



*Ministero della Giustizia*  
 DIPARTIMENTO DELL'AMMINISTRAZIONE PENITENZIARIA  
 DIREZIONE GENERALE DEI DETENUTI E DEL TRATTAMENTO  
 UFFICIO III - SERVIZIO SANITARIO

Ai Sigg. Provveditori Regionali dell'Amministrazione Penitenziaria  
 Ai Sigg. Direttori degli Istituti Penitenziari  
 E, p.c.  
 Al Sig. Capo del Dipartimento  
 Al Sig. Vice Capo del Dipartimento



GDAP-0213193-2006

PU-GDAP-1400-23/06/2006-0213193-2006

DIPARTIMENTO  
 DELL'AMMINISTRAZIONE PENITENZIARIA  
 DIREZIONE GENERALE DEI DETENUTI E DEL TRATTAMENTO

23 GIU. 2006

RICEVUTO ORE

Ai Sigg. Assessori alla Sanità regionali  
Loro Sedi

Oggetto: Documento di indirizzo sanitario 2006; proposte volte a garantire livelli di prestazioni adeguati alla domanda di salute della popolazione detenuta.

## PREMESSE E FONDAMENTO NORMATIVO

Non appaia superfluo, anzitutto, richiamare l'attenzione delle SS.LL. sul dibattito normativo e culturale che da tempo si svolge relativamente al tema della sanità penitenziaria allo scopo di chiarire il ruolo che tuttora svolge l'Amministrazione Penitenziaria nell'ambito della tutela della salute dei detenuti e degli internati.

Come è noto alle SS.LL., la normativa di riferimento è costituita dalla legge n. 419\1998, di riorganizzazione del Sistema Sanitario Nazionale, che ha previsto interventi in materia di Sanità Penitenziaria e dai successivi decreti legislativi 230\1999 e 433\2000. Allo stato, in attesa di un complessivo riordino del settore, i sistemi in argomento sono stati orientati verso l'integrazione delle prestazioni da erogare nei confronti dei detenuti e degli internati, tenendo conto del particolare contesto penitenziario ove l'assistenza sanitaria si presenta strettamente connessa alle esigenze di ordine e sicurezza che rientrano tra le materie rimesse alla competenza esclusiva dello Stato.

La circostanza sopra esposta impone all'Amministrazione Penitenziaria a provvedere, tuttora, all'organizzazione dei servizi sanitari in ambito penitenziario.



# Ministero della Giustizia

## INDAGINE DELLA CORTE DEI CONTI

Si ritiene di dover rappresentare alle SS.LL. le risultanze di una recente indagine conoscitiva, condotta dalla Corte dei Conti concernente lo stato di attuazione della disciplina di riordino della medicina penitenziaria, che ha coinvolto, oltre a questo Ministero, anche i Dicasteri della Salute, dell'Economia e le Regioni. Tale indagine ha posto in evidenza lo sforzo compiuto dall'Amministrazione Penitenziaria per continuare ad assicurare i servizi preposti alla tutela della salute dei detenuti e degli internati, rilevando, altresì, la complessità del contesto ove è indispensabile la partecipazione di tutti gli Enti istituzionali interessati.

Si tiene a sottolineare che la Corte ha dato atto all'Amministrazione di aver reso più chiara e trasparente la gestione finanziaria e più affidabili i dati relativi agli oneri complessivi assorbiti dalla medicina penitenziaria.

Non si può tacere che sono emerse anche oggettive difficoltà, la più rilevante delle quali è la scarsa disponibilità finanziaria, nonché la mancanza "di un modello definito e definitivo" che protrae una situazione di incertezza, vulnus condiviso dalla Corte, e che pone la necessità di un intervento urgente in un settore significativo e complesso della sanità.

