008*.

Le audizioni hanno avuto luogo presso il Ministero della Salute, con partecipazione diretta o tramite video conferenza, secondo il seguente calendario:

16 giugno 2011: Lazio, Abruzzo, Molise, Calabria, Basilicata

24 giugno 2011: Campania, Puglia, Piemonte, Valle d'Aosta

5 luglio 2011: Lombardia, Veneto, Liguria

12 luglio 2011: Emilia Romagna, Toscana, Marche, Umbria

Le audizioni sono state condotte dai componenti del Tavolo di consultazione permanente, sulla base di uno schema conoscitivo in precedenza concordato.

Il quadro delle audizioni dovrà essere completato con le altre Regioni a statuto speciale (Friuli V. Giulia, Sardegna e Sicilia) e le Province Autonome di Trento e Bolzano, in attesa del completamento delle procedure di recepimento del DPCM 1 aprile 2008.

Si fornisce, di seguito, una sintesi degli elementi informativi emersi; nelle conclusioni verranno evidenziati gli aspetti maggiormente problematici e le criticità che necessitano di azioni correttive per garantire equità e qualità degli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione.

ASSISTENZA SANITARIA AI DETENUTI E AGLI INTERNATI ADULTI ELEMENTI INFORMATIVI GENERALI

Organizzazione regionale e aziendale

1. Riferire se nella Regione è stato istituito un "ufficio" di coordinamento per la sanità penitenziaria; riferire se anche nelle ASL è stato attivato un coordinamento ad hoc.

Tutte le Regioni hanno attivato un coordinamento regionale, con un responsabile della materia, per lo più inserendolo all'interno di uffici regionali già esistenti, con più competenze in materia sanitaria. Al momento fa eccezione il Piemonte in cui non risulta attivato un coordinamento strutturato.

Lo stesso dicasi per le ASL, nei casi in cui è stato individuato un referente per la materia.

L'Osservatorio regionale (di cui al DPCM 1 aprile 2008) ha livelli di operatività differenziati nelle varie Regioni, per quanto attiene alla collaborazione interistituzionale nella gestione della materia.

Si ha operatività elevata (ad es. in Liguria), operatività media (nella maggior parte), operatività scarsa (come attualmente in Piemonte).

2. Riferire se le risorse finanziarie destinate alla sanità penitenziaria sono attribuite alle ASL con un vincolo di destinazione o attraverso un distinto canale di finanziamento, o se confluiscono nel complessivo finanziamento corrente.

Nella maggior parte le risorse sono assegnate con vincolo di destinazione. In Piemonte, Lombardia, Toscana e Umbria, invece, confluiscono nel finanziamento corrente per la sanità. Tutte le Regioni segnalano una insufficienza dei finanziamenti "storici".

3. Riferire se sono stati adottati strumenti di programmazione (linee guida, atti di indirizzo...) inerenti l'organizzazione della assistenza penitenziaria nelle ASL.

Tutte le Regioni hanno emanato atti di indirizzo per gli aspetti organizzativi e gestionali della competenza sanitaria.

Da segnalare, tuttavia, che non tutte le Regioni hanno adottato strumenti di raccordo con l'Amministrazione penitenziaria e della Giustizia minorile, in attuazione dell'Accordo 20 novembre 2008 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano e le Autonomie locali concernente *la definizione delle forme di collaborazione relative alle funzioni della sicurezza ed i principi ed i criteri di collaborazione tra l'ordinamento sanitario e l'ordinamento penitenziario e della giustizia minorile.*

4. Riferire se la Regione ha finanziato programmi o progetti specifici per l'assistenza sanitaria dei detenuti e dei minori.

Nell'ambito del finanziamento dei cosiddetti "obiettivi di piano" (*legge 23 dicembre 1996, n. 662, articolo 1, commi 34 e 34 bis, per la realizzazione degli obiettivi di carattere prioritario e di rilievo nazionale*), il Ministero della Salute ha previsto, per gli anni 2009 e 2010, una linea di intervento dedicata allo sviluppo di progetti sulla sanità penitenziaria, con possibilità di articolazione sui seguenti temi:

- la tutela delle detenute sottoposte a provvedimenti penali e della loro prole
- la salute mentale
- la salute dei minori
- il sistema informativo

Si rammenta che da tali finanziamenti sono escluse le due Province Autonome di Trento e Bolzano e le Regioni a statuto speciale (Valle d'Aosta, Friuli V. Giulia e Sardegna), con eccezione della Sicilia.

Nel 2009 tutte le Regioni, aventi diritto, tranne la Liguria, hanno presentato proposte di intervento

nelle aree previste. L'ammontare complessivo del finanziamento era pari a circa 70 milioni di euro.

Per il 2010, la somma erogata nel complesso superava gli 85 milioni di euro. Delle Regioni aventi diritto, non hanno presentato progetti le Regioni Piemonte, Liguria e Marche.

Da segnalare che alcune Regioni hanno attivato anche progetti di intervento con finanziamenti propri.

