

EMILIO DI SOMMA

LE DINAMICHE MULTILIVELLO DELL'AMMINISTRAZIONE DELLA MEDICINA PENITENZIARIA NEI PIÙ RECENTI PROVVEDIMENTI DI RIFORMA

1. Il principio informatore del D.Lgs. 22 giugno 1999, n. 230 - che ha stabilito il passaggio della medicina penitenziaria al s.s.n. - è stato quello di riconoscere alla persona privata della libertà personale il diritto ad un trattamento sanitario pari a quello del cittadino libero.

Tale normativa ha previsto, pertanto, l'inserimento della medicina penitenziaria nell'alveo del sistema sanitario nazionale¹, definendo gli ambiti di intervento degli Enti interessati - Regioni, Ministero della Salute e Ministero della Giustizia - attribuendo all'azienda sanitaria locale il compito dell'erogazione delle prestazioni sanitarie e mantenendo in capo all'Amministrazione penitenziaria il compito della sicurezza dei detenuti e degli internati.

Dopo nove anni dall'affermazione di tale principio il DPCM² - sottoscritto in data 01.04.2008 ed entrato in vigore il 14.6.2008 - ha dettato le linee operative della prevista riforma prevedendo il transito di tutte le funzioni sanitarie (assistenza di base e interventi specialistici, centri clinici, Ospedali Psichiatrici Giudiziari, reparti per HIV...) nonché dei relativi rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie, delle attrezzature e dei beni strumentali afferenti alla sanità penitenziaria.

Pertanto, a far data dal 14 giugno 2008 tutte le funzioni sanitarie svolte dal DAP sono state trasferite al SSN e quindi alle Regioni a statuto ordinario che hanno cominciato ad assicurarne l'espletamento tramite le competenti AASSLL.: il personale medico e infermieristico e gli psicologi di ruolo (in servizio alla data del 15 marzo 2008) sono transitati nel S.S.N.³; sono

1 Disponendo il transito immediato delle funzioni relative alla prevenzione ed all'assistenza e cura dei detenuti tossicodipendenti.

2 Emanato in attuazione dell'articolo 2, commi 283 e 284 della legge finanziaria 2008.

3 Transito che non ha riguardato gli esperti *ex art. 80* che continuano a svolgere la sola attività di osservazione e trattamento nei confronti della popolazione detenuta: attività che non viene qualificata come attività sanitaria e che viene espletata a favore dell'Amministrazione in base ad un rapporto di natura convenzionale.

state trasferite al Fondo sanitario nazionale le risorse finanziarie destinate all'assistenza sanitaria negli istituti penitenziari e questa Amministrazione ha conseguentemente cessato di svolgere le funzioni di ufficio erogatore dei trattamenti economici destinati al personale sanitario trasferito dal Ministero della Giustizia alle AA.SS.LL.

Si sottolinea che nelle Regioni a statuto speciale e nelle Province autonome il D.P.C.M. 1.04.2008 affida il transito delle funzioni, dei compiti, delle risorse umane, finanziarie e organizzative attinenti il settore in argomento ai rispettivi statuti e alle correlate norme di attuazione, che, allo stato, stanno per essere emanate⁴. Nelle more, questa Amministrazione è rimasta competente a provvedere all'assistenza sanitaria negli istituti penitenziari ubicati in tali territori.⁵

Il passaggio al S.S.N. della medicina penitenziaria viene, quindi, a sancire il principio di universalità del diritto alla salute delle persone private della libertà personale e definisce, al contempo, un quadro di responsabilità allargato e sinergico in linea con la riforma del Titolo V della Costituzione.

