

## Salute in carcere, riforma in “alto mare”

di Manuela Perrone

Il Sole 24 Ore-Sanità, 16-22 giugno 2009

A un anno esatto dall'entrata in vigore del Dpcm arranca il trasferimento della medicina penitenziaria dalla Giustizia al Ssn. Le Regioni si muovono in ordine sparso - Confusione sui contratti - E il sovraffollamento spaventa.

A un anno esatto dall'entrata in vigore della riforma che avrebbe dovuto attuare il riordino previsto dal Dlgs 230/1999, la Sanità penitenziaria naviga a vista. Stritolata tra l'emergenza del sovraffollamento - sono 63.217 i detenuti al 9 giugno, contro una capienza regolamentare di 43.177 - e gli inevitabili disguidi legati al transito delle competenze dal ministero della Giustizia al Welfare, dunque alle Regioni. Investita del compito improbo di curare persone che entrano ed escono dal carcere, spesso straniere (sono 21.400 gli extracomunitari dietro le sbarre) e spesso alle prese con problemi di droga (i tossicodipendenti sono 15mila). Tormentata dalle difficoltà di inquadramento del personale di ruolo e soprattutto di quello in convenzione, la vera ossatura del sistema sanitario in carcere, i cui contratti scadono il 14 giugno. Stressata dalla fatica di intercettare e trattare malattie infettive gravi, dall'Hiv alle epatiti.

Il grido d'allarme è arrivato compatto dagli operatori del settore, a partire dai medici penitenziari dell'Amapi e della Simspe, che hanno appena celebrato i propri congressi nazionali. Divisi su tutto, ma non sulle condizioni di lavoro che non esitano a definire disagiate. L'impressione è quella di una bomba a orologeria in cui il diritto alla tutela della salute rischia di restare una scatola vuota.

Al puzzle delineato dal Dpcm 1° aprile 2008, che ha dettato “modalità e criteri” per il trasloco della Sanità penitenziaria al Ssn, mancano molti tasselli. Finora la Conferenza unificata ha licenziato lo schema di convenzione tipo sull'utilizzo da parte delle Asl dei locali adibiti a funzioni sanitarie. È pronta anche l'intesa sulle prestazioni medico-legali fornite dal personale della Sanità penitenziaria. E in Commissione salute sono in via di approvazione sia i progetti regionali da 6 milioni di euro per l'integrazione tra Dsm e ospedali psichiatrici giudiziari sia le “Linee di indirizzo per il trasferimento dei rapporti di lavoro dal Servizio sanitario nazionale del personale operante in materia di Sanità penitenziaria”.

Ma il tavolo tecnico interistituzionale ha ancora molto da lavorare. Il passaggio del personale è delicatissimo, anche per i (pochi) dipendenti di ruolo transitati dal 1° ottobre. Si presta a squilibri e rimodellamenti, spesso non graditi. Come nel caso dei direttori di Opg, da sempre responsabili sanitari e amministrativi delle strutture, e adesso trasformati in dirigenti sanitari affiancati da dirigenti penitenziari. Stentano a decollare Dipartimenti e Uo complesse di medicina penitenziaria, come suggerito nelle linee guida allegate al Dpcm. Le Regioni procedono in ordine sparso, adottando modelli diversi. Molte lamentano ritardi nell'erogazione dei fondi. Solo sulla *Gazzetta Ufficiale* del 20 maggio scorso è stata pubblicata la delibera del Cipe sul riparto del Fsn 2008 destinato al passaggio della Sanità penitenziaria: un piatto da 157,8 milioni, di cui 32,3 milioni autorizzati come anticipo di cassa il 1° ottobre alle Regioni a statuto ordinario. “Mai visto un euro”, denuncia però il Forum nazionale per il diritto alla salute dei detenuti. Le Regioni a statuto speciale sono, dal canto loro, ferme del tutto: non hanno neppure recepito il decreto. Appena una manciata gli Osservatori regionali sulla Sanità penitenziaria.

