



Audizione Commissione Igiene e Sanità – Senato della Repubblica

ROMA, 7 novembre 2013

Via S. Maria della Grotticella 65b – 01100 VITERBO – CF 90055200563
Fax 06 233200031 – Telefoni: 347 1749551 – 333 1171404
<http://www.sanitapenitenziaria.org> e-mail: sanitapenitenziaria@gmail.com

INDICE DEGLI ARGOMENTI

- SIMSPE-ONLUS: STORIA E *MISSION* pag. 3
- SINTESI DELLE ISTANZE AL LEGISLATORE pag. 5
- LA DOMANDA DI SALUTE NELL'AMBIENTE RISTRETTO pag. 6
- IL SUPERAMENTO DEGLI O.P.G. pag. 12
- MEDICINA PENITENZIARIA: STATO ATTUALE E PROSPETTIVE pag. 14
- GLI INFERMIERI PENITENZIARI pag. 17
- L'UOMO AL CENTRO DI OGNI PROGETTO pag. 19
- **APPENDICE** pag. 20
 - LE ATTIVITÀ FORMATIVE pag. 20
 - LA PRODUZIONE SCIENTIFICA pag. 24
 - LE RELAZIONI INTERNAZIONALI pag. 28
 - IL CONSIGLIO DIRETTIVO 2013–2015 pag. 29

SIMSPe–ONLUS: Storia e Mission

La Medicina Penitenziaria ha come fondamento la tutela della salute delle persone private della libertà. I primi lavori scientifici di Medicina Penitenziaria risalgono agli anni '60.

La Società Italiana di Medicina e Sanità Penitenziaria – organizzazione non lucrativa di utilità sociale (SIMSPe-onlus) è stata fondata nel 2000 dal Prof. Carlo Mastantuono, già fondatore nel 1966 dell'Associazione dei Medici della Amministrazione Penitenziaria, dal Dott. Giulio Starnini e dal Dott. Andrea Franceschini, per ampliare quei valori di professionalità e di indipendenza scientifica e culturale che permettessero una migliore comprensione dei problemi di salute, di igiene ambientale e di educazione sanitaria delle persone detenute.

Nel 1968 il Prof. Mastantuono affermava che *“La Medicina Penitenziaria è quella particolare branca dell'arte sanitaria, che per un complesso di fattori, si differenzia profondamente dalla medicina esercitata in altri ambienti, fattori che la rendono ricca di particolari difficoltà, di quesiti insoliti o del tutto nuovi, di problemi che non sorgono in alcuna altra condizione. Differenziano la medicina penitenziaria: le obbligatorie caratteristiche ambientali, le norme che regolano la vita negli istituti di pena, la particolare psicologia dei soggetti da esaminare, i molteplici interessi che questi soggetti hanno nel presentare al medico la propria vera o simulata condizione di malato, cui si aggiungono i frequenti quesiti posti dalla Magistratura, dalle autorità che dirigono gli stabilimenti, nonché gli innumerevoli intereventi del medico nelle più disparate condizioni della vita dei detenuti, talvolta richiesti con improrogabile emergenza”*.

Da tale autorevole definizione si evince che la Medicina Penitenziaria, pur condividendo con tutte le altre branche della medicina le conoscenze e le finalità del benessere psicofisico della persona, affronta il problema attraverso una peculiare prospettiva, in quanto non può prescindere dall'influenza dell'ambiente carcerario sull'uomo e, viceversa, dalle modificazioni dell'ambiente provocate da determinati gruppi di popolazione detenuta (tossicodipendenti, migranti, senza fissa dimora, portatori di disagio psichico, dediti alla prostituzione, transessuali, etc..) ed anche dai risvolti medico legali del proprio operato. In altri termini, la Medicina Penitenziaria tende ad adeguare le acquisizioni di carattere medico al contesto, alla persona e alle autorità responsabili della detenzione (Amministrazione della Giustizia, Amministrazione Penitenziaria).

SIMSPe-ONLUS afferma ed ha sempre fatto propri i principi del D. L.vo 230/99 che affidano al SSN la responsabilità dell'assistenza sanitaria alla popolazione detenuta.

Afferma, altresì, con forza la necessità che venga riconosciuta la peculiarità della Medicina Penitenziaria, come disciplina niente affatto generalista o generica sulla base delle seguenti evidenze:

- si svolge in un ambiente assolutamente diverso dalla società libera,
- si svolge a favore di persone private della libertà e perciò più vulnerabili,
- si occupa, al contempo, di persone che possono tendere verso una manipolazione del proprio stato di salute, per ottenere vantaggi ovvero al fine di riacquistare la libertà,

- si relaziona costantemente con l'Amministrazione della Giustizia e l'Amministrazione Penitenziaria,

Quanto sopra rende unica e non assimilabile ad altre discipline la Medicina Penitenziaria, al pari di altre che hanno ottenuto riconoscimento ufficiale senza una specificità strettamente d'organo, quali la Medicina Legale e delle Assicurazioni, la Medicina Sociale, la Medicina del Lavoro, la Medicina dello Sport.

Tanto premesso SIMSPE-ONLUS chiede rispetto e attenzione per i propri assistiti e per i professionisti che operano nelle carceri attraverso il riconoscimento della specificità della disciplina svolta.

L'autonomia delle regioni non può esplicitarsi nello svilimento della sanità penitenziaria spesso inserita in contesti organizzativi impropri.

Non siamo interessati alla forma organizzativa che le singole ASL vorranno dare alla Medicina Penitenziaria. Quello che interessa è che finalmente avvenga e sia compreso lo spirito del D. L.vo 230/99 che non prevede ruoli di subalternità della sanità penitenziaria.

E' necessario un superamento del DPCM 1/4/2008, con norme che chiariscano tali concetti impedendo l'inserimento della Medicina Penitenziaria ora nell'ambito dei Ser.D ora in quello dei servizi di Psichiatria.

La Medicina Penitenziaria deve esistere come organizzazione autonoma sia che sia posta nell'ambito dell'assistenza sia territoriale che ospedaliera.

E' altresì responsabilità di SIMSPE affermare che le forme e i servizi che si vorranno prevedere vengano affidati secondo criteri di legalità quali la competenza, l'esperienza nella disciplina, il percorso formativo.

Deve finalmente iniziare un percorso per i medici e gli infermieri che veda gli stessi impegnati per l'intero orario di lavoro all'interno del carcere, con la costituzione di vere equipe specialistiche di ambiente e non di mere guardie mediche, non in grado di assicurare né la presa in carico di ogni singola persona detenuta, né la continuità terapeutica che gli è dovuta.

La libertà determinata dalla modifica del Titolo V della Costituzione in materia di assistenza non significa licenza di attribuire incarichi a persone prive di ogni competenza sulla base di indicazioni che potremmo definire discutibili.

La nostra Società Scientifica è unica in Italia ed è riconosciuta in ambito Europeo.

A seguire questa presentazione della Società rappresentiamo in un prospetto sinottico le principali necessità che segnaliamo al Legislatore; il documento prosegue con una sintetica presentazione dei bisogni di salute della popolazione detenuta e con una sintesi delle posizioni della nostra Società Scientifica sul superamento degli OPG, sulla Medicina Penitenziaria, sull'assistenza infermieristica.

In **Appendice** vengono riportati i rapporti di collaborazione istituzionali, 666 l'attività di formazione svolta sin dalla fondazione, l'attività di ricerca, i rapporti internazionali, la composizione degli Organi Direttivi ed i riferimenti Societari.

Questo insieme di attività, svolto anche in qualità di Provider ECM accreditato dall'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali – AGENAS, ci da coscienza della correttezza scientifica e metodologica delle istanze che la Società esprime a nome dei Medici, degli Infermieri e di tutti gli Operatori Sanitari operanti all'interno degli Istituti di Pena per adulti e minori della Repubblica.

SINTESI DELLE ISTANZE AL LEGISLATORE

1. **Riesame dell'art. 112 del DPR 230/2000 nel quale è ancora prevista la possibilità di Osservazione Psichiatrica negli Istituti Ordinari ed in OPG. Alla luce degli Accordi in CU (13-10-2011, rep. 95/CU) ed alla definitiva chiusura degli OPG, il procedimento dovrà essere sviluppato solo nelle descritte specifiche Sezioni Regionali di Osservazione Psichiatrica per una qualità uniforme delle valutazioni cliniche.**
2. **Istituzione dell' "Osservatorio Epidemiologico Nazionale sulla Salute in Carcere" presso l'Istituto Superiore di Sanità.**
3. **Revisione del DPCM 1-4-2008 e dell'allegato A) nelle parti relative all'organizzazione dei servizi all'interno delle Aziende Sanitarie ed al transito del personale ex L. 740/1970**
4. **Intervento sugli attuali "Livelli Essenziali di Assistenza" per adeguarne alcuni aspetti alle specificità penitenziarie**
5. **Intervento sul Ministero della Salute per l'attribuzione dei codici-struttura agli Istituti Penitenziari per adulti e minori, base indispensabile per integrare le attività finalizzate alla tutela della salute in carcere al Fascicolo Sanitario Elettronico nazionale, elemento sostanziale per creare ed integrare la continuità diagnostico-terapeutica territorio-carcere-territorio**

Le esigenze alla base di ciascuna singola proposta, saranno meglio chiarite di seguito all'interno delle parti successive.

