



**Co.N.O.S.C.I.** (O.N.L.U.S.)  
Coordinamento Nazionale degli Operatori per la Salute nelle Carceri Italiane  
Via Flaminia, 53 – 00196 ROMA - telef. 06/36.71.81 FAX: 06/36.71.83.33  
(c.c.p. n.: 38650008 - C.F. 97207310588 - email: conosci2000@hotmail.com)

  
Membro della Consulta delle Società Scientifiche del campo delle Dipendenze Patologiche

Roma, 30 Giugno 2009

***“DPCM 1 Aprile 2008:  
Stato dell’arte dell’applicazione sul territorio nazionale”***

Il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 1 Aprile 2008 completa in Italia il ciclo legislativo che, avviato con la legge 419/98, trasferiva alle Regioni e quindi al Servizio Sanitario Nazionale, tutte le competenze in tema di tutela della salute in carcere a favore dei detenuti. Naturalmente il miglioramento degli ambienti di detenzione, l’intervento dei Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende Sanitarie Locali e gli interventi mirati alla sanificazione degli ambienti sanitari, ha un rilevante effetto migliorativo anche nei confronti di chi lavora in questi ambienti confinati: personale di Polizia Penitenziaria, sanitari, personale penitenziario civile, volontari, ecc.

L’affermazione dei principi espressi in sede di Consiglio d’Europa con diverse risoluzioni sulla stringente necessità di avere un trattamento sanitario per i detenuti e le persone private della libertà personale equivalente o identico alle persone in stato di libertà, hanno attivato tutti i paesi dell’Unione a considerare questo problema ed a programmare normative in tal senso. L’Italia, assieme alla Francia, alla Germania ed altri Paesi sono stati i primi a legiferare in tema di sanità penitenziaria rendendo applicabili all’interno delle carceri tutte le opzioni disponibili sul territorio per i cittadini liberi. Particolare attenzione è stata posta in tutti gli Stati membri all’assistenza ed al recupero dei tossicodipendenti ed alle loro comorbilità psichiatriche ed infettive, alla tutela dei minori coinvolti in attività criminali, alle donne detenute.

I programmi sanitari di assistenza sono sempre accompagnati da iniziative di formazione di questo personale che si trova ora ad essere attribuito alle autorità sanitarie e non già a quelle penitenziarie con contratti nuovi.

In Italia il processo di riordino della medicina penitenziaria ha visto impegnate tutte le Regioni con l’utilizzazione delle risorse economiche, strutturali, di apparecchiature, di personale che sono state loro trasferite dal Ministero della Giustizia operando in modelli operativi nuovi e che

rientrano nei Piani Sanitari Regionali, risentendo pertanto dell'organizzazione locale della Sanità.

Non poche sono state le criticità che si sono riscontrate nel corso dell'applicazione delle nuove regole, come l'obsolescenza delle apparecchiature sanitarie utilizzate in carcere e che dovranno essere sostituite nella stragrande maggioranza dei casi, il mancato trasferimento dei fondi dal Ministero dell'Economia alle Regioni che ha provocato una generale sofferenza amministrativa nelle amministrazioni regionali sanitarie, la non conformità dei locali utilizzati sinora a scopi sanitario nelle carceri che devono essere messi a norma per tale utilizzazione.

Un aspetto particolare del coinvolgimento delle Regioni è quello del mancato trasferimento delle competenze sanitarie in tutte le Regioni a Statuto Speciale e nelle Province Autonome per la mancata designazione a carico dello Stato, di alcuni membri dei tavoli interistituzionali locali, premessa per la presa d'atto ed applicazione del DPCM 1/4/08. Pertanto in queste Regioni e Province la Sanità è, di fatto, ancora gestita dal Ministero della Giustizia.

Nelle altre Regioni, a fronte di una serie di difficoltà indicate sopra, si assiste a diversi livelli applicativi e di coinvolgimento di Enti e strutture locali, garantendo in ogni caso la continuità terapeutica ed assistenziale ai detenuti in carcere e tutta la filiera di azioni collegate ai ricoveri nelle Unità Ospedaliere.

Tra le regioni che si stanno mostrando più attive attraverso la messa in atto di interventi virtuosi, si distinguono il Lazio, il Piemonte, la Toscana, la Campania, la Sardegna, l'Abruzzo e la Lombardia.

Un programma speciale legato alla popolazione internata negli Ospedali Psichiatrici Giudiziari prevede la graduale reimmissione nei territori di origine di questi pazienti con concomitante presa in carico da parte dei servizi e Dipartimenti di Salute Mentale locali e coinvolgimento delle famiglie di origine nei programmi riabilitativi.

Un altro campo di massima allerta e sorveglianza è rappresentato dai minorenni autori di reato e /o consumatori di sostanze stupefacenti, per i quali deve essere incrementato il ricorso a Comunità Terapeutiche specificatamente individuate ed accreditate con i criteri del Sistema Sanitario Nazionale.

Questa breve sintesi, certamente non esaustiva di una situazione ad alta complessità, mostra come essa sia risolvibile iniziando a riattribuire le giuste competenze agli organi designati per le specifiche funzioni: il Ministero della Giustizia deve occuparsi di giustizia e le Regioni di sanità.

Questa sfida di civiltà deve vedere impegnati tutti in uno sforzo comune anche per soddisfare gli standards europei per la salute in carcere, la cui formulazione ha dato avvio al processo.

IL PRESIDENTE

---

(Dr. Sandro Libianchi)