

## **Il passaggio della sanità penitenziaria al Servizio sanitario nazionale**

di Giulio Starnini (Direttore U.O. Medicina protetta - Malattie infettive, Ospedale Belcolle - Viterbo)

**Da “Autonomie locali e servizi sociali”  
(Il Mulino, numero 1 del 2009)**

*Sin dall’istituzione dell’ordinamento penitenziario con la L. 354 del 1975 una delle materie più controverse e oggetto di acceso dibattito circa la determinazione di competenze è stata la tutela della salute. Negli ultimi dieci anni le pressioni verso un passaggio della sanità penitenziaria al Servizio sanitario nazionale sono state crescenti, pur tra accelerazioni e stasi che, sostanzialmente, hanno mantenuto la situazione piuttosto stabile sino all’approvazione, nell’aprile 2008, del Dpcm (pubblicato in GU il 30 maggio dello stesso anno) “Modalità e criteri per il trasferimento al Servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria”.*

*Nel seguente contributo, redatto da Giulio Starnini, Direttore U.O. Medicina protetta - Malattie infettive, Ospedale Belcolle - Viterbo, che fa riferimento a documenti e scritti elaborati anche dal Dott. Sebastiano Ardita, Direttore generale Direzione generale dei detenuti e del trattamento - Dap e dalle Dott.sse Bruna Brunetti, Paola Montesanti, Anna Angeletti, rispettivamente Direttrice, Vice Direttrice e Dirigente penitenziario dell’Ufficio 111 - Servizi sanitari - Dap, si traccia un excursus complessivo di questo complesso rapporto, fornendo anche elementi di riflessione in chiave prospettica.*

### **Considerazioni sulla normativa di riordino della sanità penitenziaria**

#### **1. L’iter della Riforma dagli anni 70 al 2000**

Per comprendere fino in fondo la storia dei rapporti tra Sistema sanitario nazionale e Dipartimento dell’amministrazione penitenziaria è bene tracciare, seppur sommariamente, il percorso evolutivo e soprattutto i principi che hanno portato nel giugno del 2008 al transito delle competenze in materia di assistenza sanitaria alla popolazione detenuta dal Ministero della giustizia al Sistema sanitario nazionale. Ancor prima dell’emanazione della legge istitutiva del Servizio sanitario nazionale - 833/78 -si era consapevoli che l’istituzione penitenziaria non potesse farsi completamente carico dell’assolvimento dell’obbligo di garantire il diritto alla salute della popolazione detenuta, tant’è che nell’art. 17 del vecchio regolamento d’esecuzione - DPR 431/1976 - veniva espressamente prevista una programmazione in ambito regionale dell’organizzazione dei servizi sanitari. Ancora, con l’art. 46 della legge 354/1975, dedicato all’assistenza post-penitenziaria, veniva stabilito fin da allora l’obbligo per l’Amministrazione penitenziaria di segnalare agli organi preposti alla tutela della sanità pubblica i dimessi affetti da grave infermità psichica o fisica. Successivamente, con l’entrata in vigore della citata legge 833 del 1978 e successive modificazioni - Divo 30 dicembre 1992 n. 502/517 - viene testualmente disposto che la salute di ogni individuo (i detenuti non vengono citati, ma neanche espressamente esclusi) deve essere assicurata dal Servizio sanitario nazionale, nei rispetto della dignità e della libertà della persona umana. Il diritto alla salute di coloro che si trovano in condizione di privazione della libertà deve essere, quindi, garantito quale diritto inviolabile dell’uomo sia come singolo, sia nelle formazioni sociali ove si svolge la sua personalità ed è chiaro che l’istituto penitenziario in cui un individuo viene ristretto, concretizzandosi in una

formazione sociale, diviene il luogo in cui lo stesso esplica la propria personalità.

Accanto alla legislazione di carattere generale, numerosi sono stati inoltre i richiami alla salute in carcere contenuti in norme di settore emanate nel corso di questi ultimi decenni. Basti pensare al DPR 309/1990 - "Testo unico in materia di disciplina delle sostanze stupefacenti [...]", che assegna ai Seri la presa in carico del detenuto tossicodipendente, o alla legge 296/1993, che individua la necessità di realizzare specifici reparti per il ricovero dei detenuti e degli internati nelle strutture ospedaliere del Ssn.

Certamente, nella *ratio* di tutti questi interventi legislativi sono evidenti e forti due principi che l'amministrazione penitenziaria ha sempre condiviso:

- la necessità che propedeutica, a qualsiasi intervento di recupero sociale e di reinserimento, debba essere, se non la presenza di uno stato di benessere psico-fisico, almeno l'assenza di malattia;
- l'obbligo per diverse istituzioni dello Stato di collaborare ed integrarsi, ognuno negli specifici ambiti, per il bene del singolo e della collettività.

Su quest'ultimo principio ritornerà poi anche il DPR 230/2000 - Nuovo regolamento di esecuzione dell'ordinamento penitenziario.