LA DOMANDA DI SALUTE NELL'AMBIENTE RISTRETTO

La Sanità Penitenziaria non può essere considerata una disciplina generalista, né il paziente detenuto può essere valutato con le modalità convenzionali utilizzate per la gestione della salute tra la popolazione generale, in ragione delle seguenti oggettive peculiarità:

- L'ambiente e le strutture assolutamente diverse rispetto alla società libera.
- Le persone che essendo private dalla libertà, possono essere più vulnerabili.
- Le simulazioni, gli autolesionismi e le manipolazioni del proprio stato di salute, messe in atto per ottenere vantaggi ovvero al fine di riacquistare la libertà, da parte di persone che sono frequentemente diffidenti e talvolta conflittuali nei confronti sia di altri detenuti che del "sistema" penitenziario e di quello sanitario, inclusi gli operatori che vi afferiscono.
- La quotidiana dovuta interazione con l'Amministrazione della Giustizia e l'Amministrazione Penitenziaria.

Segue una sintetica disamina delle caratteristiche salienti dello stato di salute della popolazione detenuta:

La popolazione ristretta è affetta in misura ben maggiore rispetto a quella libera da condizioni patologiche (Tabb. 1, 2, 3).

Patologie particolarmente frequenti sono **le dipendenze da droghe e alcol**, quelle **psichiatriche**, associate sia ad elevati tassi di suicidi, frequentemente riportati anche dai mass-media, che ad altri atti di autolesionismo e quelle infettive.

Le **infezioni** a maggior valenza in termini di salute pubblica sono rappresentate dal bacillo della tubercolosi (circa il 22% della popolazione detenuta), da virus dell'immunodeficienza umana (HIV: 4%), da virus dell'epatite B (HBV: 5% con infezione attiva, 33% con infezione criptica, cioè dormiente), da virus dell'epatite C (HCV: 33%) e dal Treponema pallido, agente della Sifilide (2,3%).

E' doveroso precisare come l'infezione tubercolare sia nella gran parte dei soggetti allo stato latente, cioè "dormiente" e, quindi, non associata a malattia dell'ospite, né a possibile contagiosità; tuttavia, specie in determinate condizioni di debilitazione, immunodepressione o stress psico-fisico, come spesso avviene in occasione della detenzione, tale infezione si può riattivare ed evolvere in malattia vera e propria ("Tubercolosi"), ad elevata contagiosità, soprattutto in una comunità chiusa come quella penitenziaria.

Tab. 1: Stime sulla salute dei detenuti in Italia
60–80% dei presenti hanno almeno una malattia

- **Malattie infettive** → **48%**
- **Tossicodipendenti** → **32%**
- **Disturbi psichiatrici** (maggiori) → **27%**
- **Malattie osteoarticolari** → **17%**
- **Malattie cardiovascolari** → **16%**
- **Problemi metabolici** → **11%**
- **Malattie dermatologiche** → **10%**

Tab. 2: Prevalenza dei virus a trasmissione ematica negli Istituti Penitenziari italiani

2004	2012
<p>cross-sectional study SIMSPE – I.S.S.</p> <p><small>Babudieri S. et al. J Med Virol 2005; 76 (3); 311-17 Carbonara S. et al. Eur Respir J 2005; 25; 1070-6</small></p> <p>1.181 detenuti in 8 Istituti 973 accettano il test Tasso di esecuzione: 82,4%</p> <ul style="list-style-type: none"> • anti-HIV+ → 7,5% • HBsAg+ → 6,7% • anti-HCV+ → 38,0% • Sierol. Lue+ → 1,3% • PPD+ → 17,9% 	<p>LA SALUTE NON CONOSCE CONFINI</p> <p><small>SIMSPE, Ministero Sanità Sardegna, SIMIT, GILEAD</small> Sagnelli E. et al. Eur Rev Med Pharmacol Sci. 2012;16(15):2142-6.</p> <p>4.072 detenuti in 9 Istituti 2.291 accettano il test Tasso di esecuzione: 56,3%</p> <ul style="list-style-type: none"> • anti-HIV+ → 3,8% • HBsAg+ → 5,3% • anti-HCV+ → 32,8% • Sierol. Lue+ → 2,3% • PPD+ → 21,8%

Tab. 3: Prevalenze per virus a trasmissione ematica

DATI UFFICIALI Ministero della Giustizia (solo anti-HIV+) (Tassi di esecuzione: sconosciuti)	DATI INDIPENDENTI da studi spontanei SIMSPE (Tassi di esecuzione: >70%)
<ul style="list-style-type: none"> • 2004 = 2,6% (1.458) • 2005 = 2,5% (1.488) • 2006 = 1,8% (702) • 2007 = 1,9% (923) • 2008 = 2,0% (1.162) • 2009 = 2,1% (1.360) 	<ul style="list-style-type: none"> • 2003 → HIV-Ab+ = 8,4% • 2005 → HIV-Ab+ = 7,5% <li style="padding-left: 20px;">→ HCV-Ab+ = 38,0% <li style="padding-left: 20px;">→ HBsAg+ = 6,8% <li style="padding-left: 20px;">→ HBcAb+ = 52,6% • 2009 → HIV-Ab+ = 7,2% <li style="padding-left: 20px;">→ HCV-Ab+ = 40,0% <li style="padding-left: 20px;">→ HBsAg+ = 6,1%

Le cause della particolare frequenza di malattia tra la popolazione detenuta sono molteplici. Si registra, infatti, un'elevata presenza di soggetti a maggiore rischio per le condizioni patologiche prima citate, quali dipendenti da droghe e/o alcol, stranieri, senzatetto ed altri in condizione socio-economica disagiata.

Nell'ambiente penitenziario, inoltre, esistono numerosi fattori favorevoli al rischio sanitario e/o ostacolanti l'applicazione dei programmi di controllo (prevenzione, diagnosi, cura), fra i quali si devono segnalare i contatti interpersonali stretti e protratti nell'ambiente confinato, le frequenti carenze igienico-ambientali, il sovraffollamento, i frequenti spostamenti dei detenuti all'interno di uno stesso istituto e tra istituti diversi, l'elevato turn-over dei soggetti ristretti con la comunità esterna, la comune diffidenza o ostilità degli stessi verso l'intero sistema giudiziario-detentivo ed i Servizi sanitari, le diffuse problematiche socio-familiari e psico-comportamentali, il difficile coordinamento tra apparato sanitario e quello di custodia, le cui esigenze sono spesso contrapposte, la problematica integrazione tra sanità penitenziaria e sanità territoriale.

Dopo il passaggio della sanità penitenziaria al SSN si è assistito a una frammentazione scoordinata ed autonomista della gestione sanitaria tra le regioni e, spesso, tra le singole ASL. Sono stati sistematicamente ignorati i molteplici comuni denominatori degli Istituti Penitenziari, che li rendono un sistema per molti versi unitario che richiede, come tale, una gestione organizzativa e tecnica armonizzata.

Tali esigenze sono particolarmente evidenti, ad esempio, quando si consideri che uno stesso detenuto viene spesso trasferito, nell'arco della stessa detenzione, tra carceri di diverse ASL e regioni, dove è sottoposto ogni volta a modelli assistenziali del tutto differenti.

Il **sovraffollamento (Tab. 4)** rappresenta uno dei principali problemi cronici delle carceri italiane, quelle pugliesi in testa (178% della capienza regolamentare al 31/07/2012), ed è in buona misura dovuto alla minima applicazione delle misure alternative alla detenzione in Italia rispetto agli altri Paesi Europei.

Tab. 4: Sistema Penitenziario Italiano

al 30.09.2013 [www.giustizia.it]

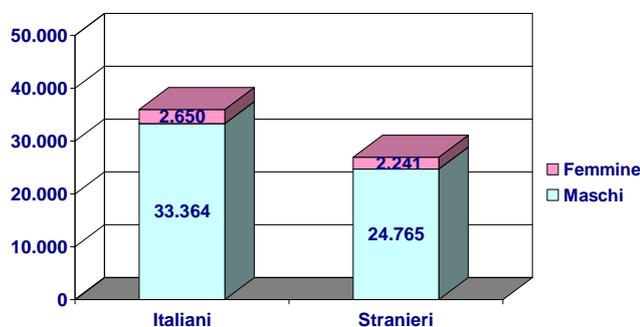
• Istituti aperti	→	206
• Capienza	→	47.615 p/l
• Detenuti presenti	→	64.758
• Sovraffollamento	→	+17.143 = +136,0%
• Donne detenute	→	2.821 = 4,4%
• Detenuti stranieri	→	22.770 = 35,2%
• Detenute straniere	→	1.102 = 4,8%

**Assenza di privacy!
Maggior rischio di contagio
e di patologia psichiatrica!**

Altra area critica è rappresentata dalla forte presenza di **stranieri (Tab. 4, Fig. 1)**, decisamente maggiore degli altri paesi europei, che negli Istituti Penitenziari Italiani rappresentano il 43% di tutti gli ingressi ed il 35% dei presenti, con punte del 60-70% in carceri di regioni come Valle d'Aosta e Trentino, dati questi decisamente distanti rispetto alla prevalenza del 8% a livello nazionale registrata tra la popolazione libera.