In un contesto nel quale il tasso di morbilità, la concentrazione di patologie gravi rendono "non del tutto probabile la prospettiva di equiparare i soggetti detenuti ed internati a quelli liberi" si impone la necessità di individuare modelli organizzativi definitivi per migliorare l'efficacia delle prestazioni sanitarie ai detenuti, nonché per verificare il volume delle risorse proveniente dal S.S.N. allo stato utilizzato per le esigenze della popolazione detenuta e la stabilità delle stesse nel tempo.

Nel rispetto di tali indicazioni è necessario da parte delle S.S.LL. che i contenuti del presente documento come di quelli che lo hanno preceduto si traducano in realtà e non ci si arrenda, pur di fronte alle innegabili difficoltà e alla limitatezza delle risorse, al semplice rispetto formale dell'atto

Il documento di indirizzo e programmazione 2006 vuole rappresentare quindi un'ideale cerniera tra i vecchi e già individuati bisogni e le nuove esigenze che si delineano nell'assistenza sanitaria alle persone detenute, al fine di mantenere l'uniformità dell'assistenza e la qualità nei servizi.

Per quanto esposto non si replicheranno le raccomandazioni già fornite nelle linee di indirizzo 2005 e in gran parte recepiti in settori prioritari quali quello dell'assistenza psichiatrica, della malattia da HIV, dell'assistenza ai disabili della formazione e aggiornamento del personale che mantengono intatta la propria validità.

Limitazioni di carattere finanziario hanno impedito anche per il corrente anno di avere un confronto con le U.O.S.P. sulle tematiche trattate per conseguire un effettivo coordinamento e razionalizzazione del rapporto di collaborazione tra Provveditorati e Direzione Generale.

Tutto ciò non deve essere letto come assenza di ascolto da parte di quest'ultima, al contrario, eventuali osservazioni e suggerimenti che non siano di mera opposizione o ostracismo alle linee tracciate, sono gradite e potranno essere accolte in qualsiasi momento.



# Ministero della Giustizia

## RAPPORTI CON S.S.N., REGIONI E ALTRI ENTI

Una questione centrale sarà il rapporto con gli Enti locali dei singoli Provveditorati. Così come nel rapporto tra Amministrazione Penitenziaria e Direzioni Generali del Ministero della Salute, il disegno delle funzioni e quindi il corretto livello di esercizio delle competenze deve riferirsi al principio di **sussidiarietà**; in estrema sintesi, là dove l'azione del Provveditorato è impossibilitata a garantire un'adeguata assistenza sanitaria alla popolazione appare inderogabile l'intervento dell'assessorato alla sanità regionale con risorse proprie. Per il momento, l'analisi della situazione attuale evidenzia difformità di condotta da parte delle Regioni, tra le quali alcune si sono rese disponibili ad offrire prestazioni sanitarie, mentre altre appaiono del tutto resistenti ad ogni forma di contributo. Tra l'altro, è possibile riscontrare difformità di forme di collaborazione anche nell'ambito delle stesse Regioni più disponibili.

Al contrario il citato principio della sussidiarietà è principio basilare sul piano dell'economicità, dell'efficacia e dell'efficienza di ogni Amministrazione dello Stato, secondo un'ottica di razionalizzazione delle risorse disponibili.

Le S.S.L.L. vorranno individuare quindi di volta in volta gli ambiti ottimali di intervento cercando di avvicinare il più possibile al cittadino libero i livelli di erogazione dei servizi alla comunità detenuta. In particolare i sigg. Provveditori potranno agire direttamente, continuando ad investire i competenti Assessorati alla sanità, chiedendo che nella programmazione delle azioni sanitarie regionali siano previsti interventi in materia di sanità penitenziaria.

A titolo di esempio, al di là e al di sopra **dell'assistenza farmaceutica** si potrà richiedere l'intervento per la **disabilità motoria** partecipando alla spesa per il funzionamento di reparti di 1° livello e di livello intermedio, attivati o da attivarsi per i detenuti disabili da parte dell'Amministrazione Penitenziaria.

Come di seguito dettagliatamente esposto, un ulteriore importante spazio è costituito dalla ricerca di **azioni integrate con i Dipartimenti di salute mentale delle ASL** per la gestione del disagio psichico e delle patologie psichiatriche in ambiente penitenziario.

