

BISOGNI DI SALUTE E QUALITÀ DELL'ASSISTENZA NEL CIRCUITO PENITENZIARIO

Teresa Di Fiandra
Ministero della Salute
Direzione Generale della Prevenzione

Roma, 4 ottobre 2018

II DPCM 1 Aprile 2008

- Il DPCM è la formalizzazione di un percorso iniziato anni prima con sperimentazioni regionali di settore (*tossicodipendenze*)
- Affronta la salute generale nei circuiti penitenziari ordinari
(Allegato A)
- Avvia e disciplina il complesso percorso di chiusura degli OPG
(Allegato C)

Con il Decreto Legislativo 15 dicembre 2015 , n. 222 (G.U. Gennaio 2016) si è completato il **trasferimento** delle funzioni in materia di sanità penitenziaria **anche in Regione Sicilia**

Dal 2009 diventano operativi, presso la Conferenza Unificata tra lo Stato, le Regioni, le Province autonome e le Autonomie locali, il **Tavolo di Consultazione** permanente sulla sanità penitenziaria e il **Comitato paritetico** interistituzionale per il superamento degli OPG, *con lo scopo di ottimizzare l'intervento per la salute delle persone detenute o internate*

Il tavolo di consultazione permanente e gli Accordi in Conferenza Unificata

L'attività di coordinamento ha portato all'approvazione, da parte della Conferenza Unificata, dei seguenti **Accordi**:

- Convenzione per l'**utilizzo dei Locali sanitari** (29 aprile 2009)
- **Prestazioni Medico-Legali** alla Polizia Penitenziaria (29 ottobre 2009)
- Linee di indirizzo su **strutture sanitarie nell'ambito del sistema penitenziario** (26 novembre 2009)
- Linee di indirizzo su **dati sanitari**, flussi informativi e cartella clinica informatizzata (26 novembre 2009)

Il tavolo di consultazione permanente e gli Accordi in Conferenza Unificata

- Linee di indirizzo per **l'assistenza ai minori** sottoposti a provvedimento dell'Autorità giudiziaria (*26 novembre 2009*)
- **Monitoraggio**, tramite apposite schede di rilevazione, dell'attuazione del DPCM 1 aprile 2008 (*8 luglio 2010*)
- Linee di indirizzo per la **riduzione del rischio autolesivo e suicidario** dei detenuti, degli internati e dei minori sottoposti a provvedimento penale (*19 gennaio 2012*)
- **HIV** e detenzione (*15 marzo 2012*)

Il tavolo di consultazione permanente e gli Accordi in Conferenza Unificata

- Linee guida in materia di modalità di erogazione dell'assistenza sanitaria negli Istituti penitenziari per adulti; **implementazione delle reti sanitarie regionali e nazionali** (22 gennaio 2015)
- **Piano nazionale per la prevenzione delle condotte suicidarie** nel sistema penitenziario per **adulti** (27 luglio 2017)
- **Piano Nazionale per la prevenzione del rischio autolesivo e suicidario** nei servizi residenziali **minorili** del Dipartimento della Giustizia Minorile e di Comunità (26 ottobre 2017)

Il versante Ministero della Giustizia

Il Ministero della Giustizia ha promosso negli anni 2015-16 gli «**"Stati generali sull'esecuzione penale"** » che, attraverso 18 tavoli tematici, hanno affrontato nel suo complesso la materia delle riforme penitenziarie, arrivando tra l'altro ad ottenere la delega per la legge di ***riforma dell'ordinamento penitenziario***:

I due decreti relativi all'area adulti e all'area minorile sono stati formulati senza consultazione con il versante del SSN (Ministero e Regioni), e sono stati portati in Conferenza Unificata con la sola previsione di «acquisizione di parere non vincolante» da parte delle regioni (Schema di Decreto Legislativo approvato, con l'accoglimento di emendamenti, in C.U. il 6 settembre 2018)

Il GISPE Gruppo interregionale sanità penitenziaria

- Coordinato dalla Regione Emilia-Romagna , ha svolto negli anni un ruolo fondamentale per garantire il **confronto** fra le Regioni e portare **istanze condivise** ai tavoli nazionali
- Ha fornito un **contributo cruciale alla verifica** dell'applicazione del DPCM 2008,
- Con il passaggio alla Regione Piemonte del coordinamento della Commissione salute, l'approccio si è modificato e **il gruppo si riunisce solo su istanze specifiche** e non più in modo regolare

Audizioni per il monitoraggio

Le **audizioni** sono state condotte, con il coordinamento del Ministero della Salute, dal Tavolo di consultazione permanente nel **2011**, per un primo monitoraggio della situazione, mettendo in luce:

- La necessità di istituire gli **Osservatori regionali** per la sanità penitenziaria
- L'importanza di disciplinare **l'assistenza sanitaria di base e specialistica**
- La centralità della presa in carico dei **disturbi mentali**
- La **carenza di psicologi**
- Le criticità nell'assicurare **cure** ai detenuti sottoposti a **misura di media e alta sicurezza**

La tematica degli OPG

- L'**attenzione** che **dal 2012** (Legge 9/12, Legge 81/14) si è focalizzata **sugli OPG**, anche con **finanziamenti** specifici, ha in parte penalizzato l'ottimizzazione degli interventi negli istituti carcerari
- Tuttavia siamo arrivati alla **completa chiusura degli OPG a febbraio 2017 e alla costruzione della rete alternativa delle REMS**

La scadenza contemporanea dell'Organismo di coordinamento nazionale ha fatto però perdere la conoscenza ed il governo centrale del sistema REMS, e questo è un vulnus che va sanato rapidamente

E il Ministero della Salute?

