

## "PROBLEMI DI TUTELA DEL DIRITTO ALLA SALUTE IN CARCERE"

di Mario Pavone\*

### 1. Premessa

I detenuti e gli internati hanno diritto al pari i dei cittadini in stato di libertà alla erogazione delle prestazioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, efficaci ed appropriate, sulla base degli obiettivi generali e speciali di salute e dei livelli essenziali ed uniformi di assistenza individuati nel Piano sanitario nazionale, nei piani sanitari regionali ed in quelli locali.

L'affermazione di principio è contenuta nel D.Lgs. 22/6/1999 n.230 (1), riguardante il riordino della medicina penitenziaria, che costituisce attuazione del principio sancito dall'art.32 della Costituzione in materia di diritto alla salute nella parte in cui la norma stabilisce che "la Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo" e che "la legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana".

### 2. I precedenti normativi

Il diritto alla salute del detenuto, invero, non aveva ricevuto in passato pieno riconoscimento da parte dell'Ordinamento poiché esso è stato sempre condizionato alla gravità della malattia.

L'insufficienza della tutela della salute nelle carceri italiane era stata già ampiamente documentata anche nei lavori e nelle conclusioni della Commissione del Senato della Repubblica che ha svolto negli anni 1993 - 94 una "indagine conoscitiva della situazione sanitaria nelle carceri"(1-bis).

Anche se non erano mancate, in passato, alcune buone realizzazioni ed esperienze molto interessanti come pure l'acquisizione di competenze importanti da parte degli operatori specializzati, il sistema attuale incontra ancora difficoltà oggettive a svolgere la funzione di "presa in carico" del bisogno globale di salute, per la finalità di fondo che lo caratterizza, che è rappresentata in prevalenza dalla copertura del rischio per garantire le responsabilità dell'Amministrazione carceraria.

Il servizio attuale risulta, in conseguenza, notevolmente affievolito nell'attesa di una nuova disciplina normativa della materia non potendo sviluppare e promuovere direttamente un'azione per agire sui rischi e prevenire il danno oggettivo che costituisce la patologia propria di una "struttura totale" qual è il carcere.

L'articolo 5 della Legge 419/98 "riordino della medicina penitenziaria" ha rappresentato, quindi, la prima tappa fondamentale nel percorso di riforma avviato dal Governo, per costruire un sistema penitenziario che sappia coniugare sicurezza, diritti individuali e recupero sociale dei detenuti.

La stessa Suprema Corte, anche di recente (2), giudicando in tema di differimento della esecuzione della pena nei confronti di persona in condizioni di grave infermità fisica, aveva stabilito che in tali casi " si deve fare riferimento soltanto all'oggettiva gravità di questa per stabilire se essa sia tale da dar luogo, cumulata all'ordinaria attività della restrizione della libertà, ad un trattamento contrario al senso di umanità e ad una sostanziale elusione del diritto individuale costituzionalmente garantito alla tutela della salute da parte dell'ordinamento, a nulla rilevando l'eventuale incompatibilità dello stato patologico con la permanenza in carcere sotto il profilo di apprestamento delle opportune terapie".

La Cassazione, quindi, pur modificando il proprio precedente orientamento(3) è giunta quindi ad affermare, da una parte, che il diritto alla salute del detenuto prevale sullo stato di detenzione quando anche potesse ricevere adeguate cure in ambito carcerario ma, dall'altra, ha limitato tale possibilità alle persone "in condizioni di grave infermità fisica" demandando l'accertamento della gravità dell'affezione alle indagini

peritali.

Pur in tali limiti, si è trattato, comunque, di un notevole passo avanti nella direzione della tutela della salute anche in ambito carcerario atteso che la Costituzione, considerando all'art.32 la salute un diritto assoluto dell'individuo, ne riconosce la appartenenza ai diritti che stanno alla base di qualsiasi comunità sociale e la cui negazione equivarrebbe alla negazione dell'uomo, quale esponente di un consorzio civile e pertanto determina in capo agli ammalati in pericolo di vita una situazione qualificabile come diritto assoluto "erga omnes" azionabile come diritto soggettivo(3-bis).

Invero, la stessa norma dell'art 11 dell'Ordinamento Penitenziario(4), disciplinando il servizio sanitario in carcere, sottolinea i limiti della assistenza carceraria demandando cure ed accertamenti diagnostici ad Ospedali Civili e luoghi esterni di cura, laddove gli stessi non possano essere apprestati dai servizi sanitari degli Istituti.

La norma è andata nel tempo scontrandosi, da una parte, con la cronica carenza di servizi offerti in ambito carcerario e, dall'altra, con le nuove patologie sempre più diffuse tra i reclusi e preoccupanti dal punto di vista sanitario.

In conseguenza, il Legislatore ha sentito la necessità, prima con la norma dell'art.5 della Legge 419/98 e poi con la disciplina emanata con il D. Lgs. 22/6/1999 n.230, di adeguare la precedente normativa al dettato costituzionale ed alle più recenti riforme in materia sanitaria allo scopo di assicurare anche al cittadino detenuto condizioni di tutela della salute e "livelli di prestazioni analoghi a quelli garantiti dai cittadini liberi".

Importante enunciazione di principio contenuta nel nuovo dettato normativo è stato il riconoscimento del diritto alla salute anche ai detenuti stranieri durante il periodo di detenzione poiché - si osserva - anche "tali soggetti hanno parità di trattamento e piena uguaglianza di diritti rispetto ai cittadini liberi a prescindere dal regolare titolo di permesso di soggiorno in Italia"(6)

In linea con la riforma dell'assistenza sanitaria nazionale, la Legge affida quindi la erogazione delle prestazioni sanitarie alla AUSL cui spetta la gestione ed il controllo dei servizi sanitari negli istituti penitenziari mentre alle Regioni sono demandate le competenze in ordine alle funzioni di organizzazione e di programmazione dei servizi sanitari regionali negli istituti penitenziari ed il controllo sul funzionamento dei servizi medesimi(7).

La Legge rinvia, inoltre, ad un apposito Progetto la definizione degli indirizzi alle Regioni volti a garantire gli obiettivi di salute dei detenuti e degli internati al fine di conseguire un "miglioramento continuo dell'assistenza negli istituti penitenziari"(8).

### **3.1 primi interventi per malati "speciali"**

La prima conseguenza del nuovo assetto normativo può ritenersi la riforma introdotta in materia di misure alternative alla reclusione in carcere per gli affetti da AIDS e da gravi malattie con la L.12/7/1999 n.231(9).

Le modifiche introdotte dal Legislatore agli artt.275,276,268-bis,299 del Codice di Rito ed agli artt.146 del Codice Penale e la introduzione dell'art.47-ter nell'Ordinamento Penitenziario e dello art.211-bis del Codice Penale, lungi dal regolare solo la materia relativa al trattamento dei malati di AIDS, meritano attento esame in relazione ai c.d. malati gravi.

Il comma 4-bis dell'art.275 ha esteso infatti il divieto di custodia cautelare anche ai detenuti colpiti da "altra malattia particolarmente grave per effetto della quale le sue condizioni di salute risultano incompatibili con lo stato di detenzione e comunque tali da non consentire adeguate cure in caso di detenzione in carcere".