E' auspicabile, altresì, che venga garantito il **servizio di pronto intervento** negli istituti penitenziari durante gli orari in cui è inattivo il servizio di guardia medica SIAS e il **potenziamento e l'integrazione dell'assistenza specialistica esistente** attraverso la stipula di convenzioni a carattere non oneroso per l'Amministrazione.

Da ultimo, ma non per importanza, si sottolinea la necessità di proseguire l'azione di sensibilizzazione nei confronti delle Regioni per realizzare, ove non ancora previsti o ancora in corso di allestimento, **i reparti detentivi ospedalieri di cui all'art. 7 della legge n. 296/1993**. A tale scopo, le SS.LL. inviteranno gli organi sanitari regionali a procedere, d'intesa con codesti Uffici, all'accertamento dei bisogni e degli adempimenti ritenuti necessari in sede locale.



# Ministero della Giustizia

## Aziende sanitarie locali

Analogamente, a livello operativo, le singole Direzioni potranno agire direttamente sulle Direzioni Generali delle ASL per concordare modalità di erogazione di prestazioni sanitarie a titolo gratuito in favore della popolazione detenuta.

A tale proposito, potrebbe costituire "orientamento generale sulla materia" il Progetto obiettivo per la tutela della salute in ambito penitenziario di cui al D.M. del 21.4.2000 (art. 9); in particolare potrebbe farsi riferimento all'apposito capitolo dedicato ai rapporti tra le Direzioni penitenziarie e le Direzioni Generali delle ASL (art.7 punto 3), ove è sollecitata la conclusione di appositi accordi operativi e progetti di intervento nelle carceri.

Nell'ambito di detta collaborazione, dovrà essere prioritariamente assicurata **l'iscrizione presso la ASL territorialmente competente dei detenuti e degli internati per tutte le forme di prestazioni sanitarie - art. 1, punto 5, del D.Lgs. 230/1999**. Sarà cura dei Provveditori verificare che le Direzioni dipendenti ottemperino a tale indicazione comunicando alla ASL i casi di nuovi ingressi, secondo le modalità di cui alla nota n.0103256 del 01.03.2002 di questa Direzione Generale.

Tale adempimento acquista particolare rilievo nei confronti dei **detenuti stranieri** che, a prescindere del regolare titolo di permesso di soggiorno in Italia usufruiscono, durante il periodo della detenzione, di tutte le prestazioni erogabili dal Sistema Sanitario Nazionale al pari del cittadino in stato di libertà.

Al tema della sussidiarietà delle Regioni si correla inoltre anche la possibilità di coinvolgimento di altri Enti pubblici (Università, Provincie, Comuni) ma anche del privato sociale, delle associazioni e del volontariato che spesso offrono collaborazione agli Istituti a sostegno del detenuto.

Si tratta anche in questo settore di proseguire e di valorizzare ancor di più il metodo della cooperazione partecipata, secondo gli obiettivi e i fini istituzionali perseguiti dall'Amministrazione.

## OBIETTIVI PER IL 2006

Come è noto alle SS.LL., nell'anno 2004 è stato avviato un Piano Esecutivo di Azione consistente nella rilevazione delle patologie della popolazione detenuta ed internata finalizzato alla individuazione di uno strumento di miglioramento del meccanismo di finanziamento delle attività sanitarie degli istituti di pena.



# Ministero della Giustizia

Dall'esame di più di 100.000 schede sanitarie è emerso che i detenuti in base allo stato di salute possono essere distinti in due gruppi di cui uno comprende circa il 75% della popolazione detenuta risultata in condizioni generali buone o discrete e il restante 25% circa presenta condizioni di salute scadenti o gravi.

