



AZIENDA U.L.S.S. N. 16 - PADOVA
Direzione Servizi Sociali - via E. degli Scrovegni, 14 - 35131 Padova

Osservatorio Regionale
per l'Inclusione Sociale
Responsabile dott. Francesco Costantin

Relazione Preliminare
“Monitoraggio DPCM 1° aprile 2008”
(al 1° febbraio 2010)

a cura di
dott. Daniele Berto
Referente Scientifico dell'Area Carcere
e
dott.ssa Melania Malini
Area Carcere



Indice

Premessa	pag. 3
Monitoraggio: prima rilevazione	pag. 7
Assetto Organizzativo	pag. 8
Presenze negli Istituti Penitenziari del Veneto	pag.12
Organizzazione dei Presidi Sanitari di base	pag.16
Criticità	pag.31
Conclusioni	pag.37

Allegati

- Documentazione ULSS 12 Venezia
- Documentazione ULSS 18 Rovigo
- Documentazione ULSS 16 Padova
- Documentazione ULSS 9 Treviso
- Documentazione ULSS 20 Verona
- Documentazione ULSS 6 Vicenza
- Schema Nazionale Monitoraggio
- Nota Regione Veneto n. 489581 del 24.09.2008
- Nota Regione Veneto n. 306276 del 05.06.2009

Premessa

L'articolo 1 del decreto legislativo 22 giugno 1999, n. 230 del 22 giugno 1999 riferisce che "i detenuti e gli internati hanno diritto, al pari dei cittadini in stato di libertà, alla erogazione delle prestazioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, efficaci e appropriate, sulla base degli obiettivi generali e speciali di salute e dei livelli essenziali e uniformi di assistenza individuati nel Piano Sanitario Nazionale, nei Piani Sanitari Regionali e in quelli locali".

In base al contenuto di tale decreto, lo Stato, le Regioni, i Comuni, le Aziende Sanitarie Locali e gli Istituti Penitenziari uniformano le proprie azioni concorrendo responsabilmente alla realizzazione di condizioni di protezione della salute dei detenuti e degli internati.

In base a tali presupposti è necessaria dunque una totale collaborazione tra l'Amministrazione Penitenziaria e il SSN al fine di garantire la complementarietà tra la misura restrittiva della libertà, la tutela della salute del detenuto e il suo reinserimento alla vita sociale.

Dal 14 giugno 2008, con DPCM 1° aprile 2008, sono state trasferite al SSN (e quindi anche alle Regioni e alle ASL) tutte le competenze sanitarie della medicina generale, specialistica, i rapporti di lavoro e le risorse economiche e strumentali finora in capo al Ministero della Giustizia (le materie relative alle tossicodipendenze e alla medicina preventiva erano già state affidate al SSN con il D. Lgs. n. 230/1999).

Detto trasferimento costituisce un processo particolarmente impegnativo per tutte le istituzioni interessate, in primo luogo per le Regioni e le Province Autonome e le Aziende sanitarie, ma anche per l'Amministrazione della Giustizia.

Il documento programmatico di principale riferimento per la realizzazione dei servizi e la programmazione delle attività sanitarie, è costituito dalle *“Linee di indirizzo per gli interventi del Servizio Sanitario Nazionale a tutela della salute dei detenuti e degli internati negli istituti penitenziari, e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale”* (Allegato A, parte integrante del DPCM).

Alle Regioni e alle Province Autonome è assegnato il compito di organizzare i servizi sanitari in rapporto alla tipologia degli istituti di pena, per garantire risposte appropriate, efficienti ed efficaci ai bisogni di salute della popolazione carceraria e dei minori sottoposti a provvedimento penale.

Altrettanto importante, quale documento di coordinamento, è l'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.*

In tale Accordo sono individuate le aree e le tematiche che necessitano di specifici Protocolli di collaborazione tra le Amministrazioni sanitarie e quelle della Giustizia, sia a livello regionale che tra Aziende sanitarie e singoli istituti e servizi, tenendo conto delle rispettive competenze istituzionali, allo scopo di creare ogni opportuna sinergia per rendere il più efficaci possibili gli interventi sanitari e gli interventi trattamentali e di recupero, propri dell'Amministrazione della Giustizia.

Entrambi i documenti citati sottolineano l'importanza di un monitoraggio costante delle azioni programmatiche e del funzionamento dei servizi sanitari predisposti, in termini di efficienza ed efficacia, a fronte, da un lato, della complessità e delle criticità del processo di trasferimento delle risorse umane, strumentali e finanziarie; dall'altro della necessità di adeguamenti programmatici, sia regionali che aziendali, per portare progressivamente a regime il sistema dei servizi, tenendo conto degli standard assistenziali e dei bisogni di salute.

Il compito di tale monitoraggio è attribuito agli Osservatori permanenti regionali per la sanità penitenziaria, per i territori di competenza, mentre un ruolo di coordinamento nazionale viene assegnato al Tavolo di consultazione presso la Conferenza Unificata¹, per garantire uniformità d'attuazione nell'intero territorio nazionale.

La Regione Veneto, con DGR n. 2144 del 29 luglio 2008, ha recepito il DPCM 1° aprile 2008 "Modalità e criteri per il trasferimento al Servizio Sanitario Nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria" e le linee di indirizzo ad esso allegate.

Ha deliberato altresì di avvalersi della Commissione Interistituzionale istituita in applicazione della DGR n. 73 del 21.01.05, "Protocollo d'Intesa tra Ministero della Giustizia e Regione Veneto", nonché dell'Osservatorio Regionale Devianze, Carcere e Marginalità Sociali (ora denominato con DGR n. 2249 del 21.07.2009 Osservatorio Regionale per l'Inclusione Sociale), per le funzioni di Osservatorio Permanente sulla

¹ Monitoraggio e valutazione (dalle Linee di indirizzo - Allegato A)

Al fine di valutare l'efficienza e l'efficacia degli interventi a tutela della salute dei detenuti, degli internati e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale, garantendo, nel contempo, l'efficacia delle misure di sicurezza, viene realizzato in ogni Regione e Provincia autonoma un Osservatorio permanente sulla sanità penitenziaria, con rappresentanti della Regione, dell'Amministrazione penitenziaria e della Giustizia minorile, competenti territorialmente.

Contestualmente, ai fini del coordinamento nazionale, viene realizzato presso la Conferenza Unificata fra lo Stato, le Regioni e le Province autonome e le Autonomie Locali, un Tavolo di consultazione, costituito da rappresentanti dei dicasteri della Salute e della Giustizia, delle Regioni e Province autonome e delle Autonomie locali, con l'obiettivo di garantire l'uniformità degli interventi e delle prestazioni sanitarie e trattamentali nell'intero territorio nazionale.

Monitoraggio e valutazione degli interventi attuativi (dall'Accordo 20 novembre 2008)

Tutti gli accordi e le iniziative, elaborate ai sensi del presente Accordo, mirati all'attuazione di quanto previsto dalle Linee di Indirizzo, citate in premessa, di cui agli Allegati A e C, parte integrante del DPCM 1 aprile 2008, sono sottoposti al monitoraggio e alla valutazione dagli organismi di coordinamento individuati nelle medesime linee di indirizzo, come di seguito descritti.

A livello nazionale operano gli organismi previsti dal decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 1° aprile 2008.

A livello di ciascuna Regione, la valutazione dell'efficienza e dell'efficacia degli interventi sanitari, sia sotto il profilo della qualità organizzativa che della qualità di processo, è affidata a un Osservatorio permanente sulla sanità penitenziaria, con rappresentanti della Regione, dell'Amministrazione Penitenziaria e della Giustizia Minorile, competenti territorialmente.

Tali organismi, ciascuno nell'ambito delle rispettive competenze, sulla base delle eventuali criticità rilevate, anche attraverso la valutazione dei dati dei Sistemi informativi operanti, provvedono a proporre le azioni e gli strumenti correttivi più appropriati, ivi compresi progetti di ricerca e sperimentazione mirati al miglioramento dell'efficacia degli interventi sanitari e dei programmi di recupero sociale dei detenuti e degli internati adulti, e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale.

In considerazione della complessità della materia e della diversificazione degli assetti sanitari regionali, il tavolo di consultazione permanente nazionale provvede, entro sei mesi dall'approvazione del presente Accordo, a monitorarne l'applicazione, verificarne i risultati, evidenziarne le eventuali criticità e proporre i necessari correttivi per assicurare un'efficace collaborazione fra Servizio Sanitario Nazionale, Amministrazione Penitenziaria e della Giustizia Minorile su tutto il territorio nazionale.