In tali casi 'se sussistono esigenze cautelari di eccezionale rilevanza e la custodia cautelare presso idonee strutture penitenziarie non è possibile senza pregiudizio per la salute dell'imputato o di quella degli altri detenuti il giudice dispone la misura degli arresti domiciliari presso un luogo di cura o di assistenza o di accoglienza"(comma 4-ter).

Il ricorso a strutture sanitarie esterne e per le necessarie cure viene ancora ribadito nel comma 3 dell'art.286-bis laddove la norma stabilisce che "quando ricorrono esigenze diagnostiche ... ovvero terapeutiche ,se tali esigenze non possono essere soddisfatte nell'ambito penitenziario ,il giudice può disporre il ricovero provvisorio in idonea struttura del Servizio sanitario nazionale per il tempo necessario, adottando,ove occorra,i provvedimenti idonei ad evitare il pericolo di fuga".

La legge ha apportato anche modifiche all'art.146 del Codice Penale,che disciplina il rinvio obbligatorio della esecuzione della pena,necessitate dalla dichiarazione di illegittimità della norma nella parte in cui prevedeva che il differimento avesse luogo anche quando l'espiazione della pena potesse avvenire senza pregiudizio della salute del soggetto e di quella degli altri detenuti (9-bis).

Non ha invece subito modifiche l'art.147 del Codice Penale,in materia di rinvio facoltativo della pena, per il quale il carattere cronico ovvero inguaribile della malattia non assume alcuna rilevanza posto che tale fattispecie non è contemplata dalla norma.

In tali ipotesi appare invece necessario che il Giudice valuti se l'infermità fisica del soggetto abbia o meno la possibilità di trarre giovamento.nello stato di libertà,di cure e trattamento sostanzialmente diversi e più efficaci di quelli che possono essere prestati nelle strutture sanitarie penitenziarie.

La mera asserzione di " compatibilità " dell'infermità col regime penitenziario non soddisfa pertanto l'obbligo di motivazione sulla sussistenza o meno del diritto al differimento della esecuzione della pena,mancando in tal caso l'esame e a valutazione dell'eventuale incidenza dell'infermità addotta in caso di permanenza del regime carcerano, sulla salute del detenuto(9-ter).

In ogni caso l' accertamento della gravità della malattia è sempre demandato ad una perizia nei pur brevi termini stabiliti dall'art 299,comma 4-ter che accerti la incompatibilità con lo stato di detenzione, creando una situazione di discrezionalità che finisce con il costituire un serio pregiudizio della salute del soggetto a causa della oggettiva diversità di giurisprudenza fra i vari Tribunali di Sorveglianza e quindi i vari distretti di Corte di Appello (10).

La Legge n.165/1998 (c.d. "legge Simeone"),accogliendo proprio una richiesta proveniente dalla Magistratura di Sorveglianza,aveva già introdotto una nuova fattispecie di detenzione domiciliare per ragioni di salute fino a giungere(con l'art.47-ter,comma 2 bis) a prevedere una forma di detenzione domiciliare per qualsiasi titolo di reato senza limiti di tetto di pena con un sistema "a termine" imperniato sullo stato di avanzamento della malattia legato a successive verifiche da parte del Tribunale di Sorveglianza che l'aveva concessa (11).

Appare evidente come,in un sistema normativo così delineato,il diritto alla salute del detenuto si scontri da una parte con i limiti dell'assistenza sanitaria penitenziaria e dall'altra con le esigenze di sicurezza della collettività.

#### **4.L'infermo di mente reo**

Altra questione inesplorata risulta il trattamento carcerario dell'infermo di mente-reo. Come sostento da autorevole Dottrina(12), il cambiamento dell'atteggiamento sociale e dello approccio scientifico verificatosi negli ultimi decenni, nei confronti del disturbo psichico, ha determinato un rinnovamento radicale non solo nei metodi terapeutici, ma anche nella normativa sull' assistenza psichiatrica.

Fino al 31 maggio del 1978 vigeva in Italia un sistema assistenziale psichiatrico dominato dalla finalità della difesa sociale, rispetto alla quale la cura del malato veniva ad essere un carattere secondario della organizzazione manicomiale.

Infatti, la legge 11/2/1904 n. 36 recante "Disposizioni sui manicomi e gli alienati", integrata dal regolamento di esecuzione 16/8/1909 n. 615, prevedeva e regolava il complesso sistema di istituti per l'assistenza psichiatrica in cui dovevano essere "custodite e curate le persone affette, per qualunque causa, da alienazione mentale quando siano pericolose a sé e agli altri o riescano di pubblico scandalo". (13)

Pertanto, per essere ricoverati, bastava che qualcuno lo richiedesse al pretore, dietro presentazione di un semplice certificato medico ratificato dall'autorità locale di Pubblica Sicurezza.

Fin dagli inizi degli anni Sessanta il movimento culturale c.d. 'antipsichiatrico' capeggiato da Franco Basaglia(15) iniziò un percorso di rinnovamento che, passando per la costituzione di una prima comunità terapeutica, si pose l'obbiettivo di scardinare l'istituzione psichiatrica, intesa come scienza medica, ma soprattutto come strumento di controllo sociale, e sfociò nella legge 180/1978.

Partendo dalla contestazione radicale dell'ideologia del controllo sociale l'ideologia antipsichiatrica si basa sui seguenti principi:

- 1) abrogazione della legge psichiatrica del 1904 e disconoscimento della pericolosità quale connotato proprio della malattia mentale da equipararsi ad ogni altra malattia che possa colpire l'uomo;
- 2) abolizione degli ospedali psichiatrici esistenti e di ogni altra possibile istituzione psichiatrica di ricovero;
- 3) un concetto di cura connotato dai caratteri della volontarietà e della territorialità, intendendosi con questo ultimo termine che la terapia deve essere instaurata nell'ambiente di origine del malato, senza ricovero ospedaliero;
- 4) istituzione per legge regionale di dipartimenti di salute mentale, ove si svolgano le funzioni preventive, curative e riabilitative relative alla salute mentale;
- 5) limitazione dei trattamenti sanitari obbligatori per malattia mentale in condizione di degenza ospedaliera;
- 6) esecuzione dei trattamenti in Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura all'interno degli ospedali generali e dotati di un numero limitato di posti letto .

La legge 180 del 1978 sugli "Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori" ha di fatto completamente modificato la situazione precedente riconoscendo il diritto alla libertà del cittadino nei confronti del trattamento sanitario quale deriva dall' art. 31 della Carta Costituzionale, sostituendo il concetto di "pericolosità" con quello di "tutela della salute pubblica" ai fini della legittimazione dell' obbligatorietà del trattamento stesso.

La stessa legge tende inoltre alla progressiva eliminazione degli Ospedali Psichiatrici, indicati dalle nuove concezioni quali "luoghi di esclusione e sofferenza" di cui si denuncia la reale funzione di controllo sociale sotto la pretestuosa forma di cura della malattia, ove invece appare impensabile qualunque terapia all'interno di istituzioni totali (16) .