Questo dato impone attenzione ed investimenti gestionali specifici per le peculiari problematiche di salute di questa popolazione, quali la maggiore frequenza di patologie infettive, le barriere socio-culturali, il diverso stile di vita e le grandi difficoltà di adattamento. Tutti questi fattori, peraltro, ostacolano la consapevolezza e la disponibilità delle persone detenute straniere verso le conoscenze consolidate della medicina occidentale e, di conseguenza, l'accesso alle misure di prevenzione, diagnosi e cura.

Fig. 1: Ingressi in carcere anno 2012 (63.020)
[www.giustizia.it]



Tra le conseguenze più temibili di questa miscela di fattori di rischio sanitario, rientrano le epidemie infettive intra ed intermurarie, ben documentate dalla Letteratura Internazionale. In diversi carceri italiani si sono già registrati casi di contagio, in particolare di tubercolosi, ad altri detenuti, a personale di custodia e a loro familiari. Ma il fenomeno è sicuramente sottostimato, dal momento che non esiste un sistema di sorveglianza epidemiologica adeguato e mirato a questa realtà, in grado di produrre dati di monitoraggio aggiornati ed affidabili sulla prevalenza, incidenza e caratteristiche di tali infezioni.

Per la dimensione e complessità delle suddette problematiche, il sistema penitenziario è concordemente riconosciuto dalle principali istituzioni sanitarie internazionali, fra le quali in primo luogo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, quale **ambiente cruciale per l'applicazione di adeguati programmi di controllo delle principali patologie infettive**, anche in ragione dei numerosi **benefici che ne conseguirebbero a favore della stessa popolazione detenuta, del personale e dell'intera collettività libera. Vengono in particolare raccomandate:**

- La prevenzione, diagnosi precoce e terapia delle patologie in questione, evitando così per i soggetti malati l'evoluzione delle stesse in forme avanzate gravi, contenendo la diffusione delle malattie contagiose ad altri detenuti e al

personale; la finalità ultima, in definitiva, è di evitare che una condizione di rischio si trasformi in allarme sanitario vero e proprio.

- Un'offerta estesa delle cure alle persone detenute, anche per la ben documentata ricaduta positiva in termini di salute pubblica nei confronti della comunità libera. Infatti, l'ambiente penitenziario, pur con tutte le sue valenze negative, rappresenta in ogni caso un'occasione unica per l'applicazione di tali misure nei confronti di soggetti "difficili" altamente rappresentati in ambiente penitenziario e frequentemente affetti da diverse patologie croniche sia infettive che dismetaboliche, cardio-respiratorie e altro, quali tossicodipendenti, stranieri, pazienti psichiatrici, senza fissa dimora, alcolisti, altri disagiati sociali, che possono essere difficilmente e raramente raggiunti dalle istituzioni sanitarie quando allo stato libero.

Per tale ragione, molti di questi soggetti sono ad esempio inconsapevoli di essere affetti da condizioni infettive (**Tab. 5**) e, pertanto, non si sottopongono a cure sino a quando la malattia si manifesta in stadio ormai avanzato, più difficilmente curabile e con maggior impegno di risorse, e non adottano misure preventive del contagio nei confronti di familiari ed altri contatti.

Tab. 5:

LA SALUTE
NON CONOSCE CONFINI

I casi d'infezione inconsapevoli

Marcatori d'infezione attiva

- anti-HIV+ → 3 (3,4%)
- anti-HCV+ → 65 (11,6%)
- HBsAg+ → 49 (52,7%)
- Lue attiva → 12 (85,7%)
(TPHA+, FTA-abs+)
- Totale → 130 (15,9%)

Altri marcatori d'infezione

- Anti-HBcAg → 170 (58,4%)
- TPHA_±, → 23 (69,7%)
VDRL_±, FTA-abs-
- PPD+ → 104 (43,7%)

- Il tasso di trasmissione stimato dalle persone HIV+ consapevoli è → 1.7% - 2.4%
- Il tasso di trasmissione stimato dalle persone HIV+ inconsapevoli è → 8.8% - 10.8%



**Il tasso di trasmissione è circa
6 volte più elevato nelle
persone inconsapevoli**

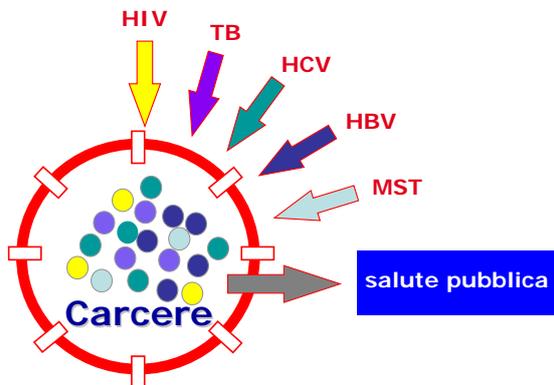
Sagnelli E. et al. Eur Rev Med Pharmacol Sci. 2012;16(15):2142-6.

Hollgrave D. et al. Int J SID AIDS. 2004; 15:789
Marks G. et al. JAIDS 2005; 39:446

Appare opportuno ricordare, infine, come il carcere non rappresenti un sistema chiuso (Fig. 2), bensì altamente permeabile ed in continuo scambio con la collettività esterna, attraverso il turn-over dei detenuti, il personale e i contatti di costoro (familiari, amici, colleghi).

Quindi, come ampiamente e scientificamente dimostrato, ogni risultato di salute conseguito sui detenuti si riflette in un miglioramento complessivo dello stato di salute dell'intera popolazione residente nell'area geografica considerata.

Fig. 2: Il contesto penitenziario: concentratore e potenziale amplificatore di patologia, altamente permeabile e in continuo scambio con la collettività libera.

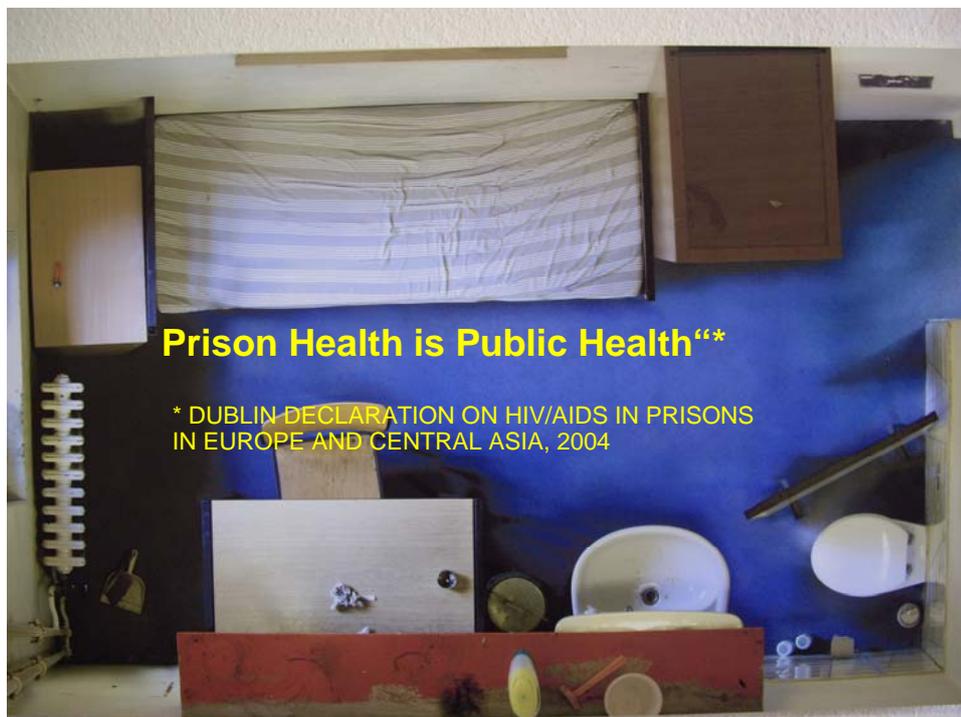


In definitiva, **la salute pubblica non può prescindere dalla salute in carcere (Fig. 3)**. Pertanto, carenze di interventi sanitari adeguati nell'ambiente ristretto comportano inevitabili conseguenze sanitarie negative sulla popolazione detenuta, sul personale degli Istituti Penitenziari, ma anche sulla intera collettività libera.

Viceversa, efficaci programmi di controllo ed implementazione della salute in carcere si sono dimostrati essere associati a benefici dell'intera popolazione.

Inoltre l'assenza di un osservatorio epidemiologico nazionale priva i Ministeri e le Regioni di uno strumento fondamentale di programmazione, la cui base è l'evidenza dei dati rilevati.

Fig. 3. La salute in carcere è salute pubblica.



IL SUPERAMENTO DEGLI O.P.G.

L'attenzione che codesta On.le Commissione Parlamentare esprime nei confronti della problematica annosa del definitivo superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari, ed in questo momento ormai avanzato del percorso avviato dall'art. 3ter della L. 9/2012, è segno manifesto di grande sensibilità sociale e di attenzione ai problemi sensibili della psichiatria, non solo nei pazienti autori di reato. È contemporaneamente anche un momento di riflessione, rivalutazione e rivisitazione della tutela della salute in carcere non solo per questa tipologia di pazienti, ma anche per una rilettura alla distanza di cinque anni del percorso di transito che, delineato sin dal 1999 con il c.d. Decreto "Bindi" ha avuto pratica attuazione dopo quasi un decennio con il DPCM 1-4-2008.

