

Accordo 26 novembre 2009, n. 81 - CU
Gazzetta Ufficiale 4 gennaio 2010, n. 2

**Accordo, ai sensi dell'articolo 9 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, sul documento proposto dal Tavolo di consultazione permanente sulla sanità penitenziaria recante:
"Strutture sanitarie nell'ambito del sistema penitenziario italiano"**

LA CONFERENZA UNIFICATA

Nell'odierna seduta del 26 novembre 2009;

- visto l'articolo 9 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281 e, in particolare, il comma 2, lettera c), in base al quale questa Conferenza promuove e sancisce accordi tra Governo, Regioni, Province, Comuni e Comunità montane, al fine di coordinare l'esercizio delle rispettive competenze e svolgere in collaborazione attività di interesse comune;
- visto l'articolo 2, comma 283, della legge 24 dicembre 2007, n. 244 (Finanziaria 2008), il quale prevede che, al fine di dare completa attuazione al riordino della medicina penitenziaria, comprensivo dell'assistenza sanitaria negli Istituti penali minorili, nei centri di prima accoglienza, nelle comunità e degli ospedali psichiatrici giudiziari, con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro della salute e del Ministro della giustizia, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze e con il Ministro per le riforme e le innovazioni nella pubblica amministrazione, di intesa con la conferenza Stato-Regioni, sono definite le modalità ed i criteri per il trasferimento dal Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria e dal Dipartimento della giustizia minorile del Ministero della giustizia 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;
- visto il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 1° aprile 2008, emanato in attuazione del menzionato articolo 2, comma 283, della legge n. 244 del 2007, 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";
- considerato che questa conferenza, nella seduta del 31 luglio 2008, ha deliberato la costituzione del "Tavolo di consultazione permanente sulla sanità penitenziaria", di cui all'allegato A del predetto decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 1° aprile 2008, tra i cui compiti è previsto anche l'espletamento dell'attività istruttoria dei provvedimenti, da sottoporre all'esame di questa medesima conferenza, attuativi del più volte citato decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 1° aprile 2008, nonché la predisposizione di indirizzi per favorire la realizzazione di programmi di interventi nelle realtà territoriali e di strumenti volti a favorire il coordinamento fra Regioni, provveditorati regionali dell'amministrazione penitenziaria e centri della giustizia minorile;
- considerato che nel corso delle riunioni del tavolo di consultazione permanente sulla sanità penitenziaria svoltesi nei giorni 11 marzo 2009 e 23 giugno 2009 è stata concordata, tra l'altro, l'attivazione di un apposito sottogruppo di lavoro per le problematiche afferenti le strutture sanitarie nell'ambito del sistema penitenziario italiano;

- vista la nota in data 11 settembre 2009, con la quale le Regioni e le Province autonome hanno inviato, ai fini dell'avvio della relativa istruttoria da parte del suddetto tavolo di consultazione, una prima bozza del documento indicato in oggetto;
- vista la nuova versione del documento in parola elaborata dall'anzidetto sottogruppo di lavoro;
- considerato che l'esame di tale nuova versione del documento di cui trattasi è stato svolto nel corso della riunione del richiamato tavolo di consultazione del 17 novembre 2009;
- rilevato che la versione definitiva del documento in oggetto, allegato sub A, parte integrante del presente atto, approvata dai componenti del tavolo nel corso della predetta riunione, è stata diramata con lettera in data 18 novembre 2009;
- acquisito, nel corso dell'odierna seduta di questa conferenza, l'assenso del Governo, delle Regioni e delle Province autonome di Trento e Bolzano e delle autonomie locali;

SANCISCE

accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano e le autonomie locali sul documento recante: "Strutture sanitarie nell'ambito del sistema penitenziario italiano", allegato sub A, parte integrante del presente atto.