### **Francesco Ceraudo (Amapi): intanto, in carcere, ci si ammala e si muore**

Francesco Ceraudo, Presidente Amapi, ricorda che nei primi quattro mesi del 2009 ci sono stati 22 suicidi, indicatori di una “situazione esplosiva, al limite dei diritti umani”. Giulio Starnini, direttore dell'UO dell'Ospedale di Belcolle e dirigente della Simspe guidata da Andrea Franceschini (dal 2010 acclamato presidente onorario), è convinto che “i detenuti sono una popolazione svantaggiata: non si possono affidare all'estemporaneità del medico di famiglia, del medico di guardia o dello specialista”.

Difende comunque la riforma Patrizio Gonnella, presidente dell'associazione Antigone: "È stata importante, una delle poche degli ultimi anni in materia penitenziaria. Purtroppo la Sanità regionale è in crisi grave e non c'è stato alcun investimento aggiuntivo per la salute nonostante il crescente numero di detenuti. I soldi divisi per numero di utenti sono sempre meno". Per Gonnella, "bisognerebbe inoltre dar vita a una regia nazionale degli interventi vista la grande mobilità della popolazione detenuta che rischia di pregiudicare la continuità di cura".

E anche la salute della collettività. Perché senza cure efficaci i 5.200 malati di epatite B e C, i 2.500 sieropositivi (probabilmente sottostimati, perché molti rifiutano di effettuare il test anti-Hiv), e la recrudescenza della tubercolosi sono un pericolo per sé e per gli altri.

### **Sergio Babudieri (Simspe): troppa confusione, al personale serve certezza**

Sergio Babudieri, infettivologo, professore associato all'Università di Sassari, una carriera dedicata allo studio delle malattie infettive in carcere e oltre vent'anni passati a lavorare negli istituti di pena di Sassari e di Alghero. Sarà lui dal 2010 il nuovo presidente della Società italiana di medicina e Sanità penitenziaria (Simspe), che ha celebrato a Napoli dal 4 al 6 giugno il suo decimo congresso nazionale.

*È passato un anno dall'entrata in vigore del Dpcm sul passaggio della Sanità penitenziaria al Ssn. Il bilancio?*

Non è positivo. Siamo stati tra i fautori del passaggio al Ssn, ma è passato un anno e di fatto non è cambiato molto, soprattutto sul fronte della ricollocazione del personale in transito. Si procede con le proroghe dei contratti in essere, incombe la scadenza del 14 giugno per i rapporti in convenzione e mancano linee guida precise.

*Risultato?*

Ogni Regione, quando procede, va avanti per conto proprio, anche dal punto di vista organizzativo. Il Piemonte adotta il modello dipartimentale, l'Emilia Romagna punta a trasferire le competenze sul territorio. La sensazione prevalente è di grande incertezza per tutti i 5.500 operatori della Sanità penitenziaria, e in particolare per quelli che hanno sempre lavorato soltanto con il ministero della Giustizia.

*Che cosa temete?*

Squilibri, sbilanciamenti. Pensi a un'infermiera non qualificata che però, dopo 25-30 anni di servizio in carcere, ha guadagnato sul campo la promozione a caposala. Nel transito al Ssn si ritroverebbe al livello di portantina. Non è giusto.

*Quale sarebbe la soluzione?*

Le Regioni dovrebbero farsi carico di corsi di aggiornamento per consentire l'equiparazione del personale trasferito, anche laddove sono mancate le qualifiche e le progressioni che si maturano nel Ssn. Il passaggio non deve essere punitivo.

*Neppure per i detenuti. Non è che l'instabilità di oggi sta danneggiando l'assistenza?*

Per il momento no, perché la situazione è praticamente congelata a un anno fa. Ma lo spirito del Dpcm era quello di migliorare l'assistenza. Invece cominciano ad arrivare segnali negativi, come quello di un aumento dei ricoveri, sintomo che si comincia a inviare più detenuti all'esterno, con l'inevitabile aumento dei costi legati allo spostamento.

*Il sovraffollamento è un pericolo?*

Con più di 63mila detenuti stiamo per superare non solo la capienza reale, ma proprio quella tollerabile. L'impatto può essere forte. Un esempio per tutti: il 28% della popolazione detenuta ha meno di trent'anni. Se fossero tutti italiani sarebbero vaccinati contro l'epatite B. Ma ormai sono soprattutto stranieri, privi di copertura ed esposti al contagio. Una situazione esplosiva che potrebbe

far fallire il piano vaccinale nazionale: le carceri sono il serbatoio ideale per il propagarsi delle epidemie. Noi lottiamo perché gli screening siano offerti in maniera congrua anche negli istituti di pena.

