

## XII COMMISSIONE PERMANENTE

### (Affari sociali)

#### S O M M A R I O

#### INTERROGAZIONI A RISPOSTA IMMEDIATA:

|   |    |
|---|----|
| Variazione nella composizione della Commissione .....   | 70 |
| 5-04556 Barani: Linee di indirizzo per la tutela della salute pubblica nelle strutture di accoglienza degli immigrati .....   | 70 |
| ALLEGATO 1 (Testo della risposta) .....   | 72 |
| 5-04555 Binetti: Iniziative per evitare la chiusura dei dipartimenti di assistenza alla persona nella regione Lazio .....     | 71 |
| ALLEGATO 2 (Testo della risposta) .....   | 73 |
| 5-04557 Miotto: Iniziative per salvaguardare il diritto alla salute dei detenuti presso la casa circondariale di Trento ..... | 71 |
| ALLEGATO 3 (Testo della risposta) .....   | 75 |

#### INTERROGAZIONI A RISPOSTA IMMEDIATA

*Giovedì 7 aprile 2011. — Presidenza del vicepresidente Carlo CICCIOLOI. — Interviene il sottosegretario di Stato per la salute Eugenia Maria Roccella.*

#### La seduta comincia alle 14.15.

#### Variazione nella composizione della Commissione.

Carlo CICCIOLOI *presidente*, comunica che il deputato Marco Calgaro ha cessato di far parte della Commissione.

Ricorda, quindi, che, ai sensi dell'articolo 135-*ter*, comma 5, del regolamento, la pubblicità delle sedute per lo svolgimento delle interrogazioni a risposta immediata è assicurata anche tramite la trasmissione attraverso l'impianto televisivo a circuito chiuso. Dispone, pertanto, l'attivazione del circuito.

#### 5-04556 Barani: Linee di indirizzo per la tutela della salute pubblica nelle strutture di accoglienza degli immigrati.

Lucio BARANI (PdL) illustra l'interrogazione in titolo, sottolineando, in particolare, l'esigenza di affrontare adeguatamente i problemi di natura igienico-sanitaria connessi all'accoglienza di cittadini immigrati, anche irregolari.

Il sottosegretario Eugenia Maria ROCCELLA risponde all'interrogazione in titolo nei termini riportati in allegato (*vedi allegato 1*).

Lucio BARANI (PdL), replicando, si dichiara soddisfatto. Invita, comunque, il Governo a vigilare sulla problematica richiamata nell'atto di sindacato, evidenziando come, sebbene l'ingresso di immigrati irregolari non qualificabili come profughi vada senz'altro contrastato, ciò non

esima i governi nazionale e locali dall'obbligo di gestire il fenomeno in condizioni di sicurezza, anche sotto il profilo igienico-sanitario.

**5-04555 Binetti: Iniziative per evitare la chiusura dei dipartimenti di assistenza alla persona nella regione Lazio.**

Paola BINETTI (UdC) illustra l'interrogazione in titolo, sottolineando, in particolare, la necessità di rivedere i modelli organizzativi dell'assistenza ospedaliera, di ottimizzare l'impiego delle risorse finanziarie disponibili e di valorizzare la professionalità del personale infermieristico. In proposito, rileva come la decisione di procedere alla chiusura dei due dipartimenti di assistenza alla persona presenti nelle strutture sanitarie della città di Roma vada in direzione esattamente contraria a quella auspicata.

Il sottosegretario Eugenia Maria ROCELLA risponde all'interrogazione in titolo nei termini riportati in allegato (*vedi allegato 2*).

Paola BINETTI (UdC), replicando, si dichiara parzialmente soddisfatta, poiché alcune delle osservazioni contenute nella risposta del Governo riflettono una crescente sensibilità verso la professionalità del personale infermieristico. Osserva, peraltro, come nei confronti di detto personale persista un atteggiamento culturale sostanzialmente discriminatorio. A suo avviso, i molti infermieri in possesso di competenze adeguate dovrebbero essere maggiormente valorizzati, non in posizione di *staff* presso le direzioni delle strutture, ma con ruoli di diretta responsabilità. Dopo aver osservato come tale atteggiamento discriminatorio possa dipendere

anche dal fatto che tale personale è composto in prevalenza di donne, auspica che i dipartimenti citati nell'atto di sindacato non vengano chiusi e preannuncia la presentazione di un emendamento alla proposta di legge sul governo delle attività cliniche, volto a consentire l'attribuzione di adeguati livelli di responsabilità al personale in discorso.