Orbene: a fronte di una riforma di così vasta portata, attraverso la quale un'attività talmente rilevante, svolta da sempre da questa Amministrazione, è transitata ad un altro settore istituzionale, il Dipartimento ha assunto un ruolo centrale come necessariamente doveva essere, anche al fine di evitare che venisse dispersa un'esperienza unica e preziosa sulla quale costruire il nuovo servizio di assistenza sanitaria: e ciò anche sul presupposto che la nuova normativa – lungi dal prevedere una deresponsabilizzazione dell'Amministrazione – si è posta come obiettivo un salto di qualità a tutela della salute dei detenuti, aumentando l'efficacia nell'assistenza sanitaria delle persone in esecuzione penale, migliorando la qualità delle prestazioni, di diagnosi, di cura e riabilitazione nelle strutture penitenziarie, negli O.P.G. e all'esterno durante l'esecuzione delle misure alternative: obiettivi più facilmente raggiungibili attraverso la massima cooperazione tra le istituzioni a vario titolo coinvolte.

Questo tipo di collaborazione, allo stato, coinvolge oltre 535 consulenti per un monte ore complessivo nell'anno 2010 di 109.637 ore, con una media percentuale di n. 1,6 ora di intervento per ogni detenuto.

4 In data 22 ottobre scorso il Consiglio dei Ministri ha approvato i decreti legislativi che recano norme di attuazione degli statuti speciali delle regioni Friuli Venezia Giulia e Trentino Alto Adige in materia di trasferimento della sanità penitenziaria.

5 Per il finanziamento della medicina penitenziaria in tali realtà territoriali vengono ancora assegnati al Ministero della Giustizia appositi stanziamenti (per le spese relative al 2009 è stato assegnato l'importo di 25.137.034,56).

Bisogna, infatti, evitare di equivocare sulla divisione, operata dalla normativa, delle competenze sanitarie da quelle in materia di sicurezza: la ripartizione delle competenze ha inteso rispondere, infatti, non all'esigenza di erigere rigidi steccati (che sarebbero, peraltro, assolutamente deleteri), quanto piuttosto all'esigenza di responsabilizzare le singole amministrazioni.

Ciò premesso, è di tutta evidenza che il D.P.C.M. è solo una tappa di un lungo percorso che, nel riformulare completamente un servizio deputato a svolgere compiti estremamente delicati, prevede l'emanazione di una serie di provvedimenti di diversa natura: si è aperta quindi una fase molto delicata di transizione che necessita di essere governata al meglio al fine di garantire, sempre e comunque, il diritto alla salute nel segno della continuità terapeutica.

Nel dare attuazione a detta legge le Amministrazioni sono state chiamate, pertanto, a collaborare evitando, da una parte, di sconfinare nelle competenze altrui, e dall'altra, di non tracciare una netta linea di confine tra i due settori che avrebbe il solo inevitabile risultato di gettare le premesse per il fallimento degli obiettivi che la riforma stessa, invece, si propone.

Il messaggio sembra sia stato recepito: significativo, in tal senso, è l'apporto che continua ad essere prestato dal personale di polizia penitenziaria nella vigilanza rispetto ai soggetti segnalati come a rischio, mediante l'attenzione e l'immediata segnalazione al personale medico di condotte sintomatiche che potrebbero tradursi in gesti di autolesionismo; così come, ugualmente attenta dimostra di essere l'Amministrazione sanitaria nel recepire i dati costituenti indicatori dei fattori di rischio.

Peraltro, un vero e proprio patrimonio di esperienza e di conoscenza continua ad essere condiviso con l'amministrazione sanitaria con riferimento a quei settori dove salute e sicurezza necessariamente non possono non convivere: si pensi alla partecipazione del sanitario ai consigli di disciplina, alla certificazione di idoneità alla traduzione dei detenuti ammalati, ai pareri per l'A.G. in tema di compatibilità con il regime detentivo.