Sanità Penitenziaria previste dal DPCM in oggetto, al fine di valutare l'efficacia e l'efficienza degli interventi a tutela della salute dei detenuti, internati e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale, garantendo nel contempo l'efficacia delle misure di sicurezza.

A tale scopo l'Area Carcere dell'Osservatorio Regionale per l'Inclusione Sociale ha attivato le funzioni previste in accordo con l'Ufficio Regionale preposto e la Commissione Interistituzionale.

La presente relazione si propone di delineare quanto fino ad ora monitorato, tenendo in considerazione le difficoltà legate ai continui mutamenti organizzativi dell'Osservatorio stesso e le difficoltà collegate allo schema di rilevazione continuamente modificato a livello nazionale.

Il contenuto della presente relazione rappresenta unicamente quanto direttamente osservato e/o quanto espresso dagli intervistati le cui opinioni sono state riassunte e riportate.

Monitoraggio: prima rilevazione

Indicazioni di metodo

In assenza di uno schema nazionale definitivo condiviso abbiamo deciso, nella fase iniziale di monitoraggio, di prevedere, per quanto possibile, un confronto dello stato della sanità penitenziaria in Veneto alle seguenti date:

- 15 marzo 2008: data di riferimento per il Ministero relativamente al personale e alle attrezzature;
- 30 settembre 2008: data in cui sono stati effettuati i conteggi dei detenuti al fine delle determinazione economica;
- 15 giugno 2009: data di effettivo e completo passaggio della sanità penitenziaria alle Aziende ULSS venete.

Durante questa prima fase di rilevazione è stato deciso di prendere in considerazione unicamente la documentazione amministrativa e deliberativa prodotta dalle Aziende ULSS della Regione al fine di valutare:

- l'assetto organizzativo: organizzazione generale (profilo tecnico/politico), organizzazione dei presidi sanitari di base (profilo sanitario), organizzazione dei presidi sanitari negli istituti di pena minorili (profilo sanitario);
- garanzia della qualità dei processi.

Lo schema di monitoraggio definitivo, deciso a livello nazionale, è pervenuto in data 20.01.2010 ed è consultabile in appendice alla presente relazione.

Assetto Organizzativo

a) Organizzazione generale (profilo tecnico/politico): descrizione del modello organizzativo locale per la sanità penitenziaria. Indicazione degli atti amministrativi che l'hanno istituito.

Azienda ULSS	Denominazione	Collocazione	Delibera di istituzione	Responsabile
1 Belluno	Ufficio per la Sanità Penitenziaria	Distretto	DDG 1050 del 29.09.2008	Piergiorgio Facchin
6 Vicenza	U.O. Complessa di Sanità Penitenziaria	Coordinamento dei Direttori di Distretto	DDG n. 512 del 23.12.2008	Stefano Tolio
9 Treviso	U.O. Semplice di Sanità Penitenziaria	Distretto	DDG n. 1076 del 01.10.2008	Pietro Lavezzo
12 Veneziana	U.O. Semplice di Sanità Penitenziaria	Distretto	DDG n. 001245 del 30.09.2008	Marino Patrizio
16 Padova	Ufficio per la Sanità Penitenziaria	Distretto	DDG n. 534 del 01.07.2009	Antonio Aloe
18 Rovigo	Ufficio per la Sanità Penitenziaria	Distretto	DDG n. 823 del 30.09.2008	Giampaolo Pecere
20 Verona	U.O. Semplice di Sanità Penitenziaria	Distretto	DDG n. 184 del 09.04.2009	Antonella Vesentini

Il modello organizzativo prevalente è il modello indicato dalla Regione Veneto (con nota prot. n. 489581 del 24.09.2008 e nota prot. n. 306276 del 05.06.2009, riportate in appendice alla presente relazione). Tutte le Aziende ULSS hanno istituito gli Uffici con delibera apposita. La principale differenza consiste nel fatto che solo l'Azienda ULSS di Vicenza ha istituito un'Unità Complessa, mentre le restanti Aziende ULSS hanno individuato nelle Unità Semplici o negli Uffici di Sanità Penitenziaria i modelli organizzativi per la sanità penitenziaria. Tutte le Aziende ULSS inoltre hanno nominato un Responsabile

specifico dell'Unità tranne la città di Padova che si è limitata ad individuare il responsabile nella figura stessa del Responsabile di Distretto.

- b) Protocolli Operativi: in questa prima rilevazione per Protocollo Operativo si intende la presenza di accordi formali ed informali tra la Azienda ULSS e l'Amministrazione Penitenziaria in merito alla sanità.

Azienda ULSS	Protocolli Operativi
1 Belluno	Protocollo operativo informale per la continuità assistenziale Regolamento Stupefacenti (in attesa di approvazione da parte dell'Amministrazione Penitenziaria)
6 Vicenza	Gestione della sindrome influenzale da virus A (H1N1) Organizzazione Personale Sanitario Penitenziario Accordi di collaborazione con UU.OO di Malattie Infettive e di Sanità Penitenziaria Valutazione e diagnosi (TBC) Somministrazione e distribuzione della terapia Progetto per lo sviluppo dell'Unità Operativa di Sanità Penitenziaria
9 Treviso	Modalità di ingresso in carcere per il personale sanitario Ordini di servizio per la gestione del personale
12 Veneziana	Modalità di ingresso in carcere per il personale sanitario Gestione della sindrome influenzale stagionale e vaccinazioni Relazioni sullo stato di fatto e proposte operative
16 Padova	Modalità di ingresso in carcere per il personale sanitario Relazione interventi strutturali da realizzare (in attesa di approvazione da parte dell'Amministrazione Penitenziaria) Cartella clinica rivista Gestione della sindrome influenzale da virus A (H1N1) Gestione della sindrome influenzale stagionale e vaccinazioni
18 Rovigo	Procedure Equipe Carcere Soc Ser.T. Modalità di ingresso in carcere per il personale sanitario Regolamento dell'organizzazione dell'assistenza sanitaria
20 Verona	Modalità di ingresso in carcere per il personale sanitario Somministrazione e distribuzione della terapia Relazione assistenza sanitaria presso la Casa Circondariale di Verona e relativo personale

c) Assistenza Penitenziaria e LEA

Il d.lgs. n. 502/1992 definisce i LEA, all'art. 1, come l'insieme delle prestazioni che vengono garantite dal Servizio Sanitario Nazionale, a titolo gratuito o con partecipazione alla spesa, perché presentano, per specifiche condizioni cliniche, evidenze scientifiche di un significativo beneficio in termini di salute, individuale o collettiva, a fronte delle risorse impiegate. Pertanto, sono escluse dai LEA le prestazioni, i servizi e le attività che non rispondono a necessità assistenziali, le prestazioni di efficacia non dimostrabile o che sono utilizzate in modo inappropriato rispetto alle condizioni cliniche dei pazienti e le prestazioni che, a parità di beneficio per i pazienti, comportano un impiego di risorse superiore ad altre (sono più costose di altre).

In attuazione della legge n. 405 è stato emanato il DPCM 29 novembre 2001 di "Definizione dei Livelli essenziali di assistenza" che elenca le attività e le prestazioni incluse nei Livelli, le prestazioni escluse, le prestazioni che possono essere fornite dal Servizio Sanitario Nazionale solo a particolari condizioni.

Mediante il Servizio Sanitario Penitenziario prima del DPCM offriva un livello di assistenza superiore ai LEA, forniva cioè delle prestazioni e/o dei servizi che il Sistema Sanitario Nazionale al contrario non offre gratuitamente ai cittadini.

La segreteria dell'Assessorato alla Sanità Penitenziaria della Regione Veneto ha in questi mesi ribadito la necessità di adeguarsi ai LEA (DGR n. 296 del 10/02/2009). Questo adeguamento è in linea con il dettato del DPCM ma si scontra con le prassi precedentemente attivate presso gli Istituti Penitenziari della Regione Veneto. Nel concreto, questa decisione ha comportato per esempio il problema del pagamento della terapia ormonale per i detenuti transessuali ristretti nell'Istituto Penitenziario di Belluno, terapia farmacologica che attualmente viene ancora fornita e pagata dall'Amministrazione Penitenziaria.

Un'ulteriore criticità è riscontrabile nell'area delle prestazioni odontoiatriche e si traduce nella impossibilità, in quanto assistenza non inserita nei LEA, di fornire le protesi dentarie ai detenuti/pazienti che ne necessitano. Per rispondere a questa esigenza, alcune Aziende ULSS del territorio veneto, stanno sperimentando alcune formule di collaborazione con Istituti Professionali per Odontotecnici del loro territorio, ai quali rivolgersi per realizzare gratuitamente le protesi e poter quindi fornire questo genere di servizio ai detenuti, senza che la spesa vada ad aggravare il bilancio previsto per la Sanità Penitenziaria.