ALLEGATO A

Strutture sanitarie nell'ambito del sistema penitenziario italiano

Tipologia delle strutture

Seguendo la vecchia classificazione del Ministero della giustizia relativa alle tipologie delle strutture sanitarie nella pregressa denominazione, è possibile distinguere:

- centri diagnostico-terapeutici e rete ospedaliera esterna *ex* articolo 7 della legge 12 agosto 1993, n. 296;
- reparti per Hiv;
- reparti per disabili;
- servizi/sezioni/reparti di psichiatria (minorati psichici ed osservazione);
- custodie attenuate per tossicodipendenti;
- ambulatori interni;
- strutture sanitarie esterne.

a) Centri clinici (articolo 17, comma 4, Dpr n. 230/2000). L'acronimo Cdt (Centro diagnostico terapeutico o "centro clinico") ad oggi, indica una tipologia di strutture detentive finalizzate ad erogare un'assistenza sanitaria di differente e maggiore livello rispetto agli istituti penitenziari ordinari, in regime di "ricovero penitenziario" su richiesta anche dell'Autorità giudiziaria.

A tal proposito è necessario chiarire che l'Amministrazione penitenziaria e le Regioni si impegnano, per quanto di competenza, ad assicurare che i locali destinati ad uso sanitario siano utilizzati specificamente ed esclusivamente a tal fine. Attualmente nell'Amministrazione penitenziaria sono presenti Cdt presso gli istituti di Torino Lorusso e Cutugno, Milano San Vittore, Milano Opera, Parma, Pisa, Roma Regina Coeli, Napoli Poggioreale, Napoli Secondigliano, Bari, Messina, Cagliari e Sassari. Data questa premessa è possibile identificare 3 diverse categorie:

- 1) centri clinici necessari, insopprimibili, destinati in particolare ad ospitare prevalentemente detenuti sottoposti al regime del 41-*bis*, che attualmente interessano le regioni Lombardia (Milano Opera) ed Emilia-Romagna (Parma), nonché i centri clinici destinati in particolare ad ospitare prevalentemente detenuti appartenenti al circuito A.S e collaboratori, che interessano le Regioni Toscana (Pisa), Lazio (Roma Regina Coeli) e Campania (Napoli Secondigliano). I suddetti centri clinici possono subire variazioni sulla base di informazioni provenienti dagli organi preposti alla sicurezza e all'ordine pubblico. Per tali istituti si prevede la permanenza nonché l'impegno delle Regioni ad una loro implementazione;
- 2) centri clinici attualmente funzionanti: per tali istituti che, in fase attuale e nelle more di ipotesi alternative sono da considerarsi fondamentali, ma non vincolati, è necessario un preventivo accordo fra le Regioni e l'Amministrazione penitenziaria per il loro utilizzo funzionale all'interno della rete assistenziale del Ssr;
- 3) centri clinici realizzati, ma non ancora funzionanti: Genova Marassi, Perugia, Catanzaro. Per tali istituti è necessario un accordo preventivo fra le Regioni interessate e l'Amministrazione penitenziaria per la loro attivazione o per un loro utilizzo alternativo;

b) reparti per detenuti Hiv (articolo 275, comma *quater* c.p.p.). Allo stato sono attivi i reparti presso le sedi di Milano Opera, Genova Marassi, Rebibbia Nuovo Complesso e Napoli Secondigliano. Si conviene sulla necessità di mantenere e, ove necessario e previ accordi fra le Regioni e l'Amministrazione penitenziaria, estendere tale tipologia di strutture per consentire all'Autorità giudiziaria di valutare la possibilità di disporre la custodia cautelare o la detenzione in carcere nei confronti di detenuti affetti da tale patologia;

