

## La tutela della salute in carcere

### Organizzazione del servizio sanitario penitenziario. Evoluzione normativa

**Relazione: dott.ssa Bruna Brunetti - Direttore dell'Ufficio III - Servizio Sanitario**

L'apparato pubblico preposto alla tutela del diritto alla salute delle persone in stato di privazione della libertà personale trova collocazione nell'ambito del Ministero della Giustizia - Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria che è articolato in 5 Direzioni Generali, come da D.P.R. 6 marzo 2001, n.55 - Regolamento di organizzazione del Ministero della Giustizia - in attuazione del d. lgs. n. 300/1999

Con D.M. 22 gennaio 2002 "individuazione degli Uffici dirigenziali di livello non generale....", tra i 4 Uffici dirigenziali istituiti presso la Direzione Generale dei detenuti e del trattamento è incluso l'Ufficio III - Servizio Sanitario, che esercita **funzioni di indirizzo e di programmazione** dell'azione amministrativa in tema di sanità penitenziaria su tutto il territorio nazionale.

In sede regionale la funzione di pianificazione ed attuazione di programmi di intervento e di stipula di convenzioni e di protocolli di intesa con il Servizio Sanitario Nazionale relativi all'attività sanitaria penitenziaria è attribuita dall'art. 6 del D. L.vo 444/1992 al Provveditore Regionale.

Per quanto riguarda le azioni sanitarie svolte negli istituti di pena, l'art.11 della Legge n.354/75 "Ordinamento Penitenziario" e l'art.17 del relativo Regolamento di esecuzione, il D.P.R. n. 230/2000, impongono all'Amministrazione Penitenziaria di predisporre, in ogni istituto penitenziario, l'organizzazione di un servizio sanitario "rispondente alle esigenze profilattiche e di cura della popolazione detenuta".

Nelle ipotesi in cui siano necessari cure ed accertamenti diagnostici non eseguibili all'interno degli istituti potrà essere disposto l'invio dei detenuti in strutture sanitarie esterne, (comma 2, art.11) con provvedimento dell'Autorità Giudiziaria competente e nei casi di estrema urgenza con provvedimento del Direttore dell'Istituto comunicato alla Autorità Giudiziaria (art 17 D.P.R. 230 /2000).

In applicazione di tali norme e tenuto conto delle risorse disponibili in ogni istituto penitenziario l'Amministrazione ha predisposto un servizio di assistenza sanitaria per i detenuti soprattutto attraverso lo strumento delle circolari.

#### CENNI STORICI

Potrebbe risultare utile effettuare una breve disamina delle norme che costituiscono il fondamento dell'attività dell'Amministrazione Penitenziaria in materia di sanità penitenziaria.

La presenza di personale sanitario negli istituti penitenziari venne originariamente prevista dal Regolamento per gli istituti di prevenzione e pena del 1931.

Detto regolamento, è bene subito precisare, ebbe a prevedere la presenza di un medico all'interno di ogni istituto penitenziario, omettendo, tuttavia, di precisare la natura del rapporto di lavoro tra il professionista e il Ministero di Grazia e Giustizia.

Non deve stupire che la normativa dell'epoca attribuisse al Ministero della Giustizia il compito di provvedere alla cura della salute dei detenuti, considerato che non esisteva in quel periodo un unico organismo pubblico preposto alla tutela del diritto alla salute dei cittadini. Infatti, enti di varia natura (previdenziali e di tipo mutualistico) provvedevano all'assistenza sanitaria di singole categorie di lavoratori (commercianti, artigiani, ...) in modo diverso qualitativamente e quantitativamente. Il Ministero della Salute venne istituito solo nel 1958, quindi, solo con il tempo si è affermata una concezione unitaria dell'attività sanitaria. In questo quadro, la presenza di un servizio sanitario per detenuti gestito dal Ministero della Giustizia risultava coerente con la realtà dell'epoca.

Al regolamento del 1931 ha fatto seguito la legge 9.10.1970, n. 740 che ha disciplinato il rapporto di lavoro di tutte le categorie di personale sanitario che svolgono attività lavorativa negli istituti penitenziari e non sono inseriti nei ruoli organici dell'Amministrazione Penitenziaria. Detta

legge ha, così, posto le basi dell'organizzazione, negli istituti penitenziari, di un servizio sanitario volto ad assicurare la continuità assistenziale alle persone in stato di privazione della libertà personale.

Soltanto con la legge 26 luglio 1975, n. 354, "Ordinamento Penitenziario", sono state introdotte specifiche norme in tema di organizzazione dei servizi sanitari negli istituti penitenziari. In particolare ed innanzitutto, è stato stabilito che detti servizi dovessero necessariamente corrispondere alle effettive esigenze sanitarie della popolazione detenuta.

Inoltre, il comma 10 dell'art. 11, ha attribuito all'Amministrazione Penitenziaria la facoltà di avvalersi per l'organizzazione e il funzionamento dei servizi sanitari della collaborazione dei servizi pubblici sanitari locali ospedalieri ed extra ospedalieri.

Il quadro normativo sulla materia è, poi, completato dal successivo D.P.R. 431 del 1976 "Regolamento di esecuzione della legge 26 luglio 1975, n. 354, Ordinamento Penitenziario", ora modificato con il D.P.R. 230\2000.

È indubbio, quindi, che il Legislatore del 1975 ha previsto come l'organizzazione sanitaria penitenziaria fosse rimessa, in via esclusiva, alla Amministrazione Penitenziaria, con la facoltà, per quest'ultima, di richiedere ai servizi sanitari pubblici del territorio la collaborazione ritenuta utile, nel caso di specie.

Non sembra che tale impostazione abbia subito trasformazioni a seguito della legge 833\1978, istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale, la quale non fa menzione della sanità penitenziaria.

Il dibattito sorto successivamente a tale normativa ha visto, è bene precisare, due fronti contrapposti: l'uno costituito dai sostenitori dell'autonomia della sanità penitenziaria, proprio in assenza di norme sul punto, nell'ambito della legge 833\1978; l'altro costruito dai sostenitori della tesi opposta, che vedeva la sanità penitenziaria, oramai, riassorbita dal servizio sanitario nazionale proprio perché non espressamente derogata da detta legge ( e come avvenuto per altri specifici settori della sanità, ad esempio quello preposto alla tutela del diritto alla salute delle forze dell'ordine ).

La vicenda ha trovato composizione a seguito dell'intervento del parere del Consiglio di Stato, n.305 del 7 luglio 1987, che si è espresso confermando la esclusiva competenza della Amministrazione Penitenziaria in materia di diritto alla salute della popolazione detenuta, confermando la tesi favorevole sulla conservazione dell'assistenza sanitaria "tra i compiti riservati allo Stato, da svolgere con le preesistenti strutture del servizio sanitario penitenziario".

Ulteriore argomento a sostegno dell'orientamento che ha riconosciuto la collocazione della sanità penitenziaria nell'ambito della sfera di attribuzioni del Ministero della Giustizia, si può trarre dalla legge 22.12.1975, n. 685, che, per prima, ha affidato alle regioni specificatamente la materia relativa alla tossicodipendenza, nel presupposto, quindi, che l'apparato amministrativo preposto alle azioni di tutela della salute delle persone in stato di privazione della libertà personale fosse proprio non del S.S.N. ma di altro apparato dello Stato.

Analoga riflessione scaturisce dall'art. 96 D.P.R. 309\1990 che ha affidato alle unità sanitarie locali, d'intesa con le Direzioni degli istituti penitenziari, la cura e la riabilitazione dei detenuti tossicodipendenti o alcoolisti.

Sulla scorta di tali considerazioni, l'autonomia del Servizio Sanitario Penitenziario è stata ritenuta fondata da questa Amministrazione che ha, quindi, emesso, nel tempo, numerose circolari per organizzare un servizio adeguato alle esigenze della popolazione detenuta.

Ciò, comunque, non ha escluso che l'Amministrazione indirizzasse sempre la propria azione verso la ricerca di forme di **collaborazione con il Servizio Sanitario Nazionale**, in ciò confortata anche dall'art. 7 della legge 296\1993 che stabilisce l'istituzione di appositi reparti detentivi ospedalieri presso gli ospedali civili.