In particolare, nell'art. 20 il legislatore nel dettare disposizioni particolari per gli infermi e seminfermi di mente, diversamente da quanto indicato in via generale dall'attuale art. 17 (che per l'assistenza sanitaria ai detenuti intesa in senso generale rimanda alla normativa vigente), specifica che nei confronti non solo degli internati infermi o seminfermi di mente, ma anche dei detenuti, il servizio sanitario pubblico "accede in istituto per rilevare le condizioni e le esigenze degli interessati e concordare con gli operatori penitenziari l'individuazione delle risorse esterne utili per la loro presa in carico [...] necessaria per il loro successivo reinserimento sociale". Viene quindi evidenziata normativamente la necessità che l'assistenza sanitaria per il detenuto sia organizzata in maniera tale che l'intervento psichiatrico abbia una sua continuità anche attraverso forme di collaborazione con i Dipartimenti di salute mentale (Dsm).

La responsabilità della gestione e l'organizzazione dei servizi sanitari interni agli Istituti penitenziari rimane comunque in quegli anni fermamente incardinata nel Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria. Le ragioni per tale scelta possono essere ricercate nel parere del Consiglio di Stato (il. 305 del 7.7.1978) che confermò la esclusiva competenza dell'Amministrazione penitenziaria in tema di tutela della salute delle persone reclusi, ritenendo tale assistenza "tra i compiti riservati allo Stato, da svolgere con le preesistenti strutture del servizio sanitario penitenziario". Tale formula nascondeva la volontà da una parte di considerare - a ragione - la salute della persona detenuta come parte imprescindibile e propedeutica di qualsiasi forma di trattamento psicosociale e di recupero, dall'altra il timore - motivato? - che la perdita di autorità da parte delle direzioni e quindi del Ministero a favore delle Asl su un settore così importante potesse porre come conseguenza una minaccia per la sicurezza e l'ordine degli Istituti penitenziari.

A margine c'era poi la netta opposizione dell'associazione di categoria degli operatori sanitari penitenziari (per la maggior parte già titolari all'esterno delle carceri di un rapporto a convenzione o dipendenti del Ssn) di perdere la possibilità di continuare a svolgere legittimamente anche la loro opera professionale negli istituti penitenziari, attraverso l'abrogazione del principio di compatibilità tra più incarichi sancito dalla legge n. 740 del 1970.

Gli anni 90 vedono comunque il crescere di un movimento di opinione a favore del passaggio delle competenze che, partendo dall'esperienza di singoli e passando attraverso le associazioni di volontariato attive nelle carceri, arriva a coinvolgere Enti locali, sindacati, autorità politiche, che daranno poi vita nel 2005 al Forum nazionale per la tutela della salute dei detenuti e delle detenute adulti e giovani, al quale aderirà anche Simspe - Società italiana di medicina e sanità penitenziaria -

gli aderenti alla quale avevano già dal 1998 dichiarato l'assenza di pregiudiziali nei confronti del transito dell'assistenza sanitaria dal Ministero della giustizia alle Asl.

A proposito di tale posizione, credo opportuno, vista la carica di Presidente Simspe, allora ricoperta dallo scrivente, ricordare le motivazioni poste alla base della stessa. Pur mantenendo un rapporto di lealtà e correttezza con l'Amministrazione penitenziaria, è innegabile come, al di là di un rispetto per la singola persona la professionalità medica, indispensabile e ricercata, venisse considerata marginale, quasi estranea all'essenza del Ministero della giustizia e ai suoi fini istituzionali.

Una sorta di *service* al quale concedere minimi riconoscimenti economici e la compatibilità con altri incarichi nel Ssn in cambio di servizi essenziali, funzionali al mantenimento dell'ordine e della sicurezza degli Istituti. Emblematico di tutto ciò era il non aver voluto personale dirigenziale di ruolo - tranne poche eccezioni relative alla direzione degli Ospedali psichiatrici con la doppia veste di direttore sanitario e amministrativo - e la "dimenticanza" della citazione dell'Ufficio sanitario nel nome della Direzione generale che lo prevede e che si denomina appunto "Direzione generale dei detenuti e del trattamento".

Fin troppo ovvio che in non pochi medici e infermieri di "ultima generazione", che nel frattempo avevano raggiunto e sviluppato una conoscenza approfondita e specifica delle tematiche di sanità penitenziaria manifestatasi in congressi e pubblicazioni scientifiche, gli aumenti di qualche euro non bilanciassero l'assenza di un reale riconoscimento della propria professionalità, come invece possibile nel Ssn.

Lontane dal pensare pragmatico del medico penitenziario, ma anche dall'etica comportamentale, erano e sono altre motivazioni poste alla base della richiesta di cambiamento, forse più dettate da motivi pubblicitari che realmente sentiti dagli stessi promulgatori. Tra queste, il retorico richiamo alla negazione dell'art. 32 della Costituzione all'interno delle carceri italiane, al quale rispondevano, altrettanto retoricamente, alcuni di opposto pensiero, affermando la presenza di un'assistenza sanitaria superiore all'interno delle carceri. Visioni alternative da respingere entrambe semplicemente ricordando l'enorme divario che esiste, nel Ssn, tra diverse Regioni e Aziende sanitarie. La naturale necessità di riservatezza legale al rispetto delle persone delle istituzioni e della sicurezza è stata letta poi come assenza di trasparenza, questo nonostante la stessa Direzione generale dei detenuti e del trattamento negli ultimi otto anni abbia costantemente e tenacemente cercato di aprire la conoscenza della sanità penitenziaria a tutti coloro ne avessero avuto desiderio.