Restano, al contrario, in funzione, in quanto non vi si fa cenno nella legge e restano quindi soggetti alla normativa finora in vigore, gli O. P. G., regolati dalla legge di ordinamento penitenziario n. 354/1975 e dal nuovo regolamento di esecuzione emanato con D.P.R. 30/06/2000, n. 230.

Va comunque sottolineato che, a distanza di pochi mesi dalla sua emanazione, i principi ispiratori della legge 180/1978 vennero integralmente trasfusi nella legge 833/1978 istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale e di lì a poco determinarono gli effetti rivoluzionari non soltanto nella prassi dell'assistenza psichiatrica, ma

anche nel complesso dei valori socio-culturali della società italiana(17).

In altri termini, la legge non si limitava ad abolire l'ospedale psichiatrico come istituzione manicomiale, ma ha dettato precise ed inequivocabili norme tese a rendere assai difficile l'istituzione della malattia mentale e della stessa psichiatria.

Con la riforma si è, dunque, abbandonato un modello di intervento, sebbene non ne sia stato indicato uno alternativo, tanto che da tempo si lamenta l'applicazione della legge soltanto nella sua parte abolizionista, ma non ancora nella sua parte prescrittiva e positiva.

In realtà, la sua applicazione-secondo la maggior parte degli studiosi- realizzata attraverso le scarse strutture disponibili, non solo non è tutt'ora in grado di dare risposte terapeutiche efficaci alla malattia mentale, ma neppure di svolgere le funzioni di prevenzione previste(18).

Le critiche alla riforma del 1978 si appuntano soprattutto alla mancata attuazione delle sezioni speciali degli ospedali col risultato che molti malati vengono giudicati non pericolosi e vengono affidati esclusivamente alle cure delle loro famiglie, talvolta con rischio per l'integrità fisica delle persone, ovvero vengono giudicati ancora pericolosi e trattenuti in istituto anche laddove, con un minimo di assistenza terapeutica, non lo sarebbero più(19).

Dopo la legge 180 i già gravi problemi di gestione degli ospedali psichiatrici giudiziari hanno subito quindi una notevole accentuazione. Di ciò è testimone anche l'incremento negli anni delle presenze, dovuto al moltiplicarsi del numero di ammissioni per reati di lieve entità.

Infatti, quando era in vigore la vecchia legge del 1904, l'autorità di polizia preferiva ricorrere ad una gestione medico-psichiatrica di piccoli reati come risse, molestie ed altri di lieve entità, disponendo il ricovero in ospedale psichiatrico, anziché attivare l'azione penale.

Dopo la riforma ciò non è più possibile e anche per reati lievi scatta facilmente la denuncia alla Magistratura.

Ne deriva che gli O. P.G. hanno dovuto assumere su di loro uno dei ruoli prima svolti dal vecchio manicomio civile, ma con una carica di violenza addizionale, per effetto del tipo di gestione essenzialmente carceraria ed in evidente contrasto con qualsiasi finalità terapeutica(20).

Nessun mutamento avviene invece nella struttura degli O. P. G.: l'organizzazione interna degli istituti ed il regime di vita degli internati non subiscono modifiche apprezzabili: "il trattamento risulta infatti troppo simile a quello disposto in carcere per gli autori di reato capaci di intendere e di volere, per cui è difficile parlare di un trattamento terapeutico in senso proprio, giacché la parte custodiale di esso gioca senza dubbio un ruolo preponderante"(21).

In conclusione, dopo la legge 180 la contraddizione fra nome di istituto terapeutico e sostanza di istituto meramente carcerario non si è spenta ma, al contrario, si è esaltata con la presenza in O. P.G. di un numero elevato di prosciolti, molti dei quali bisognosi di interventi socio-assistenziali, e di un numero non molto elevato, ma pur sempre critico, di detenuti sani e di elevata pericolosità.

## **5. Il nuovo Decreto Ministeriale**

In questo controverso quadro normativo di riferimento è stato emanato il D.M. 21/4/2000 concernente il Progetto per la tutela della salute in ambito penitenziario (22), così come previsto dal D.Lgs.230/1999.

Il Progetto denuncia innanzitutto una importante lacuna costituita dalla inesistenza di un sistema di rilevazione nazionale delle patologie in ambito penitenziario evidenziando soltanto i dati (parziali) disponibili relativi a quelle maggiormente diffuse in ambito carcerario (23).

Dai dati forniti risulta quindi che le persone detenute sono circa 50.000(47.000 uomini e 3.000 donne),nono stante le stesse infrastrutture abbiano una disponibilità di 35.000 posti distribuiti nei 200 esistenti.Di essi 13.000 sono extracomunitari, 15.000 tossicodipendenti,2.500 sieropositivi per HIV oltre a 4.000 sofferenti di turbe psichiche anche molto gravi.

Le patologie infettive,psichiatriche e gastroenterologiche sono quelle più diffuse ed in particolare malattie infettive come epatiti, tubercolosi ed AIDS che costringono l'Amministrazione Penitenziaria ad un notevole impegno economico per l'acquisto dei farmaci.

Inoltre il Progetto sottolinea che " il carcere,per molti aspetti è causa di rischi aggiuntivi per la salute fisica e psichica dei detenuti,degli internati e dello stesso personale addetto alla sorveglianza e all'assistenza" atteso che "nella condizione di restrizione della libertà personale i problemi della quotidianità risultano determinanti per lo stato di salute,inteso come benessere psico-fisico di ciascuno e di tutti "(24).

Inoltre, "il regime alimentare, gli ambienti malsani,la mancanza di movimento e di attività sociale,l'inedia,gl i atti di violenza e di autolesionismo sono le questioni cui con priorità deve essere rivolta l'attenzione e Iniziativa dei servizi sanitari ".

Il Progetto pone in evidenza " lo stato delle strutture edilizie con vecchi edifici impropriamente adattati a carceri e degradati dal tempo e dall'uso e con stabilimenti di più recente costruzione ma ugualmente inadatti e nocivi".

Dopo questa panoramica oltremodo desolante della condizione carceraria del detenuto-malato, il D.M. delinea i possibili rimedi a tale situazione demandando alle aziende salutane locali "modelli organizzativi atti ad assicurare il soddisfacimento della domanda di cura dei detenuti e degli internati" e la organizzazione di "percorsi terapeutici che garantiscano la tempestività degli interventi,la continuità assistenziale, l'appropriatezza e la qualità delle prestazioni e la verifica dei risultati anche attraverso apposite linee guida"(25).

In materia di assistenza della popolazione immigrata detenuta,il Progetto sottolinea come propedeutico a qualsiasi intervento migliorativo delle condizioni di salute degli immigrati in carcere e la conoscenza delle caratteristiche della popolazione di cui trattasi evidenziando tra i punti critici da superare,tra gli altri," la non conoscenza delle lingue straniere da parte del personale" e la "non conoscenza dell'immigrato delle norme e dei regolamenti che disciplinano le attività sanitarie negli istituti penitenziari"(26).

L'affermazione denuncia ancora una volta il cosiddetto "gap" linguistico che impedisce allo straniero di esercitare,durante la detenzione, i propri diritti sanciti dalla Convenzione Europea per i Diritti dell'Uomo e le libertà fondamentali, primo fra tutti il diritto di difesa(27),nonostante la Corte Costituzionale abbia da tempo espresso il proprio orientamento in senso favorevole a tale riconoscimento(28).

