

Decreto ministeriale 21 aprile 2000
Gazzetta Ufficiale 25 maggio 2000, n. 120

**Approvazione del progetto obiettivo
per la tutela della salute in ambito penitenziario**

**IL MINISTRO DELLA SANITÀ E IL MINISTRO DELLA GIUSTIZIA
DI CONCERTO CON
IL MINISTRO DEL TESORO, DEL BILANCIO E
DELLA PROGRAMMAZIONE ECONOMICA**

(omissis)

DECRETANO:

Articolo 1

1. È approvato, senza ulteriori oneri a carico del bilancio dello Stato, il Progetto obiettivo per la tutela della salute in ambito penitenziario nel testo di cui nell'allegato A che forma parte integrante del presente decreto.
2. Il presente decreto sarà pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana.

ALLEGATO A

1. Premessa

L'articolo 1 del decreto legislativo 22 giugno 1999, n. 230, stabilisce che i detenuti e gli internati, al pari dei cittadini in stato di libertà, hanno diritto alla erogazione delle prestazioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione previste nei livelli essenziali e uniformi di assistenza individuati nel piano sanitario nazionale, nei piani sanitari regionali e in quelli locali.

Il successivo articolo 5 prevede l'adozione di un apposito Progetto obiettivo per la tutela della salute in ambito penitenziario, della durata di un triennio, ai fini della rimozione degli ostacoli ambientali ed organizzativi che caratterizzano l'assistenza sanitaria alla popolazione detenuta, mediante la formulazione di criteri e indirizzi per l'attivazione di una rete di presidi e di servizi sanitari volti a soddisfare la domanda di assistenza, a migliorare la qualità delle prestazioni di diagnosi, cura e riabilitazione, a garantire il raggiungimento degli obiettivi di salute negli istituti penitenziari.

Per qualificare e umanizzare l'assistenza sanitaria nelle carceri e per rendere più efficaci le risposte sanitarie, il Servizio sanitario nazionale e l'amministrazione penitenziaria realizzano una sistematica collaborazione mediante la definizione di programmi sanitari a livello nazionale, regionale e locale.

Le indicazioni contenute nel presente Progetto obiettivo, che per legge hanno durata triennale, sono suscettibili di modificazioni ed integrazioni, più o meno ampie, a seconda degli esiti della sperimentazione prevista dall'articolo 8 del decreto legislativo n. 230 del 1999. In sostanza, sarà la fase sperimentale, ed in particolare i risultati che emergeranno da tale fase, ad indicare l'opportunità di intervenire sulle misure previste nel presente Progetto.

Nella programmazione di nuove sedi di istituti penitenziari e le modifiche strutturali che comportano un aumento della ricettività delle sedi esistenti, l'amministrazione penitenziaria tiene conto dei contenuti del presente progetto obiettivo.

2. Lo stato di salute nelle carceri

Pur non esistendo un sistema di rilevazione nazionale delle patologie in ambito penitenziario, si riporta, di seguito, un breve quadro generale della situazione sanitaria inerente allo stato di salute nelle carceri e alla indicazione delle patologie maggiormente diffuse.

Le persone detenute sono attualmente circa 50.000 (47.000 uomini e 3.000 donne), nonostante le infrastrutture abbiano una disponibilità di 35.000 posti distribuiti nei 200 istituti esistenti. Dei suddetti 50.000 detenuti, 13.000 sono extracomunitari, 15.000 tossicodipendenti, 2.500 sieropositivi per l'Hiv, oltre 4.000 i sofferenti di turbe psichiche anche molto gravi.

Le patologie infettive, psichiatriche e gastroenterologiche sono quelle maggiormente diffuse. In particolare malattie infettive come epatiti, tubercolosi, Aids, sono motivo di grande impegno economico e per farvi fronte l'amministrazione penitenziaria ha utilizzato circa il 40% del finanziamento per l'approvvigionamento dei farmaci.

Le patologie dell'apparato cardiovascolare colpiscono in carcere classi di età relativamente più basse rispetto alla società esterna (40-50 anni). Frequenti sono anche le malattie osteoarticolari e le bronco-pneumopatie croniche ostruttive (la stragrande maggioranza dei detenuti consuma in media dalle venti alle quaranta sigarette al giorno). Di difficile gestione in carcere sono, inoltre, le malattie metaboliche e del ricambio, come il diabete mellito di tipo I e II che comportano l'osservazione di un determinato regime di vita (dieta, moto, autogestione dei farmaci).

3. Gli obiettivi di salute

L'articolo 5, comma 3, del decreto legislativo 22 giugno 1999, n. 230, prevede che nel Progetto obiettivo sono definiti gli indirizzi alle Regioni, volti a garantire gli obiettivi di salute dei detenuti e degli internati secondo i livelli essenziali e uniformi di assistenza previsti dal Piano sanitario nazionale.

Tenuto conto della specificità della condizione penitenziaria, il Progetto obiettivo individua le aree prioritarie di intervento per la tutela della salute dei detenuti e degli internati, indicando i programmi per la prevenzione, la cura e la riabilitazione delle malattie maggiormente diffuse, volti al superamento e/o al contenimento degli stati di invalidità e di cronicità determinati da eventi interni o esterni alla condizione detentiva.

3.1. Le attività di prevenzione

È noto che il carcere, per molti aspetti, è causa di rischi aggiuntivi per la salute fisica e psichica dei detenuti, degli internati e del personale addetto alla sorveglianza e all'assistenza. Nella condizione di restrizione della libertà personale, i problemi della quotidianità risultano determinanti per lo stato di salute, inteso come benessere psico-fisico di ciascuno e di tutti. I problemi ambientali costituiscono, pertanto, il primo campo di intervento per la tutela della salute dei detenuti e degli internati. Non a caso il decreto legislativo n. 230 del 1999 prevede il trasferimento delle funzioni di prevenzione prima di tutte le altre, a decorrere dal 1° gennaio 2000.

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

Anche lo stato delle strutture edilizie, con vecchi edifici impropriamente adattati a carceri e degradati dal tempo e dall'uso e con stabilimenti di più recente costruzione ma ugualmente inadatti e nocivi, costituisce una specificità cui deve rivolgersi l'azione preventiva del Servizio sanitario nazionale.