In realtà proprio gli aspetti legati alla psichiatria portano al compimento, non solo formale, di parte dei contenuti del D. L.vo 230/99, nel quale quasi quindici anni or sono veniva già dichiarato il diretto intervento del SSN nella gestione clinica delle patologie mentali in carcere, ma anche dei contenuti che in tempi successivi, cioè negli atti formali legati al citato DPCM - in particolare l'allegato 3 - e l'Accordo in C.U. del 13-10-2011, attraverso i quali la lettura diacronica anche del percorso clinico intramurario si interseca con l'azione dei Dipartimenti Aziendali di Salute Mentale, i quali anche nel carcere hanno ormai nuova ed autonoma linea di attività.

Le criticità attuali del percorso di superamento degli OPG sono ben note a codesta On.le Commissione, non ultimo per l'audizione dell'On. Fadda, Sottosegretario di Stato alla Salute che ha evidenziato i ritardi di alcune regioni nelle presentazioni dei progetti delle future Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza (in avanti identificate con l'acronimo R.E.M.S.), le problematiche intrinseche alla gestione dei fondi di parte corrente in riferimento alla richiesta di esplicita progettualità trattamentale. Lo stesso On. Sottosegretario ha immediatamente sensibilizzato e stimolato le Regioni a completare la progettualità relativa.

La progettazione di queste Residenze, *unicum* in Europa come ben noto alle SS.LL. e modello richiesto in altri paesi, richiede innanzitutto l'accoglienza piena della comunità territoriale ospitante, oltre che lo sviluppo di modelli di edilizia sanitaria nuovi nei quali la necessaria funzione clinica e trattamentale si accompagni alla sicurezza attiva e passiva, dinamica, dell'utente, degli operatori e del territorio in un ambiente a gestione pubblica da parte delle Aziende Sanitarie, nella prevista assenza totale di qualsiasi intervento interno da parte della Polizia Penitenziaria, mentre alle Forze dell'Ordine localmente presenti sono solo affidati solo compiti di sorveglianza perimetrale.

Ma la legge 9/2012 ha cambiato solo il "contenitore" nulla toccando del "contenuto", cioè il concetto proprio di "internato" cui le regole precedenti vengono mantenute, anche se con attuatori diversi.

Quindi la previsione di una quota economica di parte corrente, finalizzata all'assunzione di personale dedicato, **riteniamo sia l'aspetto pregnante del percorso di riforma**, atteso che questo personale dovrà comunque essere formato non solo alle specificità cliniche di questa tipologia di pazienti e ad un contesto giurisdizionale diverso, ma dovrà assicurare nel tempo la continuità del trattamento.

Rientra quindi prepotente il concetto della specificità della tutela della salute alle persone private o limitate nella libertà personale.

Ma questo percorso di riforma è solo legato alle Residenze sostitutive degli OPG?

La lettura comparata della Legge 9 con l'Accordo 13-10-2011 disegna un insieme modulato – *in nuce* esistente – di interventi di esecuzione penale e di valutazioni cliniche per soggetti affetti da patologie psichiatriche nelle varie forme cliniche e gradazioni di espressività.

Quindi la rete regionale delle Sezioni di Osservazione Psichiatrica, primo momento di valutazione specialistica di una patologia mentale pregressa o insorta durante la carcerazione, luoghi intramurari di esercizio clinico e scientifico, nei quali un team coordinato di psichiatri, psicologi, assistenti sociali, tecnici della riabilitazione psichiatrica, infermieri, personale di Polizia Penitenziaria valutano la problematica clinica del singolo soggetto e relazionano al Magistrato la valutazione diagnostica evidenziata e codificata secondo i canoni in uso.

Da questo discende, e se ne fa segnalazione a codesta On.le Commissione, **la necessità che con opportuna sollecitudine sia rivalutato dal Legislatore l'art. 112 del DPR 230/2000 nel quale è ancora prevista la possibilità di Osservazione Psichiatrica negli Istituti Ordinari ed in OPG. Alla chiusura di quest'ultimi il procedimento dovrà essere del tutto sviluppato nelle descritte specifiche Sezioni regionali per una qualità uniforme delle valutazioni cliniche.**

E poi la seconda rete, quella delle sezioni per il trattamento intramurario dei detenuti con disturbo mentale e dei c.d. "seminfermi di mente", nella quale mentre l'aspetto custodiale dovrà per ovvii motivi essere rigoroso ma discreto, l'aspetto clinico-trattamentale prevalente.

Ebbene, questo percorso virtuoso necessita dei fondi di parte corrente per il personale necessario, che nell'insieme dovrà essere formato a queste specificità ed alle peculiarità del contesto operativo. In questa chiave lo svincolo delle regioni in piano di rientro dal blocco delle assunzioni appare l'elemento di maggiore significatività, poiché per avviare siffatta progettualità vi è necessità di personale nei vari ruoli e mansioni che possa dedicarvi passione, interesse, impegno professionale.

Dalle REMS al territorio? E' il passaggio più complesso poiché questi pazienti sommano in se il doppio peso della malattia mentale e del reato, autori certo, ma anche vittime di uno stigma sociale difficile da rimuovere e spesso abbandonati dalle famiglie di origine o, se extracomunitari, senza una rete solidaristica intorno. Quindi la necessità non tanto di fumosi progetti, ma di strutture residenziali vocate all'accoglienza dopo il percorso penale ed all'accompagnamento sul territorio tramite la ricerca delle soluzioni più idonee per il singolo caso.

Da questo la necessità di rivedere per ciascuna regione le reti della residenzialità psichiatrica per integrarvi queste nuove esigenze e nuove prospettive.

LA MEDICINA PENITENZIARIA: STATO ATTUALE E PROSPETTIVE

Il percorso della psichiatria legato al superamento definitivo degli OPG sebbene complesso per le criticità segnalate e la necessità di aprirsi ad una nuova cultura – apre prepotentemente le riflessioni sulla medicina penitenziaria, qualcosa ancora di oscuro, celato, sottovalutato o guardato con sospetto, mentre la stessa funzione ed i suoi operatori meriterebbero ben altra considerazione in ragione delle peculiarità dell'utente e del contesto, che emergono prepotenti dalla disamina precedente sugli aspetti psichiatrici e che sono comuni a tutte le altre evidenze di patologia medica e chirurgica.

Né possiamo ignorare il contenuto del recentissimo documento del Comitato di Bioetica presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri “La salute dentro le mura” pubblicato appena l'11 ottobre scorso, dal quale emerge con forza la richiesta di una nuova cultura dell'assistenza sanitaria dentro le carceri italiane ! Impegno questo, che è stato il filo conduttore della nostra attività dalla fondazione.

Le peculiarità non sono state neppure sfiorate dal DPCM di transito, fonte vera di tutte le criticità che oggi si evidenziano in tutte le regioni, cui per la modifica del titolo V della Carta Costituzionale è demandata la tutela della salute dei detenuti, e per cui chiedono soluzioni.

Non è semplice fornire una **mappatura numerica del numero attuale degli operatori impegnati nella medicina penitenziaria** nelle varie mansioni, ma il primo monitoraggio effettuato nel decorso 2010 dal Ministero della Salute, e che dovrebbe essere aggiornato, dava già una prima valutazione. Il dato è però artefatto dalla coesistenza di più profili contrattuali, parte propri del SSN parte provenienti, in regime di proroga, dalla Legge 740/70 che aveva in precedenza governato il sistema.

Sono stati numerosi gli Accordi in Conferenza Unificata – trattandosi di problematiche sociosanitarie – approvati in questo quinquennio, ma la loro attuazione non ha nella maggior parte dei casi riguardato gli aspetti più significativi dell'attività sanitaria intramuraria, ovvero purtroppo oltre il formale recepimento si è aperto il grigio del nulla, senza alcun incidere su dinamiche di sistema.

La corrente grave crisi economica e la spending review in atto anche in sanità non devono però far dimenticare che il detenuto è titolare di tutti i diritti derivanti dalla persistenza a suo carico della **quota capitaria**, come statuito del D. L.vo 230/99, e dall'esenzione alla compartecipazione alla spesa come stabilito dal DPR 230/2000. Pertanto, in particolare il richiamato criterio dell'invarianza della spesa rispetto ai fondi in transito, è in sé viziato alla radice dalla **mancata valutazione della titolarità alla medicina penitenziaria di questa parte del budget sanitario regionale**, allocato prevalentemente nell'ambito dell'assistenza distrettuale (assistenza primaria, continuità assistenziale, specialistica ambulatoriale, farmaceutica). È che dire dei **fondi ex DM 2002 relativo ai detenuti tossicodipendenti** ? E quale ricaduta sul sistema si è ottenuta tramite lo sviluppo delle progettualità legata ai **fondi erogati alle Regioni sui Progetti Obiettivi di Piano Sanitario Nazionale 2009-10** con tematiche specifiche ed interessanti la medicina penitenziaria (il disagio mentale, i minori, l'informatizzazione, le donne detenute)? Si trattava di fondi vincolati alla funzione per un valore totale superiore a 67 mln di € (rif. Accordi CSR 57/CSR del 25

marzo 2009 e 104/CSR dell' 8 luglio 2010): perché negli anni successivi non sono state riavviate in maniera finalizzata e con fondi vincolati queste o altre linee di attività progettuale sulla medicina penitenziaria ? Non dimentichiamo che gli Obiettivi di PSN hanno il compito specifico di promuovere la qualità negli interventi del SSN.