- c) reparti per detenuti disabili (articolo 65, legge n. 354/1975). “I soggetti affetti da infermità o minorazioni fisiche o psichiche devono essere assegnati ad istituti o sezioni speciali per un idoneo trattamento” (articolo 65). La disabilità esprime una grave criticità che, ancor prima di essere sanitaria e socio-sanitaria è di natura giudiziaria, di esecuzione penale e di specifica gestione penitenziaria. Pur condividendo l’osservazione che gran parte dei trattamenti cd “riabilitativi” erogati ed erogabili all’interno del sistema penitenziario sono da collocarsi nel gruppo ampio dei Lea aggiuntivi (oggetto di attenzione delle Regioni per le ricadute di carattere finanziario) è da segnalare come non sembrano esservi significative alternative, posto che la disabilità in sé è una delle più frequenti motivazioni per provvedimenti custodiali alternativi anche per detenuti con episodi criminosi ad elevato allarme sociale o appartenenti ai circuiti della grande criminalità organizzata. Oltre, naturalmente, la gran parte dei trattamenti terapeutici/riabilitativi usualmente effettuati all’interno degli Ipp per problematiche artrosiche/post-traumatiche ecc. Attualmente sono presenti le strutture di Parma e Bari; è inoltre prevista l’apertura di un reparto con tale destinazione nel costituendo centro clinico di Catanzaro (qualora sia attivato) e presso la Casa circondariale di Busto Arsizio. Anche in questo caso l’eventuale modifica del panorama dell’offerta sanitaria e trattamentale non potrà che aversi al termine del monitoraggio congiunto ed in pieno accordo tra le Regioni interessate ed il Ministero della giustizia;
- d) sezioni per minorati psichici (articolo 65, legge n. 354/1975). Attualmente è presente una sola sezione per minorati psichici nella Casa di reclusione di Rebibbia. Al fine di una giusta collocazione giuridica e funzionale di questa struttura o per un’eventuale implementazione di questa tipologia di strutture, si conviene sulla necessità dell’individuazione di una collocazione appropriata dei minorati psichici, rispondente al dettato normativo, stante la loro attuale presenza presso gli Ospedali psichiatrici giudiziari;
- e) reparti di osservazione psichiatrica (articolo 112, comma 1, Dpr n. 230/2000). L’articolo 112, Dpr n. 230/2000 non prevede espressamente reparti o sezioni di osservazione psichiatrica, ma esclusivamente l’“accertamento delle condizioni psichiche” da svolgersi “nel medesimo istituto dove il soggetto si trova o, in caso di insufficienza di quel servizio diagnostico, in altro istituto della medesima categoria”. L’Amministrazione penitenziaria ha destinato appositi reparti allo svolgimento dell’osservazione psichiatrica. Attualmente reparti di osservazione psichiatrica sono stati realizzati nelle carceri di Monza, Torino, Bologna, Firenze, Roma Rebibbia, Reggio Calabria, Palermo, Cagliari, Livorno e Napoli. Altri reparti sono stati approntati, ma non ancora aperti presso Verona, Piacenza e Lanciano. La creazione di apposite sezioni per l’osservazione psichiatrica è stata sino ad oggi una delle possibili risposte al disagio psichico all’interno del carcere ed è una delle possibili modalità di gestione e organizzazione del servizio psichiatrico intramurario che necessita di potenziamento all’interno del sistema carcere nel suo complesso. Si conviene quindi sull’esigenza dell’implementazione del servizio psichiatrico negli istituti penitenziari, in modo da consentire l’osservazione psichiatrica tendenzialmente in sede. In particolare si evidenzia la necessità di potenziare il servizio psichiatrico nei reparti detentivi femminili, ove si registra un’insufficienza di posti letto nelle strutture finora a disposizione dall’Amministrazione, anche in ragione dell’attuale sovraffollamento. Nelle more di possibili diverse forme di organizzazione di tale servizio, si ritiene opportuno mantenere le strutture esistenti, sottolineando però al contempo la necessità che ogni Asl competente per ciascuna struttura penitenziaria provveda alla presa in carico psichiatrica;
- f) istituti o sezioni a custodia attenuata. All’esito del monitoraggio delle strutture sanitarie, e previo accordo fra le Regioni e l’Amministrazione della giustizia, per l’eventuale cambiamento di destinazione d’uso, potrà essere presa in considerazione l’esigenza di una rivisitazione dell’attuale panorama degli istituti e sezioni per la custodia attenuata dei tossicodipendenti, in considerazione sia delle esigenze dell’Amministrazione penitenziaria, nonché dell’impegno che le Regioni devono affrontare in termini di risorse. Sotto tale profilo, si potrebbe ipotizzare almeno una sede in ciascun ambito regionale;

- g) strutture sanitarie esterne (articolo 7, legge n. 296/1993). Al momento alcune Regioni si sono dotate di questi specifici reparti ospedalieri detentivi, dotati di autonomia organizzativa e gestionale (Milano, Roma, Viterbo, Napoli). Tali reparti costituiscono un modello di integrazione tra gli aspetti sanitari ospedalieri e di tutela dell'ordine pubblico e della collettività, poiché assicurano standard assistenziali elevati e, al contempo, sono dotati di moderni sistemi di sorveglianza e di nuclei di personale di Polizia penitenziaria appositamente formati e destinati ad assicurare la sicurezza dei ricoverati e degli stessi operatori.