In ragione di queste specifiche condizioni, è necessario definire programmi di prevenzione primaria finalizzati alla riduzione o rimozione di una sofferenza che ha radici strutturali, dando piena attuazione anche in ambito penitenziario alla normativa vigente in materia di:

- igiene pubblica nelle sue diverse articolazioni, in particolare i settori di profilassi e di igiene urbana;
- igiene degli alimenti e della nutrizione;
- strutture sanitarie;
- igiene degli ambienti di vita e di lavoro, anche in riferimento all'applicazione del decreto legislativo n. 626/1994.

Entro tre mesi dall'entrata in vigore del Progetto obiettivo, i dipartimenti di prevenzione delle aziende sanitarie locali predispongono per gli istituti penitenziari ubicati nei relativi ambiti territoriali, coinvolgendo anche gli operatori penitenziari e i detenuti, una ricognizione dei rischi per la tutela salute in ambito carcerario, con l'obiettivo di realizzare gli interventi strutturali necessari per il ripristino, eventuale, di idonee condizioni ambientali e ai fini della individuazione di soluzioni che incidano sul miglioramento della qualità della vita in carcere, ivi compreso il regime alimentare. In particolare, si ritiene importante verificare l'applicazione della normativa sulla sicurezza negli ambienti di lavoro in un ambito, quale quello penitenziario, in cui devono essere conciliati ordinamenti diversi.

Le aziende sanitarie locali predispongono, sulla base delle informazioni e dei dati disponibili, programmi mirati di educazione alla salute, con particolare riguardo alle malattie infettive (come esplicitato nel paragrafo 3.2.6) e parassitarie, alla prevenzione della tossicodipendenza, della sofferenza mentale dell'abuso di psicofarmaci, del fumo e dell'alcooldipendenza e delle più diffuse patologie sociali sensibilizzando la popolazione detenuta e gli operatori sanitari e penitenziari.

Le suddette aziende attivano, altresì, programmi pluriennali di prevenzione secondaria, articolati annualmente, con screening riguardanti le malattie infettive e psichiatriche, i tumori, le malattie cerebro e cardiovascolari, il diabete, ecc., con il fine di raggiungere gli obiettivi di salute indicati nel Piano sanitario nazionale.

3.2. Le attività di cura

Le aziende sanitarie locali nel cui ambito territoriale è ubicato uno o più istituti penitenziari individuano, secondo le indicazioni regionali, modelli organizzativi atti ad assicurare il soddisfacimento della domanda di cura dei detenuti e degli internati e organizzano percorsi terapeutici che garantiscano la tempestività degli interventi, la continuità assistenziale, l'appropriatezza e la qualità delle prestazioni, la verifica dei risultati, anche attraverso apposite linee-guida.

Le principali aree di intervento sono:

- 1) la medicina generale;
- 2) la medicina specialistica;
- 3) la medicina d'urgenza;
- 4) l'assistenza ai detenuti tossicodipendenti;
- 5) l'assistenza sanitaria alle persone immigrate detenute;
- 6) le patologie infettive;
- 6) la tutela della salute mentale.

3.2.1. La medicina generale

L'assistenza medico-generica deve poter essere applicata superando l'attuale frazionamento degli interventi secondo un modello che preveda:

- 1) visite mediche e colloquio con l'operatore di salute mentale per tutti i nuovi giunti al loro ingresso in istituto;
- 2) visite programmate alle persone detenute che ne facciano richiesta;
- 3) il raccordo con la medicina generale presente sul territorio, anche mediante la redazione puntuale della cartella clinica del detenuto durante la permanenza in carcere e la raccolta delle indicazioni che consentano di proseguire idonei ed appropriati trattamenti in altri istituti o al ritorno in libertà ed anche con un'apposita scheda di trattamento sanitario che viene consegnata al detenuto ad opera del medico;
- 4) strumenti idonei a rilevare i dati necessari ad alimentare i flussi informativi sanitari nella logica della continuità assistenziale garantita dalle strutture previste dai livelli uniformi ed essenziali di assistenza.

3.2.1-bis. Assistenza farmaceutica

Ai detenuti e internati deve essere assicurata l'assistenza farmaceutica necessaria sulla base delle prescrizioni del medico di medicina generale o dello specialista. Le aziende sanitarie locali e gli istituti penitenziari individuano le modalità più idonee per agevolare il reperimento e l'erogazione dei farmaci in modo da assicurare gli interventi di cura prescritti.

3.2.2. La medicina specialistica

In stretta correlazione con l'assistenza medico-generica, la medicina specialistica deve garantire gli interventi di tipo specialistico su indicazione e richiesta del medico di medicina generale.

Gli obiettivi specifici sono:

- 1) uniformare in tutti gli istituti penitenziari gli standard di assistenza specialistica;
- 2) garantire interventi immediati in sintonia con le esigenze di salute;
- 3) integrare le singole e specifiche competenze nell'ambito di una visione globale del paziente detenuto, anche tramite l'organizzazione di momenti di raccordo e confronto tra le varie figure specialistiche;
- 4) avviare programmi di trattamento adeguati e compatibili con lo stato di detenzione.

3.2.3. La medicina d'urgenza

La popolazione detenuta per la eterogeneità e per l'alta prevalenza di stati morbosi necessita che vengano assicurati gli interventi urgenti.

Sulla base di tale considerazione è possibile definire i seguenti obiettivi specifici:

- garantire la possibilità di un pronto intervento nell'ambito del sistema di emergenza-urgenza;
- effettuare, quando necessario, iniziative di aggiornamento obbligatorio del personale in tema di patologie urgenti;
- prevedere l'integrazione tra le strutture intramurarie e quelle esterne per la medicina d'urgenza;
- disporre di adeguate attrezzature che consentano di fronteggiare le urgenze senza dover ricorrere con frequenza all'avvio in luoghi esterni di cura.