Emerge prepotente la necessità di un **Osservatorio Epidemiologico Nazionale sulla Salute in Carcere**, poiché i progressi della farmacologia, della clinica, della diagnostica oggi evidenziano un quadro sempre più fluido dell'evento malattia in carcere, con una tendenza dinamica che necessita di approfondita conoscenza per migliorare i target dell'intervento e la relativa programmazione.

Voglio anche ricordare a codesta On.le Commissione come ancora i servizi sanitari attivati dalle Regioni all'interno degli Istituti Penitenziari della Repubblica **sono privi del codice struttura** che li identifichi al Nuovo Sistema Informativo in Sanità (NSIS) sebbene il Ministero della Salute abbia avviato e concluso uno studio di fattibilità in merito (SISPe : Sistema Informativo Sanità Penitenziaria). Questa è una carenza grave, poiché non vi è ancora modo di quantificare l'attività sanitaria che viene effettuata all'interno del sistema.

Noi riteniamo necessaria una profonda rivisitazione del DPCM 1-4-2008, anche in questo periodo di profonda crisi economica. Il carcere è una realtà in tutti i paesi del mondo e la tutela della salute in carcere oggi non è mai stato un lusso per pochi Stati ! Né i ventilati provvedimenti deflattivi dell'attuale sovraffollamento in questo quadro riteniamo possano migliorare la qualità dell'assistenza sanitaria.

Un DPCM – quello frettolosamente approvato nel 2008 – nel quale le parti sostanziali, cioè quelle relative all'organizzazione dei servizi all'interno delle Aziende Sanitarie e quelle relative al transito del personale, sono state sfumate oltre ogni decoro !

E se è vero che i modelli organizzativi sono propri di ciascuna Regione ed Azienda Sanitaria, l'elemento uniformante e trasversale è la peculiarità dell'utente e la specificità del contesto, per cui indicazioni più adeguate andavano espresse sin da allora.

Così purtroppo non è stato e riteniamo con forza che con analogo provvedimento sarà necessario porvi rimedio.

Né possiamo tacere la spinosa problematica del **personale sanitario proveniente dalla Giustizia**, dove nei ruoli ordinari e nella dotazione organica dei Medici Incaricati (responsabili quali Dirigenti o Coordinatori dei servizi sanitari presso ciascun Istituto Penitenziario) i numeri erano minimi, mentre gran parte dell'assistenza sanitaria, in particolare sotto il profilo clinico, era affidata a un numero elevato di medici ed infermieri, molti dei quali hanno tuttora presso le carceri l'unico lavoro! E che dire dell'ultimo concorso per Infermieri, la cui graduatoria il Ministero della Giustizia non ha mai utilizzato suggerendone le assunzioni al SSN ? Un insieme di paradossi, che nascono dai tempi remoti della 833/78 che fondando il SSN vi teneva lontano la medicina penitenziaria e che, pur nell'ambito della contrattualistica già vigente (L. 502, ACN specialistica ambulatoriale) o in fieri (ACN Medicina generale) **dovrà trovare una soluzione equa per non disperdere quel patrimonio di professionalità che il lavoro ed il sacrificio di queste persone hanno costruito !**

Ed infine un accenno ai **Livelli Essenziali di Assistenza**, da tempo lungo in fase di rimodulazione. Pur coscienti delle attuali problematiche circa i LEA, nel loro ambito

uno spazio dovrebbe essere dedicato alla salute in carcere, quasi uno specifico segnale. Se è vero infatti che il cittadino “libero” può comunque accedere a tutte le prestazioni sanitarie, così non è per il detenuto, per il quale problematiche complesse come la disabilità, parte dell’odontoiatria, o la tematica delle attività medico-legali ininterrotte all’interno degli Istituti Penitenziari ed altro, sono tuttora in un limbo di difficile lettura.

La tutela della salute in carcere da parte del SSN apre a prospettive nuove.

Il rapporto paritario all’interno del SSN dell’utente “detenuto” ma anche quello dell’operatore non sono né possono essere solo enunciazioni di principio. **È imprescindibile una organizzazione vera**, poiché il rapporto in periferia con le Direzioni Penitenziarie non può continuare a vedere spesso il Sistema Sanitario impossibilitato ad un dialogo “fra pari”!

Il **rapporto con l’Autorità Giudiziaria** deve essere riscritto, poiché oggi il servizio non è più una emanazione della Giustizia in posizione subordinata, ma un servizio ordinario delle Aziende Sanitarie territoriali, quindi pubblico, autorevole, degno di fede.

SIMSPE, unica Società Scientifica di settore, rimane disponibile ad ogni futura collaborazione, oltre che ad ogni ulteriore integrazione ed interlocuzione, ribadendo

- **sia la condivisione del percorso di superamento degli OPG, sebbene le criticità indicate necessitino di specifiche soluzioni,**
- **ma soprattutto la necessità di una rivisitazione tematica del DPCM 1-4-2008 per portare questo servizio alla sua normalità all’interno delle carceri italiane.**

GLI INFERMIERI PENITENZIARI

Poiché gli infermieri devono operare in un contesto dove è prevista la presenza degli agenti di Polizia Penitenziaria, che hanno la *mission* istituzionale della gestione della sicurezza, appare concreta la necessità di un approccio metodologico che consenta ai due gruppi professionali un rapporto di collaborazione. Piace segnalare quanto ha scritto Virginia Henderson: *“Ogni categoria dovrebbe poter riconoscere e distinguere le proprie funzioni, e quella dell’infermiere è di assistere la persona, sana o malata, per aiutarla a compiere tutti gli atti che tendono al mantenimento della salute, o alla guarigione; atti che la persona compierebbe da sola se disponesse della forza, della volontà, o delle conoscenze necessarie; è inoltre quella di favorire la partecipazione della persona, in modo da aiutarla a riacquistare prima possibile la sua indipendenza.”*

Secondo Virginia Henderson all’infermiere deve essere riconosciuta piena autorità d’iniziativa e di controllo mantenendo come figura centrale sempre il malato.

L’obiettivo centrale dell’assistenza deve essere quello di aiutare il paziente al suo normale ritmo di vita, compatibilmente con il piano di cura previsto dal medico.

Nell’assistenza di base l’infermiere costituisce l’autorità competente; per assistenza di base si intende l’aiuto da dare al paziente per seguire le seguenti attività, o per metterlo nelle condizioni di eseguirle da solo:

- *respirare normalmente;*
- *mangiare e bere in modo adeguato alle sue condizioni di salute;*
- *provvedere alle sue funzioni di eliminazione;*
- *muoversi e mantenersi in posizione idonea;*
- *riposare e dormire;*
- *scegliere gli indumenti appropriati;*
- *vestirsi e svestirsi;*
- *mantenere normale la temperatura corporea mediante un vestiario adatto ed eventuali modifiche dell’ambiente;*
- *provvedere all’igiene e alla cura del corpo ed alla protezione della pelle;*
- *proteggersi dai pericoli dell’ambiente ed evitare di essere fonte di pericolo per altre persone;*
- *comunicare con gli altri, esprimere i propri sentimenti, bisogni, timori, opinioni;*
- *praticare la propria religione;*
- *svolgere un’attività che dia un senso di compiutezza;*
- *partecipare a forme di svago di vario tipo;*
- *apprendere, scoprire o soddisfare le curiosità che conducono ad uno sviluppo adeguato, alla salute, e all’utilizzazione delle risorse sanitarie.*

Contestualizzare queste indicazioni concrete all’ambiente “carcere” è complesso, ma diviene segno del rispetto per la persona.

Ne consegue anche che la necessità che la somministrazione della terapia e le responsabilità derivanti da altre forme di assistenza siano allineate alla normativa vigente e non condizionate in negativo dalle problematiche proprie della sicurezza.

Si ritiene indispensabile un modello teorico infermieristico per gli Istituti Penitenziari in relazione alla peculiarità del contesto, condiviso anche con il Ministero della Giustizia-DAP, al fine di avviare una assistenza infermieristica per obiettivi da promuovere in tutti gli istituti di pena Italiani.

È pertanto necessaria ed urgente la revisione dei modelli organizzativi sanitari all'interno degli istituti di pena Italiani, ma soprattutto la definizione della dotazione organica aziendale del personale infermieristico da destinare alle attività di medicina penitenziaria.

La **Sezione Infermieri della SIMSPE** si dichiara sin d'ora disponibile ad affiancare sotto il profilo tecnico tutte le iniziative istituzionali in merito, forte della acquisita conoscenza delle specificità del contesto e delle parallele problematiche relazionali interne ed esterne.

L'UOMO AL CENTRO DI OGNI PROGETTO

La possibilità di ascoltare e registrare tutte le criticità e le sensazioni “dal campo” provenienti dai Colleghi di ogni parte d'Italia, ci permette di percepire una diffusa e spesso radicata deriva burocratica del fare salute all'interno degli Istituti Penitenziari Italiani.