In conclusione è possibile affermare che tutte le Aziende ULSS del Veneto stanno fornendo un servizio in linea con i LEA all'interno degli Istituti Penitenziari di loro pertinenza, così come stabilito dalla Regione Veneto.

Presenze negli Istituti Penitenziari del Veneto

a) Analisi statistica presenze detenuti

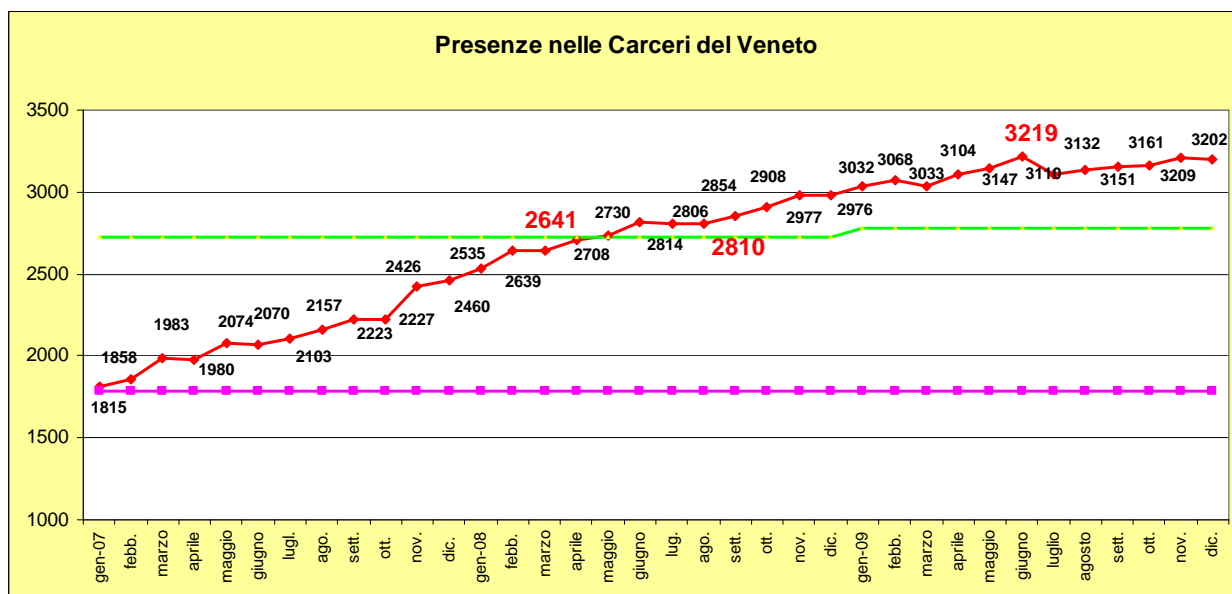
Nel Veneto al 31 dicembre 2009 nei 10 Istituti di Pena (uno per capoluogo di provincia, due a Padova e tre a Venezia), aventi complessivamente una capienza regolamentare 1782 posti e una capienza tollerabile pari a 2728, erano presenti 3202 detenuti, con un tasso di sovraffollamento del 180%. Nell'Istituto Penale per Minorenni di Treviso, alla stessa data erano presenti 19 detenuti così suddivisi per fascia d'età:

- 14 -18: 12 detenuti
- 18 -21: 7 detenuti

Gli ultimi dati ufficiali disponibili al 30 settembre 2009, mostrano che il 59% della popolazione detenuta negli Istituti Penitenziari della Regione Veneto erano di origine straniera (1877), 2879 sul totale erano di genere maschile, 820 in attesa di giudizio, 576 appellanti, 1651 con una sentenza definitiva. Inoltre 977 erano le persone detenute tossicodipendenti. Anche in Veneto il provvedimento di indulto del luglio 2006 ha ridotto sensibilmente la popolazione detenuta, ma allo stato attuale il tasso di sovraffollamento è tornato ai valori registrati nel periodo di pre-indulto.

	Presenze al 31/12/2009	Capienza regolam.	Tasso sovraff. (presenze/capienza)	tasso %
C.C. Belluno	151	84	1,80	180%
C.C. Padova	232	98	2,37	237%
C.R.Padova	789	446	1,77	177%
C.C. Rovigo	128	66	1,93	193%
C.C. Treviso	293	128	2,29	229%
C.C. Venezia SMM	317	111	2,86	286%
C.R.F. Venezia	87	111	0,78	78%
C.C. Venezia G.	0	38	0	0%
C.C. Verona	875	564	1,55	155%
C.C. Vicenza	330	136	2,43	243%
Totale	3202	1782	1,80	180%

Nel seguente grafico viene rappresentato l'andamento della popolazione detenuta negli Istituti Penitenziari del Veneto evidenziando le date di riferimento per il trasferimento della Sanità Penitenziaria.



b) Le condizioni di salute dei detenuti

Le condizioni di salute della popolazione carceraria sono illustrate dalla tabella che segue: i dati fanno riferimento ad uno studio, l'unico di questo genere, realizzato dall'Ufficio Sanità del DAP (Dipartimento Amministrazione Penitenziaria) con riferimento al dicembre 2005.

Stato di salute	Veneto	Italia
Buono	49,11%	46,58%
Discreto	42,86%	50,43%
Mediocre	5,42%	8,15%
Grave	1,99%	3,25
Compromesso	0,63%	1,59%

Non vi sono evidenze o allerte epidemiologiche che facciano pensare ad una modificazione delle percentuali sopra riportate. In particolare il DAP ha evidenziato la prevalenza degli stati patologici che si sono potuti raccogliere dagli ingressi dei detenuti avvenuti dall'aprile 2004 al dicembre 2005.

Le prime dieci patologie rilevate sono:

- Stato di tossicodipendenza
- Deficit della masticazione
- Malattia osteo-articolari - patologie di origine post - traumatica
- Malattie epato-biliari
- Depressione o altre manifestazioni psicopatologiche
- Malattie gastrointestinali
- Malattie infettive (escluso malattia da HIV)
- Malattie mentali: comprende tutte le malattie mentali ad eccezione della depressione
- Malattie respiratorie
- Ipertensione arteriosa



AZIENDA U.L.S.S. N. 16 - PADOVA

Direzione Servizi Sociali - via E. degli Scrovegni, 14 - 35131 Padova

Dalle interviste realizzate con i responsabili degli Uffici della Sanità Penitenziaria delle Aziende ULSS del Veneto il parere che emerge circa lo stato di salute generale dei detenuti è in linea con le rilevazioni del DAP: i medici considerano infatti i ristretti in una condizione di salute buona.

Organizzazione dei Presidi Sanitari di base

a) Trasferimento di risorse finanziarie e previsioni di spesa

Il criterio di riparto della somma complessiva stanziata per l'anno 2008 dal Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali è agganciato alla spesa storica del 2006, come quantificata dal Ministero della Giustizia.

Il capitolo di spesa è strettamente collegato al numero di presenze di detenuti in ciascun Istituto Penitenziario della Regione. La spesa prevista per l'anno 2008 (trimestre ottobre-dicembre) per la Regione Veneto è stata di € 1.210.185,00 e si presenta appunto sottostimata rispetto alle reali necessità delle Aziende ULSS, soprattutto in riferimento alle spese contrattuali ed alle spese generali del personale che risultano non in linea con le parcelle correnti.

La spesa prevista dal Ministero è una spesa calcolata su un numero di detenuti ristretti pari a 2708 unità (aprile 2008), attualmente i detenuti ristretti presso le carceri del Veneto sono 3202 (31 dicembre 2009). Ciò significa che a fronte di un aumento considerevole della popolazione detenuta la spesa prevista per la Sanità Penitenziaria è rimasta inalterata.

Tutte le Aziende ULSS si sono trovate in difficoltà in quanto se da una parte non era possibile interrompere il servizio, dall'altra non sono stati erogati i fondi necessari, obbligando in questo modo le Aziende ULSS ad esporsi sul piano economico.

Alla data attuale non sono ancora arrivati i fondi per il 2009.