#### RIORDINO DEL SERVIZIO SANITARIO PENITENZIARIO

La legge n.419 del 1998 ("Delega al governo per la razionalizzazione del servizio sanitario nazionale...") ha incluso, fra gli obiettivi da realizzare con urgenza, la riforma dell'assistenza

sanitaria nel sistema carcerario, da realizzare sulla base di una specifica norma (articolo 5) intitolata **“riordino della medicina penitenziaria”**. All’epoca pertanto è risultata evidente la necessità di dare alla problematica una risposta tempestiva, e idonea a ridurre i rischi dell’allarme sulla qualità e sull’efficacia del servizio sanitario erogato alla popolazione carceraria sostanzialmente attraverso disposizioni dei primi anni settanta. Tanto si rileva anche dalle scadenze ravvicinate delle misure normative di attuazione costituite da “uno o più decreti legislativi di riordino...” da emanare “entro 6 mesi dall’entrata in vigore” della legge di delega.

L’intera impostazione della 419 ha in realtà scontato (art.5 co.1, lett.a) che il sistema normativo e l’assetto organizzativo del servizio andavano resi compatibili in tempi brevi con le innovazioni introdotte dalla legge istitutiva del Servizio sanitario Nazionale (l.n.833 del 23 dicembre 1978). La legge è fondata sul presupposto della collaborazione permanente fra le “Aziende unità sanitarie locali” e l’Amministrazione penitenziaria ed ha prefigurato pertanto un assetto nel quale alle “aziende” fosse attribuito il compito di erogare le prestazioni sanitarie ed al sistema penitenziario quello di tutelare “le esigenze di sicurezza”: Allo scopo di formare un insieme di regole che migliorasse la qualità dell’assistenza, tenendo conto della specifica realtà penitenziaria, sono state previste **“opportune sperimentazioni di modelli organizzativi”**... eventualmente differenziati in relazione alle esigenze ed alla realtà del territorio”. Per il completamento delle sperimentazioni la L. n.419 ha stabilito tempi rivelatisi con congrui rispetto alle difficoltà di attuazione in seguito emerse. L’ipotesi di concludere la fase sperimentale entro i diciotto mesi successivi all’adozione del primo decreto delegato si è rivelata ottimistica, sicchè è stato necessario prorogare di ulteriori diciotto mesi il termine previsto e spostarlo da fine dicembre 2000 al 30 giugno 2002. La proroga è stata disposta con il d.lgs. n. 433 del 22 dicembre 2000 che, nel confermare l’urgenza della riforma, ha modificato, nel presumibile intento di accelerarne il completamento, gli strumenti da applicare per il trasferimento graduale delle funzioni (L’adozione dei decreti legislativi, in precedenza prevista, è stata sostituita da “altri strumenti normativi ritenuti idonei e necessari”, fra i quali è espressamente individuato, mediante rinvio all’art.7 della legge n.59 del 1997, il “decreto del Presidente del consiglio dei ministri”, da adottare “di concerto con i Ministri interessati ed il Ministro del tesoro”. La norma da ultimo indicata, in particolare, è stata utilizzata, in attuazione delle c.d. leggi Bassanini, nei provvedimenti diretti “alla puntuale identificazione dei beni e delle risorse finanziarie, umane, strumentali ed organizzative da trasferire, alla loro ripartizione tra le regioni...etc”).

L’utilità di modificare gradualmente un sistema stratificatosi nel tempo, e gestito anche sulla base di consuetudini consolidate, appare sottesa dalla legge quando ha previsto la possibilità di aggiornare “entro diciotto mesi” la disciplina contenuta nei decreti legislativi iniziali anche “...con riferimento all’esito delle sperimentazioni”. Peraltro, accanto alla flessibilità dei contenuti definitivi della riforma, la legge ha collocato la rigidità delle risorse finanziarie da utilizzare.

La legge n. 419 ha assunto infatti che l’entità delle risorse finanziarie stanziato nello stato di previsione della spesa del Ministero della Giustizia, da trasferire “progressivamente ....al Fondo Sanitario Nazionale...” fosse idonea ad assicurare l’ottimale esercizio dell’assistenza penitenziaria. Va qui considerato che il progetto della riforma penitenziaria è inserito in una legge intesa a razionalizzare il costoso sistema sanitario generale del Paese ed è soggetto alla regola generale che vieta “oneri aggiuntivi per il bilancio dello Stato...” (articolo 1). Quindi la scelta del criterio di riforma “a costo zero” risulta suggerita nel 1998 dalla necessità di evitare incrementi di spesa. Con le risorse disponibili è stata avviata la razionalizzazione del sistema sanitario generale, con l’obiettivo non rinunciabile di “perseguire la piena realizzazione del diritto alla salute”, da assicurare con meccanismi idonei a completare il processo di regionalizzazione... nonché a “razionalizzare le strutture e le attività connesse alle prestazioni di servizi sanitari, al fine di eliminare sprechi e disfunzioni” (articolo 2).

La legge n. 419 ha tuttavia chiarito, nella parte relativa alla medicina penitenziaria, che il diritto alla salute va riconosciuto applicando una logica unitaria (per i cittadini liberi e per i detenuti) e migliorando l’economicità della spesa complessiva.

Dall'esame della norma è possibile rilevare che le disposizioni vigenti, ove non compatibili con gli obiettivi del sistema sanitario generale, sono da ritenersi non applicabili per la medicina penitenziaria, sia che l'uniformità del trattamento va assicurata tramite le regioni (titolari delle responsabilità di spesa in materia sanitaria), tenute ad operare sulla base degli indirizzi del Ministero della salute. La legge n. 419 del 1998, ha voluto superare talune incertezze sui contenuti dei compiti istituzionali, e in particolare sulla legittimità della conservazione nell'ambito della Giustizia delle prestazioni di assistenza sanitaria accanto a quelle di garanzia della sicurezza nell'erogazione dei servizi presso il sistema penitenziario.

Si tratta di incertezze in qualche modo originate da orientamenti giurisprudenziali formati oltre 10 anni prima dell'emanazione della normativa in esame, in un assetto generale della sanità pubblica ancora da completare, nel quale andava evitato il rischio di creare vuoti di competenze nel campo penitenziario (citato parere del Consiglio di Stato n.305/1987).

### *Processo di attuazione della riforma*

Nel termine stabilito dalla legge è emanato il decreto legislativo (d.lgs. 22 giugno 1999, n.230) che attua la delega recependo in primo luogo l'intento di formulare sollecitamente gli strumenti giuridici fondamentali per l'avvio concreto della riforma.

I criteri di ripartizione dei compiti (di programmazione, finanziari, operativi ed altri fra Stato, Regioni, Comuni, Aziende u.s.l. e Istituti Penitenziari) sono stati fissati mediante formule che distribuiscono espressamente le responsabilità di ciascun organo istituzionale. Il d.lgs. stabilisce fra l'altro che "alla erogazione delle prestazioni sanitarie provvede l'Azienda unità sanitaria locale" e che "l'Amministrazione penitenziaria provvede alla sicurezza dei detenuti ed a quella degli internati ivi assistiti".

Nel definire le componenti del diritto alla salute in ambito penitenziario il citato decreto legislativo prescrive che il Servizio sanitario Nazionale è tenuto ad assicurare alla popolazione carceraria "livelli di prestazioni analoghi a quelli garantiti ai cittadini liberi". L'applicazione del principio costituzionale che riconosce in via generale il diritto all'assistenza sanitaria (art.32 Cost.) è garantita, anche nel profilo tecnico-assicurativo, da specifiche disposizioni che stabiliscono per i ristretti "l'iscrizione al servizio sanitario.... Per tutte le forme di assistenza, ivi compresa quella medico-generica". La copertura assicurativa, in particolare, è conservata dai detenuti ed internati di cittadinanza italiana ed è conferita agli stranieri "limitatamente al periodo in cui sono detenuti o internati". È pertanto riconosciuta "parità di trattamento e piena uguaglianza di diritti rispetto ai cittadini liberi, a prescindere dal regolare titolo di permesso di soggiorno in Italia". Fra le innovazioni significative vanno ricordate quelle che prevedono di formare la "Carta dei servizi sanitari" nonché di organizzare l'assistenza secondo "principi di globalità dell'intervento sulle cause di pregiudizio della salute, di unitarietà dei servizi e delle prestazioni, di integrazione della assistenza sociale e sanitaria e di garanzia della continuità terapeutica". Si tratta di principi di base, fondamentali per l'erogazione dei servizi sanitari in una realtà penitenziaria che si caratterizza tra l'altro per l'affollamento delle strutture, per la varietà delle patologie su cui intervenire, e per l'elevata incidenza dei detenuti di cittadinanza estera, di regola privi di adeguata documentazione sanitaria.