Riguardo al primo e più numeroso gruppo, è possibile ipotizzare interventi mirati di **educazione sanitaria e promozione della salute quale strategia opportuna per ridurre l'insorgere o l'aggravarsi di patologie**. Possono, altresì, risultare utili interventi di prevenzione primaria e secondaria per ottenere una modificazione degli stili di vita dei soggetti detenuti tale da limitare il ricorso a livelli più elevati di assistenza sanitaria, ottenendo di conseguenza anche un minor costo di gestione. Infatti, **la cura dell'alimentazione, la dismissione o riduzione della abitudine tabagica, la pratica di attività fisica** è noto che possono contribuire alla contrazione dell'insorgenza di patologie legate a fattori di rischio strettamente correlati con un ambiente "clausus" quale quello penitenziario.

Le SS.LL. vorranno, quindi, coinvolgere gli enti sanitari pubblici per un intervento mirato e coordinato con l'Amministrazione Penitenziaria, in attuazione dell'art. 8 del decreto legislativo n. 230/1999. A tale finalità, tra l'altro, è orientato il Progetto esecutivo di azione - Pea - avviato nel corrente anno, intitolato "Piano globale di intervento per la prevenzione delle diverse patologie nelle strutture penitenziarie..." di cui alla nota n. 0152358 del 5.5.2006 di questa Direzione Generale che, sebbene sia previsto per circa cento istituti penitenziari, potrebbe essere esteso alla maggior parte delle sedi.

Alcuni Provveditorati che ospitano Istituti Femminili (C.C. Bologna, C.C. Monza, C.C. Torino, C.C.F. Pozzuoli e C.C.F. Roma Rebibbia) sono chiamati nel 2006 a farsi promotori presso le rispettive regioni di specifici programmi di **prevenzione delle patologie della sfera genitale femminile nella popolazione detenuta**, (screening del carcinoma della cervice uterina, campagne di prevenzione dei tumori del seno, vaccinazioni ecc.) che, una volta validati, potranno costituire un'indicazione per tutta la popolazione detenuta femminile e

Per quanto attiene il 25% dei detenuti in condizioni di salute scadenti, l'analisi delle schede esaminate relative all'Indice di Stato di Salute della popolazione detenuta ha consentito di individuare con ragionevole obiettività altre forme morbose, oltre a quelle note - **psichiatria, tossicodipendenza, malattie infettive**, di cui si ha conoscenza storica - che compaiono con discreta frequenza, quali: **le disabilità e le patologie muscolo scheletriche, l'ipertensione arteriosa, le epatopatie croniche, le pneumopatie croniche, le patologie cardiovascolari, le patologie gastrointestinali, i dismetabolismi**.



# Ministero della Giustizia

Specifiche proposte operative relative al potenziamento dei Centri Clinici, dovranno tener conto di tale analisi.

## 1. Centri Clinici

E' intendimento di questa Direzione Generale orientare l'azione verso il costante e concreto miglioramento dell'efficienza dei Centri Diagnostici Terapeutici dell'Amministrazione Penitenziaria. Ciò, peraltro, corrisponde al contenuto dell'art. 11 della L.354/1975 che prevede il ricovero dei detenuti e degli internati nei luoghi esterni di cura quando le patologie di cui i medesimi sono portatori non risultano trattabili in ambiente penitenziario.

Pertanto, i Provveditori che ospitano nel proprio territorio sedi penitenziarie con annesso Centro Clinico sono invitati ad effettuare una approfondita verifica della funzionalità di dette strutture. In particolare, dovrà essere accertata l'effettiva recettività delle medesime, i posti letto disponibili, la degenza media, l'indice di rotazione del posto letto per paziente, le liste di attesa per il ricovero e i tempi di ritraduzione dei ricoverati nelle sedi di provenienza. In coerenza con quanto affermato La scrivente Direzione Generale ha istituito nel suo ambito una nuova sezione che avrà il compito di verificare, tramite rilevamenti periodici degli indicatori citati ed altri strumenti, l'efficacia e l'efficienza dei Centri Clinici e dei reparti di Medicina Protetta fin'ora -realizzati (Milano, Roma, Viterbo).