Un'altra fonte di finanziamento è specifica per gli OPG. Si tratta della *Ripartizione del Fondo per il cofinanziamento dei progetti attuativi del Piano Sanitario Nazionale*, per gli anni 2008 e 2009; una delle aree su cui ripartire il fondo per il cofinanziamento riguarda la promozione di attività di integrazione tra dipartimenti di salute mentale e gli OPG, con uno stanziamento pari a 5 milioni di euro, per entrambi gli anni.

Al cofinanziamento, diversamente che ai fondi per gli obiettivi di piani, possono accedere tutte le Regioni e le due Province Autonome.

Per l'anno 2008, dei 5 milioni di euro stanziati, sono stati erogati solo 3 milioni e 400 mila euro, in quanto tale è stato l'ammontare complessivo dei progetti presentati dalle Regioni.

Non hanno presentato progetti: Valle d'Aosta, P.A. di Bolzano, Friuli V. Giulia, Liguria, Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Basilicata, Calabria e Sicilia.

Per l'anno 2009, è stata assegnata l'intera somma di 5 milioni di euro.

Non hanno presentato progetti: Piemonte, Valle d'Aosta, Friuli V. Giulia, Abruzzo, Molise e Calabria.

Organizzazione dei servizi sanitari negli istituti di pena

1. Dati sul personale

Per lo più, il personale medico e infermieristico è ritenuto sufficiente, anche se alcune Regioni hanno segnalato qualche carenza ed alcuni PRAP lamentano difficoltà per il turn-over che andrebbe a scapito di una continuità di relazione. Problemi sono segnalati da alcune Regioni in ordine all'inquadramento del personale prima dipendente dall'Amministrazione penitenziaria.

La carenza maggiormente segnalata riguarda la presenza di psicologi per la valutazione dei nuovi giunti e, più in generale, per l'assistenza psicologica.

Qualche criticità è rilevabile anche per il profilo professionale di psichiatra

2. Assistenza specialistica

In generale, le prestazioni specialistiche sono garantite in tutti gli istituti. Un aspetto problematico è costituito da un incremento generalizzato delle visite specialistiche ambulatoriali effettuate all'esterno, che implicano l'impegno della polizia penitenziaria per l'accompagnamento. In molti istituti, la carenza di organico della polizia penitenziaria, rende problematiche le traduzioni all'esterno.

3. Malattie infettive, tossicodipendenze, disturbi mentali

La gestione corrente delle malattie infettive non presenta problemi. Differenze sono riscontrabili nell'offerta attiva dei test diagnostici.

Non sono segnalati problemi nell'assistenza ai soggetti tossicodipendenti, anche in considerazione del fatto che la competenza della presa in carico è stata trasferita già dal 2002 al Servizio sanitario nazionale.

L'assistenza psichiatrica è assicurata in tutti gli istituti (in genere attraverso i DSM); tuttavia, risulta generalmente insufficiente la gestione dei disturbi mentali per i quali si renda necessaria un'osservazione prolungata e una presa in carico continuativa; ciò comporta trasferimenti

“anomali” in istituti di altre regioni, in cui è presente un reparto psichiatrico (vedi in particolare Torino e Milano).

4. Locali e attrezzature

In generale, non risulta ancora completata la stipula di convenzioni per i locali destinati all'attività sanitaria, per la necessità di attendere l'esecuzione di lavori di adeguamento ai requisiti di legge da parte del Ministero della giustizia.

Per le attrezzature sanitarie risultano per lo più completate le procedure di acquisizione. Non infrequente il caso di attrezzature “non a norma” o obsolete per le quali si è dovuto procedere all'eliminazione.

Le conoscenze epidemiologiche

Riferire se si è provveduto all'organizzazione delle conoscenze epidemiologiche sulle patologie a maggior prevalenza, con particolare focalizzazione sulle malattie infettive, sui disturbi mentali e la tossicodipendenza

Per tutte le Regioni, le informazioni disponibili riguardano principalmente le malattie infettive e le tossicodipendenze, considerando che, in materia, sono attivi da tempo flussi informativi nazionali. Alcune Regioni rilevano dati dalle visite specialistiche o dai ricoveri ospedalieri; tuttavia, una rilevazione più sistematica potrà scaturire dai dati che saranno rilevati dal Sistema informativo nazionale per la sanità penitenziaria (SISPE), per il quale è attivo un Tavolo di lavoro presso il Ministero della Salute

Valutazione e programmazione

Riferire se si è proceduto a valutare e progettare il fabbisogno di centri clinici e servizi/reparti sanitari specifici interni agli istituti (per malattie infettive, disabilità motoria, disturbi mentali, tossicodipendenza)

Per quanto riguarda i cosiddetti centri clinici, si è in attesa della ricognizione dell'esistente da parte delle Regioni, che dovranno riferire al Tavolo di consultazione permanente presso la Conferenza Unificata.