Il d.lgs. n.230, nel prendere atto che l'insieme delle operazioni collegate alla riforma avrebbe richiesto un impegno da sviluppare nel medio periodo, ha dettato le linee essenziali del "**Progetto obiettivo**" (art.5), adottato nella sede amministrativa con decreto interministeriale 21 aprile 2000 che si sarebbe dovuto sviluppare in tre anni. Con tale atto, mentre ai Ministri competenti (della Salute e della Giustizia, di concerto con il Tesoro e d'intesa con la Conferenza unificata di cui all'art.8 del d.lgs. 28 agosto 1997, n.281) è affidato il compito di precisare gli indirizzi da adottarsi dalle Regioni in materia di garanzia degli obiettivi di salute della popolazione carceraria, alle Regioni è correlativamente richiesto di recepire le indicazioni del Progetto nei Piani sanitari. Quest'ultima disposizione crea un meccanismo per il monitoraggio periodico dei risultati conseguiti e prevede per le Regioni obblighi di adempimento, sanzionati anche "mediante la nomina di commissari ad acta". Al Ministro della Salute è richiesto di inserire annualmente, nella Relazione

sullo stato sanitario del Paese (da realizzare di intesa con il Ministero della Giustizia), un apposito capitolo sull'assistenza sanitaria negli istituti penitenziari.

### *Avvio della fase sperimentale*

La sperimentazione, intesa quale insieme delle attività di collaborazione fra le strutture penitenziarie e quelle sanitarie ubicate nei territori regionali (da svolgere con lo scopo di acquisire conoscenze utili ad ottimizzare il passaggio delle funzioni sanitarie), è stata avviata con ritardo rispetto al termine stabilito (trenta giorni dalla data di entrata in vigore del d.lgs. n.230/99). Il mancato rispetto del termine appare da attribuire verosimilmente alla complessità del procedimento, definito dal decreto legislativo in questione (art.8, co.2), per individuare le regioni ove avviare le esperienze sperimentali. Tale procedimento ha infatti previsto l'adozione di un decreto interministeriale (Sanità e Giustizia), da emanare con il concerto del Ministero del Tesoro, del bilancio e della programmazione economica nonché del Ministro per la funzione pubblica, previa intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni, etc., e sentite le organizzazioni sindacali. Nel citato provvedimento si dà atto che, ai fini della sperimentazione è stato ritenuto utile acquisire elementi informativi idonei a verificare le potenzialità di trasferimento della gestione del Servizio Sanitario nelle aree del Paese, nelle quali erano ubicati "Istituti Penitenziari di rilevante importanza, avuto riguardo anche alla popolazione detenuta".

La scelta della Toscana, del Lazio e della Puglia risulta pertanto effettuata in applicazione degli indicati criteri. Il principio della gradualità ha indotto ad escludere temporaneamente il settore degli OO.PP.GG.. Il medesimo atto ha deliberato che la verifica degli esiti della sperimentazione fosse effettuata da un "apposito comitato per il monitoraggio e la valutazione della fase sperimentale".

### *Comitato per il monitoraggio e la valutazione della fase sperimentale*

Il "Comitato" è stato costituito dal Ministro della sanità con D.M. 18 maggio 2001 ed adottato in conformità all'indicato decreto interministeriale (Salute- Giustizia) che ha individuato il primo gruppo di regioni ove avviare la sperimentazione delle funzioni sanitarie.

Il d.lgs. n.433, in particolare, ha:

- riaperto i termini per la partecipazione delle regioni e delle province autonome al programma sperimentale e raddoppiato (con l'ingresso dell'Emilia Romagna, della Campania e del Molise) il campo della sperimentazione;
- prorogato di diciotto mesi, per il primo gruppo di regioni, il termine per completare le attività sperimentali.

Il successivo provvedimento del 18 maggio 2001 nell'istituire presso il Ministero della Sanità il Comitato in argomento ha:

- affidato il coordinamento dei lavori ai Sottosegretari di Stato dei Ministeri della salute e della giustizia "competenti nella materia del riordino della medicina penitenziaria", assicurando così anche forme di controllo politico sullo svolgimento dei lavori;
- individuato i componenti titolari (tre appartenenti al Ministero della sanità, tre al Ministero della Giustizia ed uno a ciascuna delle regioni scelte nel 2000);
- definito i compiti da svolgere e prescritto di documentare le verifiche effettuate con relazioni da far pervenire ai Ministri competenti "per il successivo inoltro alla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome".

A distanza di oltre 3 anni dalla 419 e di due dall'approvazione del progetto obiettivo si prende atto, in sede di Comitato, che non sono disponibili i dati epidemiologici relativi alla "sanità penitenziaria", mentre i rappresentanti del Ministero della giustizia informano che un contributo al

riordino del settore di intervento è stato dato, sulla base delle disposizioni antecedenti alla 419, da regioni inserite nel secondo gruppo di sperimentazione. È stata rilevata, da un rappresentante della Giustizia, la disparità di risposta tra le diverse regioni, tra le quali hanno collaborato più attivamente al riordino quelle che anche in passato si sono dimostrate attente alla situazione sanitaria penitenziaria, secondo quanto già consentito dall'Ordinamento penitenziario anche prima della legge 419/98: in particolare in Emilia Romagna sono state attivate una cartella clinica e una scheda farmaceutica informatizzate, in Puglia è stato fatto il Progetto obiettivo regionale,...Vengono segnalate dalla Giustizia "difficoltà di rapporti tra i Direttori delle ASL e i Provveditorati regionali dell'Amministrazione penitenziaria" ed il fatto che la prevista sperimentazione di un totale trasferimento di tutte le attività al sistema sanitario nazionale si è limitata in realtà alla sola costituzione di gruppi di collaborazione fra Assessorati alla Sanità e Provveditorati regionali. Problemi sono derivati dalla mancanza di specifiche risorse economiche destinate a sostenere il riordino.... La medesima amministrazione penitenziaria aggiunge, per contro, che il passaggio delle funzioni relative alle tossicodipendenze "non ha prodotto una contestuale trasformazione gestionale e amministrativa". Si precisa su quest'ultimo punto che il trasferimento dei fondi, dal Ministero della Giustizia al S.S.N., necessario all'esercizio delle medesime (trasferite con decorrenza 1.1.2000) in materia di tossicodipendenze è stato disposto con decorrenza 1°luglio 2003.

Al termine dei lavori sono stati presentati da parte dei due Ministeri due documenti distinti, da aggiungere a quelli preparati dalle regioni. Le opinioni della Giustizia e della Salute convergono su taluni problemi (approvvigionamento dei farmaci, salute mentale, formazione degli operatori, assistenza specialistica e diagnostica). Il sottosegretario alla Salute sottolinea come *le difficoltà per migliorare la sanità in carcere siano enormi*. Assicura quindi che il Ministero della Salute potrà dare un apporto di indirizzi e che nodale resta il coordinamento tra il personale sanitario e sociale della medicina penitenziaria e l'apporto delle Regioni e delle Aziende U.S.L., soprattutto per quanto attiene alle malattie acute e croniche.

La situazione della medicina penitenziaria illustrata nella relazione presentata dal Ministero della Giustizia pone in evidenza le "difficoltà di attuazione, visto il "brevissimo tempo a disposizione, per effettivi accertamenti esaustivi presso le regioni coinvolte nella sperimentazione" Il documento risulta elaborato sulla base della documentazione e delle informazioni "fornite sia dagli Assessorati alla Sanità sia dai Provveditorati dell'amministrazione penitenziaria" e contiene dati e schede riassuntive varie, relative alla situazione riscontrata presso le regioni.