I Provveditori potranno avanzare proposte di riconversione di dette strutture e degli Istituti che le ospitano, che dovrebbero sempre più essere in grado di accogliere soprattutto detenuti affetti da patologie invalidanti croniche. Visti gli elevatissimi costi di realizzazione e di gestione non è infatti più possibile sostenere dal punto di vista finanziario e organizzativo la distribuzione all'interno di Istituti Penitenziari di decine di strutture che rispondano ai requisiti di legge per essere accreditate come luoghi di ricovero per acuti, fatta eccezione per alcuni centri dove poter ricoverare soprattutto detenuti che richiedono elevatissimi livelli di sicurezza (41 bis, E.I.V.).

In particolare per quanto attiene la gestione delle sale operatorie, il ricorso all'attività chirurgica in carcere dovrà essere limitato alle più strette esigenze e dovrà essere privilegiata l'utilizzazione delle strutture detentive predisposte presso gli Ospedali Civili almeno per i detenuti "ordinari".

Si stigmatizza inoltre l'eccesso di richieste di ricovero presso i Centri Clinici, rivelatosi poi non congrue sia per l'insussistenza delle patologie dichiarate che per le possibilità concrete che i CDT hanno per soddisfare le richieste pervenute. Il ricovero in Centro Clinico appare giustificato quando la gestione del detenuto malato diviene non concretamente realizzabile in relazione a carenze che possono riguardare la continuità di cure e terapie che localmente non possono essere garantite.

In tale ottica le S.S.L.L. vorranno valorizzare gli istituti di 2° livello per garantire l'assistenza e le cure necessarie alla maggior parte dei detenuti, in modo da riservare ai Centri Clinici la gestione delle patologie più importanti.

**In ogni Regione dovrà essere assicurato in almeno un istituto il servizio di base di fisioterapia, ove dovranno essere fornite prestazioni orientate nei confronti di disabilità transitorie e/o minimali (artropatie degenerative segmentarie, esiti di fratture**



# Ministero della Giustizia

scheletriche ed esiti di traumatismi vari, tendinopatie, lombalgie, cervicalgie, ecc.), che necessitano di un breve programma terapeutico-riabilitativo e non richiedono la presa in carico globale della persona. Nella individuazione delle sedi le SS.LL. avranno cura di privilegiare quelle che ospitano sezioni per particolari tipologie di detenuti - 41 bis, collaboratori, AS -.

Solo i casi più complessi dovranno essere indirizzati verso più attrezzati reparti di riabilitazione funzionale che dovranno avere sede in Centri Clinici opportunamente individuati.

**Nel suddetti C.D.T potranno essere costituite unità operative di riabilitazione avanzata** dirette alla presa in carico di persone affette da:

- menomazioni e disabilità recuperabili di natura e gravità tali da rendere necessaria una tutela medica ed interventi terapeutici intensivi non erogabili in altra forma;
- menomazioni e disabilità complesse in grado di avvalersi di competenza medica specialistica fisiatrica e di programmi di riabilitazione intensiva e/o che richiedano la possibilità di interazioni con altre discipline specialistiche;
- disabilità tale da non poter essere trattata con modalità alternative al ricovero.

Si dovrà ipotizzare l'individuazione **in ogni Regione** di un Istituto in grado di fornire una **assistenza cardiologica** che sia utile a deflazionare i Centri Clinici.

Gli istituti individuati, al fine di migliorare l'assistenza ai detenuti cardiopatici, dovranno avere a disposizione, oltre ad una convenzione per la branca di cardiologia che consenta la presenza, esclusi i festivi,

- ecg di holter dinamico e per monitoraggio t.a.,
- ecg da sforzo,
- ecocardiografia transtoracica, ecocardi Doppler.

I Centri Clinici dovranno essere destinati specificamente a celeri accertamenti diagnostici, possibilmente in regime di D.H. o a ospitare reparti in grado di assistere convenientemente malati cronici (cardiopatici, disabili, pneumopatici gravi, malati neurologici) o con patologie tali da non poter essere trattate in un Istituto ordinario. I suddetti Centri Clinici ospiteranno i cardiopatici gravi lungo-degenti che non usufruiscono dei benefici di legge, per i quali è necessaria la degenza, con un'assistenza medica ed infermieristica dedicata ed una assistenza ausiliaria qualificata.