**5-04557 Miotto: Iniziative per salvaguardare il diritto alla salute dei detenuti presso la casa circondariale di Trento.**

Anna Margherita MIOTTO (PD) illustra l'interrogazione in titolo.

Il sottosegretario Eugenia Maria ROCELLA risponde all'interrogazione in titolo nei termini riportati in allegato (*vedi allegato 3*).

Anna Margherita MIOTTO (PD), replicando, si dichiara insoddisfatta. Ritiene, infatti, che non si possa consentire ai direttori delle strutture penitenziarie di filtrare l'accesso dei detenuti al Servizio sanitario nazionale. Non ritiene che, da questo punto di vista, possa essere tranquillizzante la constatazione della mancanza di gravi conseguenze per la salute dei cittadini interessati dagli episodi in questione. Rileva, infine, come sia fortemente auspicabile un rapporto diretto di collaborazione tra il Ministero della salute e gli uffici dell'amministrazione penitenziaria competenti per l'accesso dei detenuti all'assistenza sanitaria.

Carlo CICCIONI, *presidente*, dichiara concluso lo svolgimento delle interrogazioni all'ordine del giorno.

**La seduta termina alle 14.45.**

## ALLEGATO 1

**5-04556 Barani: Linee di indirizzo per la tutela della salute pubblica nelle strutture di accoglienza degli immigrati.****TESTO DELLA RISPOSTA**

Ringrazio l'onorevole interrogante che, nella attualità dell'emergenza immigrati, mi consente di illustrare le iniziative avviate, dal Governo e dal Ministero della Salute, per la parte di competenza istituzionale, che vanno nella direzione delle preoccupazioni espresse.

In via generale, ricordo che il 27 febbraio 2011 il Ministro della Salute professor Ferruccio Fazio ha concordato con i vertici europei dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) una serie di iniziative per affrontare i possibili rischi sanitari connessi con la crisi libica.

Tali iniziative vanno dall'aumento della sorveglianza epidemiologica dei migranti in Italia al rafforzamento dell'assistenza sanitaria nei diversi Paesi coinvolti.

Nei giorni 28 e 29 marzo 2011, si è svolta una missione congiunta di esperti Ministero della Salute – OMS a Lampeusa.

Queste sono nel dettaglio le conclusioni della missione sanitaria:

1) garantire la sorveglianza epidemiologica;

2) misure di controllo ambientale.

Le conclusioni tecniche della missione andranno a supporto della Conferenza internazionale prevista a Roma il 13 aprile 2011, in collaborazione tra Italia, Commissione Europea, OMS e Paesi europei coinvolti nel fenomeno migratorio, allo scopo di coordinare congiuntamente gli

aspetti sanitari della crisi e di valutare comuni piani di emergenza.

Si aggiunge inoltre, come noto, che proprio ieri è stato definito l'Accordo tra il Governo e le Regioni e le Province autonome e gli enti locali, che prevede il ricorso alla concessione di un permesso di soggiorno provvisorio per allentare la pressione migratoria.

L'Accordo prevede, nella direzione della problematica sollevata dall'onorevole interrogante riferita alle tendopoli, una equa distribuzione degli immigrati, per evitare la concentrazione degli stessi nelle tendopoli. È previsto infatti un piano di accoglienza che sarà presentato entro 10 giorni, attraverso il sistema di protezione civile nazionale, tale piano dovrà anche prevedere l'assistenza per gli immigrati. A tal fine sarà potenziato il fondo per la protezione civile.

Nello specifico delle iniziative del Ministero della salute, si comunica che proprio in data odierna è stata trasmessa una circolare agli Assessori alla sanità delle Regioni e PA e al Ministero dell'interno e al Dipartimento per la protezione civile, finalizzata a garantire linee operative agli operatori sanitari e ai responsabili delle strutture di accoglienza per gli immigrati provenienti dal Nord Africa, per la sorveglianza e la gestione di eventuali casi di malattie infettive. La circolare suddetta viene lasciata a disposizione della Commissione, affinché se ne possa prendere visione.

## ALLEGATO 2

**5-04555 Binetti: Iniziative per evitare la chiusura dei dipartimenti di assistenza alla persona nella regione Lazio.****TESTO DELLA RISPOSTA**

In via preliminare, si ricorda che, in data 28 febbraio 2007, la Regione Lazio ha sottoscritto l'Accordo con il Ministero della Salute e il Ministero dell'Economia e delle Finanze per l'approvazione del Piano di Rientro di individuazione degli interventi per il perseguimento dell'equilibrio economico. Con la sottoscrizione dell'Accordo, la Regione si è impegnata ad attuare gli interventi di riorganizzazione del Sistema Sanitario Regionale.