#### *Attuazione della riforma nei settori della prevenzione e dell'assistenza ai tossicodipendenti.*

Il decreto legislativo n.230 del 1999 ha disposto (art.8, comma 1), con decorrenza 1° gennaio 2000, il trasferimento (dall'amministrazione penitenziaria al S.S.N.) delle funzioni sanitarie in materia di prevenzione ed assistenza ai detenuti ed internati tossicodipendenti. La fissazione di un termine breve (circa 6 mesi) per attuare questa parte della riforma sembra originata dalla necessità di intervenire con urgenza in un settore nel quale, dal 1990 il legislatore aveva attribuito in toto la cura e l'assistenza al detenuto al S.S.N., e che in ambiente penitenziario aveva assunto dimensioni preoccupanti (vedi tabella 1).

#### DIFFUSIONE DELLE TOSSICODIPENDENZE NELLA POPOLAZIONE CARCERARIA

Tabella n.1

Anni	2001	2002	2003	2004
N.ro detenuti (a)	55.275	55.670	54.237	56.068
N.ro tossicodipendenti (b)	15.442	15.429	14.501	15.558
% (b/a)	27,94%	27,72%	26,74%	27,75%
Nazionalità				
Italiana (c)	11.563	11.291	11.246	12.212

	% (c/b)	74,88%	73,18%	77,55%	78,49%
Straniera (d)		3.879	4.138	3.255	3.346
	% (d/b)	25,12%	26,82%	22,45%	21,51%

Sembra ragionevole assumere che dal passaggio delle funzioni era atteso un concreto miglioramento dell'assistenza, oltre che della prevenzione, con l'affidamento delle responsabilità di cura alle strutture del S.S.N..

Il d.lgs. n.230 ha inoltre disposto che il passaggio delle funzioni fosse contestuale al trasferimento del relativo personale, delle attrezzature, degli arredi e degli altri beni strumentali, nonché delle risorse allocate nello stato di previsione della spesa del Ministero della giustizia.

La difficoltà di realizzare, in alcune zone del territorio, un efficiente "raccordo funzionale" fra i servizi territoriali di assistenza e gli istituti penitenziari, aveva suggerito all'amministrazione penitenziaria di istituire, a partire dal 1991, servizi "di supporto" (presidi delle tossicodipendenze), composti da "medici, psicologi ed infermieri".

La complessa procedura di individuazione del personale in servizio presso gli istituti penitenziari, da trasferire al S.S.N. sulla base dell'art.6, comma1, del 230 è stata conclusa con decreto interministeriale (della Salute e della Giustizia, adottato di concerto con la Funzione pubblica e l'Economia e Finanze) del 10 aprile 2002.

Il trasferimento ha dovuto necessariamente riguardare la sola titolarità dei rapporti convenzionali con i medici, gli psicologi e gli infermieri addetti al "presidio delle tossicodipendenze".

I rapporti trasferiti riguardano poco più di 600 unità (172 stipulati con i medici, 302 con gli psicologi e 132 con gli infermieri).

I fondi da trasferire sono stati calcolati, sia al 1° gennaio 2000, utilizzando i parametri costituiti dal "monte ore annuo" per ciascuna categoria di dipendenti e dai "compensi orari" spettanti a tale data, sia tenendo conto degli incrementi retributivi operanti per il biennio 2001-2002. L'assegnazione delle risorse dal Ministero dell'Economia al Fondo sanitario nazionale non è stata quindi contestuale al trasferimento dei rapporti convenzionali.

La disponibilità presso le strutture operative del S.S.N. dei mezzi finanziari da utilizzare per le funzioni di prevenzione e di assistenza ai detenuti ed agli internati tossicodipendenti è stata assicurata a decorrere dal 1°luglio 2003.

Benché manchino elementi che attestino se la consistenza del personale utilizzato per la prevenzione e l'assistenza ai tossicodipendenti sia cambiata rispetto all'epoca della quantificazione dei fondi da trasferire nonché rispetto alla data di trasferimento delle convenzioni (aprile 2002), sembra possibile assumere che quest'ultimo dato sia rimasto sostanzialmente stabile, sempre che si intenda conservare l'efficacia dei servizi nei limiti consentiti dai criteri che disciplinano l'esercizio del diritto alla salute.

La situazione sarà monitorata dai Provveditori regionali per verificare se l'importo assegnato dal Ministero della Giustizia per l'assistenza dei detenuti e degli internati tossicodipendenti sia eventualmente aggiornato dalla Sanità mediante la destinazione al servizio di risorse aggiuntive rispetto a quelle destinate inizialmente con il trasferimento delle risorse dal Ministero della Giustizia per realizzare quel miglioramento del servizio che è il principio ispiratore della legge.

Allo stato il passaggio della funzione non prova ancora se la riforma del settore sia stata o meno interamente attuata. Infatti non tutte le Regioni hanno effettivamente manifestato la piena disponibilità a collaborare con un sistema di lavoro "basato sui principi dell'integrazione e della sussidiarietà", e che al 30.6.2003 i Ser.T. operavano solo nel 50% degli istituti...a fronte di una presenza media giornaliera negli ultimi tre anni, di circa il 30% di detenuti tossicodipendenti, come è risultato da uno studio condotto dall'Amministrazione Penitenziaria su un vastissimo campione costituito da 161 istituti penitenziari (vedi tabella 2).

<b>Istituto</b>	<b>Detenuti</b>	<b>Detenuti Td</b>	<b>Ser.T Operativi</b>	<b>Medici ASL</b>	<b>Infermieri ASL</b>	<b>Psicologi ASL</b>
161	35.879	9.795	75	178	116	209

Iniziative di rettifica della normativa in corso di attuazione: Commissione mista Giustizia-Salute

Con D.M. 16 maggio 2002 è nata, su iniziativa del Ministro della Giustizia “di concerto con il Ministro della Salute” una Commissione mista (Giustizia-Salute) composta da più rappresentativi esponenti dei Ministeri della Giustizia e della Salute. Tale Commissione è stata istituita presso la Giustizia “per lo studio congiunto” di una riforma che venga incontro alle attuali esigenze della sanità penitenziaria riservando il compito di garantire la medicina di base ai medici dell’amministrazione e che sia in grado di rinvenire anche soluzioni convenzionali esterne per la medicina specialistica, con ciò perseguendo l’obiettivo di migliorare l’efficienza del servizio contenendone i costi. Il compito della Commissione è identificato nell’esigenza di studiare “soluzioni adeguate e rispondenti alle effettive esigenze di un rinnovamento del servizio sanitario penitenziario.”

L’attività della Commissione è proseguita oltre il tempo stabilito (31 luglio 2002), a causa della complessità di ripensare un sistema di assistenza sanitaria fondato sul criterio base della gestione congiunta dei servizi mediante le strutture sanitarie del Dipartimento per l’Amministrazione Penitenziaria nonché del S.S.N.. La commissione ha tenuto più riunioni (tra il 4 giugno 2002 ed il 12 marzo 2003) predisponendo un ventaglio di possibili soluzioni.

Appare utile soffermarsi sugli argomenti ritenuti significativi dalla Commissione e sintetizzare la problematica della quale è stata sollecitata una soluzione rapida, per evitare traumi nell’ambiente penitenziario, come sottolineato anche nella sede della successiva indagine conoscitiva avviata nel 2003 presso le Commissioni riunite II (Giustizia) e XII (Affari sociali della Camera dei deputati).