Da alcuni con scarsissimo rispetto per la professionalità degli operatori, è stato affermato che i medici e gli infermieri, se dipendenti o convenzionati con il Ministero della giustizia, non potevano operare in "scienza e coscienza", dal momento che le decisioni sono o possono essere subordinate all'Ordinamento penitenziario, cioè a un sistema totale che non ammetterebbe autorità altre e decisioni autonome, pur fondate sulla dignità della scienza medica.

Una cosa è invece affermare, come avviene e avverrà, che le decisioni mediche, anche riguardanti la salute delle persone, all'interno degli istituti penitenziari devono tenere presenti gli aspetti organizzativi e di sicurezza prospettati da direttori e forze dell'ordine, rimanendo comunque al professionista la responsabilità di decidere i tempi e i modi dell'agire sanitario.

Anche l'oggettiva difficoltà del Centro elaborazioni dati del Dipartimento a fornire dati epidemiologici sulle carceri è stata letta come vuoto di informazioni organizzato e voluto, nonostante si sia riconosciuto che lo stesso Dipartimento della amministrazione penitenziaria in occasione della stesura dei Progetti obiettivi per la salute dei detenuti forniva dati epidemiologici ovviamente definiti "naturalmente approssimativi e discontinui". Informazioni che comunque, "pur essendo valutazioni approssimative, lontane dal vero per difetto" sono state le uniche che hanno consentito di sapere che "la salute sarebbe buona tra i detenuti per il 20%, mediocre e/o scadente

per il 75%, grave per il 4,5%”.

Viene riconosciuto che Il Ministero della giustizia si è profuso, per anni e anni, in una miriade di circolari e di disposizioni per avere un buon servizio sanitario, ma quelle circolari hanno avuto l'effetto delle “grida manzoniane” per il fatto che esse cadevano in un sistema “spappolato”, incapace per costituzione di proporsi la presa in carico, la continuità terapeutica e la prevenzione degli stati morbosi pur constatati. Il Ministero ha tentato, ma non c'è riuscito né ci poteva riuscire. Il sistema messo in piedi ha dato quello che poteva dare, niente di più, cioè un surrogato del sistema sanitario. Si vuol dire che non è tanto questione di più o meno buona volontà del Ministero. Anche questo conta, certamente, ma se il sistema è raccogliuccio e se si tagliano drasticamente i fondi alla sanità penitenziaria, come è avvenuto con le diverse finanziarie, il disastro è nelle cose,

Si criticano “le miriadi di circolari”, ma si tace sull'assenza decennale di normativa specifica in materia di assistenza nelle carceri da parte del Ministero della salute e della giustizia; non una parola per i *Documenti di programmazione e indirizzo*, emanati dalla Direzione generale dei detenuti e del trattamento, che a partire dal 2000 hanno cercato di supplire a tale assenza; non un cenno alle Unità operative di sanità penitenziaria presso i Provveditorati dell'Amministrazione penitenziaria, letteralmente “inventate” che già nel 2001 iniziavano, anche se non in tutte le Regioni, un lento lavoro congiunto che ha evitato il collasso dell'intero sistema e posto le basi per un trasferimento non traumatico delle competenze.

Anche l'assenza di aggiornamento e di formazione degli operatori, che già la legge n. 740 del 1970 delegava al Ministero della Salute, viene addebitata al Ministero della Giustizia. Si è taciuto tra l'altro sul faticosissimo percorso che, sempre partendo dalla Direzione generale dei detenuti e del trattamento, ha portato alla realizzazione nel 2006 dei primi corsi di educazione continua in medicina per medici e infermieri penitenziari, voluti dal Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria. Il Sistema sanitario penitenziario si sarebbe poi organizzato nell'attesa della domanda, come un qualsiasi negozio che vende merci, in questo caso prodotti di bassa qualità, senza porsi le giuste domande preventive necessarie in un sistema che, con straordinaria sapienza metabolizzata, sa occultare i problemi esistenziali delle persone detenute.

Ci si dimentica che le prime campagne di prevenzione dell'Hiv in Italia hanno ricevuto un forte stimolo dagli studi condotti negli studi penitenziari fin dai 1983; si trascurano le linee di indirizzo, fornite congiuntamente all'istituto superiore di sanità, su Hiv stesso, epatiti, tubercolosi; si tralasciano le campagne nazionali di prevenzione delle patologie cardiovascolari inserite in più programmi esecutivi d'azione, Tornando all'iter normativo, verso la fine del decennio scorso si arriva alla legge 30.11.1998, n. 419, avente ad oggetto “Delega al Governo per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale e per l'adozione di un testo unico in materia di organizzazione e funzionamento del Servizio sanitario nazionale”, clic reca tra le quattro distinte deleghe legislative quella contenuta nell'art. 5, volta al riordino della medicina penitenziaria. In forza di questa previsione veniva emanato il Divo 22.6.1999, n. 230 che, ispirandosi all'art. 32 della Costituzione, sancisce il passaggio del personale sanitario e delle risorse dal Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria al Ssn.

## **2. D.l.vo 230/99 e relativi Decreti attuativi: normativa e osservazioni**

La legge opera preliminarmente una ripartizione delle competenze in materia sanitaria tra il Ministero della salute e il Ministero della giustizia prevedendo, attraverso forme graduali;

- il trasferirne rito al primo delle funzioni sanitarie, in specie di programmazione, indirizzo e coordinamento tra strutture penitenziarie. Amministrazioni centrali, Regioni e Asl connesse con

l'esigenza primaria di tutela della salute dei detenuti;

- l'istituzione di un contingente di personale medico e sanitario da destinare all'Amministrazione penitenziaria.