Azienda ULSS	Spesa storica anno 2007	% riparto	Fondi stanziati (1/10/08 - 31/12/08)	Fondi stanziati anno 2009
Azienda ULSS n. 1 Belluno	€ 205.124,90	5.7	€ 69.095,80	€ 263.860,00
Azienda ULSS n. 6 Vicenza	€ 443.383,68	12.3	€ 149.352,66	€ 601.325,26
Azienda ULSS n.9 Treviso	€ 367.009,03	10.2	€123.626,05	€ 557.323,47
Azienda ULSS n. 12 Venezia	€ 654.895,01	18.2	€220.599,71	€ 788.815,93
Azienda ULSS n. 16 Padova	€ 1.228.242,65	34.2	€413.730,40	€ 1.625.912,57
Azienda ULSS n. 18 Rovigo	€ 156.695,51	4.4	€52.782,48	€ 194.868,70
Azienda ULSS n. 20 Verona	€ 537.329,00	15.0	€180.997,90	€ 980.997,07
Totale Regione Veneto	€ 3.592.679,78	100.0	€ 1.210.185,00	€ 5.013.103,00

La spesa per la sanità carceraria sostenuta nel 2007 dal DAP per le carceri presenti nel Veneto è stata di € 3.992.314,00. La spesa sanitaria media per ciascun detenuto nel corso del 2007 è stata quindi di € 2.500,00 all'anno, con un costo medio giornaliero per ogni detenuto di 6,84 euro.

Rapportando questi costi al numero di detenuti presenti al 31/12/2009 si dovrebbe ipotizzare una spesa per la sanità penitenziaria, per l'anno 2010 di € 7.994.113,20 all'anno.

Anno	Detenuti al 31/12/09	Previsione di spesa	Sanità Penitenziaria: spesa sanitaria media / die per detenuto
2010	3.202	7.994.113,20	6,84

Si deve notare inoltre che i costi sono stati calcolati utilizzando le tariffe per il personale adottate dal Ministero di Giustizia. Tali tariffe sono ad oggi sottostimate del 25% circa rispetto alle tariffe utilizzate dal Servizio Sanitario Nazionale.

Inoltre, la quota assegnata alla Regione Veneto per il trattamento dei tossicodipendenti in carcere, pari a € 363.000,00/anno, da tempo appare anch'essa insufficiente a garantire una adeguata assistenza ai detenuti tossicodipendenti. La quota da assegnare dovrebbe perlomeno raddoppiare.

Per ciò che riguarda la parte riferibile al personale, i costi legati sia al personale medico che agli specialisti sono inferiori rispetto alla media della sanità pubblica di circa 25- 30%, pertanto suddetta voce dovrà essere implementata di un importo legato a questa percentuale. La spesa per il personale rappresenta attualmente circa il 70% della spesa sanitaria penitenziaria complessiva cioè di circa € 5.186.936,00.

Tenendo conto di questo dato di partenza, la spesa indicata in € 7.994.113,20, dovrà essere ricalcolata aumentando del 20% la quota relativa al personale. Nella previsione di spesa per la Sanità Penitenziaria dovrebbero essere tenute presenti le seguenti voci:

- Spesa per servizio SIAS
- Spesa per servizio specialisti
- Spesa per servizio infermieristico
- Spesa per acquisto farmaci
- Spesa per acquisto attrezzature sanitarie
- Spesa per smaltimento rifiuti speciali
- Spesa per servizio esperti psicologi ex art. 80

b) Trasferimento del personale

Al momento attuale la situazione del personale è la questione più spinosa ed ancora non completamente risolta. Le Aziende ULSS hanno progressivamente confermato le professionalità esistenti attraverso proroghe dei contratti in essere.

La tabella sottostante individua la tipologia di personale sanitario operante in carcere (la sigla S.I.A.S. deve essere letta come Servizio Integrativo di Assistenza Sanitaria):

TIPOLOGIA		
Medici Incaricati ruolo L. 740/70		Rappresentano gli attuali dirigenti del sistema. Sono inquadrati con la legge speciale 740/70 e succ. e sono tutti vincitori dello specifico concorso. Hanno esperienza penitenziaria nella media ultraventennale. È personale a tempo indeterminato con impegno orario settimanale di 18 ore.
Medici Incaricati provvisori, art. 50 L. 740/70		Personale a tempo determinato (con le stesse funzioni dei Medici incaricati di ruolo) in attesa di copertura del posto mediante concorso pubblico al quale parteciperebbero in maniera paritaria ad altri concorrenti.
Medici SIAS con funzioni di Medico Incaricato		Questo professionista copre la Direzione Sanitaria di un Istituto Penitenziario di recente istituzione, in assenza di posto in pianta organica nazionale, mai aggiornata dal 1991. In questi casi il DAP ha disposto l'accensione di una convenzione SIAS e l'affidamento delle funzioni di dirigenza sanitaria dell'Istituto.
Medici SIAS		Personale a convenzione specifica biennale automaticamente rinnovabile. Vengono utilizzati per la copertura del servizio diurno e notturno con funzioni in parte analoghe a quelle del Medico Incaricato. Non hanno competenza sulla firma medico-legale e sulla gestione sanitaria del personale del Corpo di Polizia Penitenziaria
Infermieri		Personale a tempo indeterminato su ruolo ordinario del Ministero della Giustizia. Espleta in massima parte la funzione di capo-sala.



AZIENDA U.L.S.S. N. 16 - PADOVA

Direzione Servizi Sociali - via E. degli Scrovegni, 14 - 35131 Padova

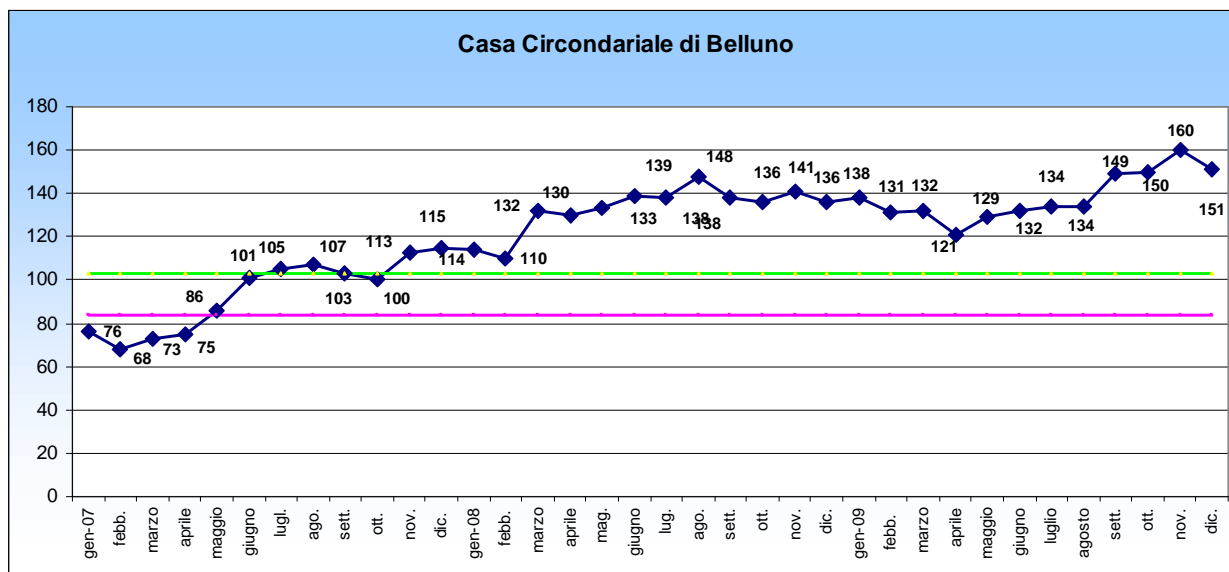
Non è inserito il personale operante in carcere a favore dei detenuti tossicodipendenti (medici, psicologi ed infermieri) in quanto già in carico (funzionalmente dal 2000 e strutturalmente dal 2003) alle Aziende ULSS.

Nella seguenti tabelle viene evidenziato il numero e la tipologia di personale trasferito al Servizio Sanitario Nazionale ed il personale occupato in data 31.12.2009, suddivisi per Azienda ULSS. Vengono inoltre riportati i grafici delle presenze² negli Istituti Penitenziari di competenza di ciascuna Azienda ULSS.

² Fonte: Ministero della Giustizia. Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria, Provveditorato Regionale per il Veneto – Friuli Venezia Giulia – Trentino Alto Adige.