3.2.4. *L'assistenza ai tossicodipendenti*

I tossicodipendenti sono, secondo i dati del Ministero della giustizia, circa il 30% dei detenuti presenti nelle carceri italiane. L'assistenza ai detenuti tossicodipendenti ha fino ad ora avuto luogo mediante l'integrazione tra i servizi territoriali di assistenza (SerT) e gli analoghi presidi intramurari. Il trattamento del tossicodipendente prevede l'attuazione delle misure di prevenzione, diagnostiche e terapeutiche che riguardano sia l'aspetto della sfera psicologica che quello clinico.

I programmi da sviluppare devono garantire la salute del tossicodipendente detenuto e assicurare, contemporaneamente, la tutela complessiva della salute all'interno delle strutture carcerarie; ciò comporta la ridefinizione del modello assistenziale, in un'ottica che concili le strategie più tipicamente terapeutiche con quelle preventive e di riduzione del danno.

Tra gli obiettivi di lungo periodo si pone, in primo luogo, la formulazione di percorsi capaci di una corretta individuazione dei bisogni di salute, in particolare tramite la raccolta di dati attendibili:

- sulle reali dimensioni della popolazione tossicodipendente detenuta, ottenuti con metodologie scientificamente accreditate;
- sul "turnover" della popolazione tossicodipendente detenuta;
- sull'incidenza dell'alcolismo e di problemi correlati all'uso di sostanze (patologie psichiatriche, malattie infettive);
- sullo stato dei presidi per l'assistenza ai detenuti tossicodipendenti presenti negli istituti penitenziari, compreso il personale ivi operante.

Tra gli obiettivi di assistenza da garantire primariamente vanno ricordati:

- l'immediata presa in carico dei detenuti da parte del SerT competente sull'istituto penitenziario, al fine di evitare inutili sindromi astinenziali ed ulteriori momenti di sofferenza del tossicodipendente, assicurando la necessaria continuità assistenziale;
- la implementazione di specifiche attività di prevenzione, informazione ed educazione mirate alla riduzione del rischio di patologie correlate all'uso di droghe; la richiesta ed effettuazione delle indagini chimico-cliniche e sierologiche ritenute importanti ai fini diagnostici e/o di screening (prelievi ematici, dosaggi urinari), previo consenso dei detenuti, quando richiesto dalla legge;
- la effettuazione di ogni eventuale intervento specialistico necessario per l'approfondimento diagnostico;
- la predisposizione di programmi terapeutici personalizzati, predisposti a partire da una accurata diagnosi multidisciplinare dei bisogni del detenuto, in particolare per quanto riguarda i trattamenti farmacologici (metadone, ecc.), anche di mantenimento;
- la disponibilità di trattamenti farmacologici sostitutivi tenendo conto del principio della continuità terapeutica (in particolare per le persone che entrano in carcere essendo già in trattamento), concordati e condivisi con il tossicodipendente detenuto;
- la attuazione di trattamenti farmacologici con antagonisti, quando indicati, in particolare nella fase di avviamento e preparazione all'assistenza post-detentiva.

Per quanto riguarda il modello organizzativo dovrà essere individuato dalla azienda sanitaria locale competente per territorio, sulla base delle indicazioni regionali, tenendo conto dei seguenti elementi:

- la titolarità dell'intervento terapeutico da parte del SerT competente sull'istituto, da coordinare, tramite i dipartimenti delle dipendenze, con il complesso degli interventi territoriali sui tossicodipendenti e assicurando, altresì, la possibilità di comunicazione rapida ed efficace tra servizi intramurari e territoriali; la sistematica segnalazione al SerT, da parte dei sanitari addetti alle visite dei nuovi giunti, dei possibili nuovi utenti;
- la costituzione di un'area di osservazione necessaria ad una migliore capacità diagnostica dei bisogni del detenuto; in ogni caso, la individuazione di locali adeguati allo svolgimento delle attività terapeutico riabilitative intramurarie e ad esse riservati in via esclusiva;
- l'indirizzo dei detenuti, ovunque indicato e compatibilmente con le caratteristiche dei singoli, a istituti penitenziari "a custodia attenuata", idonei per setting terapeutici più efficaci; in ogni caso dovranno essere previsti precisi meccanismi per facilitare l'accesso ai colloqui e/o visite del detenuto da parte degli operatori.

Il modello organizzativo dovrà, altresì, consentire un migliore coordinamento con programmi svolti all'esterno, in particolare con quelli svolti in regime di misura alternativa alla detenzione.

Un elemento, infine, di notevole rilevanza per il conseguimento di un costante miglioramento qualitativo della assistenza penitenziaria ai tossicodipendenti dovrà essere la realizzazione di iniziative di formazione permanenti che coinvolgano congiuntamente sia i dipendenti delle aziende sanitarie locali che quelli del Ministero della giustizia.

3.2.5. L'assistenza sanitaria alle persone immigrate detenute

La popolazione immigrata detenuta (Pid), ha subito nell'ultimo decennio un incremento sostanziale legato anche alla presenza di frange di criminalità proveniente dagli ambienti degli immigrati. Molti di questi soggetti vengono a contatto per la prima volta nella loro vita con un sistema sanitario organizzato solo all'ingresso in carcere. L'entità del fenomeno suggerisce di prevedere specifiche raccomandazioni per gli immigrati detenuti.

In primo luogo è necessario che le conoscenze circa le condizioni di salute della Pid vengano al più presto approfondite con adeguate indagini conoscitive.

Propedeutico a qualsiasi intervento migliorativo delle condizioni di salute degli immigrati in carcere è, infatti, la conoscenza delle caratteristiche della popolazione di cui trattasi. È quindi necessario:

- 1) conoscere i reali bisogni di carattere sanitario della popolazione immigrata detenuta;
- 2) rendere fruibili le risorse sanitarie esistenti;
- 3) adottare i programmi di prevenzione esistenti per le malattie trasmissibili in carcere tenendo conto della specificità della Pid.