Poiché la Commissione mista ha riesaminato i profili di natura istituzionale e contabile con l’obiettivo di ridisegnare le “responsabilità sanitarie di gestione” da ripartire fra la Giustizia e il S.S.N., è stata sottolineata l’esigenza di stabili intese fra le Amministrazioni statali, le Regioni e le ASL in ordine alla distribuzione delle competenze nell’esercizio delle funzioni di indirizzo e di assistenza sanitaria, nonché in materia di finanziamento a carico di ciascuna area istituzionale. Circa i tempi, i modi ed i contenuti delle prestazioni sanitarie risultano prioritarie le complesse problematiche emerse in materia di:

- continuità dell’assistenza (notturna e festiva);
- conservazione del passaggio delle funzioni al S.S.N. in materia di tossicodipendenze;
- modalità di erogazione dell’assistenza ospedaliera all’esterno degli istituti;
- modalità di erogazione dell’assistenza psichiatrica;
- assistenza specialistica, di remunerazione delle relative prestazioni e di eventuale gradualità nel passaggio di tale competenza;
- selezione delle misure di prevenzione;
- limiti dell’assistenza protesica;
- limiti dell’assistenza farmaceutica.

Una soluzione condivisa in ordine ai temi indicati (sono state esaminati essenzialmente i profili della qualità delle prestazioni) è stata rinvenuta nel rinvio ai principi che regolano i “livelli essenziali di assistenza” (L.E.A.), definiti dal D.P.C.M. 29 novembre 2001.

In ordine al finanziamento della medicina penitenziaria sono stati presi in esame vari criteri per la distribuzione dei costi. Va segnalato il criterio guida dell’accollo degli oneri dalle strutture sanitarie (della Giustizia o dalle ASL) presso le quali sono svolte le funzioni. Si è sottolineato che, nell’ipotesi di trasferimento di attività già svolte dalla Giustizia, quest’ultima dovrà rapidamente versare le risorse necessarie al S.S.N., per evitare forme di “deresponsabilizzazione”: Con analoghi rapidità dovrebbero essere realizzate le operazioni di riparto fra le Regioni e, conseguentemente, fra le ASL competenti per territorio. È stata esaminata dalla Commissione la problematica della

ripartizione dei costi relativi all'assistenza farmaceutica da assicurare a titolo gratuito presso l'amministrazione penitenziaria dato che tutti i detenuti e gli internati sono iscritti al S.S.N..

Si riporta, per chiarezza, la tabella riepilogativa delle fasi di riordino del Servizio Sanitario Penitenziario (vedi tabella 3).

## FASI DI RIORDINO DEL SERVIZIO SANITARIO PENITENZIARIO

Tabella n.3

Legge delega 30/11/98 n.419 “delega al Governo per la razionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale.....” art.5 Riordino della medicina penitenziaria.
Decreto Legislativo 22/06/99 n.230 “Riordino della medicina penitenziaria” a norma dell’art.5 Legge 30/11/98 n.419.
Decreto interministeriale 20/04/00 “Individuazione delle Regioni nelle quali avviare il graduale trasferimento, in forma sperimentale delle funzioni sanitarie svolte dall’Amministrazione Penitenziaria al Servizio Sanitario Nazionale. Determinazione della durata della fase sperimentale prevista dall’art.8 comma 2 del Decreto Legislativo 22/06/99 n.230.
Decreto Interministeriale 21/04/00 “Approvazione del progetto obiettivo per la tutela della salute in ambito penitenziario”.
Decreto Legislativo 22/12/00 n.433 “Disposizioni correttive del Decreto Legislativo 22/06/99 n.230, recante il Riordino della medicina penitenziaria....”
Decreto interministeriale del 16/05/02 “Commissione mista di studio per il rinnovamento del Servizio Sanitario Penitenziario”

### Esame del Servizio Sanitario Penitenziario nella sede parlamentare: Indagine conoscitiva sulla sanità penitenziaria

L'esigenza di integrare le informazioni ufficiali disponibili nella sede parlamentare in ordine allo stato di attuazione della riforma è stata sollecitata dall'accentuarsi dell'attenzione sull'assistenza sanitaria presso il sistema penitenziario, anche a seguito degli episodi di autolesionismo e di suicidio, dalla recrudescenza di malattie infettive (tubercolosi, epatiti ed altre) e dall'invariata gravità, dei problemi legati alle tossicodipendenze e alla diffusione dell'AIDS. Pressoché tutte le parti politiche hanno condiviso l'opportunità, nella seduta del 30 luglio 2003, di approfondire l'efficienza dell'offerta sanitaria in ambito penitenziario, procedendo ad una indagine conoscitiva della sanità penitenziaria.

Nella successiva seduta del 7 ottobre delle Commissioni riunite II e XII della Camera dei Deputati sono stati deliberati gli obiettivi ed il programma dell'indagine. In particolare la richiesta di una indagine conoscitiva concernente lo stato della sanità penitenziaria in Italia è nata dall'esigenza di approfondire la conoscenza della situazione sanitaria all'interno degli istituti penitenziari, anche alla luce dello stato di attuazione della riforma introdotta dal decreto legislativo 22 giugno 1999, n. 230 recante 'Riordino della medicina penitenziaria a norma dell'articolo 5 della legge 30 novembre 1998, n. 419.

La normativa citata, nell'ambito di una più generale riforma del sistema sanitario nazionale, ha previsto il progressivo trasferimento alle Regioni delle funzioni sanitarie in ambito penitenziario, al fine di migliorare un servizio fino ad allora gestito dal Ministero della Giustizia.

La sperimentazione è stata avviata in una prima fase, nelle Regioni Toscana, Lazio e Puglia e, successivamente, nelle Regioni Emilia-Romagna, Campania e Molise. Al fine di valutare l'esito di questa fase sperimentale è stata costituita il 16 maggio 2002, con decreto del Ministro della Giustizia, d'intesa con il Ministro della Salute, una commissione di studio.

L'indagine conoscitiva si è posta l'obiettivo di acquisire elementi informativi in merito alle numerose problematiche connesse al trasferimento alle Regioni delle funzioni nel campo della sanità penitenziaria e alle soluzioni organizzative atte a garantire un servizio adeguato alle esigenze del mondo carcerario; tra le tematiche oggetto di approfondimento, particolare importanza assumono al momento attuale quelle di natura finanziaria, evidenziate anche da parte degli operatori sanitari a più diretto contatto con la realtà dei penitenziari. A tal fine le Commissioni hanno proposto audizioni con i soggetti coinvolti nella problematica.

I lavori parlamentari sono iniziati il 28 gennaio 2004 e nel corso dell'indagine è stato costituito il Comitato permanente per l'esame dei problemi penitenziari (10 febbraio 2004).

Nello svolgimento dell'indagine sono stati sintetizzati gli aspetti più salienti del Servizio Sanitario Penitenziario. È stata riconosciuta l'insufficienza dei finanziamenti, anche per il trasferimento delle funzioni del comparto delle tossicodipendenze; sono apparse sostanzialmente concordi le opinioni sull'uniformità dell'assistenza fra i "liberi ed i detenuti".

Se il rispetto del diritto costituzionale alla salute è stato ammesso da tutti i componenti delle Commissioni riunite, sono risultare diverse le prospettive di soluzione dei problemi relativi, sia al campo delle tossicodipendenze, sia a quello inerente alla gestione della medicina penitenziaria, sia ai criteri da adottare per acquisire certezze sull'uniformità dei livelli di assistenza. Sono emerse le contraddizioni sulle difficoltà, sia di attuare una riforma già avviata, sia di lasciare sostanzialmente invariato il sistema di gestione vigente.

Fra i limiti riconosciuti alla riforma del 1998, e alla gestione tradizionale dell'assistenza, è risultato prioritario e condiviso quello delle scarse disponibilità finanziarie. La riforma "a costo zero" ha manifestato un'insufficienza che può aver influito sulla prosecuzione del progetto per la carenza di risorse adeguate. Una conclusione condivisa è stata fondata sulla constatazione che la mancanza "di un modello definito e definitivo" protrae la situazione di incertezza negativa per l'efficienza del sistema nel suo complesso, per i detenuti e per gli operatori.

#### *Proposta di legge di iniziativa parlamentare*

Un'iniziativa parlamentare (atti Camera n. 4127 disegno di legge Pepe) ha ritenuto percorribile la strada, di accrescere l'efficienza dell'assistenza nel sistema penitenziario attraverso l'aumento delle dotazioni organiche, specie dei medici incaricati, e l'assegnazione di miglioramenti retributivi e giuridici di varia natura a pressochè tutte le categorie del personale sanitario.

