

Salute mentale in carcere e dismissione degli OPG: Il punto di vista della Sanità

- Le funzioni sanitarie svolte dall'Amministrazione Penitenziaria con riferimento ai soli settori della prevenzione e dell'assistenza ai detenuti e internati tossicodipendenti sono state trasferite a decorrere dal 1 gennaio 2000 per effetto del Decreto Legislativo 230/99
- Tutte le altre funzioni sanitarie finalizzate a garantire i LEA a favore delle persone detenute, inclusi internati in OPG e minori tossicofili e/o con disagio psichico, sono state trasferite a decorrere dal 14 giugno per effetto del DPCM 1 aprile 2008
- Quindi, gli ambiti di intervento sono tre:
 - Assistenza sanitaria ai detenuti
 - Dismissione degli OPG
 - Inserimento in comunità di minori tossicodipendenti e/o con disagio psichico

Assistenza sanitaria ai detenuti

- Alcuni dati:
 - 9 Istituti Penitenziari per adulti (nei capoluoghi di provincia; 2 a Padova e Venezia) + 1 per minori (Treviso)
 - Capienza complessiva: 1.782 posti regolamentari – 2.728 posti tollerabili
 - Nel 2012 in media 3.169 detenuti (di cui 2.063 definitivi) + 5.415 nuovi ingressi
 - Personale sanitario al 31/12/2012: 12 medici di sanità penitenziaria, 47 medici SIAS, 58 infermieri
 - Costo complessivo nel 2011: € 8.845.468,28
 - Finanziamento statale nel 2011: € 6.894.971,00
- Progettualità in corso:
 - Linee di indirizzo sull'organizzazione della Sanità Penitenziaria (DGR n. 2337/2011), definite d'intesa con l'Amministrazione Penitenziaria
 - Linee di indirizzo per la riduzione del rischio autolesivo e suicidario dei detenuti, degli internati e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale (DGR n. 2711/2012), definite d'intesa con l'Amministrazione Penitenziaria in attuazione dell'Accordo Stato-Regioni del 19 gennaio 2012): in corso di attuazione in tutti gli istituti penitenziari (adulti e minori)
 - Adesione al progetto CCM-Toscana "Lo stato di salute dei detenuti negli istituti penitenziari di sei regioni italiane" (DGR n. 128/2013): in corso di attuazione in tutti gli istituti penitenziari per adulti
 - Adesione al progetto CCM-Emilia-Romagna "Interventi di tutela e promozione della salute in carcere attraverso la figura del Promotore di Salute": in corso di attuazione nelle carceri di Padova e Vicenza
 - Programma regionale per il controllo della Tubercolosi nelle carceri (DGR n. 241/2012): in corso di attuazione in tutti gli istituti penitenziari (adulti e minori)
- Criticità:
 - Sovraffollamento (+78% rispetto ai posti regolamentari; +16% rispetto ai posti tollerabili)
 - Condizioni igienico-sanitarie (non drammatiche ma comunque problematiche anche nel Veneto)
 - Presenza di extracomunitari (ca. 40%)
 - Presenza di tossicodipendenti (ca. 30%)
 - Traduzioni all'esterno per visite specialistiche o interventi di Pronto Soccorso (che secondo l'Amministrazione penitenziaria nazionale sarebbero sensibilmente aumentati dopo il trasferimento delle funzioni: stiamo verificando con l'Amministrazione penitenziaria regionale)

- Somministrazione dei farmaci (rischio di accumulo e utilizzo improprio dei farmaci da parte dei detenuti)
 - Risorse trasferite inferiori ai costi reali (ca. – 2 milioni di Euro in meno l'anno)
 - LEA: quelli garantiti dall'Amministrazione penitenziaria prima del trasferimento delle funzioni erano superiori (es. farmaci ormonali per transessuali; protesi dentarie)
 - Inquadramento del personale: rimangono ancora alcune questioni aperte derivanti dal trasferimento del personale alle Aziende ULSS; un recente intervento risolutivo è rappresentato dalla DGR n. 753 del 21 maggio u.s. "misure a favore del personale medico operante negli Istituti penitenziari"
 - Piena e leale collaborazione interistituzionale: per certi aspetti la criticità principale che deriva dalla difficoltà di dialogare tra due mondi (sanitario e penitenziario) con organizzazioni, regole, culture, principi distinti e spesso in contrasto
- Criticità – Tutela della salute mentale in carcere:
- le audizioni degli Osservatori regionali per la Sanità penitenziaria realizzate dal Ministero della Salute nel giugno 2011 hanno fatto emergere, a livello nazionale ma la stessa situazione si presenta anche nel Veneto, che:
- "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)"*