Dal punto di vista procedurale sono individuati due differenti percorsi:

- il trasferimento, alla data del 1.1.2000, dal Ministero della giustizia - Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria alle Asl di tutto il territorio nazionale, delle sole funzioni relative alla prevenzione generale e alla diagnosi e terapia delle tossicodipendenze;

- l'individuazione di almeno tre Regioni nelle quali avviare il trasferimento graduale in forma sperimentale anche di tutte le altre funzioni sanitarie.

Venendo ad una breve e parziale disamina dei nove articoli di cui si compone il decreto, nel primo si afferma il diritto alla salute dei detenuti e degli internati, al fine di assicurare loro condizioni uniformi per tutti i livelli di assistenza individuati nel Piano sanitario nazionale, con l'esclusione per la popolazione detenuta di partecipazione alle spese di prestazione sanitaria. Viene prevista inoltre l'iscrizione obbligatoria al Ssn, limitatamente al periodo detentivo, anche degli stranieri che "hanno parità di trattamento e piena uguaglianza di diritti rispetto ai cittadini liberi, a prescindere dal regolare titolo di permesso di soggiorno in Italia".

L'iscrizione e l'identità del soggetto erogatore dell'assistenza consentono così di evitare quei fenomeni di mancanza di assistenza che caratterizzava lo straniero prima e dopo la dimissione dal carcere. Non si pongono peraltro problemi di ticket, dato che il 6° e. prevede l'esclusione di tutti i reclusi dal sistema di compartecipazione alla spesa sanitaria per le prestazioni erogate dal Ssn. Il riconoscimento dell'esenzione risolve anche quei problemi legati all'accertamento dello stato d'indigenza, favorendo un eguale accesso alle prestazioni sanitarie senza dover ricorrere all'attestazione dell'esenzione per patologia d'organo.

Il 4° e, abolendo la disciplina instaurata con le circolari amministrative stabilisce, per i detenuti e gli internati, il mantenimento dell'iscrizione al Ssn. L'applicazione del sopracitato articolo, che non sembrava apparentemente presentare difficoltà di attuazione, è stata in verità disattesa in molte Regioni; il Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria si è visto costretto a sollecitare, attraverso i propri Provveditori regionali, gli Assessorati alla Sanità ad una maggiore collaborazione. In particolare, è stata disposta l'istituzione, là dove non già presente, presso gli uffici matricola, di un elenco aggiornato dei codici di iscrizione al Servizio sanitario nazionale di tutti i detenuti e gli internati in forza nell'istituto, compresi gli stranieri.

Per questi ultimi si provvederà a richiedere l'iscrizione ai competenti Uffici Asl, al fine di garantire la medesima assistenza offerta ai cittadini non detenuti specificatamente in materia di fruizione dei farmaci e prestazioni specialistiche e di laboratorio presso strutture sanitarie esterne, qualora necessario. Si è chiesto inoltre che ai Dirigenti o Coordinatori responsabili dell'area sanitaria venga rilasciato dalla Asl competente il ricettario regionale per la prescrizione dei farmaci urgenti non disponibili nell'armadio farmaceutico dell'istituto, da acquisirsi, sempre senza oneri di partecipazione alla spesa, presso le farmacie esterne. L'art. 2 stabilisce il principio che l'assistenza sanitaria richiede preventivamente la collaborazione reciproca delle due Amministrazioni, che sola può garantire l'effettività delle prestazioni ed una attuazione degli obiettivi conforme alle previsioni dei Piani sanitari. In tale direzione è disposta la globalità degli interventi di assistenza sociale e sanitaria da attuare in maniera uniforme da parte dello Stato, delle Regioni e Province autonome, dei Comuni, delle Aziende sanitarie e degli Istituti penitenziari, attraverso anche sistemi di informazione ed educazione sanitaria.

Nell'art. 3 vengono specificate le competenze degli organi del Ssn, prevedendo l'intervento delle Autorità sanitarie che portano il loro modello amministrativo decentrato all'interno delle carceri:

- il Ministero della sanità esercita le competenze in materia di programmazione, di indirizzo e coordinamento del Ssn negli Istituti, già desumibile dalla legge 833/78;
- le Regioni esercitano le competenze in ordine alle funzioni di organizzazione e programmazione dei servizi sanitari regionali negli Istituti penitenziari e il controllo sul funzionamento degli stessi;
- alle Asl sono affidati la gestione e il controllo dei servizi sanitari negli Istituti.