Le malattie infettive,secondo il D.M. in esame," assumono una particolare rilevanza nelle condizioni che si determinano nelle comunità penitenziarie in cui si verificano situazioni abitative Alimentari e comportamentali che ne facilitano la diffusione e la acquisizione delle infezioni"(29)

In materia di tutela della salute mentale della popolazione carceraria,il Progetto sottolinea come " ormai riconosciuta a livello internazionale resistenza di un disagio psichico maggiore e diffuso negli istituti penitenziari"(30) che rende improcrastinabili "più mirati interventi di prevenzione, cura e riabilitazione dei disturbi mentali".

Nondimeno "sono assegnati agli istituti o servizi speciali per infermi e minorati psichici gli imputati ed i condannati,ai quali nel corso della misura sopravviene una infermità psichica che non comporti

l'applicazione provvisoria della misura di sicurezza del ricovero in Ospedale Psichiatrico Giudiziario o in case di cura e custodia nonché, per l'esecuzione della pena, i soggetti condannati a pena diminuita per vizio parziale di mente"(31).

Infine il Progetto, in tema di riabilitazione psico-fisica, sottolinea l'importanza della "riorganizzazione ed implementazione delle attività riabilitative (spesso assenti)... per realizzare in ogni istituto spazi attrezzati per lo svolgimento delle attività di riabilitazione"(32).

In definitiva, dopo avere denunciato le pur condivisibili carenze del sistema sanitario carcerario ed il pregiudizio delle condizioni di salute del malato-detenuto, il D.M. non ne trae le necessarie conseguenze in linea con il riconoscimento del diritto dei detenuti e degli internati alla erogazione delle prestazioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione efficaci ed appropriate sulla base degli obiettivi generali e speciali di salute e dei livelli essenziali e uniformi di assistenza individuati nel Piano sanitario nazionale come enunciato nell'art 1 del D. Lgs. 22/6/1999 n.230.

Intatti, il Progetto ancora una volta limita "il ricovero in una unità operativa di degenza esterna al carcere ..alla.. cura degli stati acuti di malattia dei soggetti detenuti" (!!).

Non vi è quindi spazio per un riconoscimento pieno del diritto alla salute del detenuto-malato poiché "le ragioni della sicurezza dell'amministrazione penitenziaria ...comportano... l'esigenza di limitare il ricorso al ricovero esterno ai soli casi necessari "(33) quantunque, si affermi, che "in ogni caso, mai le ragioni della sicurezza possono mettere a rischio la salute e la vita dei detenuti " e benché "il trasferimento dell'assistenza sanitaria negli istituti penitenziari al Servizio Sanitario Nazionale consente di superare una separatezza storica tra culture diverse che hanno una finalità comune: la salute delle persone, sempre ed in ogni caso, tenendo conto della specificità delle condizioni ambientali.

Non si può, quindi, non cogliere la discrepanza tra affermazione del diritto alla salute del malato-detenuto, denuncia delle attuali condizioni sanitarie carcerarie ed il limite costituito dalla possibilità di ricovero esterno unicamente per le malattie gravi o gli stati acuti di malattia del detenuto quantunque la stessa malattia possa essere stata causata ovvero aggravata dallo stesso stato di detenzione.

Nonostante, quindi, l'intervento del Legislatore che con la L.230/1999 aveva esteso il ricovero esterno al Carcere, sia pure in regime di arresti domiciliari, per salvaguardare le esigenze di sicurezza della collettività, il Progetto non ha inteso trarre le dovute conseguenze individuando le condizioni obiettive e le patologie che necessitano, in tutta evidenza, un ricovero ospedaliero stante l'attuale carenza dei servizi sanitari carcerari.

Il diritto alla salute del detenuto-malato quindi è stato ancora una volta compresso e limitato dal Legislatore proprio da quella " separatezza storica tra culture ed esperienze diverse che hanno una finalità comune: la salute delle persone, sempre ed in ogni caso, tenendo conto della specificità delle condizioni ambientali".

E' la logica dei due pesi e delle due misure che da sempre danneggia il riconoscimento di diritti fondamentali costituzionalmente protetti anche quando il detenuto-malato proprio a causa della malattia è un soggetto debole che merita comprensione, assistenza e cura alla stregua del cittadino libero che, in quanto tale, può sottoporsi alle cure del caso.

Occorre, quindi, effettuare un vero e proprio salto di qualità nell'assistenza sanitaria al detenuto-malato sostituendo la custodia cautelare ovvero lo stato di detenzione, in tutti i casi in cui il ricovero ospedaliero o in case di cura consenta un trattamento idoneo alle condizioni di salute dello stesso, alla rimessione in libertà ovvero dagli arresti domiciliari, nei casi di esigenze cautelari di eccezionale rilevanza.

## 6. Una riforma largamente inattuata

In definitiva, in questi ultimi anni avrebbe dovuto compiersi, seguendo una sperimentazione graduale, il passaggio di funzioni della medicina penitenziaria dal ministero della Giustizia al ministero della Sanità, nel presupposto, fondato a sufficienza, che di gestione e programmazione della salute debbano occuparsene i medici e non i magistrati.

E invece nulla  accaduto, fatta eccezione di un recente DDL presentato per regolamentare la materia alla Regione Toscana (v. allegato in calce).

Va sottolineato pure che in alcune delle Regioni, dove avrebbe dovuto sperimentarsi il trasferimento di competenze, hanno colpevolmente ignorato il problema, probabilmente rassicurate dallo stesso Ministero.

In Puglia, ad esempio, nulla  stato approntato che abbia la parvenza di una attuazione minimale della riforma della medicina penitenziaria.

Nel frattempo la stessa Regione Puglia ha approvato nel dicembre 2001 il primo piano sanitario regionale che regola le linee di sviluppo della sanità  rimuovendo l'esistenza del carcere.

## 7. Conclusioni

E' auspicabile quindi che il Legislatore riveda complessivamente la materia ed emani rapidamente le norme attuative nel rispetto del diritto alla salute del cittadino libero o detenuto sancito dall'art. 32 della Costituzione.

L'emergenza sanitaria in carcere, con 6.500 detenuti sieropositivi, 5.500 con gravi disturbi mentali, disagi gravissimi, morti per overdose, mancanza di assistenza adeguata... rende l'attuale situazione tanto grave che parlare di medicina preventiva sembra quasi un parlare a vuoto, quasi un'utopia.

Ormai spetta alle Regioni, ai Comuni, alle A.U.S.L. e agli Istituti penitenziari, di ricomporre i pezzi di un mosaico che restituisca ai detenuti, ai cittadini detenuti, al pari dei cittadini liberi, lo stesso diritto alla salute con una erogazione delle prestazioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, efficaci ed appropriate.

Ma è semplicistico prevedere o immaginare che il detenuto curato dalla A.U.S.L. diventerà finalmente un cittadino a cui è garantito il diritto alla salute se non si comprende e non si mette atto una programmazione ed una cultura diversa sul carcere in generale e sul piano sanitario più in particolare che è l'oggetto in questione.