Ciò premesso, non sono da sottacersi alcuni elementi di criticità che la riforma ha comportato in quanto l'*iter* attuativo, per aver subito un'accelerazione repentina, ha colto tutte le parti impreparate a fornire risposte adeguate al transito: in alcuni casi la peculiarità della Sanità Penitenziaria non è stata sempre riconosciuta dalle AASSLL che nell'ambito dei poteri di propria pertinenza hanno in alcuni casi sostituito medici esperti in medicina penitenziaria con personale già inserito nel SSN, con ripercussioni sia sulla funzionalità del servizio che sul sistema penitenziario nel suo complesso, chiamato a sopportare la ricaduta di eventuali insoddisfazioni della popolazione detenuta di fronte ai possibili e prevedibili disservizi: è facile,

infatti, ipotizzare un difficile raccordo operativo dei medici “esterni” rispetto alla logistica ed alla tempistica fisiologiche del carcere, di cui non sono note le dinamiche; così come si è riscontrato un più frequente ricorso al ricovero esterno con le inevitabili ripercussioni sul servizio delle traduzioni e dei piantonamenti, estremamente oneroso per l'amministrazione, sotto il profilo sia delle risorse umane che finanziarie.

2. Al fine di disciplinare in maniera il più possibile compiuta il delicato passaggio della medicina penitenziaria, nell'ambito della Conferenza Unificata per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sono state costituite - con atto n. 81\CU del 31.7.2008 - due specifiche articolazioni (di cui fanno parte rappresentanti delle Regioni delegati del Ministero della Salute e del Ministero della Giustizia) che svolgono le attività istruttorie relative ai provvedimenti da sottoporre all'esame della Conferenza Unificata.

In particolare, sono stati istituiti:

- il Tavolo di consultazione permanente, con l'obiettivo di garantire l'uniformità nell'intero territorio nazionale degli interventi e delle prestazioni sanitarie e trattamentali nei confronti dei detenuti e degli internati sottoposti a provvedimento penale. La Conferenza Unificata ha accolto la richiesta dell'Amministrazione di rafforzare la rappresentatività del Ministero della Giustizia prevedendo la partecipazione al Tavolo di lavoro di tre componenti al posto di uno come inizialmente previsto;
- il Comitato paritetico interistituzionale, per l'attuazione delle linee guida per gli interventi negli Ospedali Psichiatrici Giudiziari e nelle case di cura e custodia. Al Comitato è prevista la partecipazione di un rappresentante del Ministero della Giustizia, analogamente alle altre Amministrazioni Centrali coinvolte nei lavori.

Da tempo sono in corso i lavori dei suddetti tavoli per dare attuazione alle linee di intervento del Servizio Sanitario Nazionale in materia di tutela della salute dei detenuti e degli internati. Tali lavori hanno condotto alla predisposizione dei seguenti accordi approvati dalla Conferenza Unificata.

1) Accordo *ex art. 7 D.P.C.M.* 1 aprile 2008 approvato in data 20.11.2009 concernente “la definizione delle forme di collaborazione relative alle funzioni della sicurezza ed i principi ed i criteri di collaborazione tra l'ordinamento sanitario e l'ordinamento penitenziario e della giustizia minorile”.

Nel presente accordo sono stati previsti strumenti di collaborazione interistituzionale - accordi, protocolli di intesa sottoscritti a livello regionale e territoriale - basati sui seguenti principi:

- la tutela della salute dei detenuti e degli internati avviene all'interno delle strutture penitenziarie; il personale sanitario è tenuto all'osservanza dell'O.P.; le prestazioni sanitarie possono essere effettuate in strutture sanitarie esterne nel rispetto dell'art.11 dell'Ordinamento Penitenziario e dell'art.17 del Regolamento di Esecuzione;
- i presidi sanitari realizzati nelle strutture penitenziarie devono rispondere alle esigenze di salute della popolazione detenuta presente;
- le Direzioni generali delle Aziende sanitarie devono preventivamente sentire le Direzioni penitenziarie ai fini dell'organizzazione sanitaria più appropriata;
- l'Amministrazione penitenziaria necessita della conoscenza costante e aggiornata dei modelli organizzativi. Il diario clinico e la cartella clinica informatizzata, di competenza del SSN, possono essere visionati dall'Amministrazione penitenziaria, secondo modalità concordate, per lo svolgimento dei propri compiti istituzionali.