E prevista, inoltre, una responsabilità del Direttore generale (della struttura sanitaria) che risponde della mancata applicazione e dei ritardi nell'attuazione delle misure previste ai fini dello svolgimento dell'assistenza sanitaria penitenziaria. Al di fuori di tali organi appare importante sottolineare il mantenimento di una funzione di controllo anche da parte dell'amministrazione penitenziaria che interviene attivamente per segnalare, in caso di inerzia e ai fini dell'attivazione di poteri sostitutivi, alle Autorità sanitarie locali, regionali e direttamente al Ministero della salute, le questioni attinenti alla mancata osservanza delle disposizioni del decreto. Per il resto all'amministrazione penitenziaria compete la funzione di garanzia della sicurezza negli Istituti e nei luoghi esterni di cura (art. 2, e. 4°), e l'individuazione di un contingente di personale medico e sanitario da destinare all'Amministrazione penitenziaria (art. 4. e. 4°). In osservanza alla previsione di programmi nell'ambito del Piano sanitario nazionale, prevista all'art. 5, in data 21 aprile 2000, è stato emanato il decreto interministeriale "Approvazione del progetto obiettivo per la tutela della salute in ambito penitenziario", che definisce gli orientamenti per le Regioni nella stesura dei Piani regionali di assistenza alla popolazione detenuta. In particolare, il progetto si incarica di indicare:

- gli indirizzi specifici finalizzati ad orientare il Ssn verso il miglioramento continuo dell'assistenza negli Istituti penitenziari;
- i modelli organizzativi dei servizi sanitari penitenziari anche di tipo dipartimentale differenziati per tipologie d'istituto;
- [e esigenze relative alla formazione specifica dell'assistenza sanitaria in ambito penitenziario;
- le linee-guida finalizzate a favorire all'interno degli Istituti lo sviluppo di modalità sistematiche di revisione e valutazione dell'assistenza erogata e ad assicurare l'applicazione dei livelli uniformi, essenziali e appropriati di assistenza;
- gli obiettivi specifici di salute da raggiungere nel triennio (medicina generale, assistenza farmaceutica, medicina specialistica, assistenza sanitaria alte persone immigrate detenute, tossicodipendenza, prevenzione, tutela della salute mentale, malattie infettive, attività di riabilitazione).

L'art. 7 dispone il trasferimento delle risorse finanziarie, iscritte nello stato di previsione della spesa del Ministero della giustizia, al Fondo sanitario nazionale senza però superare l'ammontare delle risorse attualmente assegnate all'amministrazione penitenziaria. Dal punto di vista della mole degli investimenti non vi è stata dunque alcuna variazione, anzi si è assistito per il 2002 ad una riduzione di circa il 13% dei finanziamenti.

Si ritiene doveroso precisare che la Corte dei conti, a conclusione dell'indagine effettuata sull'assistenza sanitaria nei confronti della popolazione detenuta (periodo 1997-1998-1999) e sullo stato di attuazione del Divo 230/1999, ha verificato le notevoli difficoltà intrinseche alla realizzazione non solo del progetto obiettivo, ma anche della fase sperimentale. In relazione alla "sperimentazione" prevista all'art. 8, e. 2°, con decreto del Ministero della Sanità e del Ministero della giustizia del 20.4.2000, venivano individuate le tre Regioni, Toscana, Lazio e Puglia, ove avviare la fase sperimentale che si doveva concludere il 22 novembre 2000.

Con il successivo D.l.vo 22 dicembre 2000, n. 433 sono state apportate disposizioni correttive del Divo 230/99; in particolare il nuovo termine della durata della fase sperimentale veniva prorogato al 30 giugno 2002 e la sperimentazione estesa alle Regioni e alle Province autonome che entro trenta

giorni dalla data di entrata in vigore del decreto medesimo avessero fatto richiesta di parteciparvi al Ministero della salute e al Ministero della giustizia.

Entro il termine sopraindicato facevano richiesta di partecipare alla fase sperimentale anche le Regioni Campania, Emilia Romagna e Molise.

### **3. Il tentativo di sperimentazione. I provvedimenti di carattere generale adottati dal Dipartimento dell'Amministrazione penitenziaria e dalle Regioni**

Riguardo al trasferimento, alla data dell'1.1.2000. dal Ministero della Giustizia - Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria - alle Asl di tutto il territorio nazionale, delle sole funzioni relative alla prevenzione generale e alla diagnosi e terapia delle tossicodipendenze, veniva emanata la circolare n. 578455/14, del 28.12.1999, a firma congiunta dei Ministri della sanità e della giustizia, con la quale si definiva il passaggio delle sole funzioni relative alla prevenzione generale e delle competenze in materia di prevenzione, diagnosi e terapia delle dipendenze dalla Amministrazione Penitenziaria alle Asl; la circolare n. 3510/5960 del 29.12.1999 disciplinava il regime autorizzatorio e le modalità di accesso negli Istituti penitenziari del personale appartenente al Servizio sanitario nazionale.

Nel corso dell'anno 2000 venivano indette riunioni e richieste informazioni ai Provveditorati in merito allo stato di realizzazione del Divo 230/99, I Provveditori regionali di Lazio, Toscana e Puglia rappresentavano l'impossibilità di dare immediata attuazione alla legge. Concordi con questo parere erano i rappresentanti degli Assessorati alla Sanità, durante una serie di incontri che si sono svolti nelle varie Regioni.

Presso questi organismi venivano istituite Commissioni composte da dirigenti e funzionari delle Asl e del Prap per elaborare i vari progetti obiettivi regionali. In tutte le sedi di sperimentazione si optava per una fase di studio preliminare delle criticità correlate al passaggio delle competenze in materia sanitaria da questa Amministrazione al Ssn.

Notevoli difficoltà emergevano in tutte le Regioni in ordine all'impegno delle Asl che non avrebbero incrementato l'attività dei Sert e di medicina preventiva dopo l'avvio della riforma all'interno degli Istituti penitenziari. In linea di massima, veniva osservato da parte delle competenti Asl l'impiego, per l'assistenza alle persone detenute tossicodipendenti, soltanto degli operatori dell'ex presidio per i tossicodipendenti, mentre l'attività di prevenzione continuava ad essere generalmente svolta soltanto dal medico penitenziario responsabile dell'arca sanitaria.