Il carcere infatti,  un luogo ed un tempo malato poich  non solo si caratterizza per la promiscuit  mancanza di condizioni igienico sanitarie accettabili, ma anche per la convivenza forzata tra esperienze e storie diverse dal punto di vista personale e collettivo.

E  ormai tempo che il ristretto, da tempo sospeso da ogni ruolo, se non quello negativo di detenuto esente da responsabilità sociali e che vive la propria detenzione in una condizione umana che genera apatia e rafforza comportamenti antisociali, debba avere una assistenza anche sul piano del reinserimento che valga ad aiutare il soggetto a recuperare la sua capacità  di essere sociale.

La medicina e le figure che la rappresentano devono entrare in carcere con una serie di comportamenti che, pur riconoscendo l'  elemento peculiare che caratterizza l'  intervento, non trascurino di considerare il paziente nelle sue molteplici sofferenze.

A tale riguardo importanti appaiono le opportunità terapeutiche - riabilitative, e un percorso di recupero e sostegno psicofisico, che da più parti sono state fornite alle persone detenute, in particolare da quelle associazioni di volontariato e non profit che operano in carcere.

In tale contesto risulta davvero importante è la presenza del volontariato ed il lavoro che esso svolge con i detenuti portatore di disturbi mentali, con i detenuti stranieri senza alcun punto di riferimento esterno, con i figli di detenuti che trascorrono fino a tre anni la propria giornata in carce re, con i malati di AIDS, i tossico e gli alcool dipendenti ,etc....

Sul piano dei principi - come ha sostenuto con forza il Presidente Consulta per i problemi penitenziari - non paiono sussistere contraddizioni ostative tra il diritto alla salute ed il diritto alla sicurezza delle carceri e che anzi, lo stesso trattamento penitenziario, non può che giovare di un miglioramento delle prestazioni e di una migliorata condizione dei Servizi Sanitari e Sociali.

In conseguenza, deve essere ritenuto pienamente condivisibile l'appello rivolto da alcuni studiosi, a cui occorre aderire, per la piena applicazione della riforma della medicina penitenziaria che rappresenta un autentico monito per le coscienze degli uomini liberi..

Lecce, Aprile 2003

\*\* Avvocato in Brindisi-Patrocinante in Cassazione

#### **NOTE**

(1)Pubblicato nella Gazz.Uff.16/7/1999 n.165

(1-bis)v.intervento di Lillo Di Mauro (Presidente della Consulta per i problemi penitenziari del Comune di Roma) al Convegno di Studi "Riordino della Medicina Penitenziaria" (febbraio 2000).

(2)v. Cass. penale Sez.I ,22/3/1999 n.355,Nirta

(3)v. Cass. Pen. Sez.,26/11/1997,,Di Maio;Cass.Pen.Sez.I,23/5/1997 n.563,Maiorana;

(3-bis)v.Pretura Lecce 4/2/1998, Pisanello e altro c/ASL

(4)v.art.11 L.26/7/1975n.354

(5)v.art.1,comma 2 lett. a) D.Lgs.230/1999

(6)v. art.1,comma 5 D.Lgs.230/1999

(7)v.art.2.,comma 3 e art.3 comma 2 D.Lgs.230/1999

(8)v.art.5,comma 3,lett. a) D.Lgs.230/1999

(9)Pubblicata nella Gazz.Uff.19/7/1999 n.167

(9-bis)v.Corte Cost.sent.18/10/1995 n.438

(9-ter)v. Cass. Pen. Sez. I, 26/11/1990, Cosentino

(10)v.in Dottrina, Vaudano ,La terapia per le persone colpite da HIV,in Guida al Diritto n.30/1999

(11) v. Vaudano , op .citata,pag.30

(12)Ilario Giannini,La riforma dell'assistenza psichiatrica e sue conseguenze in ambito penitenziario

(13)Francesca Molinari "Le misure di sicurezza psichiatriche vanno abolite: questa l'opinione unanime dei giudici di sorveglianza e degli psichiatri intervenuti al Congresso di Arezzo" in Riv. It. Dir. Proc. Pen. 1980, 147.

(14) Dopo un primo intervento di modifica operato con l.n. 431/1968 "Provvidenze per l'assistenza psichiatrica", che introdusse la possibilità del ricovero volontario su richiesta del malato e l'abolizione dell'annotazione sul casellario giudiziario dei provvedimenti giudiziari di ricovero e di revoca, il Parlamento approvò la l.n. 180/1978 quasi all'unanimità, evitando così di far celebrare un referendum che era già stato indetto, dietro richiesta popolare, con l'intento di giungere all'abrogazione della precedente normativa.

(15) BASAGLIA "L'istituzione negata" Torino 1968, pagg. 6 ss.

(16) ALBERTO MANACORDA "Il manicomio giudiziario: alcune note per la comprensione dei problemi attuali" in Foro It. 1980 V 67.

(17) FERRANDO MANTOVANI "Il problema della criminalità" Cedam 1984 pag. 122: Si fa notare come tale riforma ha sì riconosciuto "l'esigenza, ancor prima del necessario momento terapeutico ed anche custodialistico, della prevenzione ... e la consapevolezza che ogni malato di mente è un caso unico, da seguire con adeguata professionalità e vocazione" ma ha comportato anche "il lamentato pericolo del disinteressamento e dell'abbandono del malato di mente. Con tutti i rischi che questi, lasciato ai propri incubi e depressioni, privato dell'assistenza terapeutica o rimesso in libertà dal giudice di sorveglianza, pervenga al delitto o a nuovo delitto".

(18)FERRANDO MANTOVANI "Il problema della criminalità" Cedam 1984 pag. 123: La legge 180 "ha avuto la forza di porre in crisi i modelli tradizionali ma non di proporre soluzioni nuove che non fossero quelle semplicistiche o miracolistiche propagandate" e risulta "sotto certi profili pseudoumanitaria e pseudoscientifica".

(19) LUIGI DAGA "Ospedali psichiatrici giudiziari, sistema penale e sistema penitenziario: appunti sulla funzione dell' O.P.G." in Rass. Penit. Criminol. 1985, 12, ove si rileva un aumento della popolazione degli internati del 14,08% negli anni 1979-1985. Si afferma però anche che l'effetto di tale funzione 'vicariante' sembra cessare nell'ultimo periodo considerato in cui la popolazione degli internati sembra stabilizzarsi.

(20) ADELMO MANNA "Il trattamento sanzionatorio del malato di mente autore di reato e le prospettive di riforma" in Rass. Criminol. 1994, 269; GAETANA RUSSO "Il manicomio giudiziario come luogo di trattamento per detenuti difficili" in Riv. It. Med. Leg. 1982, 928.

(21)Pubblicato nella Gazz.Uff.25/5/2000 n.120

(22)art.2-lo stato di salute nelle carceri

(23)art.3.1-Le attività di prevenzione

(24)art.3.3-Le attività di cura

(25)art.3.2.5-l'assistenza sanitaria alle persone immigrate detenute.