Dismissione degli OPG

- Alcuni dati:
- Internati veneti in OPG al 31/12/2012: 59
 - di cui 13 in licenza
 - di cui 50 a Reggio Emilia, 6 a Castiglione delle S. (MN), 3 a Montelupo F. (FI)
 - Dimissioni nel 2012: 25
 - Internati al 31/12/2011: 57
 - Dimissioni nel 2011: 25
 - Dalla rilevazione sui bisogni assistenziali realizzato dai DSM con riferimento ai 66 internati in OPG alla data del 31/12/2011 è emerso che 39 sono psichiatrici, 6 tossicodipendenti, 20 doppie diagnosi, 3 disabili; quindi la responsabilità per la presa in carico e il trattamento, nonché i relativi costi, non riguardano solo la Psichiatria ma l'ASL nel suo complesso
- Soluzioni possibili per la dimissioni degli internati in OPG, compatibilmente con le risorse finanziarie (All. C, DPCM 1° aprile 2008):
- dalle strutture OPG che richiedono la vigilanza esterna
 - a strutture di accoglienza e
 - all'affido ai servizi psichiatrici e sociali territoriali,
- sempre e comunque sotto la responsabilità assistenziale del Dipartimento di salute mentale
- Progettualità in corso:
- "Reparto" di osservazione psichiatrica presso la Casa circondariale di Verona: 5 posti letto attivi dal 1/03/2012
 - Contributi alle ASL che abbiano dimesso dall'OPG internati residenti nel proprio territorio, utilizzando i fondi, ora esauriti, di 2 progetti finanziati dal Ministero della Salute:
 - € 258.152,61 nel 2011: 20 internati (2.703 gg.): rimborsato il 100% delle rette
 - € 692.203,38 nel 2012: 43 internati (8.499 gg.): rimborsato l'85% delle rette
 - Sperimentazione di una Struttura intermedia di accoglienza – Az. ULSS 21 in collaborazione con Casa San Giuseppe – sede: Ronco all'Adige (VR) – 18 posti letto attivi dal 1° ottobre 2012 (DGR n. 1331 del 17 luglio 2012)

- Progettazione di una struttura regionale ad elevata sicurezza ai sensi dell'art. 3 ter della Legge 9/2012 (20 + 20 p.l. – Trecenta!?) – N.B. previsto il commissariamento in quanto il programma non è stato presentato entro il 15 maggio u.s. come stabilito dalla Legge n. 57/2013

■ Criticità:

- Normativa nazionale e provvedimenti applicativi: i tempi e i modi stabiliti dalle norme nazionali sono spesso incoerenti con i tempi e i modi dei relativi provvedimenti applicativi e delle azioni concrete da realizzare a livello regionale, nonché con le risorse messe a disposizione
- Status giuridico degli internati in OPG, che è rimasto inalterato e quindi non consente la dimissione di tutti gli internati in OPG; quello che è cambiato con il DPCM 1° aprile 2008 è la struttura dove internare i pazienti psichiatrici autori di reato
- Turn over degli internati in OPG: il numero delle dimissioni approssima il numero dei nuovi internamenti in OPG
- Mancanza di criteri omogenei e condivisi tra magistratura, operatori degli OPG e operatori dei DSM per stabilire la dimissibilità
- Carenza sia a livello nazionale che regionale di strutture residenziali sia ad elevata che a media protezione
- Costi degli inserimenti in comunità (da € 45.000,00 a € 75.000,00 all'anno per persona)

Inserimento in comunità di minori tossicodipendenti e/o con disagio psichico

■ Alcuni dati:

Anno	N.	di cui tossicodipendenti	gg.	% fuori regione	€	N. ASL con minori
2010	20	14	3.971	46,2	355.722,04*	10
2011	16		3.947	43,8	355.639,09**	8
2012	16		2.327	43,8	276.680,54**	8

■ Progettualità in corso:

- Protocollo d'Intesa fra Regione Veneto e Centro Giustizia Minorile per il Veneto (DGR n. 940/2009; DD n. 93/2009) relativo all'invio in comunità di minori tossicodipendenti e/o con disagio psichico autori di reato
- Linee di indirizzo per la riduzione del rischio autolesivo e suicidario dei detenuti, degli internati e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale (DGR n. 2711/2012), attualmente in corso
- Approvazione dei requisiti e standard per le unità di offerta rivolte a minori/adolescenti in situazione di disagio psicopatologico (DGR n. 242/2012) che prevedono anche l'inserimento di minori tossicodipendenti e/o con disagio psichico autori di reato

■ Criticità:

- Carenza di strutture residenziali adatte all'inserimento di minori tossicodipendenti e/o con disagio psichico autori di reato sia a livello regionale che nazionale
- Costi degli inserimenti in comunità (da € 20.000,00 a € 90.000,00 all'anno per minore)
- Compartecipazione sociale, ossia applicazione del LEA minori che prevede il 30% delle rette a carico dei comuni e/o delle famiglie (N.B. ricorso al TAR vinto dal Comune di San Stino di Livenza)
- Diagnosi di tossicodipendenza: i criteri diagnostici adottati dagli operatori dei SerT sono diversi e ben più stringenti dei criteri diagnostici adottati dalla magistratura e dall'amministrazione penitenziaria