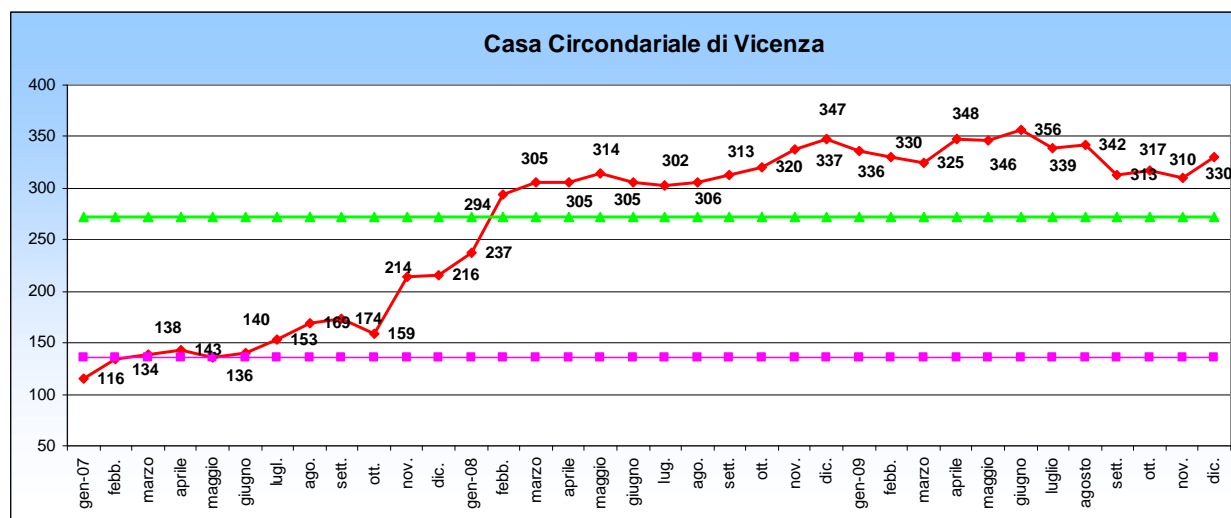
Azienda ULSS 1 Belluno

Azienda ULSS	Personale Sanitario in Servizio al 15.03.2008	Personale Sanitario in Servizio al 31.12.2009	Differenza
1 Belluno	Medico Incaricato: 1 Medici SIAS: 3 Medici Specialisti: 1 (odontoiatra) Infermiera generica: 1	Medico Incaricato: 1 Medici SIAS: 3 Medici Specialisti: 1 (odontoiatra) Infermieri: servizio externalizzato in via sperimentale	Medico Incaricato: = Medici SIAS: = Medici Specialisti: = Infermieri: //



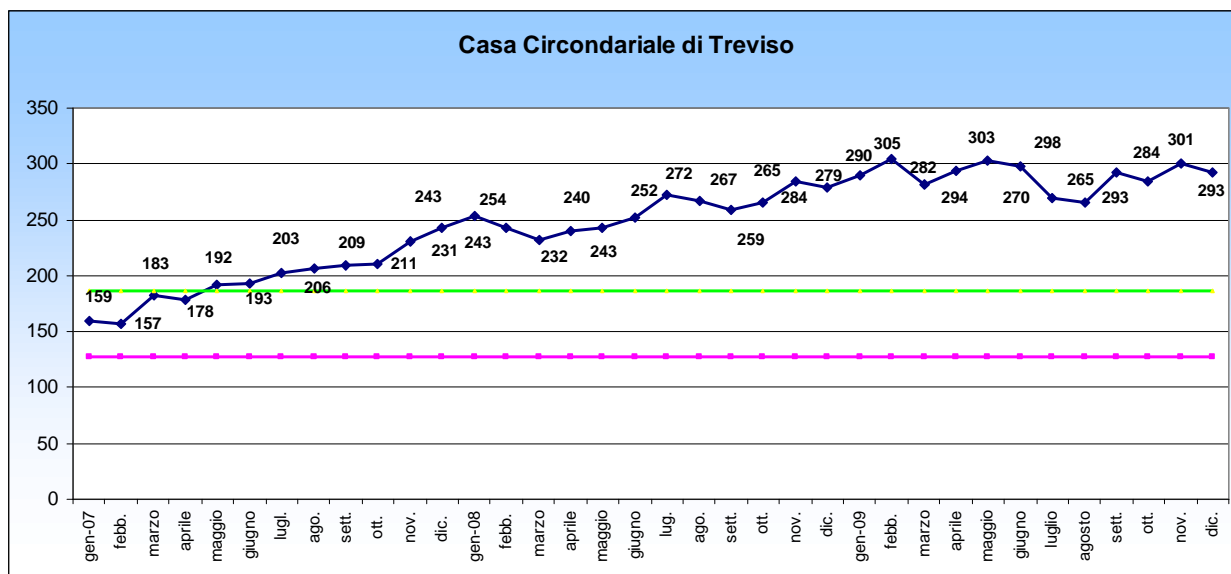
Azienda ULSS 6 Vicenza

Azienda ULSS	Personale Sanitario in Servizio al 15.03.2008	Personale Sanitario in Servizio al 31.12.2009	Differenza
6 Vicenza	Medico Incaricato: 1 Medici SIAS: 6 Medici Specialisti: 3 (psichiatra, odontoiatra, dermatologo) Infermieri: Cooperativa	Medici Incaricati: 1 Medici SIAS: 6 Medici Specialisti: 3 (psichiatra, odontoiatra, dermatologo) Infermieri: 8	Medici Incaricati: = Medici SIAS: = Medici Specialisti: = (psichiatra, odontoiatra, dermatologo) Infermieri: =