(26) v. La traduzione degli atti- Diritto dell'imputato stramero" in Riv. Un. Camere Penali n.2/2000

(27)v.Corte Costituzionale sent.n.10/1993

(28) art.3.2.6-Le patologie infettive

(29)art.3.2.7-La tutela della salute mentale

(30) art.3.2.7-Istituti o sezioni speciali per infermi e minorati psichici

(31)art.3.3-Le attività di riabilitazione

(32)art.5-Il ricovero nelle unità operative di degenza

(33)art.6-L'organizzazione per il governo della sanità in ambito penitenziario

### **Appello per l'applicazione della riforma della medicina penitenziaria**

#### **Per la tutela della salute dei detenuti/e e degli operatori penitenziari**

### **Rivolto a personalità del mondo culturale, sociale, scientifico, artistico, istituzionale, politico e del terzo settore.**

#### **Salute in carcere, un diritto da garantire**

Il 19 marzo 2003 si è svolto a Roma il Convegno nazionale "**Salute in carcere, un diritto da garantire**", organizzato dalla **Consulta Permanente per i problemi penitenziari del Comune di Roma**, dalla **Conferenza Nazionale Volontariato Giustizia**, dal **Gruppo Abele** e da numerose altre associazioni impegnate sul tema della tutela dei diritti dei detenuti.

Il Convegno è servito per fare il punto sull'applicazione della legge di riforma della medicina penitenziaria, che prevede il passaggio delle competenze al riguardo dal Ministero della Giustizia alle Regioni.

Tra i primi materiali , particolare interesse ha il disegno di legge dall'Assessore alla sanità della Regione Toscana, Enrico Rossi, sulla tutela del diritto alla salute dei detenuti e degli internati negli Istituti penitenziari ubicati in Toscana.

Nel corso del Convegno l'Assessore ha presentato anche il Protocollo d'intesa (sempre in materia di assistenza sanitaria in carcere) tra regione Toscana e Ministero della Giustizia, il cui testo è in corso di sottoscrizione.

Casi sempre più frequenti di "malasanità" scuotono il sistema penitenziario italiano e, spesso la cronaca ci riporta decessi e suicidi di detenuti dovuti alla carenza di un sistema sanitario non in grado di garantire azioni di prevenzione e cura appropriate e tempestive della malattia.

Migliaia di detenuti sieropositivi, tossico e alcool dipendenti, malati di aids, di tubercolosi, di epatiti, portatori di disagio mentale o fisico, madri e figli da 0 a 3 anni ecc., non riescono ad usufruire delle prestazioni necessarie a causa di fattori negativi che caratterizzano i nostri penitenziari come il sovraffollamento, le condizioni igienico sanitarie e un sistema sanitario, dipendente dal Ministero della Giustizia, privo di risorse economiche e strutturali.

Il cittadino detenuto non perde il diritto alla salute con il suo ingresso in carcere!

Il diritto alla salute e il diritto alla sicurezza di tutti non sono in contraddizione per questo intendiamo rimettere in luce il **"riordino della medicina penitenziaria"** quale tappa fondamentale per garantire la tutela della salute dei detenuti/e e degli operatori penitenziari.

Il decreto Legislativo 230/99 dispone il passaggio delle competenze in materia di sanità penitenziaria dal Ministero della Giustizia al Servizio Sanitario Nazionale, quindi alle Regione e alle AA. UU. SS. LL. per garantire ai detenuti prestazioni sanitarie al pari di cittadini liberi.

A quattro anni di distanza tale riforma non è ancora applicata: solo alcune funzioni sono passate di competenza delle Regioni come la cura delle tossicodipendenze e la prevenzione senza coperture finanziarie e professionali necessarie, (in Francia una riforma analoga ha impiegato solo 4 mesi per essere sperimentata e pianificata).

L'attuale situazione di stallo crea precarietà e incertezza sul presente e sul futuro del sistema sanitario penitenziario con ricadute gravissime sulla salute dei detenuti/e e della popolazione carceraria in genere.

Per tutto questo vi invitiamo a sottoscrivere il presente appello per sollecitare le Istituzioni ed il Governo al rispetto dei diritti e della dignità delle persone e l'applicazione di una Legge della Repubblica.

## **ALLEGATO**

### **Disegno di legge della Giunta regionale toscana in corso di approvazione**

**Assessore proponente: Enrico Rossi**

### **"Tutela del diritto alla salute dei detenuti e degli internati negli Istituti penitenziari ubicati in Toscana "**

#### **Articolo 1**

(Principi fondamentali)

1. In ragione delle competenze riconosciute alle Regioni dall'art. 117 della Costituzione, la Regione Toscana tutela il diritto alla salute dei detenuti e degli internati presenti negli Istituti penitenziari ubicati nel territorio regionale, secondo i principi e le modalità stabilite dalla presente legge.

2. In osservanza di quanto previsto dall'art. 3 e dall'art. 32 della Costituzione, nonché dall'art. 1 del D.Lgs. 230/99, è riconosciuto il principio fondamentale della parità di trattamento, in tema di assistenza sanitaria, fra individui liberi ed individui detenuti ed internati.

#### **Articolo 2** (Finalità)

1. La Regione Toscana garantisce ai detenuti e agli internati, di cui all'articolo precedente, i livelli essenziali di assistenza sanitaria concernenti le prestazioni preventive, diagnostico-terapeutiche e riabilitative, alla pari degli individui in stato di libertà.

#### **Articolo 3**

(Protocollo d'intesa con il Provveditorato regionale dell'Amministrazione penitenziaria e con l'Ufficio per i Minori)

1. La Regione attiva procedure volte a stipulare un Protocollo d'intesa con il Provveditorato regionale dell'Amministrazione penitenziaria (PRAP) e con l'Ufficio per i Minori, rinnovabile anno per anno, nel quale sono individuati: gli impegni che la Regione e il PRAP assumono per migliorare lo stato di salute della popolazione carceraria, e le procedure di collaborazione tra la Direzione delle carceri e il Servizio sanitario delle Aziende USL nella predisposizione dei programmi e nella esecuzione delle attività per la salute dei detenuti e degli internati.
2. Il Protocollo d'intesa contiene, altresì, i criteri per rendere possibile la partecipazione dei detenuti alle attività di prevenzione, cura e riabilitazione, tenendo conto delle competenze e delle responsabilità che spettano alla Amministrazione penitenziaria nella tutela del diritto alla sicurezza.

#### **Articolo 4** (Progetto obiettivo)

1. La Regione, sentito il PRAP e l'Ufficio per i Minori, con le procedure di concertazione previste dalle norme sulla programmazione sanitaria toscana, approva un Progetto, obiettivo triennale per la salute dei detenuti e degli internati nelle carceri toscane che deve contenere fra l'altro:
  - a) le mappe di rischio e gli obiettivi di salute da raggiungere nel triennio di validità del Progetto in ciascuno degli Istituti penitenziari, con priorità per la prevenzione, per l'assistenza ai tossicodipendenti, ai minori, e ai malati mentali;
  - b) le modalità organizzative, anche di tipo dipartimentale, del servizio sanitario penitenziario, presso ogni Istituto di pena; i modelli organizzativi saranno differenziati secondo la tipologia dell'Istituto, comunque integrati con la rete dei presidi e dei servizi sanitari regionali, e volti a garantire un'assistenza sanitaria continuativa e il miglioramento progressivo dell'assistenza negli Istituti penitenziari;
  - c) i criteri e le modalità per il trasferimento dei detenuti che necessitano di cure in regime di ricovero negli ospedali toscani, e la creazione di degenze esclusivamente riservate a tale tipologia di utenza;
  - d) programmi di formazione e di aggiornamento specifico degli operatori sanitari che operano nelle carceri toscane, tenendo conto delle specificità professionali e delle tipologie assistenziali.