Le azioni

- Ricognizione/monitoraggio
Fermo quanto suesposto in relazione alle strutture "indispensabili", di cui al paragrafo a) Centri clinici, punto 1, appare opportuno effettuare un'adeguata ricognizione a livello regionale delle strutture esistenti, delle tipologie e dello stato delle tecnologie per ridefinire congiuntamente una nuova mappatura nazionale di ciascun circuito di trattamento sanitario nel quale la tipologia delle singole strutture che verranno (ri)utilizzate dovrà essere codificata in equivalenza di requisiti-autorizzazione-accreditamento alle altre analoghe.
- Definizione criteri
In analogia dovranno essere definiti criteri e modalità di ammissione oltre che le modalità di valorizzazione delle singole attività sanitarie, in relazione alle tipologie di "apparentamento" definite.
- Rete regionale
Alla luce di queste premesse sembra utile segnalare come necessaria, la differenziazione delle strutture sanitarie già in ambito regionale (ex c.d. "circuito sanitario") per una diversificazione dell'offerta sanitaria ed una sua razionalizzazione, dal livello di ambulatori di base al potenziamento di alcune strutture penitenziarie identificate. Questa redistribuzione delle risorse ha consentito, nella esperienza specificamente maturata, una offerta di maggiore gamma di prestazioni sanitarie in alcuni istituti di pena ai quali far assegnare i detenuti con problematiche sanitarie specifiche (rete sanitaria regionale ed interregionale).
- Rete nazionale
A livello nazionale, ovvero per macro-aree geografiche interregionali, sarebbe necessaria una rete di strutture sanitarie carcerarie che, avendo come nodi di interconnessione gli istituti di riferimento sanitario regionale, comprenda sezioni specializzate per patologia (malattie infettive, disabilità, ecc.) nelle quali, e con modelli omogenei, assicurare ai detenuti ristretti le opportunità di terapia.
- Reparti ospedalieri
Questo approccio consente anche la rimodulazione della rete dei reparti ospedalieri destinati ai detenuti di cui all'articolo 7 della legge 12 agosto 1993, n. 296 (GU n. 188 del 12 agosto 1993 "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 14 giugno 1993, n. 187 recante nuove misure in materia di trattamento penitenziario, nonché sull'espulsione dei cittadini stranieri") che nelle varie realtà regionali hanno assunto ed assumeranno forme e tipologie comunque differenziate anche in relazione agli standard propri di ciascuna regione, alla rete ospedaliera esistente, alle problematiche di bilancio. Tali reparti devono essere inseriti nella rete sanitaria interna ai penitenziari. Pertanto nella rete in questione vanno compresi, laddove presenti, i reparti per detenuti con la valutazione della loro congruità con il resto della rete regionale e nazionale ed attività, ispirandosi a principi di razionalità.

Principi

Il ripensamento del sistema deve ispirarsi ai seguenti principi:

- l'evento patologico acuto non può essere trattato all'interno delle strutture detentive, se non di lieve entità e di volta in volta la valutazione dell'opportunità del ricovero ospedaliero è del medico del presidio sanitario dell'istituto, sia esso di guardia medica, specialista o di medicina generale, il quale avanza la richiesta alle Autorità competenti ai sensi della normativa vigente;
- in particolare, la terapia chirurgica in regime ordinario non è attuabile all'interno del sistema penitenziario, soprattutto in relazione alle procedure anestesologiche in narcosi o assimilabili; devono piuttosto, e compatibilmente con le strutture disponibili, essere potenziate le possibilità di chirurgia ambulatoriale e di day-surgery per tutte le patologie nelle quali i Lea e le singole discipline regionali prevedano siffatte modalità di erogazione;
- di converso, le patologie cosiddette "croniche" devono trovare adeguato spazio di cura anche in ambito detentivo.