Tra i punti critici da superare e su cui occorre incentrare l'attenzione si evidenziano:

- la pressoché totale mancanza di conoscenze sullo stato di salute degli immigrati detenuti, eccezion fatta per alcune patologie (tubercolosi, lue, Hiv), oggetto di una pur parziale sorveglianza da parte del Ministero della giustizia;
- la carenza, anche nella letteratura internazionale, di esperienze specifiche di prevenzione o studio che possano costituire modelli di riferimento;
- la carenza, nella maggior parte degli istituti penitenziari, di protocolli organizzativi volti ad una gestione sanitaria mirata della Pid;
- l'assenza di formazione specifica del personale sanitario, di custodia, di supporto (educatori, assistenti sociali, psicologi) negli istituti penitenziari;
- la non comprensione della lingua italiana di molti detenuti al loro primo ingresso in carcere;
- la non conoscenza delle lingue straniere da parte del personale;

- la non conoscenza dell'immigrato delle norme e dei regolamenti che disciplinano le attività sanitarie negli istituti penitenziari; l'assenza di informazioni relative alle opportunità offerte dalla legislazione sanitaria italiana alle persone detenute malate di uscire dal carcere (affidamento in prova per i tossicodipendenti ai servizi sociali, ai SerT, alle comunità terapeutiche, gli arresti domiciliari in caso di Aids o di altre gravi patologie);
- la scarsità e la non uniformità sul territorio nazionale di aiuti esterni su cui contare una volta usciti dall'istituzione;
- la frammentarietà e la disomogeneità degli interventi (opuscoli informativi multilingue, sportelli d'ascolto ecc.) spesso di iniziativa regionale, a volte addirittura locale;
- l'assenza di mediatori culturali.

Su base regionale, ovvero di provincia autonoma, vanno promossi accordi locali tra Regione o provincia autonoma, amministrazione penitenziaria, aziende sanitarie locali e comuni per l'individuazione congiunta di percorsi coordinati atti a superare i succitati punti critici.

3.2.6. *Le patologie infettive*

Le malattie infettive costituiscono un problema rilevante in tutte le comunità chiuse. Assumono una particolare rilevanza nelle condizioni particolari che si determinano nelle comunità penitenziarie in cui si verificano situazioni abitative, alimentari e comportamentali che facilitano la diffusione e l'acquisizione delle infezioni/malattie infettive. Inoltre, l'eterogeneità della provenienza della popolazione detenuta costituisce un rischio rilevante per l'importazione e la successiva diffusione di patologie non presenti o non più attuali/comuni nel nostro Paese.

Va anche considerata la difficoltà di inquadramento e di attribuzione etiologica di segni e sintomi che entrano nella diagnosi differenziale delle malattie infettive, ma che potrebbero essere determinati da altri fattori, tra cui vanno ricordati l'abuso di sostanze e la simulazione.

L'analisi delle patologie infettive più frequentemente segnalate in carcere indicano che:

- a) la prevalenza massima di infezioni è determinata dalle epatiti virali non A e dall'infezione da Hiv in diversi stadi di evoluzione;
- b) le malattie più frequenti in carcere sono la scabbia, le dermatofitosi, la pediculosi, l'epatite A e la tubercolosi;
- c) le sintomatologie associate ad etiologie infettive sono febbre e diarrea.

L'analisi del tempo di incubazione e delle modalità di trasmissione delle patologie sopra riportate fornisce importanti informazioni ai fini della definizione degli interventi necessari.

Le patologie del gruppo a) sono prevalentemente acquisite al di fuori del carcere, anche se casi di trasmissione potrebbero verificarsi durante la detenzione attraverso, scambio di siringhe e rapporti sessuali, procedure di tatuaggio taglienti, etc.

Le patologie del gruppo b) sono prevalentemente acquisite in carcere per trasmissione persona-persona a seguito dell'ingresso nel sistema di un soggetto infetto/infestato (con o senza segni e sintomi di infezione al momento dell'ingresso).

Le malattie infettive del gruppo c) possono essere prevalentemente correlate nel primo caso alla circolazione all'interno della comunità carceraria di influenza ed altre infezioni respiratorie acute a carattere epidemico, e nel secondo a problemi legati all'igiene dell'alimentazione, inclusa la conservazione di cibi all'interno delle celle.

L'analisi sopra riportata, l'esperienza della estrema pericolosità della circolazione in ambito carcerario di malattie come la tubercolosi multiresistente, la circolazione di nuovi agenti infettivi o di agenti già noti con nuove modalità o veicoli di trasmissione confermano la rilevanza del fenomeno e l'esigenza di attuare interventi efficaci di prevenzione e controllo.

Gli obiettivi specifici da raggiungere possono essere così sintetizzati:

- predisporre strumenti di informazione per i detenuti e per il personale (con particolare riferimento agli addetti alla preparazione e distribuzione dei cibi) sulle infezioni/malattie infettive, al fine di ridurre comportamenti che possano facilitare l'acquisizione/diffusione di patologie infettive;
- costruire mappe di rischio per le diverse modalità di trasmissione delle infezioni al fine di sviluppare ed attuare misure di prevenzione efficaci per controllare/ridurre le patologie infettive. La mappatura dei rischi deve contenere un'analisi degli aspetti che vanno dalla salubrità degli ambienti alla ventilazione degli stessi per le patologie aeree trasmesse, dalla densità abitativa delle celle alla disponibilità/idoneità di servizi igienici per le infezioni/infestazioni cutanee e le infezioni a trasmissione oro-fecale, fino alle modalità di preparazione, distribuzione e conservazione degli alimenti per le infezioni trasmesse attraverso il cibo;
- definire procedure standardizzate di valutazione dei nuovi ingressi prima dell'immissione nel sistema penitenziario, anche attraverso una osservazione attenta, per quanto possibile, per un periodo pari a quello di incubazione delle principali patologie infettive; sperimentare procedure di screening per l'identificazione dei soggetti infetti al momento dell'ingresso, attuando anche una valutazione costo-efficacia delle procedure adottate;
- sviluppare protocolli per l'inquadramento e la gestione delle infezioni/malattie infettive clinicamente evidenti, con una dettagliata guida delle misure di barriera e delle procedure di isolamento;
- garantire ai detenuti l'accesso ai trattamenti antinfettivi (compresi quelli appartenenti alla fascia H) anche attraverso il ricorso a strutture esterne specializzate per le malattie infettive;
- sperimentare la fattibilità di interventi di immunizzazione primaria e di terapie preventive per soggetti già infetti (ad esempio per la tubercolosi), attuando anche una valutazione costo-efficacia;
- adottare attraverso il ricorso a strutture specialistiche in diagnostica molecolare delle malattie infettive, procedure diagnostiche che consentano di definire la trasmissione intracarceraria delle infezioni, anche al fine di identificare precocemente possibili cluster di infezioni e mettere prontamente in atto misure per bloccare eventi epidemici;
- sviluppare un sistema di sorveglianza che consenta di fornire informazioni attendibili sul piano epidemiologico ed etiologico;
- costruire modelli di intervento psico-sociale e comportamentale per far aumentare la consapevolezza dei rischi di infezione, per favorire la riduzione dei comportamenti a rischio e per determinare una maggiore aderenza alle prescrizioni terapeutiche.