Conseguentemente a ciò veniva riferita una riduzione dell'affidamento dei detenuti tossicodipendenti alle comunità terapeutiche, una discontinuità terapeutica, supplita in parte dalla collaborazione dei medici del suddetto presidio per le tossicodipendenze e di quelli del servizio integrativo di guardia medica - Sias. Entrambe queste figure professionali non erano però legittimate a disporre del metadone, se non nelle situazioni di necessità.

Difficoltà furono rilevate, inoltre, nei rapporti tra le Direzioni degli Istituti e le Asl, in particolare in materia di competenze specifiche nel trattamento sanitario delle persone tossicodipendenti e in ordine a problematiche collegiate all'istituto dell'incompatibilità dei medici penitenziari con altri incarichi nel Ssn. Con la successiva circolare prot. n. 591263/14, del 14.07.2000 si raccomandava alle Direzioni di fornire alle Asl competenti per territorio la massima collaborazione per giungere alla soluzione delle problematiche sovra-esposte, contestualmente alla necessità di portare a conoscenza degli Uffici competenti del Dap eventuali criticità emerse in questi primi mesi di applicazione del disposto normativo.

Nel frattempo, per evitare pericolosi vuoti nell'assistenza sanitaria alle persone detenute

tossicodipendenti, veniva data indicazione alle Direzioni di istituto, sia nel 2001 che nel 2002, di continuare a farsi carico degli oneri relativi alla stipula delle convenzioni per il personale sanitario funzionalmente trasferito alle Asl, fino all'emanazione del relativo decreto di trasferimento delle risorse.

Appare evidente che la prevista sperimentazione, al di là della stesura di protocolli di intesa e progetti obiettivi regionali, non trovò attuazione né nelle Regioni propositi per le sperimentazioni, né nelle altre, in considerazione dei seguenti punti:

- assoluta inadeguatezza delle risorse finanziarie;
- le funzioni trasferite dall'01.01.2000 (tossicodipendenza e prevenzione) continuavano di fatto ad essere assicurate da personale a convenzione con onere a carico dal Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria. I Seri si limitavano a coordinare tale personale, senza aver implementato, nella generalità dei casi, nessuno dei servizi offerti. Nessuna iniziativa di carattere generale veniva assunta dalle Regioni (ad eccezione di qualche Asl che proponeva e attuava studi epidemiologici e limitate campagne vaccinali) in merito alla prevenzione (anch'essa transitata alle Asl dall'1.1.2000).

#### **4. La Commissione "Tinebra"**

Nel 2002 veniva istituita, con decreto 16 maggio 2002 del Ministero della giustizia emanato di concerto con il Ministro della Salute la "Commissione mista di studio per il rinnovamento del Servizio sanitario penitenziario".

A tale commissione veniva affidato l'incarico di "pervenire all'adozione di un nuovo modello legislativo "per" innovare i metodi organizzativi e la qualità del servizio sanitario penitenziario, tenendo conto dei risultati delle sperimentazioni effettuate". Si trattava, viste le difficoltà incontrate nella fase di sperimentazione, di elaborare un modello che potremmo definire "intermedio" rispetto al precedente, in quanto avrebbe dovuto mantenere in capo ai medici dell'amministrazione la medicina di base, riservando il compito di garantire medicina specialistica, assistenza farmaceutica e ospedaliera al Sistema sanitario nazionale.

L'attività della Commissione proseguiva 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 Ssn. La commissione ha tenuto più riunioni (tra il 4 giugno 2002 ed il 12 marzo 2003), predisponendo un ventaglio di possibili soluzioni nessuna delle quali la però avuto pratica attuazione.

Appare ugualmente utile soffermarsi sugli argomenti ritenuti significativi dalla Commissione e sintetizzare le problematiche esposte e rappresentate anche nella sede della successiva indagine conoscitiva avviata nel 2003 presso le Commissioni riunite II (Giustizia) e XII (Affari sociali della Camera dei deputati), in quanto molti di questi punti non hanno ancora trovato adeguata risposta:

- continuità dell'assistenza (notturna e festiva);
- conservazione del passaggio delle funzioni al Ssn in materia di tossicodipendenze;
- modalità di erogazione dell'assistenza ospedaliera all'esterno degli istituti;
- modalità di erogazione dell'assistenza psichiatrica;
- assistenza specialistica, di remunerazione dall' reo alle 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 (venivano esaminati essenzialmente i profili della qualità delle prestazioni) veniva rinvenuta nel rinvio ai principi che regolano i “livelli essenziali di assistenza” (Lea), definiti dal Dpcm 29 novembre 2001.

## **5. Dalla Commissione Gaglione al d.p.c.m. 1 aprile 2008**

La non incisività dei lavori prodotti dalla Commissione interministeriale “Tinebra” rafforzava il convincimento di chi riteneva non riformabile dall’interno il Sistema sanitario penitenziario.