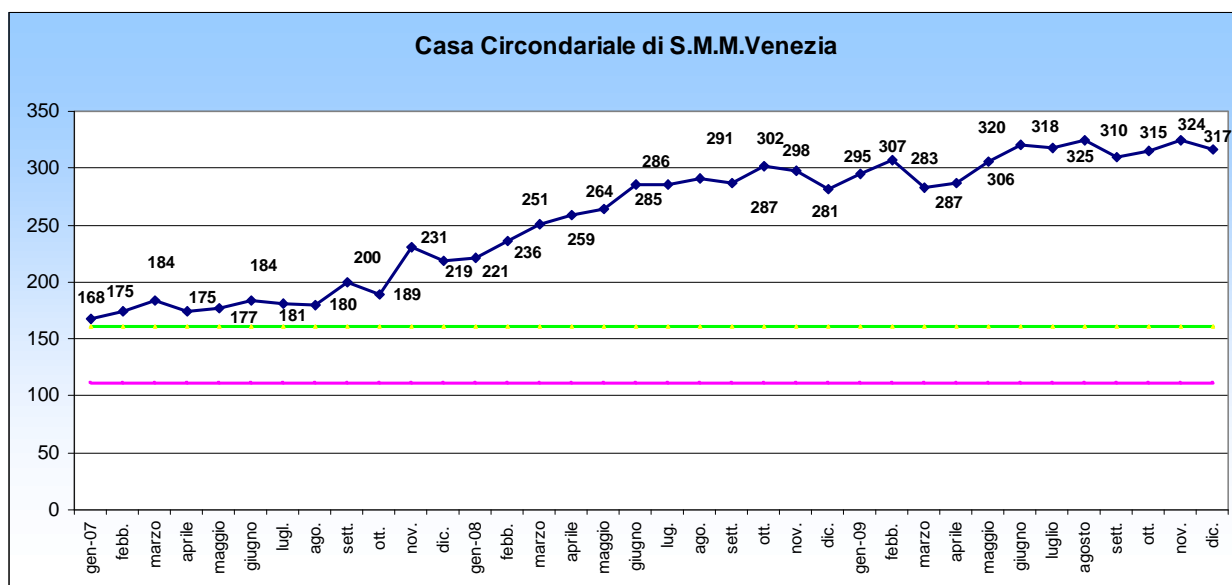
Azienda ULSS 9 Treviso

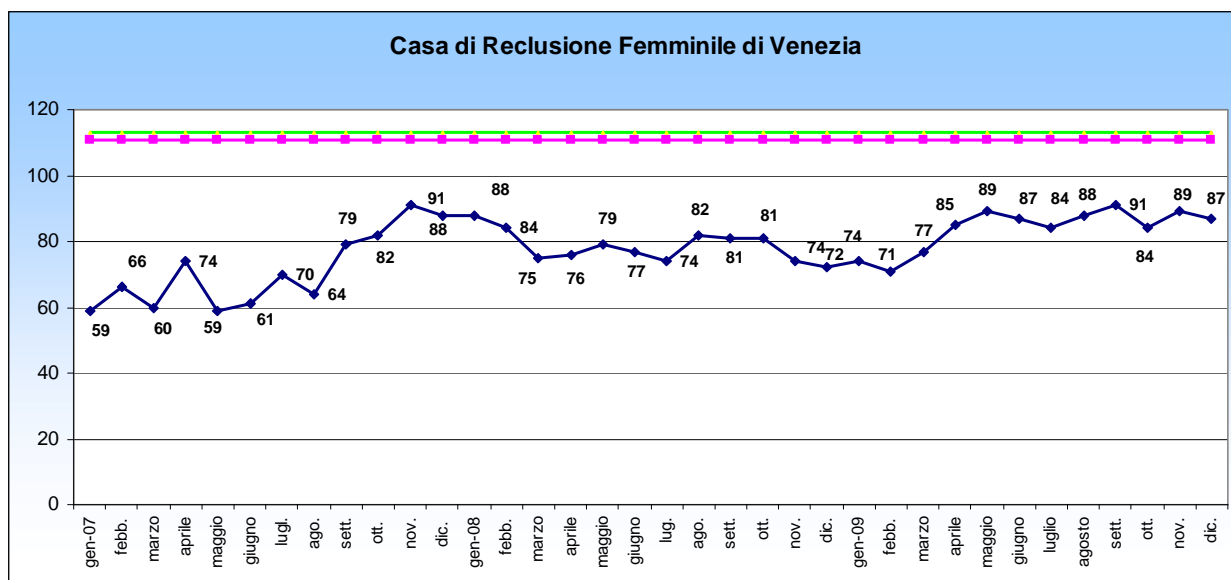
Azienda ULSS	Personale Sanitario in Servizio al 15.03.2008	Personale Sanitario in Servizio al 31.12.2009	Differenza
9 Treviso	Medici Incaricati: 1 + 1 Medici SIAS: 4 + 1 Medici Specialisti: 2 (psichiatra, odontoiatra) + 1 (psicologo) Infermieri: 3 (+1 OTA) + 2	Medici Incaricati: 1 + 1 Medici SIAS: 4 + 1 Medici Specialisti: 2 (psichiatra, odontoiatra) + 1 (psicologo) Infermieri: 3 (+1 OTA) + 2	Medici Incaricati: = Medici SIAS: = Medici Specialisti: = (psichiatra, odontoiatra) = (psicologo) Infermieri: =



Azienda ULSS 12 Venezia

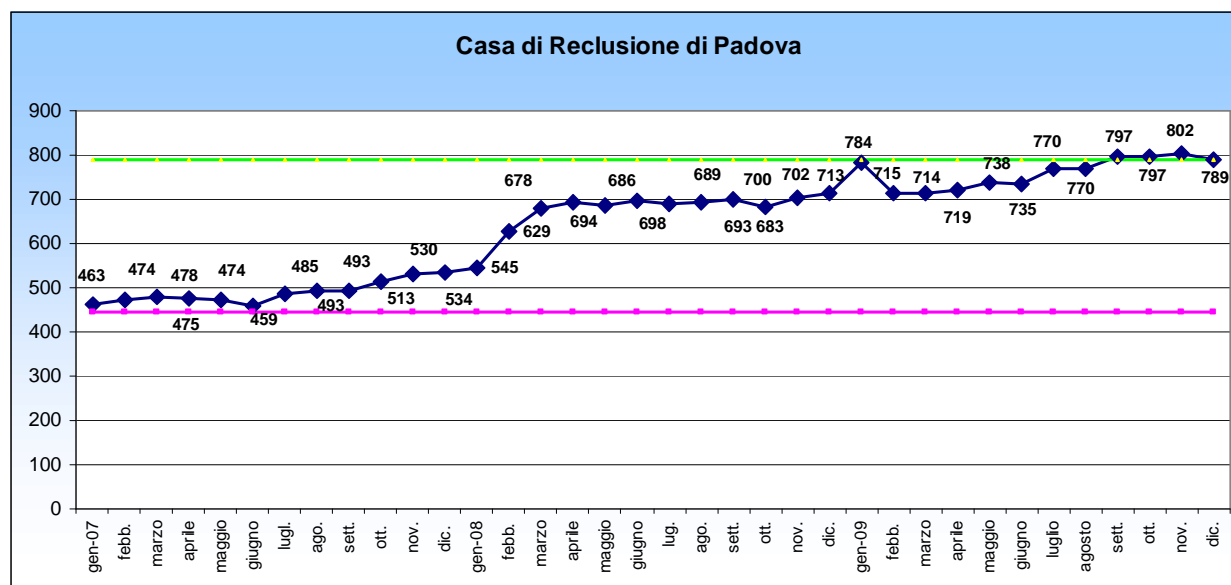
Azienda ULSS	Personale Sanitario in Servizio al 15.03.2008	Personale Sanitario in Servizio al 31.12.2009	Differenza
12 Venezia	Medici Incaricati: 1 + 1 Medici SIAS: 4 + 3 Medici Specialisti: 2 (ginecologo,odontoiatra) + 2 (psicologi USSM minorenni) Infermieri: 6 + 3	Medici Incaricati: 1 + 1 Medici SIAS: 6 + 3 Medici Specialisti: 4 (psichiatra, infettivologo,dermatologo, odontoiatra) + 5 (psichiatra, infettivologo, pediatra, ginecologo, odontoiatra) + 2 (psicologi USSM minorenni) Infermieri: 6 + 3	Medici Incaricati: = Medici SIAS: +2 Medici Specialisti: +4 (psichiatra, infettivologo,dermatologo,o dontoiatra); +3 (psichiatra, infettivologo, pediatra); = (psicologo) Infermieri: =