3.2.7. La tutela della salute mentale

È ormai riconosciuta a livello internazionale l'esistenza di un disagio psichico maggiore e diffuso negli istituti penitenziari. Nel nostro Paese non esistono stime epidemiologiche attendibili, ma l'esperienza dei medici psichiatri che operano negli istituti da tempo evidenzia il problema, sollecitando più mirati interventi di prevenzione, cura e riabilitazione dei disturbi mentali.

La promozione e la tutela della salute mentale negli istituti penitenziari vanno riguardate come obiettivi che nell'immediato e in ogni caso il Servizio sanitario nazionale deve porsi, non solo ai fini più strettamente sanitari, ma anche ai fini della sicurezza negli istituti. Un maggiore benessere psichico, consentito da una risposta complessivamente più consona alla domanda che i cittadini del carcere formulano, non potrà che ridurre lo stillicidio di piccole e grandi emergenze che soffocano la vita penitenziaria e danno luogo ad un incessante disordine operativo. Il miglioramento del servizio reso nel settore della salute mentale, ad esempio, ha potenzialmente un ruolo decisivo nella prevenzione dei fenomeni di autolesionismo più o meno gravi e della protesta che il disagio sostiene, con indiscutibili effetti positivi anche sulla custodia.

Ciò premesso, occorre pensare ad una risposta in questo settore che attraversi l'intero assetto sanitario del carcere, coinvolgendo tutte le professionalità a vario titolo chiamate a rispondere alle esigenze di cura e trattamento delle persone recluse (agenti di polizia penitenziaria, assistenti sociali, educatori professionali, infermieri, psicologi, medici, psichiatri e neuropsichiatri) in un progetto di complessiva presa in carico e in stretto collegamento con gli assetti della salute mentale esterni, specifici delle varie realtà. Un collegamento funzionale e organizzativo necessario affinché il carcere assuma una identità sanitaria in tale ambito non separata dal resto del territorio, con cui dovrà inevitabilmente articolarsi.

Fatta questa breve premessa si riportano, di seguito, gli obiettivi da raggiungere nel triennio:

- 1) valutare con urgenza entità e distribuzione dei disturbi mentali nella popolazione reclusa nei diversi luoghi, compito da affrontare quanto prima, attraverso progetti concordati tra Servizio sanitario nazionale e Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria, ad iniziare dalle Regioni coinvolte nella fase sperimentale;
- 2) curare la formazione e l'aggiornamento degli operatori coinvolti secondo moduli che tengano conto delle specificità del contesto in cui si opera;
- 3) assicurare che l'attività di tutela e promozione della salute mentale sia coordinata dal Dipartimento della salute mentale del territorio di appartenenza, individuando un'apposita articolazione organizzativa. Ciò affinché anche i malati detenuti possano usufruire di tutte le possibilità di cura e riabilitazione garantite dai servizi del territorio;
- 4) adottare in carcere strumenti che consentano la domiciliazione della cura, il lavoro multidisciplinare, la formulazione di progetti di trattamento individuali, la continuità del trattamento, la presa in carico personalizzata del caso in luogo della risposta limitata all'urgenza;
- 5) prevedere che vengano istituite, per i soggetti con disturbi mentali, sia zone di osservazione e intervento clinico sia di riabilitazione, tali da non determinare una separazione, bensì da consentire un livello maggiore di integrazione;
- 6) ricercare strumenti di cooperazione tra Servizio sanitario nazionale e Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria al fine di favorire l'assegnazione dei soggetti con disturbi mentali a sedi penitenziarie ubicate nello stesso ambito regionale o confinante rispetto alla residenza che avevano prima di essere reclusi;
- 6) attivare scambi e cooperazione tra area sanitaria e area trattamentale, al fine di evitare, fin dove possibile, duplicazioni e sovrapposizioni sfavorevoli al benessere psichico. Uno dei terreni sui quali sperimentare questa possibilità è costituito dal servizio nuovi giunti, dove gli psicologi che vi operano lavoreranno di concerto con gli psichiatri. Sarà da completare l'attivazione, comunque, in ogni istituto, di un'area nella quale la questione del trattamento incontra quella della tutela e della promozione della salute mentale, al fine di definire la forma migliore di trattamento, nell'interesse della persona e dell'istituzione;
- 7) Considerando necessario un riordino del settore dell'internamento psichiatrico giudiziario occorre definire protocolli e modalità di collaborazione tra gli operatori del Dipartimento di salute mentale e gli operatori del Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria, ai fini della definizione di interventi terapeutici e riabilitativi a favore degli internati.

3.2.8. Istituti o sezioni speciali per infermi e minorati psichici. Centri di osservazione e istituti minorili

Sono assegnati agli istituti o servizi speciali per infermi e minorati psichici gli imputati e i condannati, ai quali nel corso della misura detentiva sopravviene una infermità psichica che non comporti, rispettivamente, l'applicazione provvisoria della misura di sicurezza del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario o l'ordine di ricovero in Opg o in case di cura o custodia nonché, per l'esecuzione della pena, i soggetti condannati a pena diminuita per vizio parziale di mente.

Sono da prevedere, per questi luoghi, una speciale attenzione alla salute mentale degli ospiti e quindi una specifica dotazione di risorse e una stretta integrazione con le strutture deputate alla tutela della salute mentale.

I centri di osservazione, oltre a svolgere le attività di osservazione previste dall'ordinamento penitenziario, ospitano periziandi e svolgono attività di ricerca scientifica.