Nel merito della questione sollevata e per ciò che attiene in particolare la riorganizzazione delle reti assistenziali, il 30 settembre del 2010 la Regione ha adottato il decreto 80, recante: « Riorganizzazione della rete ospedaliera ».

Il quadro complessivo disegna un impegno programmatico che parte da una analisi delle problematiche e delinea gli interventi necessari alla riorganizzazione dell'intero sistema. Le azioni programmate prevedono rilevanti interventi di forte impatto organizzativo e strutturale, dalla riduzione dei posti letto, alla riorganizzazione delle diverse discipline in funzione delle reti, compresa l'emergenza, alla trasformazione di numerosi presidi.

In merito a tale provvedimento, i Ministeri affiancanti, esprimendo apprezzamenti per il lavoro svolto, hanno proposto alcune modifiche migliorative, il cui recepimento sarà valutato nelle successive fasi istruttorie.

Per ciò che attiene all'umanizzazione del rapporto medico paziente, cui fa riferimento l'interrogazione, e dei luoghi di cura in generale, nel Piano sanitario regionale 2010-2012, adottato con decreto del Commissario ad acta n. 111 del 2010,

si dà ampio spazio all'implementazione di percorsi assistenziali condivisi con i cittadini, che concilino politiche di accoglienza, informazione e comfort. Il Piano sanitario regionale, inoltre, individua nell'infermiere la figura professionale che rappresenta l'interfaccia privilegiata tra l'utente, i familiari e i diretti erogatori dell'assistenza. Ciò a dimostrazione del ruolo chiave affidato dalla Regione alla figura dell'infermiere all'interno dei percorsi assistenziali, soprattutto nell'attuale fase di rimodulazione dell'offerta ospedaliera verso il *setting* territoriale.

Nelle successive fasi istruttorie, e durante le riunioni congiunte del Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali con il Comitato permanente per la verifica dei livelli essenziali di assistenza, si terrà comunque conto delle problematiche evidenziate con l'interrogazione in oggetto.

Alle valutazioni sopra rese, si aggiunge che la Regione Lazio ha inteso precisare che la Legge n. 251/2000 prevede l'istituzione, in ogni azienda sanitaria, del « Servizio Infermieristico » cui preporre un dirigente in possesso degli idonei requisiti, senza indicare la configurazione specifica di tale incarico.

La ASL Roma C, nel dare attuazione alla citata Legge n. 251/2000, ha istituito tale figura dirigenziale preponendola a tale servizio, che ha denominato « dipartimento ».

La riorganizzazione delle aziende sanitarie, in attuazione delle disposizioni centrali concernenti i piani di rientro e delle cogenti normative regionali poste in essere dai decreti del Commissario Governativo,

hanno imposto il rigoroso rispetto dei requisiti minimi previsti per l'istituzione delle strutture semplici, semplici dipartimentali e complesse, prevedendo per ognuna di esse una dotazione minima di figure dirigenziali da due a quattro.

L'eventuale istituzione di dipartimenti presuppone l'aggregazione di almeno quattro strutture complesse, ognuna delle quali in possesso dei requisiti previsti dalla norma e la fattispecie in questione non riesce a soddisfare tali requisiti, e ciò a prescindere dai connessi specifici trattamenti economici spettanti alle diverse posizioni dirigenziali in base alle disposizioni contrattuali.

L'Azienda Roma C intende comunque garantire la previsione di una struttura

dirigenziale infermieristica, in staff alla direzione strategica, configurata come Area dell'Assistenza a valenza dipartimentale, con ciò rispettando la Legge n. 251/2000 ed i requisiti di legge derivanti dalle citate disposizioni.

In ogni caso, le funzioni e le rilevanti responsabilità segnalate nell'interrogazione in esame sono, e saranno, svolte e garantite, nella ASL Roma C, dal servizio di cui si tratta, il quale verrà ulteriormente potenziato e a cui saranno assegnate le risorse necessarie per garantire una elevata qualità assistenziale, in grado di consentire un adeguato approccio e sostegno al paziente.

ALLEGATO 3

**5-04557 Miotto: Iniziative per salvaguardare il diritto alla salute dei detenuti presso la casa circondariale di Trento.****TESTO DELLA RISPOSTA**

Il trasferimento di tutte le funzioni sanitarie dall'Amministrazione della Giustizia al Servizio Sanitario Nazionale come è noto è stato sancito dal decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 1° aprile 2008 e costituisce un impegno importante per tutte le istituzioni interessate, in primo luogo per le Regioni e le Aziende sanitarie.