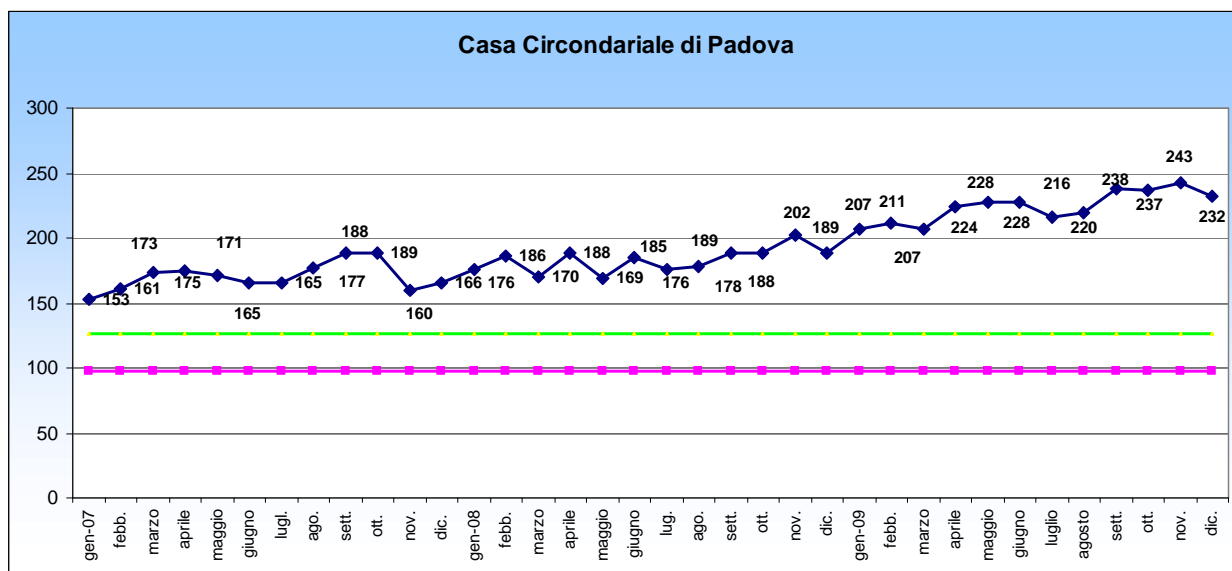




Azienda ULSS 16 Padova

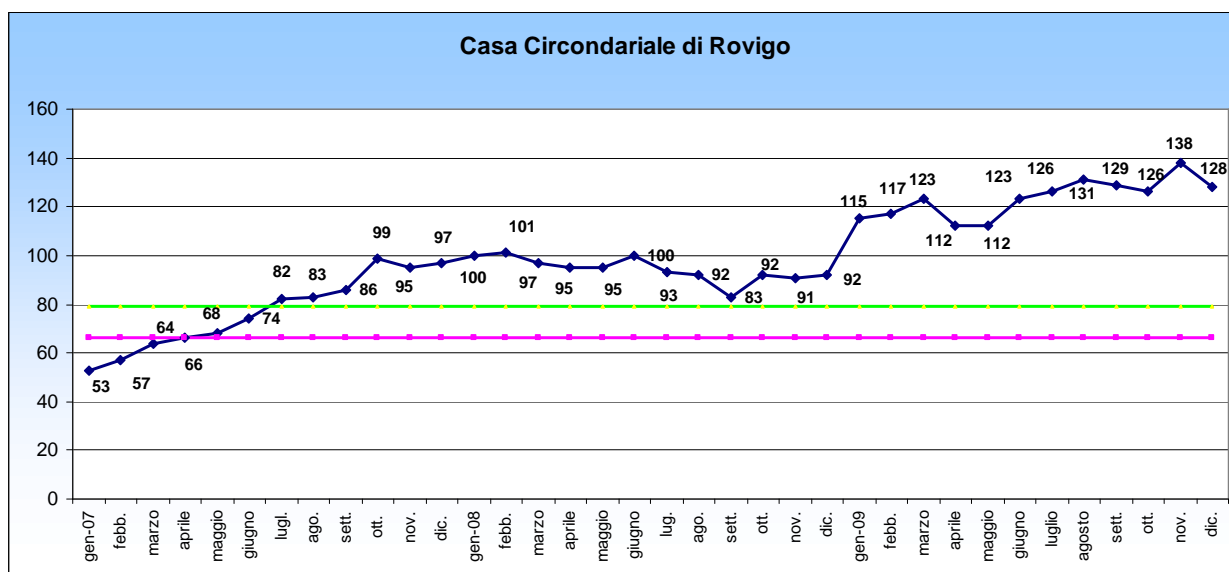
Azienda ULSS	Personale Sanitario in Servizio al 15.03.2008	Personale Sanitario in Servizio al 31.12.2009	Differenza
16 Padova	Medici Incaricati: 1 + 2 Medici SIAS: 5 + 8 Medici Specialisti: 2 (psichiatra, infettivologo) + 10 (cardiologo, chirurgo, dermatologo, oculista, dentista, otorinolaringoiatra, psichiatra, infettivologo, ecografista radiologo) Infermieri: cooperativa	Medici Incaricati: 1 + 2 Medici SIAS: 5 + 8 Medici Specialisti: 2 (psichiatra, infettivologo) + 10 (cardiologo, chirurgo, dermatologo, oculista, dentista, otorinolaringoiatra, psichiatra, infettivologo, ecografista radiologo) Infermieri: cooperativa	Medici Incaricati: = Medici SIAS: = Medici Specialisti: = Infermieri: =





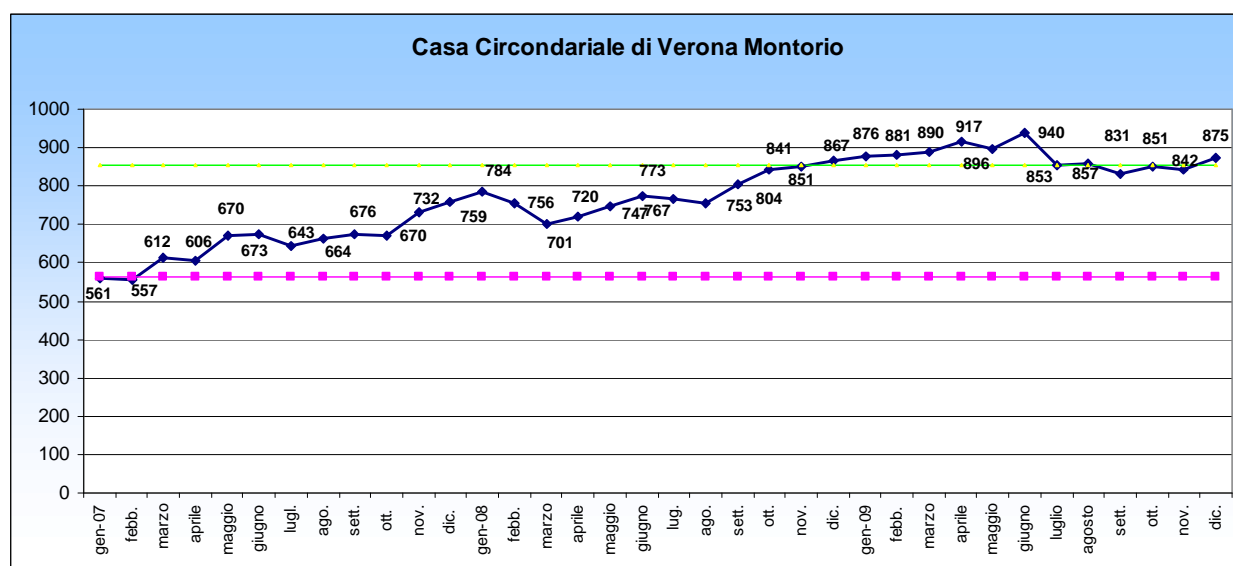
Azienda ULSS 18 Rovigo

Azienda ULSS	Personale Sanitario in Servizio al 15.03.2008	Personale Sanitario in Servizio al 31.12.2009	Differenza
18 Rovigo	Medici Incaricati: 1 Medici SIAS: 3 Medici Specialisti: 3 (psichiatra, infettivologo, dentista) + 1 (psicologo) Infermieri: 2	Medici Incaricati: 1 Medici SIAS: 3 Medici Specialisti: 3 (psichiatra, infettivologo, dentista) + 1 (psicologo) Infermieri: 2	Medici Incaricati: = Medici SIAS: = Medici Specialisti: = Infermieri: =



Azienda ULSS 20 Verona

Azienda ULSS	Personale Sanitario in Servizio al 15.03.2008	Personale Sanitario in Servizio al 31.12.2009	Differenza
20 Verona	Medici Incaricati: 2 Medici SIAS: 6 Medici Specialisti: 6 (psichiatri, ginecologo, oculista, odontoiatra, dermatologo) Infermieri: 7 + 1 OSS	Medici Incaricati: 2 Medici SIAS: 6 Medici Specialisti: 4 (psichiatra, ginecologo, oculista, odontoiatra) Infermieri: 7 + 1 OSS	Medici Incaricati: = Medici SIAS: = Medici Specialisti: -2 (psichiatra, dermatologo) Infermieri: =



Dal confronto delle tabelle del personale sanitario in servizio ed i grafici delle presenze si evidenzia che ad un aumento considerevole e costante della popolazione detenuta il numero del personale sanitario operante all'interno delle carceri è rimasto sostanzialmente invariato, se non leggermente diminuito.

c) Trasferimento dei beni strumentali

Ciascuna Azienda ULSS ha provveduto a trasmettere alla Direzione Regionale Piani e Programmi Socio-Sanitari l'elenco degli arredi e delle attrezzature sanitarie degli Istituti Penitenziari presenti sul loro territorio, così come previsto dall'art. 4 del DPCM 1.04.2008. La Regione Veneto ha provveduto a raccogliere e convalidare gli elenchi con apposita DGR n. 296 del 10.02.2009.

Dalle interviste ai Responsabili degli Uffici di Sanità Penitenziaria delle Aziende ULSS del Veneto emerge chiaramente un senso di preoccupazione rispetto alle strutture "ereditate" dall'Amministrazione Penitenziaria in quanto obsolete ed in alcuni casi non a norma rispetto agli standard abituali delle Aziende stesse.

Anche per gli arredi e le attrezzature le opinioni sono simili, e per far fronte alle prime esigenze i Responsabili hanno dovuto utilizzare una parte delle risorse economiche per ripristinare (e in certi casi acquistare ex novo) la strumentazione e gli arredi necessari per gli interventi sanitari.

Criticità

Nonostante questa prima rilevazione sia stata effettuata solo su aspetti di tipo amministrativo e deliberativo attraverso la raccolta documentale e un colloquio con il Responsabile individuato dalle Aziende UU.LL.SS.SS., è stato possibile raccogliere ed individuare quelle che sembrano essere le attuali principali difficoltà incontrate nel percorso di trasferimento delle competenze sanitarie. Se da una parte tutte le Aziende ULSS hanno istituito l'Ufficio per la Sanità Penitenziaria presso i Distretti, particolare appare la situazione di una ASL dove il Dirigente di Distretto svolge contemporaneamente le funzioni di Responsabile di Distretto e Responsabile della Sanità Penitenziaria.

Trasferimento del personale

Certamente la maggiore criticità è legata alla questione del trasferimento del personale e dell'eventuale individuazione di nuovo personale da inserire (ex novo o in sostituzione) negli Istituti.

Alcuni Responsabili hanno infatti segnalato la difficoltà di reperire personale, soprattutto infermieristico, disposto ad operare all'interno del carcere.