Sono da prevedere, per questi luoghi, una speciale attenzione alla salute mentale degli ospiti, qualora sottoposti a perizia psichiatrica e comunque affetti da turbe psichiche, in stretto collegamento con gli assetti organizzativi esterni della salute mentale specifici di un certo territorio, da estendere al territorio carcere, nonché forme di collaborazione dei Ministeri della sanità, della giustizia e dell'università e della ricerca scientifica, finalizzate alla ricerca nei settori delle carenze psichiche e delle cause di disattivamento sociale e queste riferibili.

Anche per gli istituti minorili la tutela della salute mentale deve prevedere una speciale attenzione e il collegamento stretto con gli assetti organizzativi esterni specifici di un certo territorio, da estendere al territorio carcere.

3.3. Le attività di riabilitazione

Le condizioni di prevalente immobilità proprie della condizione carceraria, gli stati di invalidità congenita o acquisita, richiedono una ricognizione dei bisogni riabilitativi in ciascun istituto penitenziario, in modo da predisporre programmi mirati che prevedano, comunque, un approccio multidisciplinare e l'integrazione di interventi di diverse professionalità (sanitarie, sociali, educative) avendo a riferimento l'unitarietà della persona e il principio della continuità e della integrazione dei trattamenti sanitari.

La riorganizzazione e l'implementazione delle attività riabilitative (spesso assenti), richiedono uno specifico progetto elaborato d'intesa tra gli assessorati alla sanità delle Regioni ed i provveditorati dell'amministrazione penitenziaria, per realizzare in ogni istituto penitenziario spazi attrezzati per lo svolgimento delle attività di riabilitazione.

Qualora i trattamenti riabilitativi dovessero svolgersi in centri esterni, si applicano le procedure previste per i ricoveri in day-hospital o in regime ordinario esterni al carcere.

Le aziende sanitarie locali valutano l'entità del lavoro svolto, il livello e l'adeguatezza tecnica e tecnologica delle strutture, la qualità delle prestazioni erogate, i risultati ottenuti anche coinvolgendo nella valutazione i soggetti interessati, avendo a riferimento le linee-guida del Ministero della sanità per le attività di riabilitazione, approvate con provvedimento della Conferenza Stato-Regioni del 7 maggio 1998.

4. I modelli organizzativi

Il decreto legislativo n. 230 del 1999, prevede che gli obiettivi per la tutela della salute dei detenuti e degli internati sono precisati nei programmi delle Regioni e delle aziende sanitarie locali e realizzati mediante l'individuazione di specifici modelli organizzativi, anche di tipo dipartimentale, differenziati in rapporto alla tipologia e alla consistenza degli istituti penitenziari ubicati in ciascuna Regione.

Ai fini di promuovere l'individuazione di modelli organizzativi-funzionali al perseguimento degli obiettivi di salute richiamati, si forniscono indicazioni sui possibili modelli da adottare, tenendo conto delle diverse tipologie e caratteristiche degli istituti penitenziari:

- a) per gli istituti penitenziari con una popolazione fino a 200 detenuti, alla data del 30 giugno 1999, l'indicazione è di istituire, nell'ambito del distretto sanitario, un servizio sanitario multiprofessionale, diretto da un dirigente medico nominato secondo le procedure previste dalla normativa vigente in materia di conferimento degli incarichi dirigenziali. Il medico responsabile coordina le prestazioni erogate dalle strutture e dal personale dell'azienda, il servizio assicura le prestazioni di base e specialistiche.
- b) per gli istituti penitenziari con una popolazione ristretta da 200 a 700 detenuti, alla data del 30 giugno 1999, l'indicazione è di istituire una unità operativa multiprofessionale, ovvero un dipartimento funzionale, ai fini della erogazione delle prestazioni di base e specialistiche. L'unità operativa è diretta da un dirigente medico nominato secondo le procedure previste dalla normativa vigente in materia di conferimento degli incarichi, il medico responsabile

coordina la medicina generale e quella specialistica, promuove gli interventi necessari da parte delle competenti articolazioni organizzative delle aziende sanitarie locali, assicura l'integrazione tra le prestazioni sanitarie e quelle sociali in collaborazione con il responsabile dei servizi sociali.

- c) per gli istituti penitenziari con oltre 700 detenuti, alla data del 30 giugno 1999, o per più istituti penitenziari anche di diversa tipologia (minorili, femminili), l'indicazione è di istituire un apposito dipartimento strutturale per la tutela della salute dei detenuti, articolato in più unità operative, dotato di uno specifico budget, con un direttore responsabile, con personale medico, tecnico e infermieristico nonché con psicologi, assistenti sociali e educatori professionali. Il direttore del dipartimento è nominato dal direttore generale secondo le procedure previste dalla normativa vigente in materia di conferimento degli incarichi. Egli predispose il programma annuale, coordina le attività di base e specialistiche, promuove gli interventi delle strutture e del personale.
- d) per gli istituti penitenziari minorili l'indicazione è di istituire nell'ambito del dipartimento per la tutela della salute dei detenuti, ove esistente, una specifica unità operativa, ovvero, in assenza del dipartimento, uno specifico servizio multidisciplinare. L'unità operativa o il servizio multidisciplinare comprendono tutte le professionalità necessarie allo svolgimento dello specifico tipo di assistenza e collaborano con i servizi sociali dell'istituto con il compito precipuo di sottrarre il minore al circuito penitenziario.
- e) per gli istituti penitenziari femminili l'indicazione è di istituire, nell'ambito del dipartimento per la tutela della salute dei detenuti, ove esistente, una specifica unità operativa multidisciplinare ovvero, in assenza del dipartimento, uno specifico servizio multiprofessionale, tenuto conto delle specifiche professionalità che tale tipo di assistenza richiede.

Le Regioni e Province autonome dettano indirizzi alle aziende sanitarie locali, per la definizione dei modelli organizzativi.

In ogni caso, qualunque sia il modello organizzativo adottato, l'azienda sanitaria locale deve garantire, in analogia con quanto prescritto per i cittadini in stato di libertà dall'articolo 8, comma 1, lettera e), del decreto legislativo n. 229 del 1999, l'attività assistenziale per l'intero arco della giornata e per tutti i giorni della settimana, attraverso il coordinamento operativo e l'integrazione professionale tra i medici di medicina generale, i medici specialisti ambulatoriali e le strutture operative del Servizio sanitario nazionale. Tale Servizio si avvale di mediatori culturali per le attività sanitarie destinate ai detenuti o agli internati stranieri.