Per i servizi psichiatrici, si è in attesa di un nuovo Accordo Stato Regioni, che sarà a breve esaminato dal Comitato paritetico, sui percorsi degli internati negli OPG, il quale prevede la realizzazione di una specifica sezione per la tutela della salute mentale in almeno un istituto penitenziario di ciascuna Regione. Alcune Regioni stanno deliberando anticipatamente in tal senso; ad esempio il Veneto realizzerà una sezione di osservazione psichiatrica nell'istituto di Verona.

Un problema generale, posto dall'Amministrazione penitenziaria, riguarda la necessità di un collocamento tempestivo dei detenuti definiti ad alta sicurezza, affetti da stati patologici, per i quali la magistratura dispone l'internamento in istituti penitenziari dotati di sezioni/reparti sanitari in grado di soddisfare le cure sanitarie necessarie e l'efficacia delle specifiche misure di sicurezza.

Osservazioni conclusive

In relazione agli aspetti maggiormente problematici, si prospettano alcune azioni ritenute funzionali al loro superamento.

L'Osservatorio regionale per la sanità penitenziaria

Considerando l'importanza della collaborazione inter-istituzionale, per garantire la salute nelle carceri e nei servizi per minori, in accordo con le esigenze di sicurezza, appare indispensabile che l'Osservatorio regionale abbia un ruolo attivo ai fini dell'attuazione dei vari Accordi sanciti dalla Conferenza Unificata, provvedendo a coordinare gli interventi, pur sulla base delle rispettive

competenze. Fondamentale è, quindi, il monitoraggio degli aspetti problematici e delle criticità, rispetto ai quali individuare soluzioni appropriate. A tal fine, appare utile il ricorso a gruppi di lavoro.

Fondamentale è pure disporre di una sezione dedicata all'assistenza sanitaria dei minori, con un gruppo di lavoro specifico fra Sanità e Giustizia minorile, in considerazioni delle peculiari necessità che caratterizzano questo settore.

Assistenza sanitaria di base e specialistica

E' opportuno e necessario, nelle Regioni dove non è stato fatto, che i medici incaricati, già appartenenti all'Amministrazione penitenziaria, vengano formati alle regole di funzionamento del Servizio Sanitario Nazionale, con lo scopo di superare il vecchio ruolo di "richiedenti" prestazioni, diventando responsabili della salute dei detenuti, in un contesto di rete, utilizzando, per il ricorso a visite specialistiche ambulatoriali o interventi ospedalieri, opportuni criteri di appropriatezza, anche in rapporto all'emergenza-urgenza. Appare opportuno coinvolgere in tali percorsi formativi anche l'Amministrazione penitenziaria, con una integrazione di contenuti riferibili alle problematiche della sicurezza.

Si evidenzia anche la necessità di organizzare l'assistenza specialistica ambulatoriale su criteri di razionalizzazione di domanda e offerta, prevedendo presenze programmate, in base alla valutazione epidemiologica delle patologie prevalenti; una migliore organizzazione comporta anche un minor ricorso alle visite esterne agli istituti, che vengono a costituire un impegno supplementare per la polizia penitenziaria che deve provvedere alle "traduzioni".

Presa in carico dei disturbi mentali

Si sottolinea l'importanza di programmare il coinvolgimento del dipartimento di salute mentale (DSM), al fine di affiancare all'assistenza psichiatrica specialistica a richiesta, interventi più sistematici, quali:

- programmi di prevenzione del disagio mentale, promuovendo la formazione di gruppi di auto-aiuto,
- azioni di presa in carico dei disturbi mentali più severi, con valutazioni sistematiche e attivazione di programmi terapeutico riabilitativi, da effettuarsi in sezioni/reparti dedicati, istituiti all'interno di uno o più istituti della Regione.

Per tali obiettivi, occorre fare riferimento all'Accordo 13/10/2011 che prevede l'istituzione di sezioni/reparti, sopraccitati, entro il 30/6/2012.

La carenza di psicologi

Appare opportuno dare attuazione alle convenzioni non onerose, previste dal DPCM 1/4/2008, fra Amministrazione della Giustizia e le ASL per utilizzare gli psicologi ex art. 80 per garantire assistenza sanitaria di natura psicologica ai detenuti e agli internati.

Si ritiene opportuno, inoltre, valutare la possibilità di utilizzare gli psicologi del dipartimento di salute mentale in cui insiste l'istituto, o gli psicologi di altri dipartimenti, tramite apposite convenzioni interaziendali.

Le cure ai detenuti sottoposti a misura di media e alta sicurezza

Considerando l'obbligo di eseguire tempestivamente la disposizione della magistratura di collocare questo tipo di soggetti, per i quali sono documentati stati patologici che necessitano continuità e assiduità di cure, in istituti penitenziari dotati di sezioni/reparti sanitari in grado di soddisfare le cure sanitarie necessarie e l'efficacia delle specifiche misure di sicurezza, appare opportuno pervenire ad un Accordo nazionale fra il Servizio Sanitario Nazionale e l'Amministrazione penitenziaria sui criteri per una distribuzione omogenea del carico di lavoro sanitario fra tutte le Regioni.