Lo stesso accordo affida agli organismi previsti dal DPCM, sia a livello nazionale che regionale, il compito di monitorare l'efficienza e l'efficacia degli interventi sanitari, di verificarne i risultati, di evidenziare le eventuali criticità e di proporre i necessari correttivi all'accordo per assicurare, in considerazione della complessità della materia, l'efficace collaborazione tra il SSN e l'Amministrazione della Giustizia su tutto il territorio nazionale.

In particolare, è previsto il monitoraggio e la valutazione degli interventi attuativi:

- ✓ a livello nazionale, da parte del Tavolo di Consultazione Permanente presso la Conferenza Unificata;
- ✓ a livello regionale: da parte dell'Osservatorio permanente sulla Sanità penitenziaria.

2) Schema di convenzione tipo per l'utilizzo da parte delle Aziende Sanitarie Locali (nel cui territorio sono ubicati gli istituti e i servizi penitenziari di riferimento) dei locali adibiti all'esercizio delle funzioni sanitarie (29 aprile 2009).

Tale accordo è espressamente previsto dall'art. 4 comma 2 del D.P.C.M. 01/04/2008 per la concessione in uso a titolo gratuito alle Aziende sanitarie locali dei locali utilizzati per lo svolgimento delle funzioni sanitarie negli istituti penitenziari.

In tale accordo è indicata la ripartizione degli oneri. Sono stati posti:

- ✓ a carico di questa Amministrazione gli oneri relativi agli interventi di manutenzione ordinaria e straordinaria nei limiti in cui gli stessi siano necessari ad assicurarne l'idoneità allo svolgimento delle funzioni sani-

tarie, nonché le spese delle utenze (acqua, elettricità e riscaldamento) e del servizio di pulizia dei locali;

- ✓ a carico delle AASSLL le spese per il servizio di sanificazione degli ambienti, per l'utenza telefonica, e per il servizio di smaltimento dei rifiuti speciali, nocivi e tossici, prodotti nello svolgimento delle attività sanitarie.

Sono state, altresì, individuate le modalità di presa in carico dei locali che è avvenuta attraverso la predisposizione di un verbale tra il Direttore Generale della ASL e il Direttore dell'Istituto Penitenziario nel quale sono stati evidenziati gli interventi di manutenzione ordinaria e straordinaria ritenuti necessari.

Ai fini del trasferimento delle "attrezzature" questo Dipartimento ha predisposto schede analitiche di rilevamento delle singole strumentazioni aventi ad oggetto: il tipo di apparecchiatura, la quantità totale, l'indicazione dell'uso e del fuori uso, l'anno di acquisto e il valore di inventario. Tali schede sono state inviate agli istituti penitenziari, tramite i Provveditorati Regionali, per la loro compilazione, in modo da fornire alle Regioni dati omogenei. Le Direzioni degli istituti penitenziari hanno elencato, in detti prospetti, tutte le attrezzature presenti nelle loro sedi e i Provveditorati hanno trasmesso detti elenchi alle rispettive Regioni per l'acquisizione ed il successivo trasferimento alle Aziende Sanitarie Locali.

3) Accordo sul documento recante "Schema tipo di convenzione per le prestazioni medico legali in favore del Corpo di Polizia Penitenziaria" (29 ottobre 2009).

La fonte normativa è la Legge 740/70 e successive modificazioni, che prevedeva che le prestazioni medico-legali a favore della Polizia penitenziaria fossero assicurate dai medici incaricati.

L'obiettivo dell'accordo è di assicurare la continuità delle prestazioni medico-legali a titolo gratuito in favore della Polizia penitenziaria, a seguito del trasferimento del personale medico dall'Amministrazione penitenziaria al Servizio sanitario nazionale.