Riteniamo che questo grave atteggiamento sia eradicabile solo riportando l'attenzione sulle persone, con i loro drammi, le loro sofferenze, i loro tanti e talvolta immensi errori, che hanno in questo ambito bisogni spesso non facilmente comprensibili e che, soprattutto, hanno spesso nella detenzione l'unica occasione di contatto con il Servizio Sanitario Nazionale. Non bisogna perdere questa opportunità di diagnosi e cura per persone che, per innumerevoli e differenti motivi, una volta tornati in libertà non avranno più il “bisogno salute” tra le priorità del proprio fare quotidiano.

Appare veramente necessario porre ogni singola persona detenuta al centro di ogni progetto organizzativo della sanità in ambito penitenziario, garantendo la sua presa in carico, la continuità assistenziale durante il periodo detentivo e la continuità carcere-territorio, una volta tornata in libertà.

APPENDICE

LE ATTIVITÀ FORMATIVE

- ➔ **SIMSPE ONLUS È PROVIDER ACCREDITATO AL PROGRAMMA NAZIONALE ECM DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE, CON NUMERO IDENTIFICATIVO 2949**
- ➔ **DISPONE DI UNA SCUOLA DI FORMAZIONE PERMANENTE IN MEDICINA E SANITÀ PENITENZIARIA**
- ➔ **È REFEREE PER L'ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ PER LE PUBBLICAZIONI RELATIVE ALLA SANITÀ PENITENZIARIA ED È ISCRITTA ALL'ALBO DEI DOCENTI PER I CORSI FORMATIVI**
- ➔ **È CONVENZIONATA, MEDIANTE PROTOCOLLI D'INTESA SIGLATI DAI RISPETTIVI RAPPRESENTANTI LEGALI, CON:**
 - **CONSIGLIO NAZIONALE DELLE RICERCHE – C.N.R.**
 - **ISTITUTO SUPERIORE DI STUDI PENITENZIARI – I.S.S.P.**
 - **ASL ROMA H**
 - **ASL DI VITERBO**
 - **UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI SASSARI**
 - **UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DELLA TUSCIA**

➔ **HA ORGANIZZATO I SEGUENTI EVENTI:**

Anno 2000

- **I Congresso Nazionale L'Agorà di Medicina e Sanità Penitenziaria, Roma, 11 Febbraio 2000**

Anno 2001

- **Il Congresso Nazionale L'Agorà di Medicina e Sanità Penitenziaria, Viterbo, 1-2 marzo 2001**
- **Corso di perfezionamento in Psichiatria penitenziaria "Teoria, clinica e terapia delle condotte aggressive", Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma**

Anno 2002

- **III Congresso Nazionale L'Agorà di Medicina e Sanità Penitenziaria, Salice Terme (Pavia), 21-22 giugno 2002**
- **Corsi di formazione in Psichiatria etnica, Roma - Casa Circondariale Regina Coeli, 6 e 20 marzo**
- **Symposium "Tossicodipendenze trattate dai Ser.T. all'interno dei Penitenziari", Roma, 7 aprile**

- Tavola rotonda degli Infermieri penitenziari “Esperienze a confronto”, Roma - Casa Circondariale di Rebibbia, 15 maggio

Anno 2003

- IV Congresso Nazionale L’Agorà Penitenziaria “Carcere: l’assistenza sostenibile”, Napoli, 6-8 novembre 2003
- Corso di perfezionamento in Psichiatria penitenziaria “Teoria, clinica e terapia delle condotte aggressive”, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

Anno 2004

- V Congresso Nazionale L’Agorà Penitenziaria “Carcere: la salute obbligata”, Vibo Valentia, 30 settembre - 2 ottobre 2004
- Corsi di formazione “Etnopsichiatria e immigrazione” e “Arteterapia e condotte trasgressive”, Roma, marzo – aprile
- Corso di formazione “Comunicazione efficace in ambito penitenziario” (in collaborazione con il PRAP Emilia Romagna), Casa Circondariale di Parma, 7-8 maggio

Anno 2005

- VI Congresso Nazionale L’Agorà Penitenziaria “La metamorfosi della Medicina Penitenziaria: l’etica nelle cure”, Milano, 29 settembre - 1 ottobre 2005
- Giornate formative ECM “Elementi di psicologia giuridica e penitenziaria”, Asl Roma H, novembre
- Workshop “L’indagine grafologica in criminologia”, Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma, 15 dicembre

Anno 2006

- VII Congresso Nazionale L’Agorà Penitenziaria “Carcere e territorio: quale continuità assistenziale?”, Roma ISSP, 5-7 ottobre 2006
- Workshop in Infettivologia penitenziaria, Milano, 25 marzo

Anno 2007

- VIII Congresso Nazionale L’Agorà Penitenziaria “La sanità penitenziaria tra necessità di sviluppo e scarsità di risorse”, Roma ISSP, 4-6 ottobre 2007
- Workshop in Psichiatria rivolto al personale medico e infermieristico, Milano, 26 gennaio
- Corso Addestramento di B.L.S.D, Milano, 3 e 10 febbraio
- Corso di aggiornamento teorico-pratico sulle patologie cardiache, Milano, 24 febbraio-10 marzo
- Corso di perfezionamento “Le dipendenze patologiche, il carcere, le forme del pensiero. Aspetti normativi, clinici e socioriabilitativi” - Sezione di Psichiatria, Psicologia Clinica e Riabilitazione, Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale, Facoltà di Medicina e Chirurgia dell’Università degli Studi di Perugia.

Anno 2008

- IX Congresso Nazionale L'Agorà Penitenziaria "La Medicina Penitenziaria: una nuova frontiera per il S.S.N.", Milano, 2-4 ottobre 2008
- Workshop in Medicina penitenziaria rivolto al personale medico e infermieristico, Oristano, 12-13 settembre
- Giornate formative "Novità e progetti di salute per le persone detenute. Opinioni a confronto", Viterbo, 19-20 settembre
- Convegno "Sprigioniamo la cura. La Sanità Penitenziaria nel passaggio al Servizio Sanitario Nazionale", Genova, 25-26 settembre

Anno 2009

- X Congresso Nazionale L'Agorà Penitenziaria "La salute: presupposto del recupero sociale", Napoli, 4-6 giugno 2009
- Convegno "Non rompiamo l'assistenza! La continuità assistenziale per il detenuto tra salute ed espiazione della pena: cambiamenti e prospettive", Genova, 24-25 settembre
- Workshop interregionale in Infettivologia penitenziaria "Il paziente detenuto con malattia da HIV", Viterbo, 17 ottobre

Anno 2010

- XI Congresso Nazionale L'Agorà Penitenziaria "Bisogni formativi e obiettivi professionalizzanti: le dimensioni relazionali e tecnologiche", Chieti - Pescara, 11-12 novembre 2010
- Workshop interregionale in Infettivologia penitenziaria "Trattare l'HIV in carcere", San Martino in Campo (PG), 25-26 giugno
- Workshop interregionale in Infettivologia penitenziaria, "Il paziente detenuto con HIV nel Lazio e in Lombardia", Milano, 19-20 novembre
- Corso di perfezionamento in Psichiatria e Psicologia penitenziaria "Teoria, clinica e terapia delle condotte trasgressive" - Istituto di Psichiatria e Psicologia, Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma

Anno 2011

- XII Congresso Nazionale L'Agorà Penitenziaria "La sanità penitenziaria nei sistemi sanitari regionali", Roma Centro Congressi CNR, 16-18 novembre 2011

Anno 2012

- XIII Congresso Nazionale L'Agorà Penitenziaria "Prevenzione e counselling nel paziente detenuto: dal consenso informato alla terapia", Università Cattolica del Sacro Cuore di Piacenza, 18-19 maggio 2012
- The European Conference on infectious diseases, harm reduction policies and human rights in prison, Domus La Quercia (Viterbo), 26-28 settembre
- Medicina Protetta in Italia. La Rete dei Progetti. Focus on: Epatiti Croniche HBV/HCV relate, Psoriasi e Detenzione, Viterbo, 12 ottobre
- Workshop interregionale in Infettivologia Penitenziaria "La gestione del detenuto con infezione HIV", Amelia (Terni), 14-15 dicembre
- Conferenza Regionale: Prevenzione, tutela della salute e medicina di iniziativa, Feroletto Antico (Catanzaro), 29-30 novembre

Anno 2013

- XIV Congresso Nazionale "L'Agorà Penitenziaria. Tra diritto alla salute e spending review", Bari, 6-8 giugno 2013
 - Corso ECM per lo sviluppo continuo professionale "L'assistenza infermieristica in ambito penitenziario: obiettivo cambiamento"
 - I edizione : Monza, 22-23 aprile
 - II edizione : Bari, 6-7 giugno
 - III edizione : Roma, 3-4 ottobre
 - Workshop in infettivologia penitenziaria "Percorsi diagnostico terapeutici per la gestione di HIV e tubercolosi in ambito carcerario: il modello gestionale della regione Emilia Romagna", Piacenza, 3 maggio
 - Corso "L'offerta attiva della vaccinazione antirosolia alle donne suscettibili nel post-partum e nel post-IVG, Feroletto Antico (Catanzaro), 7 maggio
 - Workshop in Infettivologia Penitenziaria "L'infezione da HBV e le coinfezioni HBV/HIV nelle carceri italiane", Roma ISSP, 4-5 ottobre
 - Workshop "Le UUOO di Medicina Protetta. Gestione delle Polmoniti e della TBC. Nuove Strategie Terapeutiche in HIV", 17-18 ottobre 2013
 - *In programma : Workshop "Gestione delle cardiopatie delle UUOO di Medicina Protetta", Milano 26 novembre*
-