Istituzionalmente presente negli Organismi di coordinamento ha lavorato per promuovere strategie di respiro nazionale.

Nell'ambito delle proprie competenze ha finanziato alcuni **progetti di ricerca** per fornire supporto scientifico alle scelte programmatiche:

- **CCM 2011** (affidato all'**ISS**) “Valutazione dei pazienti ricoverati negli ospedali psichiatrici giudiziari finalizzata a proposte di modifiche di assetti organizzativi e di processo”
- **CCM 2012** (affidato alla **Regione Toscana**) “Lo stato di salute dei detenuti degli istituti penitenziari di 6 regioni italiane: un modello di monitoraggio dello stato di salute e di prevenzione dei tentativi suicidari”

LO STUDIO TOSCANA E LE POSSIBILI RICADUTE PER IL SSN NEL CONTESTO PENITENZIARIO .1

I dati della ricerca

15.751 soggetti

94,2 % uomini

39,6 anni (età media)

46,3 % stranieri

Poli-patologia

*Alta prevalenza di fattori di
rischio per patologie croniche
(fumo, sovrappeso/obesità)*

Assunzione farmaci

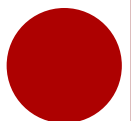
Come possiamo utilizzarli

Attenzione ad una
popolazione mediamente più
giovane ma più svantaggiata



*Programmi sul modello di
«Guadagnare salute»*

Monitorare l'appropriatezza
delle prescrizioni



LO STUDIO E LE POSSIBILI RICADUTE PER IL SSN NEL CONTESTO PENITENZIARIO .2

I dati della ricerca

1. Disturbi psichici (40%)
2. *Dipendenze (57% del 40)*
3. Patologie gastrointestinali (14,5%)
4. *Malattie infettive e/o parassitarie (11,5%)*
5. Malattie croniche (meno diffuse, ma in eccesso in relazione all'età media)

Come possiamo utilizzarli

1. La salute mentale come priorità in carcere (vedi anche il rientro da OPG)
2. *Interventi mirati per esigenze specifiche*
3. Igiene orale e stili di vita
4. *Quanto è importante la profilassi? E l'ambiente?*
5. Modificare gli stili di vita per ridurre il carico della cronicità



LO STUDIO E LE POSSIBILI RICADUTE PER IL SSN NEL CONTESTO PENITENZIARIO .3

I dati della ricerca

Il rischio suicidario

- 53% dei nuovi giunti risulta positivo allo screening
- Rischio più alto per le donne
- Rischio più alto per gli italiani

Come possiamo utilizzarli

- Criticità all'ingresso
- Modulare gli interventi in relazione alle specificità di genere
- Approfondire l'analisi di alcuni dati (es. etnicità)

si conferma la necessità di implementare l'Accordo sulla prevenzione del rischio suicidario



E il Ministero della Salute?

- **CCM 2013** (affidato alla **Regione Emilia-Romagna**) «La presa in carico del paziente affetto da patologie complesse negli Istituti Penitenziari, profili epidemiologici e contesto ambientale»
- **Riassegnazioni 2015** (affidato alla **Regione Emilia-Romagna**) «La prevenzione sanitaria nella popolazione carceraria: bisogni di salute e qualità dell'assistenza»

Lo studio E-R e le possibili ricadute per il SSN nel contesto penitenziario

Gli obiettivi di questo progetto (che ha coinvolto E-R, Toscana, Lombardia, Lazio e Calabria + OIM e ISAL) si sono focalizzati su:

1. Disagio e riconoscimento della vulnerabilità e delle patologie psichiche latenti
2. Screening infettivologico e profilassi Epatite B
3. **Carceri senza dolore**
4. Promozione della salute e educazione sanitaria
5. Prevenzione e tutela della salute della popolazione straniera detenuta

Lo studio E-R e le possibili ricadute per il SSN nel contesto penitenziario

Tra le ricadute più immediate merita ricordare:

1. Definizione di strumenti standardizzati per lo screening e intervento psicologico
2. Screening e vaccinazione in tutte le carceri della Toscana
3. **Formazione sulla gestione del dolore e produzione di un manuale specifico**
4. Interventi realizzati con i detenuti e focus group sul «comunicare salute»
5. Indagine sui bisogni, formazione degli operatori, sessioni informative con e per la popolazione straniera