#### *Più counseling in carcere...*

È la filosofia della Simspe, la stessa che anima il progetto Pro Tes. I dati dicono che soltanto stabilendo un buon rapporto tra medici e detenuti si riesce a tenere sotto controllo le malattie e a migliorare la continuità di cura. Perché purtroppo, come accade per gli antiretrovirali contro l'Hiv, molti abbandonano la terapia una volta usciti. Per i detenuti il bisogno salute non è prioritario. Ecco, il nostro compito è questo: educarli a curarsi.

#### **Sandro Libianchi (Conosci): l'emergenza vera sono le tossicodipendenze**

La vera emergenza sanitaria dietro le sbarre? È la tossicodipendenza, con la scia di malattie, psichiatriche e infettive, che la piaga della droga porta con sé. A partire da Hiv, epatite B ed epatite C, spessissimo correlate con il consumo di stupefacenti. Ne è convinto Sandro Libianchi, medico e presidente di Conosci Onlus, il Coordinamento nazionale degli operatori per la salute nelle carceri.

“Quella della tossicodipendenza è un'area ampiamente sottostimata”, spiega Libianchi, che il 4 giugno ha partecipato all'incontro “Carcere e droghe” nell'ambito delle consultazioni avviate dopo la V Conferenza nazionale sulle droghe. “Il sistema carcerario - afferma - è gravemente carente dal punto di vista della captazione delle persone con problemi di dipendenza da sostanze”. In parole povere, i tossicodipendenti presenti nelle carceri italiane sarebbero molti di più di quei 14.743 indicati dal Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria (al 30 giugno 2008). Molti di più del 27% del totale.

“Stiamo tentando di corresponsabilizzare il ministero della Salute per la raccolta dei dati”, dice Libianchi. Anche perché con il passaggio delle competenze sanitarie al Ssn la Giustizia non fotografa più la situazione. E nessuno sta aggiornando la mappa (finora sommaria ma preziosa) delle condizioni di salute dei detenuti.

Se è difficile individuare i tossicodipendenti va da sé che è anche difficile curarli. La diagnosi è dunque cruciale. La Regione Lazio si è dotata, prima in Italia, di un Manuale operativo per i professionisti dei Servizi per le tossicodipendenze addetti all'assistenza ai detenuti che presenterà ufficialmente il 24 giugno. “Uno strumento diagnostico e terapeutico straordinario - commenta il presidente di Conosci - che aiuterà tutti gli operatori a riconoscere i disturbi da dipendenza e a intervenire correttamente”.

Ma un manuale non basta. Per Libianchi, “è necessaria una maggiore attivazione organizzativo-gestionale delle Regioni e delle aziende sanitarie, insieme con un'opera di informazione per tutti gli operatori del settore e per gli utenti”. Nel quadro di una “costruttiva interazione interistituzionale” e della piena applicazione della legge 45/1999 sul Fondo per la lotta alla droga e il personale dei Sert. Un punto imprescindibile, che secondo l'esperto deve essere accompagnato dal coraggio di commissariare le Regioni inadempienti. Occorrono inoltre “il trasferimento a Regioni e Asl delle iniziative di custodia attenuata per i tossicodipendenti” e un'ampia condivisione tra le amministrazioni locali dei modelli dei Sert in carcere. Perché le buone pratiche devono diffondersi.

#### **Lombardia: Pro Test stana le infezioni**

Arginare la diffusione delle malattie infettive in carcere attraverso la prevenzione, la riorganizzazione dell'accoglienza e la formazione degli operatori. È l'obiettivo del progetto Pro Test, voluto dalla Simspe e patrocinato dalla Regione Lombardia, in cui si concentra circa il 15% della popolazione detenuta. La premessa è chiara: per intervenire bisogna conoscere. Per questo Cd Pharma, cui è stata affidata l'attività demoscopica, visiterà i 18 istituti di pena regionali, intervistando i direttori, i responsabili sanitari e gli infettivologi. Noto il contesto, si procederà sui fronti “caldi”: azioni di prevenzione, creazione di un sistema di sorveglianza regionale, linee guida e corsi di formazione.