A seguito del trasferimento, le Regioni, le Pubbliche amministrazioni e le Aziende sanitarie hanno assunto la responsabilità dell'assistenza sanitaria nelle carceri, negli ospedali psichiatrici giudiziari (OPG) e negli istituti e servizi della Giustizia minorile.

Va osservato da subito che l'ambito di competenza istituzionale del Ministero della Salute non consente interventi diretti nei confronti dei singoli Istituti penitenziari mentre la responsabilità d'azione resta in capo all'Azienda sanitaria sul cui territorio insiste l'Istituto.

Ciò premesso, deve in primo luogo essere evidenziato che nel mese di dicembre dello scorso anno il Consiglio dei Ministri ha approvato i decreti legislativi che recano norme di attuazione degli Statuti Speciali delle Regioni Veneto, Friuli-Venezia Giulia e Trentino-Alto Adige in materia di trasferimento della sanità penitenziaria.

Una riforma di così vasta portata comporta la massima cooperazione tra le Istituzioni a vario titolo coinvolte, per cercare di superare alcuni, pur prevedibili, elementi di criticità derivanti dalla non sempre facile e immediata percezione, da parte delle AASSLL, delle peculiarità della sanità penitenziaria, sia con riguardo alla

particolare posizione del paziente/detenuto sia con riferimento alle esigenze organizzativo/gestionali di una struttura altamente complessa come è quella di un istituto penitenziario.

Il Ministero della Giustizia ha sottolineato, in proposito, che il riscontrato, più frequente ricorso al ricovero esterno determina inevitabili ripercussioni sul servizio delle traduzioni e dei piantonamenti dei detenuti, di difficile gestione per l'Amministrazione, anche sotto il profilo delle risorse umane.

Lo stesso Dicastero ha precisato che i due episodi a cui si riferisce l'interrogazione in esame riguardano:

una richiesta di autorizzazione all'effettuazione di « visita dietologica per diabeto scompensato » avanzata dal medico incaricato provvisorio dell'Istituto di Trento in data 16 marzo 2011. A tale richiesta non veniva dato seguito, poiché la Direzione della Casa Circondariale riteneva di dover investire l'ufficio sanitario, per inquadrare e predisporre idonea dieta in paziente diabetico, prima di programmare un invio esterno sulla base della necessità terapeutica evidenziata. Successivamente, lo stesso sanitario faceva seguire altra richiesta di visita diabetologica, regolarmente inoltrata per l'autorizzazione all'Autorità Giudiziaria il successivo 26 marzo. La stessa Autorità Giudiziaria (il G.I.P. presso il Tribunale di Trento) rigettava tuttavia la richiesta in data 4 aprile 2011.

In data 6 aprile 2011 è stata inoltrata all'Autorità Giudiziaria una nuova richie-

sta di autorizzazione all'effettuazione della visita specialistica, segnalandosi che la medesima visita, pur non rivestendo carattere di urgenza, è stata richiesta « ... per una più attenta valutazione della pat. diabetica, nel solo interesse della tutela della salute del detenuto »;

una richiesta di « visita dermatologica in sospetta scabbia » avanzata il 18 marzo 2011. Il successivo 19 marzo la Direzione non autorizzava la visita, richiedendo al medico incaricato provvisorio di provvedere ad attuare le misure di propria competenza. Il soggetto veniva comunque posto in isolamento sanitario senza essere, tuttavia, visitato, almeno fino al successivo 31 marzo, dal personale del servizio sanitario interno all'Istituto. Il detenuto permaneva in stato di isolamento sanitario; a

seguito di visita specialistica effettuata il aprile scorso, veniva dichiarata la non contagiosità del detenuto e, conseguentemente, il personale sanitario revocava l'isolamento medico.

Il Ministero della Giustizia precisa che in nessuno dei casi citati si sono verificate conseguenze sulla salute dei detenuti correlabili alla condotta del Direttore dell'Istituto che si è preoccupato di contemperare le richieste provenienti dai medici con le esigenze organizzative, operando da tramite tra il sanitario e la sola autorità competente ad autorizzare il trasferimento (sebbene temporaneo) del soggetto detenuto in luogo esterno di cura, secondo quanto previsto dall'articolo 11 dell'ordinamento penitenziario.