In tal senso importante ruolo di stimolo nei confronti del Governo Prodi e dei Ministri della salute Livia Turco e della Giustizia Clemente Mastella, affinché si avviasse il percorso di transito di tutti i servizi sanitari alle Asl, continuava ad essere svolto da alcune Regioni (in particolare Toscana, Emilia Romagna e Lazio), dal Forum nazionale per la tutela della salute dei detenuti (organismo che ha sede presso l’Ufficio del garante dei diritti dei detenuti del Lazio, presieduto da Leda Colombini, presidente dell’associazione di volontariato “a Roma Insieme” e responsabile delle politiche sociali di Lega autonomie locali Nazionale), dai Garanti regionali dei diritti dei detenuti, da importanti sigle sindacali (Cgil) e associazioni Onlus (Antigone).

Nel maggio 2007, su iniziativa del Sottosegretario alla Salute Prof. Antonio Gaglione, veniva costituito, presso il Ministero della Salute, un gruppo tecnico coordinato dallo stesso sottosegretario e composto da: sottosegretario alla Giustizia, dai Capi della segreteria e da Dirigenti dei due Dicasteri indicati, nonché da componenti delegati dalla Conferenza delle Regioni e Province autonome, con l’obiettivo di redigere una proposta di Dpcm attuativo di quanto previsto dal precedente D.l.vo 230/99. Nell’ambito dello stesso gruppo venivano definiti dei “gruppi di lavoro” incaricati di svolgere approfondimenti tecnici sui seguenti dati:

- quadro delle risorse impiegate nel bilancio del Ministero della giustizia nell’ambito della medicina penitenziaria e verosimile proposta di integrazione di risorse funzionali al passaggio di competenze;
- relazione dettagliata sul personale interessato dal trasferimento di competenze ed eventuali problematiche correlate.

Nel novembre 2007 si svolgeva un incontro tra i componenti del tavolo tecnico -gruppo personale della medicina penitenziaria, le Ooss e le associazioni di categoria, dove veniva fornita un’informazione relativa all’inquadramento del personale sanitario di ruolo e non di ruolo interessato dal transito, così come previsto nell’art. 3 dell’emanando Dpcm.

Tra le criticità emerse in sede di discussione si faceva rilevare la grande discrepanza tra le retribuzioni riconosciute al personale sanitario di ruolo e non di ruolo dell’amministrazione penitenziaria, e quelle erogate nell’ambito del Servizio sanitario nazionale per analoghe funzioni svolte.

In considerazione della necessità di assicurare adeguate risorse al processo di riforma emergeva la necessità, da parte del Ministero della salute, di proporre l’inserimento di uno specifico articolo nella legge finanziaria del 2008, comprensivo dell’assistenza sanitaria negli istituti penali per adulti, negli istituti per minori e negli Ospedali psichiatrici giudiziari, anche con la previsione di risorse aggiuntive individuate nell’ambito del bilancio del dicastero.

Veniva quindi proposto un emendamento al Documento di programmazione economica e finanziaria 2008 che era definitivamente recepito nell’art. 2, e. 283”, della legge 24 dicembre 2007, n. 244 (Finanziaria 2008) pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale n. 300 del 28.12.2007

Contestualmente all’interno del gruppo tecnico e con la collaborazione parziale di esperti esterni si procedeva alla rielaborazione del “Progetto obiettivo per la tutela della salute in ambito

penitenziario” del 2000.

Il Ministero della salute coordinava la stesura finale delle nuove linee guida “Linee di indirizzo per gli interventi del Servizio sanitario nazionale a tutela della salute dei detenuti, e degli internati negli istituti penitenziari, e dei minorenni sottoposti a provvedimento penale” nelle quali sono individuati i principi di riferimento della materia e gli obiettivi di salute in ambito penitenziario e alle quali ha collaborato, relativamente ad alcuni paragrafi, anche l’Ufficio III Servizi sanitari della Direzione generale detenuti e trattamento dell’amministrazione penitenziaria. In particolare nelle stesse vengono individuati le seguenti azioni programmatiche e interventi prioritari:

- istituzione di un sistema informativo nazionale sulla salute dei detenuti;
- interventi di prevenzione primaria delle patologie cronico-degenerative;
- salubrità degli ambienti;
- interventi di prevenzione cura, riabilitazione e recupero sociale nelle specifiche aree di:
  - 1) Medicina generale
  - 2) Medicina specialistica
  - 3) Emergenza sanitaria
  - 4) Patologie infettive
  - 5) Tossicodipendenza
  - 6) Salute mentale
  - 7) Salute delle gestanti e della prole
  - 8) Salute delle persone immigrate
- prestazioni medico legali a favore della popola/ione detenuta;
- indicazioni sui modelli organizzativi da adottare;
- istituzione presso la Conferenza unificata fra lo Stato le Regioni e te Province autonome e le autonomie locali di un Tavolo di consultazione, costituito da rappresentanti dei dicasteri della Salute, della Giustizia, delle Regioni e Province autonome delle autonomie locali.
- istituzione in ogni Regione e Provincia autonoma di un Osservatorio permanente sulla sanità penitenziaria con rappresentanti della Regione, dell’Amministrazione penitenziaria e della Giustizia minorile competenti territorialmente;
- previsione di una struttura di riferimento presso il Ministero della giustizia,

Nella G.U n. 126 del 30 maggio 2008 veniva quindi pubblicato il Dpcm. 01 aprile 2008 “Le modalità, i criteri e le procedure per il trasferimento al Servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie, delle risorse finanziarie, dei rapporti di lavoro, delle attrezzature, arredi e beni strumentali relativi alla sanità penitenziaria” in attuazione dell’art. 2, e, 283°, legge 24 dicembre 2007, n. 244 (Finanziaria 2008). Il Dipartimento dell’amministrazione penitenziaria aveva in precedenza assicurato che entro febbraio 2008 i Provveditori regionali avrebbero fatto pervenire gli elenchi aggiornati delle attrezzature, degli arredi e dei beni strumentali di proprietà del [Amministrazione penitenziaria trasferiti alle Aziende sanitarie, in base alle competenze territoriali (art. 4 del citato Dpcm).