# **Precari nel guado delle convenzioni E gli psicologi restano a bocca asciutta**

di Lucilla Vazza

**Il Sole 24 Ore-Sanità, 16-22 giugno 2009**

*Pronte le linee di indirizzo per il passaggio dei rapporti di lavoro degli operatori non di ruolo.*

Non è proprio il provvedimento “bomba” che qualcuno si aspettava, ma le linee di indirizzo configurate e licenziate il 10 giugno dal tavolo interregionale sulla Sanità penitenziaria consentiranno ai quasi 5mila operatori convenzionati di continuare il proprio lavoro nelle carceri. E di aprire uno spazio di riflessione tra le Regioni. A convenzioni scadute il 14 giugno, non sciolgono comunque il rebus dei contratti del personale sanitario penitenziario e di una riforma per ora attuata solo sulla carta. E a costo zero per lo Stato, anzi a spese delle Asl che finora hanno dovuto sobbarcarsi i molti oneri e i pochissimi onori legati al Dpcm del 2008. Le linee di indirizzo, varate non senza polemiche interne, sono indicazioni non vincolanti né retroattive: Regioni, Asl e sindacati potranno metabolizzarle e decidere di recepirle. Il contesto è già eterogeneo. Alcune Regioni hanno fatto da sé: Emilia Romagna, Toscana, Lombardia, Veneto, Abruzzo e Calabria hanno già delineato proprie ipotesi di accordi interni con il personale, pressoché in linea con il documento approvato.

## **Contenuti e destinatari**

I medici incaricati definitivi vanno collocati nell’apposito elenco nominativo a esaurimento presso le aziende sanitarie di riferimento e continuano a essere disciplinati dalla legge 740/1970 fino alla scadenza dei rapporti di lavoro, come previsto dal Dpcm. Agli incaricati provvisori si garantisce lo stesso trattamento dei definitivi, fermo restando il riconoscimento dell’incremento biennale previsto dalla normativa. Agli oltre mille medici Sias (guardia medica) si applica l’Acn della medicina generale. Sarà demandata agli accordi regionali la possibilità di prevedere eventuale indennità di rischio o di sede disagiata. Il prossimo Acn dovrà prevedere procedure di accesso specifiche per i medici Sias. Ai medici specialisti si applica invece il contratto della specialistica ambulatoriale. Su tutti incombe il tetto delle 48 ore previsto dall’Ue. Ai numerosissimi infermieri, puericultrici e tecnici sanitari, forse le figure più a rischio, il provvedimento apre ai concorsi. Nel frattempo, ogni Asl può ricorrere a contratti libero-professionali e ad assunzioni a tempo determinato.

## **Psicologi**

Dalla partita restano fuori gli psicologi. Per loro nessuna buona notizia. Dubbia la collocazione dei 39 vincitori di concorso presso il ministero della Giustizia, mai assunti né immessi nei ruoli del Dap. In teoria possono essere utilizzati dalle Asl, ma il nodo resta quello delle qualifiche di accesso al Ssn. Necessarie, ma non previste tra i titoli del bando. Per questo la legittimità dell’eventuale utilizzo di questi operatori resta incerta. Incognita di tipo diverso per gli psicologi ancora convenzionati con la Giustizia e non transitati al Ssn in virtù del loro ruolo di “Osservazione e trattamento penitenziario - Nuovi Giunti”, non identificabile con funzioni assistenziali. Per loro ogni Regione potrebbe prevedere accordi ad hoc.

## **Incarichi aziendali**

Se sui punti precedenti c’è stata intesa, sugli incarichi aziendali si scontrano le diverse posizioni. Nel testo si afferma che è necessario operare nel rispetto delle norme vigenti “in materia di personale in servizio con l’Ssn in carcere”, ma si specifica poi che gli incarichi “debbono essere conferiti - laddove possibile - a dirigenti aziendali di ruolo; gli ex medici penitenziari possono mantenere funzioni di “referenti”. I medici incaricati, operanti nelle carceri da anni e “penitenziari” per convinzione daranno battaglia.