Al termine della fase sperimentale, prevista dall'articolo 8, comma 2, del decreto legislativo n. 230 del 1999, sulla base dell'esperienza e dei risultati conseguiti, si procederà agli eventuali interventi di ridefinizione dei modelli organizzativi.

5. Il ricovero nelle unità operative di degenza

Il ricovero in una unità operativa di degenza esterna al carcere è previsto per la cura degli stati acuti di malattia dei soggetti detenuti.

Le ragioni della sicurezza dell'amministrazione penitenziaria evidenziano l'esigenza di limitare il ricorso al ricovero esterno ai soli casi necessari e l'impegno a qualificare in misura sempre maggiore la rete dei servizi diagnostici e terapeutici e dei presidi all'interno degli istituti penitenziari.

La Regione, sentito il provveditorato dell'amministrazione penitenziaria, secondo quanto previsto dall'articolo 8-quater del decreto legislativo n. 502 del 1992 e successive modificazioni e integrazioni, stabilisce i requisiti per l'accreditamento delle strutture e dei presidi di ricovero interni al carcere, a partire dagli esistenti reparti clinici e chirurgici dell'amministrazione penitenziaria (cosiddetti Centri diagnostici e terapeutici). In ogni caso, mai le ragioni della sicurezza possono mettere a rischio la salute e la vita dei detenuti.

Anche in riferimento alle particolari responsabilità e ai gravosi impegni di traduzione, di trasferimento e di piantonamento che il ricovero esterno richiede all'amministrazione penitenziaria il rico-

vero ospedaliero, fatte salve le competenze della Autorità giudiziaria e della suddetta amministrazione, deve essere motivato e coordinato dal Servizio sanitario nazionale.

Nell'immediato, per il ricovero all'esterno del carcere va utilizzata la rete dei presidi ospedalieri o delle aziende ospedaliere esterne; a medio termine, ci si avvarrà anche di "sezioni ospedaliere specifiche" ricavate negli ospedali.

Entro sei mesi dall'entrata in vigore del Progetto obiettivo per la tutela della salute in ambito penitenziario, le Regioni di intesa con il Ministero della sanità e il Ministro della giustizia, individuano i presidi ospedalieri o le aziende ospedaliere nei quali istituire appositi reparti riservati ai detenuti che abbisognano di cure in ambito ospedaliero.

Del pari alle strutture sanitarie, il Ministero della sanità censisce e verifica le strutture a custodia attenuata, programmando, d'intesa con il Ministero della giustizia, l'attivazione di almeno una struttura in ogni Regione.

6. L'organizzazione per il governo della sanità in ambito penitenziario

Il trasferimento dell'assistenza sanitaria negli istituti penitenziari al Servizio sanitario nazionale, consente di superare una separatezza storica tra culture ed esperienze diverse che hanno una finalità comune: la salute delle persone, sempre e in ogni caso, tenendo conto della specificità delle condizioni ambientali.

La ricomposizione di questa separatezza consente, oggi, di mettere a disposizione dei programmi per la salute dei detenuti e degli internati tutto il potenziale del Servizio sanitario nazionale, dalla ricerca alla sperimentazione, dalla formazione degli operatori alla rete dei servizi territoriali e ospedalieri, dalla prevenzione alla riabilitazione.

Cionondimeno, deve essere salvaguardato il patrimonio di esperienze e di conoscenze fino ad oggi acquisite dal personale in materia di assistenza sanitaria negli istituti penitenziari.

Il governo della sanità in carcere deve trovare una puntuale organizzazione a livello nazionale, nella individuazione di comitati tecnici interministeriali per indirizzare e coordinare l'attività sanitaria in ambito penitenziario. A livello regionale, le Regioni si impegnano ad istituire analoghi comitati di indirizzo e coordinamento e assicurano la propria collaborazione ai comitati tecnici interministeriali suddetti.

Il Ministero della sanità si impegna ad istituire, secondo la normativa vigente e senza ulteriori oneri a carico del bilancio dello Stato, uno specifico Ufficio ai fini dell'indirizzo e coordinamento del processo di riordino della sanità penitenziaria.

7. Compiti dello Stato, delle Regioni e delle aziende sanitarie

7.1. Lo Stato

Il Ministero della sanità esercita le competenze di rilievo nazionale o interregionale, in materia di programmazione, indirizzo e coordinamento del Servizio sanitario nazionale negli istituti penitenziari.

Per le attività previste nel Progetto obiettivo, utilizza le risorse finanziarie trasferite dal bilancio del Ministero della giustizia secondo quanto previsto dall'articolo 7 del decreto legislativo n. 230 del 1999.

Le risorse sono trasferite annualmente dal Ministero della sanità alle Regioni, sulla base di criteri concordati in sede di Conferenza Stato-Regioni, tenendo conto degli istituti penitenziari presenti in ciascuna Regione, della consistenza e della composizione della popolazione detenuta e internata, dei presidi e dei servizi sanitari interni agli istituti penitenziari presenti nella Regione, con particolare riferimento ai reparti clinici e chirurgici degli istituti medesimi, agli ospedali psichiatrici giudiziari, ai reparti ospedalieri per detenuti, ai presidi per l'assistenza ai detenuti tossicodipendenti, ai malati di mente e ai malati di Aids.

Il Ministero della sanità provvede a rendere disponibili, nell'ambito delle risorse destinate all'adeguamento delle strutture di ricovero, apposite risorse per la ristrutturazione dei presidi all'interno degli istituti penitenziari e per l'istituzione di nuovi reparti per detenuti nei presidi e nelle aziende ospedaliere esterne.

A livello nazionale e regionale è assicurata la rilevazione epidemiologica dello stato di salute della popolazione detenuta e internata, dei rischi, della morbilità e delle cause di morte, finalizzato a rendere disponibile al Servizio sanitario nazionale ogni informazione utile alla programmazione e al governo delle attività di prevenzione, di cura e riabilitazione in carcere.