Anche tale proposta di legge, benchè di segno opposto agli indirizzi della riforma, evidenzia criticità sui risultati della sanità penitenziaria, e documenta con dati drammatici le patologie particolarmente gravi che si concentrano presso gli istituti penitenziari.

La soluzione prospettata interpreta esigenze degli operatori sanitari, ma non risolve l'insopprimibile problema della copertura finanziaria. Il documento parlamentare non considera che le difficoltà del settore provengono in larga misura dalla scarsità degli stanziamenti attuali rispetto alle esigenze di spesa ritenute necessarie, costituite dagli oneri per il personale in misura che oscilla a circa l'80% degli stanziamenti complessivi e che la proposta in questione priva di copertura finanziaria, prevedendo miglioramenti per il personale, allo stato ridurrebbe ulteriormente le disponibilità per gli altri aspetti, sia pur importanti del servizio (farmaci, attrezzature,.....).

#### ATTI AMMINISTRATIVI DI AGGIORNAMENTO DEL SISTEMA

Nelle more di far definitiva chiarezza normativa sulla materia l'Amministrazione ha orientato la propria attività su diversi settori, tenendo conto dell'esigenza di:

- razionalizzare l'utilizzazione delle risorse disponibili,
- ricercare la collaborazione del Servizio Sanitario Nazionale.

Di particolare rilievo appaiono le modifiche attraverso le quali l'Amministrazione ha perseguito l'obiettivo di una maggiore flessibilità organizzativa nel coordinamento dei servizi sanitari a livello centrale e periferico.

In particolare :

**a livello periferico** negli istituti penitenziari , già la circolare n. 3337/5787 del 07.02.92 aveva previsto il raggruppamento delle varie attività dell'istituto penitenziario in aree, per evidenziarne l'unitarietà e l'identità dei fini istituzionali ed era stata individuata una specifica area sanitaria, nell'intento di realizzare un servizio adeguato al bisogno di salute psicofisica dei detenuti e degli internati presenti, tenendo conto della profonda peculiarità del contesto.

Successivamente questa Amministrazione, con circolare n. 576109/2 spec. gen. del 15.1.99, ha distinto gli istituti penitenziari in tre livelli in modo da assegnare più appropriato le risorse finanziarie pervenendo ad una offerta di servizi assistenziali differenziata nell'ambito del circuito penitenziario, ma il più possibile uniforme sul territorio. Si riscontrano, pertanto:

1. strutture sanitarie di I livello: costituite dalle infermerie presenti negli istituti aventi una presenza medio-bassa (fino a 225 detenuti) ove è assicurata una presenza di personale medico per gran parte della giornata;
2. strutture sanitarie di II livello: ove è previsto un servizio continuativo per tutto il giorno;
3. strutture sanitarie di III livello. Tali strutture sono costituite dai 14 centri diagnostici terapeutici dell'Amministrazione Penitenziaria, che sono in grado di affrontare necessità mediche e chirurgiche anche di elevato livello, avendo a disposizione un'organizzazione sanitaria nonché strumenti diagnostici adeguati.

Inoltre, nel rispetto delle autonomie locali, l'Amministrazione Centrale ha di recente implementato le figure professionali esistenti, includendo accanto alle figure classiche dedite all'assistenza (medici, infermieri, tecnici) quella degli ausiliari socio- sanitari per lo svolgimento di funzioni proprie della categoria ( movimentazione malati, trasporto materiale sanitario, igiene dei letteracci ecc) ed ha modificato da compenso a prestazione a compenso orario l'attività, come precedentemente disposto per l'assistenza psichiatrica, anche per gli specialisti infettivologi e di patologia clinica (laboratoristi), in considerazione, per i primi, della necessità di assicurare una continuità assistenziale terapeutica idonea alle caratteristiche di cronicità delle più diffuse patologie infettive presenti negli istituti - AIDS ed epatiti virali croniche, per i secondi dalla volontà di contenere la relativa voce di spesa. Quest'ultima tipologia di prestazione potrebbe essere esternalizzata gradualmente affidandola ai laboratori analisi delle ASL .

**a livello regionale** nei Provveditorati regionali sono stati istituiti, con circolare n. 3543\5993 del 23.2.2001, le **Unità Operative di Sanità Penitenziaria (U.O.S.P.)**

L'iniziativa ha tratto origine dalla esigenza di creare un nucleo, alle dirette dipendenze del Provveditore, per il coordinamento degli aspetti sanitari della attività svolta dagli istituti penitenziari nell'ambito regionale, in quanto il decreto legislativo 444/92, in materia di decentramento delle funzioni amministrative ai Provveditorati regionali della Amministrazione Penitenziaria, nell'art. 6 affida in proprio ai Provveditori attribuzioni in materia di rapporti con le regioni e con il servizio sanitario nazionale in ordine ad attività di pianificazione ed attuazione di programmi di intervento e di stipula di convenzioni e di protocolli di intesa.

Per completezza di informazione, si precisa che era stata già prevista la presenza di un medico per un massimo di sei ore settimanali presso i provveditorati, con le funzioni di consulente del Provveditore, ma tale contributo riusciva a garantire solo interventi frammentari e disarmonici rispetto alle esigenze degli istituti e alle aspettative del Dipartimento. L'U.O.S.P. è costituita da un funzionario amministrativo, tra quelli già in servizio al Provveditorato e che possibilmente già si occupava dello specifico settore sanitario, da uno o due medici incaricati, da una unità appartenente

al profilo infermieristico (dirigente infermieristico o caposala), da un collaboratore amministrativo contabile e da un operatore amministrativo.

Nell'ambito di tale Unità Operativa il Provveditore può avvalersi anche della consulenza di altri professionisti, qualora ravvisi la necessità di ulteriori approfondimenti in materia di organizzazione ed informatizzazione dei servizi o dei settori di alta specialità medica;

**a livello centrale** presso il Dipartimento è stato costituito all'interno dell'Ufficio del Servizio sanitario lo Staff Tecnico- Sanitario Si tratta di una articolazione tecnico-consulativa, istituita nel 2003 con decreto del Direttore Generale dei Detenuti e del Trattamento, e rappresenta un importante anello di congiunzione tra gli organi centrali e le realtà periferiche dell'Amministrazione, intervenendo nelle:

- strategie di improvement gestionale,
- recupero di produttività dei centri clinici,
- miglioramento delle conoscenze e proposta di azioni atte a contrastare la diffusione delle patologie diffuse in ambiente penitenziario,
- verifica dell'efficienza dei servizi sanitari,
- avvio del processo di informatizzazione di area,
- collaborazione con Università , Enti di ricerca, e ASL per la formazione del personale.

Lo staff - che prevede un coordinatore sanitario e un direttore amministrativo- si compone di professionalità sanitarie particolarmente qualificate, che già intrattengono un rapporto di lavoro con l'Amministrazione penitenziaria e alle quali sono corrisposti solo rimborsi spesa per le missioni sostenute fuori sede . I componenti durano in carica un anno e sono nominati dal Direttore Generale dei Detenuti e del Trattamento, previa indicazione o parere del Direttore dell'Ufficio.

Con il decreto del Direttore Generale n.5 del 29/09/05, al fine di realizzare un'efficace ed efficiente utilizzazione delle risorse per il perseguimento degli obiettivi nel settore sanitario, è stato ampliato il precedente quadro organizzativo dell'Ufficio centrale. È stata prevista l'articolazione in sette sezioni sì da abbracciare e da fornire un'adeguata risposta all'intera materia sanitaria in ambito penitenziario. In particolare vengono curati i seguenti aspetti: progettazione organizzativa e programmazione generale del servizio sanitario negli istituti penitenziari (sezione I); servizi di contabilità e verifica dell'utilizzo delle risorse economiche (sezione II); verifica e revisione della qualità dell'assistenza sanitaria degli istituti penitenziari (sezione III); igiene ambientale e tutela della salute mentale (sezione IV); coordinamento delle aree specialistiche e verifica dell'efficienza dei servizi intramurari assicurati dal S.S.N. (sezione V); la disabilità in ambiente penitenziario (sezione VI); affari generali (sezione VII).