In particolare è garantita:

- ✓ la richiesta alla Commissione medica ospedaliera territorialmente competente di accertamento delle condizioni di idoneità al servizio;
- ✓ la partecipazione alla Commissione medico ospedaliera, laddove prevista.

4) Accordo su "Dati sanitari, flussi informativi e cartella clinica anche informatizzata" 26 novembre 2009

L'obiettivo è quello di:

- ✓ creare un sistema informativo nazionale e delle Regioni sulla sanità penitenziaria;

✓ informatizzare la cartella clinica nelle carceri.

Il servizio sanitario regionale è tenuto a fornire, a livello di singolo istituto, tutte le informazioni sanitarie relative al singolo detenuto, necessarie ad una corretta allocazione, gestione e trattamento.

La Direzione dell'istituto, dal suo canto, è tenuta a comunicare, con le modalità definite dallo stesso protocollo operativo, i dati giudiziari quando necessitano per la gestione sanitaria del detenuto.

L'Amministrazione penitenziaria mette a disposizione la cartella clinica già realizzata, inserita nella cartella personale informatizzata del detenuto.

5) Accordo su "Strutture sanitarie nell'ambito del sistema penitenziario italiano" 26 novembre 2009

Sono state esaminate le diverse tipologie di strutture sanitarie presenti negli istituti penitenziari e le strutture sanitarie esterne destinate ai detenuti.

Le tipologie individuate sono:

- Centri clinici (art.17, comma 4 D.P.R. 230/2000)
- Reparti per detenuti HIV (art.275 comma quater c.p.p.)
- Reparti per detenuti disabili (art.65 Legge 354/1975)
- Sezioni per minorati psichici (art.65 Legge 354/1975)
- Reparti di osservazione psichiatrica (art.112, comma 1 D.P.R. 230/2000)
- Istituti o sezioni a custodia attenuata
- Strutture sanitarie esterne (art.7 Legge 296/1993).

I principali Principi cui si deve ispirare l'organizzazione dei servizi sanitari in carcere sono:

- l'evento patologico acuto non può essere trattato all'interno delle strutture detentive, se non nei casi in cui sia di lieve entità
- la terapia chirurgica in regime ordinario non è attuabile all'interno del sistema penitenziario
- le patologie c.d. croniche devono trovare adeguato spazio di cura anche in ambito detentivo.

6) Accordo su "Ridefinizione dei bacini di utenza degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari" (26 novembre 2009)

La normativa attuativa del transito ha affrontato anche il delicato tema degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari ⁽⁶⁾ in ordine al quale il DPCM ha adottato due linee strategiche contestuali:

6 Presenti in numero di sei: Castiglione delle Stiviere, Reggio Emilia, Montelupo Fiorentino, Napoli (reparto verde Secondigliano), Aversa, Barcellona Pozzo di Gotto.

- ✓ l'istituto OPG resta una struttura dell'amministrazione penitenziaria all'interno della quale vengono svolte attività sanitarie (che anzi ne costituiscono la parte preponderante) a cura del SSN; al pari di ogni altra struttura penitenziaria si instaura una dialettica tra autorità di sicurezza ed autorità sanitaria per la gestione coordinata delle problematiche inerenti alle persone ristrette;
- ✓ a differenza delle altre strutture penitenziarie si richiede per gli OPG una azione coordinata tra le Regioni, ed i Ministeri interessati volta a mutarne il profilo di attività (espandendo l'attività sanitaria, perimetrando quella di sicurezza, attrezzando le carceri per le esigenze dei detenuti con disturbi mentali, predisponendo soluzioni alternative sul territorio, ecc.) al fine di ridurre gradualmente la necessità del ricorso all'O.P.G. stesso, in modo da prevederne in un periodo medio lungo il suo superamento.