Per la gestione dei pazienti cardiopatici dovrà essere opportunamente formato il personale sanitario ed infermieristico.

## 2. Reparti per di detenuti con specifiche esigenze di sicurezza tipologie:

### Presidi per detenuti collaboratori

Si conferma la necessità di mantenere i servizi assistenziali indicati nella nota n. 438329 datata 8.10.2002 di questa Direzione Generale, attivati nelle sedi penitenziarie con sezione per detenuti collaboratori di giustizia. In particolare tali presidi devono assicurare quanto di seguito indicato:

- Assistenza medica continua nell'arco delle 24 ore
- Convenzione con lo specialista cardiologo



# Ministero della Giustizia

- Convenzione con lo specialista psichiatra, presente per almeno 3 giorni settimanali
- Convenzione con lo psicologo
- Convenzione con lo specialista infettivologo.

## **Presidi per detenuti 41 bis, EV**

Conformemente a quanto richiesto dall'Ufficio II - Gestione dei detenuti a maggior indice di sicurezza e di particolare tipologia - di questa Direzione Generale, il modello organizzativo del servizio sanitario attivato per i detenuti collaboratori dovrà essere esteso a quegli istituti ove sia presente una sezione per detenuti 41bis.

Oltre alle branche specialistiche indicate, dovrà essere assicurata:

- Convenzione con lo specialista odontoiatra
- Convenzione con lo specialista dermatologo
- Convenzione con lo specialista gastroenterologo

Si invitano le SS.LL. a verificare nei suddetti istituti penitenziari la disponibilità, l'adeguatezza e la funzionalità delle attrezzature sanitarie. Tali istituti dovranno essere comunque dotati delle apparecchiature di base e si potrà procedere, inoltre, all'acquisto di ulteriori apparecchiature di più alta specializzazione, qualora vi siano ripetute richieste da parte di medici che curano questa categoria di detenuti.

Come indicato dal sopraindicato Ufficio II la valutazione di ulteriori acquisti di apparecchiature dovrà precedere le eventuali richieste di trasferimenti.

## **3. Servizio psichiatrico - reparti di osservazione psichiatrica - organizzazione degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari**

La tutela della salute mentale in carcere richiede necessariamente l'impegno di risorse sia interne che esterne agli istituti. In particolare, si avverte l'esigenza di coordinare e maggiormente integrare gli interventi messi in atto dalle Direzioni e dalle ASL territorialmente competenti.

Si raccomanda pertanto alle SS.LL. di proseguire nell'attività di coinvolgimento dei Dipartimenti di Salute Mentale, attraverso i rapporti con le A.S.L., affinché venga puntualmente applicato l'art. 20 (Disposizioni particolari per gli infermi e seminfermi di mente) comma 1 del D.P.R. 230/2000, come già indicato con nota n. 252624 del 13/7/2005. Un'integrazione efficace fra i servizi psichiatrici penitenziari e quelli pubblici esterni può permettere di accelerare i tempi di reinserimento nel territorio del paziente detenuto, facilitando, laddove sia possibile, l'adozione di misure alternative alla detenzione.

L'importanza dell'integrazione dei servizi era già stata evidenziata nel documento di programmazione 2005, in cui, relativamente al tema della salute mentale dei detenuti, si erano focalizzati gli interventi non solo sulla sensibilizzazione dei servizi territoriali esterni per una presa in carico del paziente detenuto da parte dei D.S.M., ma anche sul potenziamento del servizio psichiatrico all'interno dell'istituto penitenziario, coinvolgendo non solo gli specialisti in psichiatria, ma anche gli operatori delle altre aree.