#### **Articolo 5** (Compiti della Giunta regionale)

1. La Giunta regionale, di concerto con il PRAP e l'Ufficio per i Minori, emana le linee guida alle Aziende sanitarie locali e alle Aziende ospedaliere della regione per il buon funzionamento dei servizi all'interno degli Istituti penitenziari, per la messa a punto di protocolli diagnostico-terapeutici per particolari condizioni di salute o per specifiche classi di malattie, e per la individuazione di indicatori di valutazione dell'assistenza erogata.
2. La Giunta regionale presenta annualmente al Consiglio regionale, nell'ambito della Relazione sullo stato di salute della popolazione toscana, una specifica Relazione che dia conto dello stato di salute dei detenuti nelle carceri toscane e del funzionamento dei servizi.
3. La Relazione è inviata per conoscenza al Ministero della Giustizia per il tramite del PRAP.

#### **Articolo 6** (Compiti delle Aziende sanitarie locali)

1. Le Aziende sanitarie locali della Regione Toscana sono tenute ad attuare nelle carceri toscane gli obiettivi di salute contenuti nel Piano sanitario regionale e ad organizzare in ogni Istituto penitenziario, sulla base del Progetto di cui all'articolo 3 della presente legge, un modello organizzativo adeguato alle specificità detentive, capace di erogare prestazioni pronte, efficaci e continue alla popolazione detenuta o internata.
2. Nella valutazione dell'attività dei Direttori Generali delle Aziende USL, la Regione terrà conto anche del raggiungimento degli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi sanitari negli Istituti penitenziari.
3. Il Direttore generale delle Aziende USL, in collaborazione con le Direzioni degli Istituti penitenziari interessati, provvede a compiere verifiche periodiche sullo stato di salute dei detenuti, sui risultati raggiunti e sul gradimento degli stessi detenuti, espresso anche tramite forme di consultazione.

#### **Articolo 7**

(Personale sanitario)

1. La Regione, entro sei mesi dal trasferimento del personale sanitario dipendente dal Ministero della Giustizia, di concerto con le Organizzazioni sindacali, stabilisce le procedure e i tempi per collocare il personale trasferito nella struttura organizzativa dei servizi, tenendo conto dei profili professionali e dei ruoli svolti nell'anno precedente alla data del trasferimento dei rapporti di lavoro.
2. Le Aziende sanitarie locali provvedono all'assegnazione organica del personale necessario al funzionamento dei modelli organizzativi previsti per ciascuno degli Istituti penitenziari ubicati nell'ambito della rispettiva competenza.
3. La Giunta regionale, avvalendosi anche della Associazioni del volontariato, provvede a mettere a disposizione dei Servizi sanitari i mediatori culturali necessari per i rapporti di comunicazione con gli immigrati detenuti o internati.
4. La Regione, in considerazione della specificità dell'assistenza sanitaria svolta in carcere e dei diversi ruoli del personale impegnato nell'assistenza sanitaria, provvede a realizzare, in collaborazione con il PRAP, corsi di formazione ed aggiornamento del personale suindicato, avvalendosi di esperti in campo regionale e nazionale.

#### **Articolo 8**

(Risorse finanziarie)

1. Allo scopo di garantire certezza, stabilità, quantità e qualità delle prestazioni sanitarie in tutti gli Istituti penitenziari, nel Bilancio della Regione è istituito un apposito capitolo di spesa destinato alla copertura degli oneri finanziari necessari per l'attivazione e lo svolgimento del servizio sanitario penitenziario, come articolazione del Servizio sanitario regionale.
2. Nel capitolo di spesa confluiscono le risorse finanziarie trasferite dal bilancio del Ministero della Giustizia, ai sensi dell'articolo 7 del decreto legislativo n. 230 del 1999, le risorse finanziarie della Regione stabilite nel Documento di programmazione economica e finanziaria e nella Legge finanziaria annuale.
3. Le risorse finalizzate al servizio sanitario penitenziario sono assegnate annualmente dalla Giunta regionale alle Aziende USL tenendo conto delle tipologie degli Istituti penitenziari, della consistenza della popolazione carceraria e dei problemi specifici di salute rilevati dalle Aziende sanitarie locali, sentite le Direzioni carcerarie.

#### **Articolo 9**

(Spese in conto capitale)

1. Il Direttore Generale dell'Azienda USL nel cui territorio è ubicato l'Istituto penitenziario, predispone, annualmente, sentita la Direzione dell'Istituto, il programma degli investimenti, con particolare riguardo all'adeguamento della rete ospedaliera regionale in ordine alle esigenze di ricovero dei detenuti, al fine di ottenere il finanziamento da parte del Ministero della Sanità ai sensi dell'articolo 20 della legge n. 67 del 1988.

#### **Articolo 10**

(Operatività)

1. La Regione attua gli interventi previsti nel Progetto obiettivo di cui all'articolo 7 non appena il Ministero della Giustizia avrà adottato i provvedimenti necessari al trasferimento alla Regione del personale e delle risorse di cui agli articoli 6, 7 e 8 del decreto legislativo n. 230 del 1999.

**Articolo 11**  
(Norma transitoria)

1. In attesa dell'adozione dei provvedimenti nazionali di cui all'articolo precedente, l'assistenza sanitaria all'interno delle carceri toscane, in fase transitoria, sarà realizzata mediante una opportuna opera di integrazione fra il Servizio sanitario nazionale e il Servizio sanitario penitenziario. Le modalità logistico-organizzative per lo svolgimento dell'assistenza sanitaria durante la fase transitoria saranno determinate da uno specifico protocollo da stipularsi fra il PRAP e la Regione Toscana.

**ALLEGATO II**

***Testo in corso di sottoscrizione***

**Assistenza sanitaria in carcere - Protocollo d'intesa  
tra regione Toscana  
Dipartimento del diritto alla salute e politiche di solidarietà  
e  
Ministero della Giustizia  
Provveditorato regionale dell'Amministrazione Penitenziaria**

Premesso che il D.Lgs. 230/99 ha introdotto il riordino della medicina penitenziaria sancendo il principio fondamentale della parità di trattamento, in tema di assistenza sanitaria, dei cittadini liberi e degli individui detenuti ed internati;

Considerato che il Decreto suindicato ha previsto, in particolare: il trasferimento al SSN, a decorrere dal 1° Gennaio 2000, delle funzioni sanitarie svolte dall'Amministrazione penitenziaria con riferimento ai settori della prevenzione e della assistenza ai detenuti e agli internati tossicodipendenti, nonché la individuazione, con successivo Decreto Interministeriale, di almeno tre Regioni nelle quali realizzare il graduale trasferimento, in forma sperimentale, delle restanti funzioni sanitarie;

Preso atto che la Regione Toscana, inserita tra le Regioni cui affidare la sperimentazione, ha svolto proficuamente tale compito, avviando una pluralità di iniziative in una costante ottica di collaborazione e confronto con il Provveditorato Regionale dell'Amministrazione Penitenziaria (PRAP);

Considerate le rilevanti problematiche emerse in tema di assistenza sanitaria in carcere con particolare riferimento all'assistenza farmaceutica;

Richiamato il PSR 2002/2004 che, al paragrafo 5.3.1.7, prevede una specifica azione di Piano volta a promuovere la salute all'interno delle carceri toscane, stabilisce, fra l'altro, di ricercare soluzioni e promuovere forme di collaborazione fra le Aziende USL e gli Istituti penitenziari per ottimizzare l'erogazione dei farmaci a favore della popolazione detenuta.