LA PRODUZIONE SCIENTIFICA

- 1) Brunetti B, Starnini G, Lepri F, Babudieri S, Guastini L, Giuliani E (1999). Proposte per gli interventi di riduzione del danno collegato all'infezione da HIV nei penitenziari. BION, vol. 3, p. 36-43, ISSN: 1590-5993
- 2) Babudieri S., Aceti A., D'Offizi, G.P., Carbonara S., Starnini G. & IN.PE. study group "Directly Observed Therapy to treat HIV Infection in Prisoners". JAMA 2000; 284 (2); 179-80.
- 3) Babudieri S., Barbarini G., Carbonara S., Calia G., Mura M.S. "La terapia HAART direttamente osservata in comunità chiuse residenziali". Giornale Italiano di Malattie Infettive 2001; 7 (S1); S94.
- 4) Babudieri S., Carbonara S., Maida I., Congedo P., Sotgiu G., Heichen M. "Modelli di gestione della terapia antiretrovirale: DOT e ONCE-A-DAY". Atti "XV Convegno AIDS e Sindromi Correlate" Bari, 13-16/10/2001, pag. 2.
- 5) Babudieri S. "La terapia antiretrovirale nella popolazione carceraria italiana" Atti del Simposio "HIV in Special Populations" Firenze 10/11 Dicembre 2001, pag.75-80
- 6) Babudieri S., Starnini G., Brunetti B., Carbonara S., Casti A., Florenzano G., Iovinella V., Monarca R., Novati S., Quercia G., Sardu C., Romano A., Mazzarello G., Vullo s., Pintus A., Fenu L., Uccella I., Montano M., Rezza G., Andreoni M. "Diffusione delle malattie virali croniche negli Istituti Penitenziari Italiani" Giornale Italiano di Malattie Infettive 2002; 8 (S1); S73
- 7) Babudieri S., Starnini G., Brunetti B., Carbonara S., D'Offizi G.P., Casti A., Florenzano G., Iovinella V., Monarca R., Novati S., Quercia G., Sardu C., Romano A., Dierna M., Mazzarello G., Vullo S., Pintus A., Fenu L., Uccella I., Montano M., Rezza G., Andreoni M. "Siero-epidemiologia delle infezioni virali croniche negli Istituti Penitenziari Italiani" Atti "XVI Convegno Nazionale AIDS e Sindromi Correlate" Torino, 23-26/11/2002. p.13
- 8) Ardita S., Brunetti B., Starnini G., Babudieri S. "Incompatibilità con lo stato di detenzione dei pazienti con infezione da HIV" Rassegna Penitenziaria e Criminologia 2003; 3;165-9
- 9) Babudieri S., Starnini G., Brunetti B., Carbonara S., D'Offizi G.P., Monarca R., Mazzarello G., Novati S., Casti A., Florenzano G., Quercia G., Iovinella V., Sardu C., Romano A., Dierna M., Vullo S., Pintus A., Maida I., Dori L., Ardita S., Mura M.S., Andreoni M., Rezza G. "HIV and related infections in Italian prisons: epidemiology and health organization". Ann Ist Sup San 2003; 39 (2); 251-257.
- 10) Babudieri S., Carbonara S., Monarca R., D'Offizi G.P., Starnini G. & G.L.I.P.. "Il paziente anti-HIV+ detenuto e le strategie terapeutiche in ambito penitenziario". Giornale Italiano di Malattie Infettive 2003; 9 (S1); 151.
- 11) Babudieri S., D'Offizi G.P., Starnini G. "L'infezione da HIV nel Sistema Penitenziario Italiano" In: AIDS in Italia - 20 anni dopo. Masson ed. 2004; cap.17 ; pgg. 129-136.

- 12) Babudieri S., Pintus A., Maida I., Starnini G., Rezza G. "Does counselling increase sustained benefit of HAART among prison inmates after release to the community?". *Clin Infect Dis* 2005; [letter] 40 (2); 321-22
- 13) Starnini G., Caccamo F., Farchi F., Babudieri S., Brunetti B., Rezza G. "An outbreak of Q fever in a prison in Italy" *Epidemiology and Infection* 2005; 133(2); 377-80.
- 14) Carbonara S., Babudieri S., Longo B., Starnini G., Monarca R., Brunetti B., Andreoni M., Pastore G., De Marco V., Rezza G. & GLIP "Correlates of Mycobacterium tuberculosis infection in a prison population" *Eur Respir J* 2005; 25(6); 1070-76
- 15) Babudieri S., Longo B., Sarmati L., Starnini G., Dori L., Suligo B, Carbonara S, Monarca R, Quercia G, Florenzano G., Novati S., Sardu A., Iovinella V, Casti A, Romano A., Maida I., Mura M.S., Brunetti B., Andreoni M., Rezza G. "Correlates of HIV, HBV, and HCV infection in a prison inmate population: Results from a multicentre study in Italy". *J Med Virol* 2005; 76 (3); 311-17.
- 16) Babudieri S., Carbonara S., Starnini G., Monarca R., Longo B., Brunetti B. "Fattibilità della diretta osservazione delle terapie antiretrovirali nei penitenziari italiani" in atti di "V Programma Nazionale di Ricerca sull'AIDS" Progress Report Meeting Istituto Superiore di Sanità - Roma, 2-6/05/2005 pag. 301
- 17) Carbonara S., Babudieri S., Longo B., Starnini G., Monarca R., Ciraci E., Brunetti B., Andreoni M., Pastore G., De Marco V., Rezza G. & GLIP "Prevalenza e fattori di rischio dell'infezione da Mycobacterium tuberculosis in una popolazione detenuta in Italia". *Giornale Italiano di Malattie Infettive* 2005; 11 (2); 70-7
- 18) Babudieri S. "L'infezione da HCV nei soggetti detenuti" in: "Epatite cronica C: l'ottimizzazione della terapia" Effetti Editore, Milano, Giugno 2005; pagg. 95-103
- 19) Pontali E. "Antiretroviral treatment in correctional facilities". *HIV Clin Trials*. 2005 Jan-Feb;6(1):25-37. Review.
- 20) Guadagnino V., Trotta M.P., Carioti J., Caroleo B., Antinori A. & Nocchiero Study Group: Mura M.S., BABUDIERY S., Grazzini D. et al. "Does Depression symptomatology affect medication compliance during the first weeks of anti-HCV therapy in intravenous drug users?". *Digest Liver Dis* 2006; 38 (2); 119-124.
- 21) Sarmati L., BABUDIERY S., Longo B., Starnini G., Carbonara S., Monarca R., Buonomini A.R., Dori L., Rezza G., Andreoni M. and GLIP. "Human Herpesvirus 8 and Human Herpesvirus 2 infections in prison population" *J Med Virol* 2007; 79; 167-173
- 22) Guadagnino V., Trotta M.P., Montesano F., Babudieri S., Caroleo B., Armignacco O., Carioti J, Maio G., Monarca R., Antinori A. for the "Nocchiero" Study Group" "Effectiveness of a multidisciplinary standardised management model in the treatment of chronic hepatitis C in drug addicts engaged in detoxification programmes" *Addiction* 2007; 102 (3), 423-431
- 23) Babudieri S. & Starnini G. "HIV in Carcere: Che Fare?". *Lingomed ed.*; Maggio 2007; pag.1-165
- 24) BABUDIERY S. "Infezione da HIV nella popolazione detenuta". *ReAd Files* 2007; 3; 4-7