Il punto di arrivo finale di questo processo dovrebbe essere una completa ristrutturazione della offerta dei servizi da parte dei DSM che metta la magistratura in condizione di effettuare la misura di sicurezza in contesti sanitari ordinari con garanzia di equità di trattamento rispetto alla popolazione psichiatrica generale.

Intanto, con l'accordo di cui in premessa ci si prefigge di raggiungere l'obiettivo di:

- ✓ favorire le dimissioni degli internati con l'impegno delle Regioni a mettere a disposizione a tal fine risorse sul territorio;
- ✓ inviare (a cura del DAP) gli internati agli OPG secondo i bacini di utenza.

La problematica immediatamente emersa è stata quella di ridefinire i rapporti tra la Direzione sanitaria dell'O.P.G. e la Direzione penitenziaria alla quale, all'indomani della riforma (precisamente dal mese di giugno del 2008) è stata affidata la responsabilità amministrativa degli O.P.G. per la gestione e la cura di tutti gli affari di pertinenza di questa Amministrazione: difficoltà derivanti dal diverso approccio gestionale di detti dirigenti propensi, inevitabilmente, a far prevalere le esigenze prettamente penitenziarie rispetto a quelle sanitarie. Ne è conseguita, in alcune realtà, una sorta di frattura e di incomprensione tra dirigenti non più appartenenti alla stessa "famiglia". Alla luce di tali situazioni, si è ritenuto di individuare le soluzioni di tipo organizzativo nell'ambito della Conferenza Stato-Regioni in seno alla quale precisare l'individuazione delle competenze che fanno capo alle diverse amministrazioni: è apparso, infatti, assolutamente necessario chiarire il rapporto tra dirigenti sanitari e la dirigenza penitenziaria, un rapporto che non solo ha bisogno di essere regolato attraverso una precisa definizione dei confini di rispettiva competenza ma che deve, soprattutto, essere improntato ad una forma di collaborazione aperta e leale.

7) Accordo sul documento “Monitoraggio dell’attuazione del D.P.C.M. 1 aprile 2008 recante le modalità ed i 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” approvato dalla Conferenza Unificata in data 8 luglio 2010.

Ai fini dell’attuazione del monitoraggio sono previste due fasi:

a) nella prima fase vengono raccolte le informazioni su:

- eventuali documenti programmatici regionali;
- gli accordi tra amministrazione sanitaria regionale e amministrazione della giustizia;
- gli accordi tra ASL e istituto penitenziario;
- l’assistenza ai detenuti tossicodipendenti.

b) nella seconda fase le informazioni raccolte vertono su:

- l’organizzazione dei servizi;
- le attività e le prestazioni erogate, mediante l’utilizzo di appositi indicatori.

Allo stato, è in corso di avvio la prima fase.

Oltre agli accordi sopra menzionati, è stato avviato l’approfondimento, nell’ambito del Tavolo di Consultazione e con specifici gruppi di lavoro, di talune tematiche che rivestono particolare rilevanza sia dal punto di vista della tutela della salute che di quello della sicurezza. Tematiche relative:

A. alle “Strutture sanitarie penitenziarie”;

B. alla “Presenza in carico dei nuovi giunti, prevenzione del rischio suicidi e/o atti autolesivi...”

Relativamente al primo argomento i componenti del gruppo hanno convenuto sull’opportunità di condurre un’azione di sensibilizzazione nei confronti delle Regioni ai fini di rimuovere eventuali problematiche e discrasie che possono verificarsi tra Regioni e Regioni, ed anche tra ASL e ASL.

In ordine al secondo tema la finalità individuata è quella di fornire un orientamento alle Direzioni Penitenziarie e alle Aziende Sanitarie Locali nella definizione di un approccio congiunto all’accoglienza dei reclusi e alla gestione del “disagio in ambito penitenziario”. Obiettivo generale è quello di migliorare la capacità del sistema di intercettare il disagio, di mettere in atto misure di contenimento del rischio e di arrivare ad una diminuzione dei suicidi.