Tenuto conto che il PSR 2002/2004, nell'azione di Piano suindicata, prevede di sostenere le iniziative volte a migliorare l'assistenza sanitaria all'interno dell'Ospedale Psichiatrico Giudiziario di Montelupo F.no, nella certezza che una azione specifica volta a promuovere la salute all'interno delle carceri toscane non può trascurare la delicata realtà degli OPG.

Considerato che l'intenzione della Regione Toscana, in collaborazione con il PRAP, predisporre un'adeguata riorganizzazione dell'assistenza sanitaria negli Istituti Penitenziari toscani, al fine di garantire concretamente la tutela della salute alla popolazione detenuta;

Valutata la necessità, nelle more di tale riorganizzazione, di intraprendere una serie di iniziative per far fronte alle problematiche più urgenti;

Tanto premesso

### **Le parti concordano**

di attivare, nell'ambito delle azioni previste per la tutela della salute dei detenuti, una specifica iniziativa volta ad assicurare la necessaria assistenza farmaceutica all'interno degli istituti penitenziari secondo le modalità sottospecificate:

1. A titolo sperimentale, per il biennio 2003-2004, il Provveditorato regionale dell'Amministrazione penitenziaria (P.R.A.P.) della Toscana si impegna a versare annualmente, nell'apposito capitolo di Bilancio indicato dal Dipartimento del Diritto alla Salute, la somma di 350.000,00 corrispondente al 7% delle risorse erogate dal Ministero della Giustizia-Dipartimento Amministrazione penitenziaria al P.R.A.P. toscano. Tale quota potrà essere ridefinita annualmente, così come previsto dall'art. 15 del presente accordo.
2. Le determinazioni di cui all'articolo precedente sono valide a fronte di una spesa che, per il servizio erogato, non ecceda la somma di 1,5 milioni di euro. Nella ipotesi di superamento di tale somma, le parti concordano che l'eccedenza di spesa sarà distribuita tra il P.R.A.P. toscano e la Regione Toscana nella misura del 50 % ciascuno.
3. A fronte della cessione di cui al precedente punto, l'Assessore al Diritto alla Salute della Regione Toscana Impegna, nella persona del Direttore Generale, le Aziende USL, nel cui territorio sia presente uno o più Istituti penitenziari, ad erogare, a titolo gratuito, per la popolazione detenuta, i medicinali e i dispositivi medici necessari;
4. La Direzione dell'Istituto penitenziario tramite l'Area sanitaria, con cadenza di norma settimanale salvo le urgenze, provvede ad inviare, alla farmacia interna, indicata dalla Azienda USL, su modelli concordati con la stessa, apposita richiesta individuando i medicinali con l'indicazione della Denominazione Comune Italiana (DC.IT), del relativo dosaggio, forma farmaceutica e modalità di rilascio;

5. Ogni richiesta deve essere firmata dal Responsabile dell'Area sanitaria dell'Istituto penitenziario che si assume la responsabilità della corretta conservazione e dell'impiego dei medicinali richiesti, e dal Responsabile amministrativo dello stesso penitenziario;
6. I medicinali e i dispositivi medici che possono essere richiesti dalla Amministrazione penitenziaria sono quelli inseriti, dalle apposite Commissioni delle Aziende USL, nel Prontuario Terapeutico Ospedaliero (PTO);
7. Nella fase di prima applicazione del presente accordo, considerato che alcune delle esigenze farmacologiche della popolazione detenuta possono non essere contemplate nel PTO, la Direzione Sanitaria delle Aziende USL e la Direzione Sanitaria dell'Istituto penitenziario concordano circa l'eventualità di fornitura di farmaci e dispositivi medici non inclusi nel PTO. Nella fase successiva tali decisioni devono essere comunque sottoposte alla verifica delle Commissioni aziendali del PTO;
8. La fornitura di medicinali, in ogni caso, deve essere conforme a quanto stabilito dal Decreto Legislativo 30 dicembre 1992 n. 539 e successive modificazioni;
9. Con cadenza trimestrale l'Istituto penitenziario fornisce alla farmacia interna della Azienda USL di riferimento, su apposito modulo concordato con l'Azienda USL stessa, l'inventario dei medicinali e dei dispositivi medici forniti dalla Azienda USL, in deposito presso il carcere stesso;
10. Il ritiro dei medicinali e dei dispositivi medici dalla farmacia interna della Azienda USL è a carico dell'Amministrazione penitenziaria;
11. Entro trenta giorni dalla data di stipula del presente accordo le Aziende USL e gli Istituti penitenziari devono definire gli accordi a livello aziendale;
12. Dalla data di stipula degli accordi aziendali gli Istituti penitenziari provvedono al ritiro dei medicinali e dei dispositivi medici presso le farmacie delle Aziende USL;
13. A livello di accordo locale fra le Aziende USL e gli Istituti penitenziari devono essere, inoltre, definiti i seguenti aspetti:
  - a) modalità e tempi di erogazione di eventuali richieste urgenti;
  - b) farmacovigilanza;
  - c) gestione dei farmaci e dei dispositivi medici scaduti, guasti, imperfetti o ritirati dal commercio;
  - d) collaborazioni con il personale sanitario della Azienda USL sulle problematiche di carattere amministrativo e sanitario relative all'impiego dei farmaci e dei dispositivi medici;
  - e) modalità di comunicazione da parte della Azienda USL all'Amministrazione penitenziaria circa i ritiri dal commercio o le revoche dei medicinali e dei dispositivi medici;
14. Le modalità di cui ai precedenti punti si applicano per tutti gli Istituti penitenziari presenti nel territorio della Regione Toscana compreso l'Ospedale Psichiatrico Giudiziario.
15. Decorso un anno dalla stipula del Protocollo, e con successive cadenze annuali, le parti firmatarie del presente accordo procederanno ad una verifica congiunta sullo stato di salute dei detenuti e sulla efficienza dell'organizzazione concordata. In sede di verifica annuale potrà essere ridefinita l'entità delle risorse, di cui all'art 1, trasferite dal PRAP alla Regione Toscana, e le ulteriori azioni da intraprendere in ragione delle eventuali sopravvenute esigenze di tutela della salute di detenuti.
16. Considerato che per l'anno 2003 non è possibile, al momento, stabilire il periodo di concreta operatività del presente accordo, le condizioni di cui agli artt. 1 e 2 dovranno essere rapportate al periodo di effettiva applicazione dell'accordo stesso.
17. Il presente accordo, di durata annuale, è rinnovato tacitamente salvo diversa determinazione delle parti.