- 25) Pontali E, Ferrari F. "Prevalence of Hepatitis B virus and/or Hepatitis C virus co-infections in prisoners infected with the Human Immunodeficiency Virus". *Int J Prison Health*. 2008 Jun;4(2):77-82.
- 26) Vescio M.F., Longo B., Babudieri S., Starnini G., Rezza G. & Monarca R. "Correlates of HCV seropositivity in prison inmates: A meta-analysis". *J Epidemiol Comm Health* 2008; 62(4): 305-13.
- 27) Longo B., Novati S., Pontieri S., Pontali E., Taglia F., Leo G., Babudieri S., Starnini G., Monarca R., Rezza G. and Ciccozzi M. on behalf the Italian Study Group on HIV in Prison (ISGHP "HIV-1 diversity among inmates of Italian prisons" *J med Virol* 2008; 80(10):1689-94
- 28) Pontali E, Ventura A, Bruzzone B, Icardi G, Ferrari F. "Unexpected high rate of wild-type HIV-1 genotype among inmates failing antiretroviral therapy". *HIV Clin Trials*. 2008 Sep-Oct;9(5):341-7.
- 29) Valdarchi C., Farchi F., Dorrucchi M., De Michetti F., Paparella C., Babudieri S., Spanò A., Starnini G., Rezza G. "Epidemiological investigation of a Varicella outbreak in an Italian Prison" *Scan J Inf Dis* 2008; 40(11):943-5.
- 30) Vescio M.F., Longo B., Babudieri S., Starnini G., Rezza G. & Monarca R. "Correlates of HCV seropositivity in prison inmates: A meta-analysis". *J Epidemiol Comm Health* 2008; 62(4): 305-13.
- 31) Longo B., Novati S., Pontieri S., Pontali E., Taglia F., Leo G., BABUDIERY S., Starnini G., Monarca R., Rezza G. and Ciccozzi M. on behalf the Italian Study Group on HIV in Prison (ISGHP) "HIV-1 diversity among inmates of Italian prisons". *J Med Virol* 2008; 80(10):1689-94.
- 32) HIV/AIDS Italian Export Panel "Linee Guida Italiane sull'utilizzo dei farmaci antiretrovirali e sulla gestione diagnostico-clinica delle persone con infezione da HIV-1" Babudieri S., Starnini G., Pempinello R., Dall'Isola S., Stagnitta M. "Sezione 4: Condizioni a cui porre particolare attenzione – Detenzione" Ministero della Salute 15/07/2010; pgg. 148 – 149
- 33) Babudieri S, Dorrucchi M, Boschini A, Carbonara S, Longo B, Monarca R, Ortu F, Congedo P, Soddu A, Maida IR, Caselli F, Madeddu G, Rezza G. "Targeting candidates for directly administered highly active antiretroviral therapy: benefits observed in HIV-infected injecting drug users in residential drug-rehabilitation facilities". *AIDS Patient Care STDS*. 2011 Jun;25(6):359-64.
- 34) Almasio PL, Babudieri S, Barbarini G, Brunetto M, Conte D, Dentico P, Gaeta GB, Leonardi C, Levrero M, Mazzotta F, Morrone A, Nosotti L, Prati D, Rapicetta M, Sagnelli E, Scotto G, Starnini G. "Recommendations for the prevention, diagnosis, and treatment of chronic hepatitis B and C in special population groups (migrants, intravenous drug users and prison inmates" *Dig Liver Dis*. 2011 Aug;43(8):589-95.
- 35) HIV/AIDS Italian Export Panel: "Linee Guida Italiane sull'utilizzo dei farmaci antiretrovirali e sulla gestione diagnostico-clinica delle persone con infezione da HIV". Babudieri S., Starnini G., Pempinello R., Dall'Isola S., Stagnitta M "Sezione 4: Condizioni a cui porre particolare attenzione – Detenzione" Ministero della Salute 15/07/2010; pgg. 148 – 149

- 36) Babudieri S, Soddu A, Murino M, Molicotti P, Muredda AA, Madeddu G, Fois AG, Zanetti S, Pirina P, Mura MS. Tuberculosis screening before anti-hepatitis C virus therapy in prisons. *Emerg Infect Dis*. 2012 Apr;18(4):689-91.
- 37) Madeddu G, Soddu A, Mannu F, Muredda AA, Garrucciu G, Bandiera F, Zaru S, Mura MS, Babudieri S. "Body fat changes and mitochondrial alterations during HBV treatment: A warning for long term administration" *J Infect*. 2012 Jul 11. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jinf.2012.07.002>
- 38) Sagnelli E, Starnini G, Sagnelli C, Monarca R, Zumbo G, Pontali E, Gabbuti A, Carbonara S, Iardino R, Armignacco O, Babudieri S & SIMSPE Grou. "Blood born viral infections, sexually transmitted diseases and latent tuberculosis in Italian prisons: a preliminary report of a large multicenter study" *Eur Rev Med Pharmacol Sci*. 2012 Dec;16(15):2142-6.
- 39) Rapicetta M, Monarca R, Kondili LA, Chionne P, Madonna E, Madeddu G, Soddu A, Candido A, Carbonara S, Mura MS, Starnini G, Babudieri S. "Hepatitis E virus and hepatitis A virus exposures in an apparently healthy high-risk population in Italy". *Infection*. 2013 Feb;41(1):69-76. doi: 10.1007/s15010-012-0385-8
- 40) Ciccozzi M, Madeddu G, Lo Presti A, Cella E, Giovanetti M, Budroni C, Babudieri S, Mura MS, Zehender G, Salemi M. "HIV type 1 origin and transmission dynamics among different risk groups in sardinia: molecular epidemiology within the close boundaries of an Italian island" *AIDS Res Hum Retroviruses*. 2013 Feb;29(2):404-10. doi: 10.1089/AID.2012.0209.

Ha redatto i paragrafi relativi nelle "Linee Guida italiane per HIV e TBC"

LE RELAZIONI INTERNAZIONALI

SIMSPE-ONLUS ha intrapreso una sempre più consistente attività di interscambio culturale con le omologhe associazioni sia europee che internazionali, essendo apprezzata anche dalla Sezione relativa alla salute in carcere dell'Organizzazione Mondiale della Sanità che, in particolare, ha affidato alla nostra Società l'onere di coordinare tutte le associazioni Europee del settore con il preciso mandato di creare una Federazione Europea degli Operatori della Sanità Penitenziaria.

Nel corso degli ultimi anni, in particolare, SIMSPE-ONLUS ha organizzato e/o partecipato a:

- 2008-2009:
 - “IN & OUT European Project” finanziato dalla Commissione Europea (AGIS programme 2006), coordinato da ANLAIDS e finalizzato alla costruzione di una Rete di NGO per la diffusione di una corretta Educazione Sanitaria all'interno degli Istituti Penitenziari Europei.
- 2010:
 - Barcellona Meeting on “*PRISON AND HIV: the situation in Europe and the good practices*”
 - “*SEXOFFENDERS - A new European network to exchange and transfer knowledge and expertise in the field of treatment programmes for perpetrators of sexual harassments and violence against children and young people*” Progetto di studio finanziato dalla Commissione Europea e coordinato dall'Università degli studi di Sassari.
- 2012:
 - Viterbo “The European Conference on Infectious Diseases, Harm Reduction Policies and Human Rights in Prison”
 - Madrid “IX Congreso Nacional Sociedad Espanola de Sanidad Penitenciaria”
- 2013:
 - Montpellier “10EME Congrès National des U.C.S.A. (Organisé par l'Association des Professionels de Santé Exercant en Prison)”
 - “**REHAB Project**” finanziato dalla Commissione Europea e coordinato dall'Università degli Studi della Tuscia – Viterbo, incentrato sulla formazione alla salute di detenuti, personale di custodia e personale sanitario
 - Collaborazione con “WHO – World Health Organization – Regional Office Europe” per la creazione di una Federazione/Network Europeo di Società Scientifiche inerenti la sanità Penitenziaria
 - Londra, 15/11/2013 “**WHO Network Meeting on Prisons and Health**”

IL CONSIGLIO DIRETTIVO SIMSPe-ONLUS 2013-2015

- Prof. Sergio BABUDIERI (Sassari) – PRESIDENTE
- Dott. Luciano LUCANIA (Reggio Calabria) – VICE-PRESIDENTE
- Dott. Andrea FRANCESCHINI (Roma) – PRESIDENTE ONORARIO
- Dott. Giulio STARNINI (Viterbo) – SEGRETARIO GENERALE
- Dott. Roberto MONARCA (Viterbo) – DIRETTORE SCIENTIFICO
- Dott. Enrico GIULIANI (Viterbo) – TESORIERE
- Sig.ra Margherita ARAGONA (Sassari) – CONSIGLIERE
- Dott. Sergio CARBONARA (Bari) – CONSIGLIERE
- Dott. Rodolfo CASATI (Milano) – CONSIGLIERE
- Dott. Alfonso CASADEI (Forlì) – CONSIGLIERE
- Dott. Alfredo DERISIO (Roma) – CONSIGLIERE
- Dott. Massimo FORLINI (Teramo) – CONSIGLIERE
- Dott.ssa Maria D. IANNECE (Napoli) – CONSIGLIERE
- Sig.ra Martina MELESI (Milano) – CONSIGLIERE
- Dott. Emanuele PONTALI (Genova) – CONSIGLIERE
- Dott. Marco PUGGIONI (Sassari) – CONSIGLIERE

REFERENTI LOCALI E DI SETTORE

- Prof. Raffaele PEMPINELLO (Napoli) – REFERENTE MEDICINA PROTETTA
- Dott. Luca Amedeo MEANI (Milano) – REFERENTE INFERMIERI
- Dott. Giuseppe MARCUCCI (Napoli) – REFERENTE INFERMIERI
- Dott. Guido LEO (Torino) – REFERENTE PIEMONTE
- Dott. Daniele MARRI (Siena) – REFERENTE TOSCANA
- Dott. Alessandro PIERI (Pescara) – REFERENTE NORD ABRUZZO
- Dott.ssa Daria SACCHINI (Piacenza) – REFERENTE EMILIA-ROMAGNA

CONTATTI ED INDIRIZZI

- Sede: via S. Maria della Grotticella n°68, 01100, Viterbo
- Segreteria Organizzativa:
 - Dott.ssa Claudia Montebove – 333 1171404
 - Dott.ssa Letizia Bartocci – 347 1749551
- posta elettronica: <sanitapenitenziaria@gmail.com>
- Sito Web: www.sanitapenitenziaria.org