## **PROGETTUALITA'**

### **PROGRAMMI ESECUTIVI D'AZIONE - P.E.A.**

Al fine di perseguire gli obiettivi generali indicati annualmente dal Ministro, la Direzione Generale dei detenuti e del trattamento, Ufficio III - Servizio sanitario, ha avviato programmi esecutivi di azione - P.E.A. - indicati di seguito.

#### **1. "Modifica del meccanismo di finanziamento della sanità penitenziaria attraverso il coefficiente di co-morbilità" -I.S.S.**

Proposto nell'anno 2004, tale progetto biennale consentirà a questa Direzione Generale di conoscere lo stato epidemiologico della popolazione detenuta permettendo di orientare la scelta di strumenti diagnostici, terapeutici e riabilitativi, funzionali a soddisfare l'obiettivo istituzionale della tutela della salute in ambito penitenziario tramite la predisposizione di un servizio sempre più ispirato a criteri di efficienza, efficacia ed adeguatezza.

I risultati dell'analisi di oltre centomila schede contenenti l'Indice di Stato di Salute - I.S.S di altrettanti detenuti, sono stati utilizzati per predisporre il piano dei finanziamenti relativi all'esercizio finanziario 2006.

## **2. “Assistenza specialistica attraverso la telemedicina”.**

Il programma biennale proposto nel 2004 è rivolto alla applicazione sperimentale della telemedicina in ambiente penitenziario.

Sono stati individuati cinque istituti penitenziari scelti tra quelli presenti nelle piccole isole o comunque geograficamente sfavoriti: Case di Reclusione di Gorgona, Porto Azzurro, Favignana, Mamone e Is Arenas.

La pianificazione delle attività di detto programma esecutivo d'azione si è conclusa nel gennaio del corrente anno, quando ha avuto inizio la fase applicativa del progetto, tuttora in corso con successo nelle sedi indicate.

## **3. “Realizzazione reparti per osservazione psichiatrica di cui all'art. 112 D.P.R. n. 230/00 in ogni Provveditorato”**

Proposto nel 2004 è rivolto alla realizzazione di reparti per osservazione psichiatrica in applicazione dell'art. 112 D.P.R. n. 230/2000 sul tutto territorio nazionale.

Tale programma persegue diverse finalità, in particolare, armonizza il principio della tutela della salute con quello della territorialità della pena evitando, anche se per un breve periodo, allontanamenti del detenuto dal nucleo familiare che, proprio nei momenti di fragilità psichica, potrebbero risultare ancor più destabilizzanti. Inoltre, il progetto riduce il costo delle traduzioni in quanto verranno evitati i trasferimenti dei detenuti in altre Regioni rispetto a quelle in cui è ubicato l'Ospedale Psichiatrico Giudiziario. Infine, semplifica, rendendolo più celere, l'iter di assegnazione dei detenuti di cui è stata disposta l'osservazione, in quanto la relativa traduzione potrebbe essere disposta direttamente dai Provveditori Regionali.

Le sedi individuate sono le seguenti: Torino, Monza, Roma Rebibbia N.C, Perugia “Capanne”, Bologna, Firenze “Sollicciano”, Lanciano, Cagliari, Reggio Calabria, Palermo “Pagliarelli”. Nelle sedi di Monza, Roma Rebibbia N.C., Bologna e Palermo “Pagliarelli” i reparti sono già attivi.

Nell'Istituto penitenziario di Firenze sono stati realizzati due reparti, uno maschile e uno femminile.

Nel Provveditorato della Regione Umbria, il reparto di osservazione psichiatrica è stato allestito in via provvisoria nel vecchio penitenziario, in attesa dell'apertura dell'istituto di Perugia Capanne ove, probabilmente verrà realizzato anche un reparto di osservazione femminile.

Nelle sedi di Lanciano, Reggio Calabria e Cagliari i reparti sono ultimati ma non ancora attivati.

Infine, nell'ambito della collaborazione tra l'Amministrazione Penitenziaria ed il Servizio Sanitario Nazionale, sono stati sensibilizzati gli Assessorati regionali alla Sanità e i Dipartimenti di Salute Mentale territorialmente competenti a partecipare alla realizzazione del progetto contribuendo sia alla formazione del personale che all'eventuale fornitura di farmaci.

## **4. “Terapia anti-HIV in carcere, pari opportunità e massima efficacia”.**

Tale programma biennale proposto nel 2004, in via sperimentale, è rivolto ai detenuti affetti da HIV, ristretti negli istituti penitenziari. Esso è condotto in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità e con gli Istituti Universitari di Malattie Infettive (Università degli Studi di

Sassari, Università degli Studi di Roma "Tor Vergata", Ospedale Belcolle di Viterbo). Le attività relative ai corsi di formazione per i responsabili delle U.O.S.P. ed per i responsabili dell'area sanitaria degli istituti penitenziari sono state realizzate con un pacchetto formativo composto sia di materiale cartaceo che informatizzato. La procedura adottata, oltre a semplificare la terapia HIV, comporta l'adozione della terapia DOT (diretta osservazione della somministrazione della terapia), capace di aumentare la percentuale di risposta terapeutica. Attualmente sono in numero di 75, gli istituti che hanno aderito al programma e che sono stati raggiunti da iniziative formative.

### **5. "La tutela dei detenuti diversamente abili"**

Il programma proposto nel 2005, di durata annuale, è finalizzato a tutelare i bisogni peculiari di assistenza e inserimento al lavoro dei detenuti con disabilità motoria e di quei detenuti lavoratori che prestano loro assistenza. Il progetto si sta attuando negli istituti di Parma e Bari e prevede una formazione lavorativa sia per i detenuti con disabilità motoria che per quelli lavoratori.

Presso la Casa Circondariale di Bari si sta realizzando un percorso formativo curato in collaborazione con la sezione UNITALSI di Trani con l'addestramento alla cura della persona con disabilità motoria e la conoscenza dei rudimenti di primo soccorso. È in corso di definizione, in collaborazione con ACLI e privati, un percorso di autostima e di avviamento alla capacità di intreccio di fibre vegetali per l'eventuale indirizzo al lavoro delle stesse persone in condizioni di inabilità.

La Direzione della Casa di Reclusione di Parma ha avviato uno specifico ed approfondito piano di assistenza e riabilitazione a tutti i detenuti disabili attualmente presenti. In ordine alla formazione e all'avviamento al lavoro è stato organizzato, con il contributo anche finanziario della Provincia, un corso professionale di legatoria. È stata già avviata, con tale contributo, la formazione per i detenuti che assistono i disabili.

Per l'anno 2006, sono stati predisposti dalla Direzione Generale dei detenuti e del Trattamento, Ufficio III - Servizio Sanitario, tre programmi esecutivi d'azione - P.E.A.:

#### **1. "Sviluppo del processo di modifica del meccanismo di finanziamento delle aree sanitarie degli istituti penitenziari attraverso l'individuazione di gruppi di comorbilità"**

Ha come obiettivo di ridefinire la metodica di raccolta dati, tramite uno specifico supporto informatico, nonché di modulare gli strumenti che consentano la redazione di linee guida base dell'organizzazione delle aree sanitarie.

#### **2. "Promozione della salute nei Penitenziari"**

Il progetto prevede un piano di interventi di informazione sanitaria indirizzata ad una maggiore conoscenza dei fattori di rischio derivati dallo stile di vita (abitudini alimentari, fumo, attività fisica) dei detenuti di diversi paesi, etnie e religioni.

#### **3. "Prevenzione delle patologie della sfera genitale femminile nella popolazione detenuta"**

Il progetto si propone, in cinque istituti penitenziari (femminili Rebibbia e Pozzuoli, o con sezioni femminili Torino, Monza e Bologna), di favorire la salute delle donne in stato di detenzione attivando la collaborazione con le Asl e le associazioni di settore, con interventi di informazione, prevenzione primaria e secondaria delle patologie della sfera genitale femminile.

Questo Dipartimento contribuisce a contenere il fenomeno della dipendenza attraverso la realizzazione di appositi progetti finanziati dal Fondo Nazionale di intervento per la lotta alla droga.

