

Regione Molise - Piano Sanitario Regionale

8.6 La Tutela della Salute in Ambito Penitenziario

L'attribuzione della responsabilità della tutela della salute in ambito penitenziario ad una Istituzione diversa da quella che eroga funzioni custodiali rappresenta l'occasione per ripensare il modello attuale organizzativo e gestionale della Sanità Penitenziaria che ha le sue radici nella legge 740 del 1970, che precede di otto anni l'istituzione del Sistema Sanitario Nazionale.

Il riordino della Sanità Penitenziaria, per la complessità dei modelli organizzativi e dei livelli istituzionali coinvolti, non può realizzarsi in maniera istantanea, ma necessita di un processo graduale, che tenga conto delle attività programmatiche della Regione, armonizzate con la realtà nazionale.

Al detenuto, destinatario degli interventi, è necessario garantire l'esigibilità del diritto alla tutela della salute, così come enunciato dalla Carta Costituzionale (art. 32).

Nella regione Molise sono presenti tre Istituti penitenziari la cui ubicazione, capienza e specificità sono di seguito indicati:

| ISTITUTO | TIPO | CAPIENZA REGOLAMENTARE | DETENUTI PRESENTI | DETENUTI STRANIERI |
|------------|------|---------------------------|----------------------|-----------------------|
| CAMPOBASSO | CC | 121 | 139 | 20 |
| ISERNIA | CC | 49 | 77 | 15 |
| LARINO | CC | 219 | 292 | 37 |
| Totale | | 389 | 508 | 70 |

Fonte: D.A.P. - Ufficio per lo Sviluppo e la Gestione del Sistema Informativo Automatizzato - Sezione Statistica

Il percorso di riordino della Medicina Penitenziaria è iniziato con l'emanazione del D.Lgs. 230/99, che ha stabilito il trasferimento al Servizio Sanitario Nazionale dei soli settori della prevenzione e dell'assistenza ai detenuti e agli internati tossicodipendenti, trova il proprio completamento con l'approvazione della Legge finanziaria 2008, L. 24.12.2007, n. 244 "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato", che all'art. 2, commi 283 e 284, prevede il trasferimento ai Servizio Sanitario Nazionale di tutte le funzioni sanitarie svolte dai Dipartimenti del Ministero della Giustizia.

Dal primo luglio 2003, così come previsto dal predetto decreto 230/99, al SSR sono state trasferite le funzioni in materia sanitaria con riguardo alla cura della tossicodipendenza nelle carceri.

Nel 2006 veniva stipulato apposito protocollo tra l'ASReM, il Provveditorato Regionale dell'Amministrazione Penitenziaria (PRAP) di Abruzzo e Molise, i tre direttori dei SERT competenti per territorio ed i tre direttori delle carceri con l'impegno a continuare la gestione ed a migliorare la qualità del servizio.

A settembre 2009 veniva stipulato il protocollo per l'assistenza sanitaria dei detenuti tra Regione Molise e PRAP; il Direttore generale dell'ASReM con proprio provvedimento n. 105/10, prendeva atto dell'accordo.

È stato costituito l'Osservatorio regionale sulla sanità penitenziaria quale organo consultivo e di monitoraggio, costituito da rappresentanti regionali e ministeriali che ha definito il protocollo locale per l'assistenza sanitaria ai detenuti ristretti in Molise, comprensivo di un ulteriore capitolo per la tossicodipendenza.

Recentemente (deliberazione Giunta Regionale n. 924 del 29 dicembre 2011) è stato approvato un accordo di programma tra le Regioni Abruzzo, Campania, Lazio e Molise per la realizzazione di forme di collaborazione e di coordinamento e per il miglioramento e la valutazione dell'efficienza e dell'efficacia del programma di superamento degli OPG.

A) Obiettivi di salute e Livelli essenziali di assistenza

1. promozione della salute, anche all'interno dei programmi di medicina preventiva e di educazione sanitaria, mirata all'assunzione di responsabilità attiva nei confronti della propria salute;
2. promozione della salubrità degli ambienti e di condizioni di vita salutari, pur in considerazione delle esigenze detentive e limitative della libertà;
3. prevenzione primaria, secondaria e terziaria, con progetti specifici per patologie e target differenziati di popolazione, in rapporto all'età e alle caratteristiche socio culturali, con riferimento anche alla popolazione degli immigrati;
4. riduzione dei suicidi e dei tentativi di suicidio, attraverso l'individuazione dei fattori di rischio.

B) Azioni per il triennio

1. Predisporre un sistema informativo alimentato da cartelle cliniche informatizzate che metta a disposizione conoscenze epidemiologiche sistematiche sulle patologie prevalenti ed elementi informativi sulle condizioni e i fattori di rischio specifici che sono causa o concausa delle manifestazioni patologiche, in raccordo con il SISPE (Sistema Informativo Sanità Penitenziaria);
2. redigere apposita Carta dei servizi sanitari da garantire all'interno degli istituti penitenziari per assicurare gli interventi del SSN nei confronti dei detenuti;
3. inquadrare definitivamente i rapporti di lavoro del personale sanitario a tempo determinato, instaurato ai sensi della legge 9 ottobre 1970, n. 740, in essere alla data del 15 marzo 2008, operante all'interno degli istituti penitenziari ubicati nell'ambito del territorio distrettuale di riferimento, in osservanza delle disposizioni del CCNL comparto sanità (infermieri) o che saranno emanate all'interno del prossimo ACN della Medicina Generale (medici);
4. definire le definitive modalità organizzative e di funzionamento del Servizio Sanitario Regionale, che prevedano una rete regionale integrata che garantisca continuità assistenziale anche in termini di equità e qualità, avvalendosi di almeno due strutture distrettuali, una semplice dipartimentale nel distretto sanitario di Campobasso, che gestisca le attività dei penitenziari di Campobasso e Larino e l'altra semplice nel distretto sanitario di Isernia, che coordini l'attività del carcere di Isernia;
5. porre attenzione specifica alle patologie che comportano interventi a lungo termine di presa in carico della persona, con caratteristiche di elevata intensità e/o complessità assistenziale (ad es. tossicodipendenza e patologie correlate, HIV; malattie mentali), con il concorso di più figure professionali, sanitarie e sociali, (in caso di pene alternative o di scarcerazione);
6. attivare sistemi di valutazione della qualità, riferita soprattutto all'appropriatezza degli interventi (corretto uso di farmaci, approcci diagnostico terapeutici e riabilitativi basati su prove di efficacia);
7. attivare programmi di formazione continua: oltre che orientati all'ECM, anche all'analisi del contesto ambientale e alle specifiche variabili che influenzano lo stato di salute fisico e mentale, sia dei detenuti, che del personale della polizia penitenziaria e socioeducativo;
8. attivare modalità di coordinamento fra Regione, ASREM e Provveditorato regionale

dell'Amministrazione penitenziaria, che garantiscano la concertazione e la verifica dei programmi di intervento, con particolare attenzione alle sinergie necessarie tra l'Area Sanitaria (di competenza del SSN) e le Aree del Trattamento e della Sicurezza (di competenza delle Amministrazioni Penitenziarie);

9. garantire la presa in carico dei detenuti con problemi di salute mentale, coinvolgendo il DSM, che dovrà successivamente predisporre modalità organizzative, anche di natura sperimentale, per i detenuti che saranno dimessi dagli OPG.