# Ministero della Giustizia

Infatti una consolidata comunicazione tra le aree, anche mediante l'organizzazione di specifici gruppi multidisciplinari, permette un intervento precoce sul cosiddetto "disagio". Ciò consente di evitare il rischio della psichiatrizzazione di manifestazioni comportamentali che facilmente si osservano tra i ristretti e che sono connesse alla privazione della libertà.

In merito all'accertamento dell'infertilità psichica, ex art. 112 D.P.R. 230/2000, oltre ai reparti già funzionanti, le SS.LL. procederanno ad una ricognizione delle risorse disponibili ed esamineranno il rapporto domanda/offerta al fine di valutare l'opportunità di realizzare altri reparti. Fin d'ora si ritiene di evidenziare la necessità di attivare almeno una sezione per l'osservazione psichiatrica delle detenute e per la cui individuazione e realizzazione questa Direzione Generale si riserva di far conoscere i criteri.

Nei reparti già attivati è emersa l'esigenza di potenziare la presenza, accanto a quella del personale medico, anche degli psicologi, esperti ex art.80. Questa Direzione Generale porterà all'attenzione della Direzione Generale del Personale e della Formazione tale esigenza.

Per quanto concerne gli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (O.P.G.) si sta avviando un percorso unitario di programmazione e di interventi. Si intende sostenere e proseguire gradualmente il lavoro e la sperimentazione di nuovi modelli organizzativi già in parte intrapresi dalle Direzioni di tali istituti. Nella realizzazione di progetti di trattamento e di riabilitazione avviati, si è rivelato importante l'inserimento di nuove professionalità sanitarie ovvero dei tecnici della riabilitazione, OTA/OSS. Le SS.LL., qualora la Direzione avanzi richiesta in tal senso, valuteranno la possibilità di attivare le convenzioni anche con detto personale, sempre nell'ambito dei finanziamenti disponibili.

Considerato poi che alcuni istituti ospitano temporaneamente ricoverati provenienti dagli O.P.G. ove sono in corso lavori di ristrutturazione, si invitano le SS.LL. a tener conto dell'aumentata presenza di ricoverati, esaminando l'opportunità quindi di potenziare l'organizzazione del servizio sanitario per fronteggiare temporaneamente le accresciute esigenze, sentite le Direzioni interessate.

Maggior accento si pone per gli O.P.G. su quanto più sopra dettagliato in merito alla integrazione ed al potenziamento dei rapporti con i servizi psichiatrici territoriali; infatti, soltanto uno stretto incardinarsi di attività da parte degli istituti e del territorio permette l'avvio di quei percorsi di cura che in movimento centrifugo riporteranno al territorio i pazienti internati. Tale collaborazione è fondamentale per abbreviare i tempi di internamento.

Sarà cura delle SS.LL. concludere accordi e protocolli con gli Enti sanitari regionali al fine di rendere sempre più adeguato il lavoro svolto nella cura e nel reinserimento sociale degli internati da parte degli operatori degli O.P.G.

#### 4. Servizi di infettivologia -

Uno degli atti più significativi posti in essere dall'Amministrazione Penitenziaria è stata la realizzazione di specifici reparti per detenuti affetti da HIV - di I e II livello a seconda della gravità della patologia- in diversi istituti penitenziari (C.C. Milano, C.C. Roma Regina Coeli, C.C. Napoli Secondigliano, C.C. Roma Rebibbia N.C., C.C. Pisa,



# Ministero della Giustizia

C.C. Modena) ; per il 2006 è prevista l'apertura della struttura di Sassari. In attuazione del principio sancito nell'art. 1 del D.lgs. 230/1999, che equipara in tema di salute il cittadino libero a quello detenuto, si ritiene superata la previsione di cui al D.M. 18 novembre 1998, contenente gli schemi di convenzioni a titolo oneroso per l'Amministrazione Penitenziaria per le prestazioni assistenziali, da parte delle Aziende sanitarie pubbliche ai casi di AIDS nei confronti delle persone detenute o internate con infezione da HIV. Pertanto, le SS.LL. vorranno coinvolgere gli Enti sanitari locali onde assicurare il proprio contributo a titolo gratuito alla popolazione detenuta interessata.