Si riassumono di seguito i progetti sperimentali posti in essere da questa Direzione Generale - Ufficio III - Servizio Sanitario:

### **Carcere e nuove droghe.**

Nel 2001 l'Ufficio del Servizio Sanitario ha realizzato nel triennio 2001- 2002- 2003, il progetto "Carcere e nuove droghe - CeND".

Il lavoro, attraverso un'indagine socio-epidemiologica e degli aspetti tossicologici e psiconeuroendocrinologici dei comportamenti sottostanti all'uso delle nuove droghe, ha avuto l'obiettivo di dissipare il cono d'ombra sul problema della dipendenza dalle nuove droghe presenti, con caratteristiche ed intensità specifiche, tra la popolazione detenuta ristretta negli istituti penitenziari .

Il progetto si è concluso nel dicembre 2003 con la presentazione dei risultati raggiunti in un incontro convegno finale.

Sono in corso di realizzazione i seguenti progetti:

### **1. D.A.P. 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.**

Il progetto, finanziato per il triennio 2003/2005, si propone di individuare un modello di collaborazione che possa consentire di evitare l'ingresso in carcere a quei soggetti che, dichiaratisi tossicodipendenti, accettino, nella fase dell'arresto e del giudizio direttissimo, di sottoporsi ad un programma di trattamento presso strutture pubbliche o private. L'Amministrazione Penitenziaria intende realizzare tale progetto, ampliando l'esperienza già attuata presso il Tribunale di Milano da parte della Regione, in altre quattro sedi: Padova - Roma - Reggio Calabria e Catania.

In considerazione del coinvolgimento di numerose professionalità appartenenti all'Amministrazione Penitenziaria, alla Magistratura, alle Forze dell'Ordine, al Servizio Sanitario Regionale ed al privato sociale, particolare attenzione è stata posta sia nella fase di definizione delle funzioni del centro coordinatore, individuato presso l'Amministrazione, che dei centri periferici di riferimento istituiti presso le sedi dei Tribunali individuati.

Il 27 gennaio 2005 si è tenuto a Roma un Convegno di presentazione del progetto al quale sono intervenuti i più autorevoli esponenti nel campo della Giustizia e della Sanità e nel quale sono state ribadite le finalità e l'importanza del medesimo. Attualmente presso le sedi individuate si sono perfezionati o sono in corso di perfezionamento gli accordi tra i Tribunali ed i Ser.T. competenti. All'interno delle quattro sedi giudiziarie sono già stati messi a disposizione gli ambienti per lo svolgimento delle attività e si è provveduto all'allestimento dei locali con arredi e attrezzature varie. La prematura scomparsa del professionista individuato dall'ASL Città di Milano, quale referente del progetto, ha portato ad un temporaneo rallentamento delle fasi di attuazione dello stesso, in quanto si è reso necessario rivedere l'accordo tra questa Amministrazione e la ASL Città di Milano per la prosecuzione del rapporto contrattuale. Comunque presso i Tribunali di Reggio Calabria e Padova il progetto è già operativo. Presso il Tribunale di Roma, sono state concluse le intese con gli Enti interessati. Per quanto concerne il Tribunale di Catania è stato sottoscritto un accordo di programma dal Provveditore Regionale e dai responsabili degli altri enti interessati. Questa Direzione Generale, al fine di proseguire il lavoro intrapreso, ha ritenuto necessario richiedere agli organi competenti la proroga di due anni per la completa realizzazione dell'iniziativa.

### **2. PROGETTO "ICEBERG" - Studio epidemiologico sulle patologie virali croniche correlate alla tossicodipendenza in carcere e proposte di interventi basati sull'evidenza.**

Per la realizzazione del progetto per il triennio 2003-2005 è stato preliminarmente individuato a livello centrale uno staff tecnico-scientifico composto da esperti della materia. Si è poi proceduto ad uno studio di fattibilità (che ha coinvolto tutti gli istituti penitenziari, i cui risultati

sono attualmente all'esame) volto ad individuare almeno 100 istituti che, per caratteristiche organizzative, strutturali, utenza, rappresentatività, rapporti con i Servizi Sanitari esterni, offrano le maggiori garanzie di effettiva partecipazione e condivisione nella puntuale attuazione di tale iniziativa.

Sono stati sviluppati nell'interno del progetto i seguenti sottoprogetti: Sottoprogetto Formazione / Sottoprogetto Epidemiologia / Sottoprogetto Clinica / Sottoprogetto Terapia.

Sono state stipulate due convenzioni con le Università degli Studi di Sassari e di Roma Tor Vergata.

È stato pubblicato un manuale di aggiornamento dal titolo "Progetto Iceberg" sui vari aspetti della malattia HIV, elaborato da parte dei componenti il gruppo centrale del progetto, che è stato diffuso a tutti i medici responsabili e agli infettivologi degli istituti penitenziari.

Per l'anno 2006, il Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria ha siglato con il Dipartimento Nazionale per le Politiche Antidroga presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri, un accordo di collaborazione sulla base del comma 1 dell'art. 15 della legge Agosto 1990, n. 241 per la realizzazione di specifici progetti a favore della popolazione detenuta tossicodipendente.

Nel corrente anno, saranno realizzati i seguenti progetti a cura di questa Direzione Generale:

**1) Ordinaria Riabilitazione** da attuarsi nei seguenti istituti: C.C. LO RUSSO COTUGNO - C.C. MILANO S. VITTORE - C.C. BERGAMO - C.C. BRESCIA - C.C. PADOVA - C.C. VERONA MONTORIO - GENOVA MARASSI - C.C. BOLOGNA - C.C. FIRENZE SOLLICCIANO - C.C. ROMA REGINA COELI - C. C. N.C. ROMA REBIBBIA - C.C. NAPOLI POGGIOREALE - C.C. NAPOLI SECONDIGLIANO - C.C. BARI - C.C. LECCE - C.C. REGGIO CALABRIA - C.C. PALERMO UCCIARDONE - C.C. CATANIA BICOCCA - C.C. CAGLIARI - C.C. SASSARI.

È rivolto ai detenuti tossicodipendenti ristretti negli istituti di pena ordinaria ed ha come obiettivo quello di seguire tale tipologia di detenuti, in ogni fase del percorso di recupero, dal momento della diagnosi e della sofferenza fisica e psicologica fino al reingresso nel tessuto sociale. Esso presuppone il coinvolgimento, oltre che dell'Amministrazione Penitenziaria, anche della ASL, Regione, Provincia, Comune, Autorità giudiziaria, Enti di ricerca e Terzo Settore, secondo un processo di "bottom - up" all'interno del quale ogni istituto interessato potrà sviluppare un proprio piano di azione, il più consono alla propria realtà e alla specificità del territorio in cui si opera.

**2) Liberi Dentro** - da realizzarsi nell'istituto a custodia attenuata di Giarre

È dedicato al detenuto tossicodipendente che ha già avviato un percorso di recupero, ristretto nell'istituto a custodia attenuata di Giarre. Obiettivo è quello di aiutare molti ragazzi a riappropriarsi del proprio destino, ovvero a riscoprire la volontà di rompere con un passato di schiavitù e tossicodipendenza e a poter pensare a se stessi in termini di progettualità e di fiducia nel futuro.

**3) I.R.I.S.- Insieme per il recupero sociale** - da realizzarsi nell'Istituto a Custodia Attenuata di Castelfranco Emilia.

È indirizzato al soggetto tossicodipendente e/o alcooldipendente, che ha in corso uno specifico programma terapeutico-trattamentale, detenuto nell'istituto a custodia attenuata di Castelfranco Emilia. Obiettivo primario è la creazione di un *unicum* tra carcere, enti pubblici e privati del territorio, al fine di permettere la massima risocializzazione del tossicodipendente in stato di detenzione attraverso il lavoro e l'istruzione per il perseguimento di una cultura professionale e del lavoro spendibili all'esterno.

È in corso l'avvio dei citati progetti, a seguito del relativo finanziamento da parte della Presidenza del Consiglio dei Ministri.