Veniva prevista, altresì, la presa in carico da parte delle Regioni degli Ospedali psichiatrici giudiziari e delle Case di cura e custodia (art. 5), secondo le modalità e i tempi previsti nelle apposite linee guida (All. n. 4), ispirate ai principi di territorialità e di riabilitazione socio-sanitaria degli internali portatori di patologia psichiatrica.

Dal 14 giugno 2008 sono state trasferite *ape legis* al Servizio sanitario nazionale tutte le [unzioni sanitarie svolte dal Dipartimento dell’amministrazione penitenziaria e dal Dipartimento della Giustizia minorile del Ministero della Giustizia. Alcuni argomenti di particolare rilevanza per l’Amministrazione penitenziaria - le mansioni relative al personale di polizia penitenziaria (relazioni sanitarie per le trattenute in busta paga, idoneità a specifiche mansioni, pareri circa l’invio del

personale di Polizia penitenziaria presso le Commissioni mediche ospedaliere, etc.): la valutazione sui trasferimenti per motivi di salute di detenuti sottoposti a particolari misure di sicurezza (41 bis); al parere tecnico sugli interventi posti in essere dalle Asl negli Istituti - non hanno però ricevuto adeguata risposta né nel Dpcm né nelle allegate Linee - di indirizzo, Questo nonostante la previsione normativa indicata al e. 4° dell'art. 4 del Divo 230/99 avesse specificato che "In relazione alle esigenze dell'Amministrazione Penitenziaria è definito un contingente di personale medico e sanitario da destinare all'Amministrazione Penitenziaria".

## **6. I lavori preparatori del gruppo tecnico istituito nell'ambito della commissione salute della conferenza delle Regioni e Province autonome, coordinato dalla Regione Toscana**

Su iniziativa della Regione Toscana e al fine di avviare i percorsi indicati dal D.p.c.m. per la predisposizione degli atti dal medesimo previsti è stato costituito, fin dal mese di aprile 2008, a Roma, presso il Coordinamento commissione salute della Conferenza delle Regioni e Province autonome (struttura associativa interregionale)<sup>1</sup>, un gruppo tecnico di rappresentanti delle Regioni, al quale sono stati invitati a partecipare delegati del Ministero della salute e del Ministero della giustizia. Numerosi incontri hanno consentito di approfondire le tematiche di maggiore complessità:

- Convenzione Regione/Ministero per identificazione e uso locali e trasferimento risorse strumentali;
- Convenzione a titolo non oneroso per impiego psicologi ex art. 80 legge 354/1975 e d.l.vo n. 272/1989 di cui art. 3. e 6 Dpcm;
- Problematiche inerenti il personale non di ruolo ex legge 740/1970;
- Titolarità rapporti di lavoro in transito, assegnazione alle aziende;
- Protocollo per stabilire criteri e modalità di rapporti interistituzionali per quanto attiene gli accessi e gli interventi del personale sanitario presso gli Istituti penitenziari;
- Cartella clinica informatizzata;
- Modelli organizzativi;
- Criteri di riparto tra Regioni dei finanziamenti assegnati; identificazione strutture nazionali a valenza sanitaria del circuito penitenziario;
- Ospedali psichiatrici giudiziari. Tra gli argomenti da definire con maggiore precisione, il contenuto dell'art. 7 del Dpcm 1 aprile 2008, riguardante le forme di collaborazione tra l'ordinamento sanitario e quello penitenziario. La stesura definitiva sarà redatta in sede di Conferenza Stato-Regioni. Nella Seduta della Conferenza unificata del 31 luglio 2008, presieduta dal Ministro per i rapporti con le Regioni, è stata infine deliberata la "Costituzione di tavoli tecnici di lavoro tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome e le autonomie locali con funzioni istruttorie, di raccordo, di consultazione e concorso alle attività della Conferenza unificata in materia di attuazione del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 1 aprile 2008 recante: "Modalità e criteri per il trasferimento al Servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie; dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria".

<sup>1</sup> La Conferenza delle Regioni e delle Province autonome si costituisce sin dal 1981 per favorire momenti di coordinamento fra le Regioni nonché di raccordo e di confronto con lo Stato centrale. In questa sede sono predisposti i documenti, che poi vengono presentati e illustrati al Governo nelle riunioni della Conferenza Stato-Regioni e della Conferenza Unificata. L'attività della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome è disciplinata da apposito Regolamento approvato il 9 giugno 2005, che prevede l'istituzione di undici Commissioni di lavoro: tra queste la Commissione Salute, che si occupa di tutela della salute, assistenza sanitaria e ospedaliera, personale sanitario. Attualmente la Commissione è coordinata dalla Regione Toscana.