La questione non sembra però legata unicamente alla tipologia del rapporto di lavoro, ma soprattutto alle modalità relazionali tra il personale sanitario e la direzione delle carceri.

Mentre prima del transito esisteva un rapporto "gerarchico" chiaro tra la Sanità Penitenziaria e la Direzione del Carcere, ora questo rapporto appare molto sfumato e in

taluni casi assente. Ciò ha comportato alcuni problemi apparentemente banali ma con implicazioni organizzative piuttosto evidenti.

Un esempio è dato dalla gestione dei periodi di assenza (ferie) del personale medico che, in un caso, ha comportato l'assenza del personale medico presso l'Istituto e la copertura attraverso il servizio di "reperibilità medica" senza che la Direzione del carcere fosse informata sulla situazione³.

Per la parte sanitaria, la responsabilità tecnica spetta chiaramente al SSN ma ancora in alcune realtà non sono chiare e definite le responsabilità di tipo organizzativo generale in ambito sanitario all'interno delle carceri.

La questione legata alla necessità d'informazione reciproca sugli aspetti organizzativi anche quotidiani tra il Responsabile della Sanità Penitenziaria, incaricato dalla ULSS, e la Direzione del Carcere è percepita molto di più da parte del sistema carcerario che da parte delle Aziende ULSS. La questione appare però di grande importanza sia ai fini organizzativi generali che alle implicazioni che si legano alla sicurezza degli Istituti o alla gestione dei comportamenti dei detenuti (dagli scioperi della fame fino ai comportamenti autolesivi o suicidari).

³ Fonte: PRAP

Rapporti con i Dipartimenti di Salute Mentale

Nonostante l'evidenza clinica, prima ancora che statistica, della presenza di patologia psichiatrica tra i detenuti e tenuto conto dell'incidenza della stessa presso i vari Istituti, a distanza di tempo in quasi tutti gli Istituti si rileva la pressoché totale assenza dei DSM, sia intermini di rete sanitaria attiva che di partecipazione agli aspetti organizzativi e gestionali della salute mentale in carcere. Tutti gli Istituti utilizzano lo specialista psichiatra che però non sembra collegato strettamente e/o funzionalmente con i DSM.

A Verona si sta studiando la possibilità di aprire una sezione "periziandi" il cui progetto è ancora in discussione sia per motivi organizzativi che per motivi economici.

Ricoveri Ospedalieri

Al momento della rilevazione, nessun reparto, zona o stanza all'interno delle Aziende Ospedaliere di VR e PD o degli Ospedali delle Aziende ULSS del Veneto è stato predisposto e/o organizzato. La traduzione di un detenuto dal carcere o dalla sua infermeria all'OC avviene utilizzando forti risorse in termini di Agenti di Polizia Penitenziaria da dislocare in OC ed il ricovero viene attuato all'interno dei normali reparti con degenti non detenuti. L'osservatorio avrà cura di monitorare se la presenza del SSN all'interno delle carceri ha comportato una diminuzione del numero dei ricoveri negli OC, dato che, al momento attuale, è prevedibile, auspicabile ma non ancora documentato.

Spazi, arredi e strumentazione

Un'ulteriore difficoltà è di natura strutturale: i locali e gli spazi dedicati alla sanità sono risultati pressoché non idonei in riferimento agli standard ai quali i medici e gli operatori sono abituati nelle strutture sanitarie esterne al carcere. Sono state rilevate dai singoli responsabili delle ASL situazioni di locali non a norma, attrezzature obsolete e strumentazione superata e/o mal conservata. Le Aziende ULSS sono nelle condizione di dover provvedere all'approvvigionamento di nuovi materiali e strumenti.

Sempre in riferimento agli spazi destinati alle attività di Sanità Penitenziaria i Responsabili intervistati si sono espressi in termini di notevole perplessità legata alla presenza di Agenti di Polizia Penitenziaria nei locali adibiti alle prestazioni sanitarie nonché la loro assoluta libertà di accesso alle cartelle cliniche dei pazienti e di presenza nel corso delle visite degli stessi.

Questa totale assenza di privacy è un fattore che più volte è stato denunciato durante le nostre interviste che dovrebbe però trovare una risoluzione, almeno in parte, dal momento in cui saranno ultimate e pronte per essere utilizzate le cartelle cliniche informatizzate.

Ser.T

I servizi per le tossicodipendenze si presentano come elemento ibrido nel processo di trasferimento, in quanto sono del tutto separati dagli Uffici di Sanità istituiti dalle diverse Aziende ULSS. Sono infatti tutti afferenti ai Dipartimenti per le Dipendenze, ad eccezione dell'Azienda ULSS di Padova che, dal luglio 2009, ha istituito una Unità Funzionale Carcere slegata dal Dipartimento per le tossicodipendenze e afferente alla Direzione Sanitaria, in attesa di una sua definitiva collocazione all'interno dell'organizzazione della Sanità Penitenziaria.

Formazione

Mentre le attività proseguono senza grossi problemi organizzativi utilizzando il personale che già operava all'interno degli Istituti, appare evidente l'esigenza di formare il nuovo personale sanitario che andrà ad operare all'interno delle carceri. Questo non solo da un punto di vista tecnico-professionale ma anche da un punto di vista relazionale, psicologico, giuridico e medico legale. Alla data attuale non sono stati attivati né risultano previsti corsi per personale sanitario in termini di Sanità Penitenziaria.



AZIENDA U.L.S.S. N. 16 - PADOVA

Direzione Servizi Sociali - via E. degli Scrovegni, 14 - 35131 Padova

Altro

E' stata segnalata inoltre la necessità di prevedere figure amministrative da affiancare al personale sanitario.

Non in tutti gli Istituti è stata attivata una linea telefonica dedicata, il collegamento in rete, il fax ed altri accessori utili alla facilitazione della trasmissione della documentazione sanitaria tra "esterno" ed "interno" degli Istituti.

La tutela e la sicurezza del personale sanitario operante negli Istituti Penitenziari risulta essere una delle principali preoccupazioni dei Responsabili Sanitari intervistati.

Conclusioni

La presente relazione rappresenta solo il momento di partenza che prende in considerazione gli atti puramente amministrativi che le singole Aziende ULLS hanno determinato.

Nel corso della rilevazione è stato messo a punto il modello definitivo di rilevazione condiviso a livello nazionale.

Tale modello permetterà già fin da ora una raccolta comparata di dati e di informazioni non solo di tipo quantitativo ma anche di tipo qualitativo.

Il processo di trasferimento della Sanità Penitenziaria al Servizio Sanitario Nazionale si sta dimostrando non come un semplice trasferimento di competenze e di risorse ma un cambiamento radicale che coinvolge anche aspetti di tipo culturale.

Come tutti i cambiamenti di questo tipo, le difficoltà più varie si evidenziano in corso d'opera e molte di esse non sono nemmeno prevedibili.

E' parere della maggior parte degli interessati che l'impegno del personale coinvolto nella gestione del trasferimento delle competenze sanitarie va di pari passo con la preoccupazione per la gestione di una macchina organizzativa i cui ingranaggi e regole non erano stati ben valutati fin dall'inizio e che, pur rispettando i LEA, non appare ancora funzionare in modo soddisfacente.

Gli aspetti più delicati appaiono non tanto in termini di organizzazione tecnica, sul cui tema la sanità veneta rappresenta un'eccellenza, quanto sull'inquadramento del personale e le risorse economiche che in questo momento, per certi versi, non sembrano prevedibili in modo definitivo stante il notevole e progressivo incremento degli assistiti detenuti.

E' condiviso il parere che un definitivo passaggio rappresenta non un momento ma un percorso la cui durata non potrà che essere di diversi anni.

Al momento attuale appare però forte lo sforzo di tutte le Aziende ULSS e dell'Amministrazione Penitenziaria veneta per fare in modo che tale processo di cambiamento possa avvenire nel modo meno traumatico possibile per gli utenti e gli operatori.

L'elenco delle criticità riportate sembra doversi allungare nel corso dei prossimi mesi proprio per l'imprevedibilità legata all'incontro dei processi organizzativi penitenziari e delle logiche sanitarie, impreparate ad affrontare questa nuova sfida.

Tra le criticità infatti non va sottovalutata quella riferita alla formazione del nuovo personale sanitario che dovrà essere impiegato nelle carceri e che nei prossimi anni dovrà sostituire quello "esperto" transitato al momento attuale.

Sarà nostra cura approfondire ogni situazione legata al rilievo quanti-qualitativo sopra menzionato attraverso un aggiornamento continuo del monitoraggio.