## 5. Verifica dell'assistenza ai detenuti tossicodipendenti

Questa Direzione Generale si propone per il corrente anno di ripetere i rilevamenti effettuati negli scorsi anni al fine di verificare lo stato di attuazione e le modalità con cui si è realizzato il transito delle funzioni relative all'assistenza e alla cura ai detenuti e agli internati tossicodipendenti dal Ministero della Giustizia al Servizio Sanitario Nazionale. Come noto, tale transito si è concluso con il trasferimento delle risorse al Fondo Sanitario Nazionale in data 30 luglio 2003.

Con nota n. 22/11/02005 n 0405384 le SS.LL. sono state invitate a relazionare in merito. Ad un primo esame delle relazioni di risposta pervenute è emerso che il servizio attualmente organizzato dai Ser.T. risulta disomogeneo ed in taluni istituti non rispondente alle esigenze.

Le SS.LL. quindi vorranno intervenire presso gli organi sanitari competenti per rimuovere eventuali criticità riscontrate ed assicurare un'organizzazione e una gestione del servizio da parte del Ser.T. in carcere rispondente alle finalità della legge.

## PROGETTUALITA'

Si rappresenta che nel corrente anno dovrà essere avviata o conclusa la progettualità in materia sanitaria, già nota alle SS.LL., che di seguito si ricorda e che coinvolge numerosi istituti penitenziari:

- Programmi Esecutivi d'Azione – P.E.A. 2006
  - Prevenzione delle patologie della sfera genitale femminile nella popolazione detenuta;*
  - Piano globale di intervento per la prevenzione delle diverse patologie nelle strutture penitenziarie attraverso un'azione di sensibilizzazione e di informazione sanitaria all'utenza sui fattori di rischio derivati dallo stile di vita .*
- Progetti finanziati con il Fondo Nazionale di intervento per la lotta alla droga- art.127 T.U 309/90:
  - DAP Prima: moduli innovativi di collaborazione sistematica tra Giustizia e sanità per tossicodipendenti in fase di convalida degli arresti da parte del Giudice monocratico nel corso del rito direttissimo;*
  - Iceberg: studio epidemiologico sulle patologie virali croniche correlate alla tossicodipendenza in carcere e proposte di interventi basati sull'evidenza.*



# Ministero della Giustizia

- Progetti finanziati dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri Dipartimento Nazionale per le Politiche Antidroga :  
*Ordinaria riabilitazione;*  
*Liberi dentro;*  
*I.R.I.S. – Insieme per il recupero sociale.*

Si rammenta come obiettivo ultimo di ogni attività progettuale sia costituito dall'acquisizione di nuove e più efficienti prassi che sostituiscano totalmente l'approccio burocratico-amministrativo alle problematiche affrontate.

In questo senso le S.S.L.L. e i sig.ri Direttori di Istituto sono chiamati, ognuna nei propri ambiti di intervento, a farsi strumento di quel complessivo sforzo di rinnovamento a cui l'Amministrazione ha ispirato la propria progettualità, sottoponendo a radicale revisione ogni situazioni di indifferenza e di immobilismo.

In questa prospettiva anche l'azione del singolo operatore penitenziario, attraverso la continuazione della politica di formazione, di valorizzazione e di crescita professionale, dovrà essere orientata al recupero dell'efficienza e dell'efficacia nel proprio settore.

Le SS.LL. potranno comunque avanzare a questa Direzione Generale ulteriori iniziative progettuali legate alle specifiche realtà territoriali, su impulso di Enti sanitari pubblici e privati e che non comportino oneri finanziari per questa Amministrazione in considerazione delle limitate risorse economiche di cui dispone.

Si evidenzia l'urgenza del riscontro in considerazione della delicatezza della materia e delle esigenze esposte.

IL DIRETTORE GENERALE  
 Dott. Sebastiano Ardita