In applicazione dell'articolo 5, comma 3 lettera c) del decreto legislativo n. 230/1999, il Ministero della sanità, in collaborazione con quello della giustizia, promuove iniziative per la formazione specifica e l'aggiornamento degli operatori sanitari, del personale dell'amministrazione penitenziaria e dei mediatori culturali che operano in carcere.

La relazione sullo stato sanitario del Paese che il Ministero della sanità è tenuto a presentare al Parlamento in base all'articolo 1, comma 10 del decreto legislativo n. 229/1999 prevede un apposito capitolo riguardante lo stato di salute negli istituti penitenziari italiani, a norma dell'articolo 5, comma 7, del decreto legislativo n. 230/1999.

7.2. Le Regioni

Le Regioni esercitano le competenze in ordine alle funzioni di programmazione e di organizzazione dei servizi sanitari negli istituti penitenziari e il controllo sul funzionamento dei servizi medesimi.

A tale scopo la Regione:

- a) approva, entro sessanta giorni dall'approvazione del Progetto obiettivo per la tutela della salute in ambito penitenziario, sentito il Provveditorato dell'amministrazione penitenziaria, il Progetto obiettivo regionale. Tale Progetto, indica gli obiettivi di salute da raggiungere nel triennio, i modelli organizzativi da adottare in ciascuno degli istituti penitenziari presenti nella Regione, anche di tipo dipartimentale; gli strumenti di supporto alle aziende e il controllo per la verifica della qualità e dell'efficacia delle prestazioni; le procedure e i tempi che le aziende sanitarie locali devono seguire nella predisposizione del piano attuativo locale per la tutela della salute dei detenuti e degli internati;
- b) prevede le risorse finanziarie da assegnare alle aziende sanitarie locali per la costituzione e il funzionamento dei modelli organizzativi per la salute dei detenuti e degli internati e per la realizzazione del piano attuativo locale;
- c) organizza il piano di riordino della rete ospedaliera per il ricovero dei detenuti;
- d) predispose il programma dei corsi di formazione e di aggiornamento del personale sanitario, sociale e dei mediatori culturali, nonché, previa intesa con il Provveditorato dell'amministrazione penitenziaria, del personale dell'amministrazione penitenziaria;
- e) redige una relazione sullo stato di salute nelle carceri presenti nella Regione. La relazione è inviata al Ministero della sanità e all'amministrazione penitenziaria;
- f) esercita il controllo sull'operato delle aziende sanitarie interessate;
- g) concorda con il Provveditorato dell'amministrazione penitenziaria le sedi territoriali ove è più opportuno avviare iniziative di custodia attenuata, sia come istituti riservati che come sezioni annesse a grandi strutture penitenziarie.

7.3. I compiti delle aziende sanitarie locali

In riferimento agli obiettivi di salute indicati nel Progetto obiettivo nazionale e in quello regionale, le aziende sanitarie locali svolgono compiti di gestione e di controllo dei servizi sanitari che operano negli istituti penitenziari.

A tale scopo il direttore generale:

- a) predispose, sentito il direttore dell'istituto penitenziario, nell'ambito del piano attuativo locale, specifici progetti di intervento nelle carceri, coinvolgendo il comune o la conferenza dei sindaci nell'esame e nella definizione;
- b) approva i modelli organizzativi individuati nei progetti obiettivo nazionale e regionale e nomina i responsabili;

- c) formula alla Regione, sentito il direttore dell'istituto penitenziario interessato, le proposte di riordino delle strutture sanitarie interne ed esterne al carcere, ai fini della predisposizione del piano di riordino dei presidi sanitari e del loro ammodernamento strutturale e tecnologico;
- d) attua le intese con la direzione degli istituti penitenziari;
- e) assicura che le risorse finanziarie assegnate dalla Regione siano correttamente ed esclusivamente impiegate per l'assistenza sanitaria in ambito penitenziario;
- f) approva la carta dei servizi per i detenuti e gli internati, previa consultazione con le loro rappresentanze, ai sensi dell'articolo 1, comma 3, del decreto legislativo n. 230 del 1999.

8. La formazione e l'informazione

Nell'ambito del processo di trasferimento delle funzioni sanitarie al Servizio sanitario nazionale, una importanza particolare riveste la formazione permanente e specifica degli operatori sanitari e del personale di polizia penitenziaria.

I programmi di formazione del suddetto personale dovranno essere tenuti nella massima considerazione alla luce della rilevanza del rapporto quotidiano con i detenuti ed in particolare con le persone portatrici di sofferenza psichica. Una formazione reale ed efficace dovrà prevedere nella verifica il momento quotidianamente privilegiato, soprattutto se questa sarà, come auspicabile, estesa ed omogenea su tutto il territorio nazionale e non incentrata sulle iniziative locali.

In particolare, nell'ambito dei programmi di prevenzione dell'infezione da Hiv e dell'abuso di droghe deve essere prevista la messa in atto di opportuni momenti di informazione attraverso l'utilizzazione di adeguati supporti, non rigidamente connessi ad un unico modello, ma applicabili e modificabili secondo esigenze differenziate.

Opportuni programmi di educazione sanitaria in tema di droga, alcool, Aids e salute mentale, appaiono essere prioritari nell'ambito della comunità detenuta.

L'informazione su questi temi attraverso un'opera di sensibilizzazione diretta rappresenta un valido strumento di prevenzione.

I programmi informativi dovranno privilegiare forme differenziate di comunicazione se indirizzate a detenuti italiani o stranieri, tenendo conto delle specifiche esigenze etniche e religiose.

È auspicabile la sempre maggiore presenza della figura del mediatore culturale, persona, questa qualificata sul piano non solo linguistico ma soprattutto culturale, che consenta di superare le difficoltà nei rapporti con i detenuti provenienti da paesi stranieri. Tali persone vanno formate in modo sempre più appropriato al procedere delle conoscenze.

9. Applicazione

Il Progetto obiettivo trova applicazione piena nelle Regioni che attuano la sperimentazione ai sensi dell'articolo 8 del decreto legislativo 230/1999. Nelle altre Regioni il Progetto obiettivo si applica con riferimento alle funzioni effettivamente trasferite e costituisce orientamento generale sulla materia.