# Il "quadro" della medicina penitenziaria (Fonte: Il Sole 24 Ore - Sanità, 16-22 giugno 2009)

I detenuti	
Case di reclusione	38
Case circondariali	161
Istituti per le misure di sicurezza	7
Istituti per minori	17
Cpa	26
● 223 strutture penitenziarie	
● 63.217 presenze (al 9 giugno 2009) di cui 530 minorenni	

Le somme del Fsn 2008 ripartite dal Cipe per il passaggio					
Regione	Importi erogati	Regione	Importi erogati	Regione	Importi erogati
Abruzzo	3.311.899	Lombardia	28.161.700	Trento	487.888
Basilicata	1.068.250	Marche	2.190.474	Bolzano	238.295
Calabria	5.113.223	Molise	719.219	Umbria	2.829.655
Campania	21.527.903	Piemonte	8.576.575	Veneto	4.817.364
Emilia-R.	10.705.380	Puglia	8.010.123	Valle d'Aosta	347.026
Friuli V.G.	1.381.875	Sardegna	5.381.239	<b>Totale</b>	<b>157.800.000</b>
Lazio	17.019.726	Sicilia	18.161.348	Anticipazione	32.323.602
Liguria	3.791.458	Toscana	13.959.380	<b>Tot. da ripartire</b>	<b>125.476.398</b>

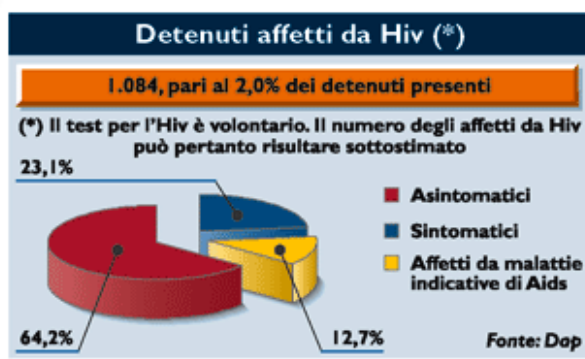
Fonte: Delibera Cipe (Gu 20 maggio 2009)

Gli operatori	
Personale	Unità *
Totale non di ruolo	4.709
Totale di ruolo	525
<b>Totale generale</b>	<b>5.234</b>

(\*) Dipartimento amministrazione penitenziaria e Dipartimento giustizia minorile

Gli operatori "appesi" alle proroghe		
Qualifica	Settore sanitario	N.
Medici incaricati (*)	Medicina di base	198
Medici incaricati provvisori (*)	Medicina di base	152
Medici di guardia	Servizio integrativo assist. sanitaria (Sias)	1.261
Medici di guardia psichiatrica	Psichiatria	66
Medici specialisti	Tutte le branche	1.386
Sorveglianza fisico-dosimetrica	Esperti e medici autorizzati	118
Infermieri	Assist. infermieristica	1.343
Personale tecnico parasanitario	Aree tecniche	94
Medici incaricati	Farmacia, veterinaria	3
Medico incaricati provvisori	Farmacia, veterinaria	2
Puericultrici	Nidi penitenziari	13
Ausiliari socio-sanitario	Assistenza ausiliaria	73
<b>Totale generale</b>		<b>4.709</b>

(\*) Inclusi quelli operanti negli Ipm - Fonte: V Rapporto Antigone



### Tossicodipendenti (al 30 giugno 2008)

Sesso	Tossicodipendenti		Alcoldipendenti		In trattamento metadonico	
	Val. ass.	% (*)	Val. ass.	% (*)	Val. ass.	% (*)
Donne	532	22,1%	39	1,6%	188	7,8%
Uomini	14.211	27,0%	1.250	2,4%	2.264	4,3%
<b>Totale</b>	<b>14.743</b>	<b>26,8%</b>	<b>1.289</b>	<b>2,3%</b>	<b>2.452</b>	<b>4,5%</b>

(\*) Le percentuali sono calcolate rispetto ai detenuti presenti suddivisi in base al sesso

Fonte: Dap