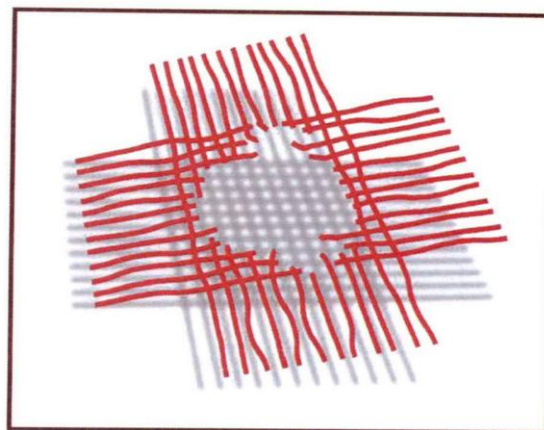




**“L'Isola Solidale”**  
*Associazione Cattolica di Volontariato*



**Co.N.O.S.C.I. onlus**  
*Coordinamento Nazionale  
degli Operatori per la Salute  
nelle Carceri Italiane*

Roma 13 febbraio 2018

### **APPUNTO circa la riforma della Medicina Penitenziaria**

Con DPCM dell'1 aprile 2008, il settore delle scure e dell'assistenza ai detenuti è definitivamente trasferita alle Regioni ed alle ASL. Con numerosi Accordi ed Intese sancite in Conferenza Unificata sono state definite molte modalità di applicazione delle norme previste, sebbene ancora restino aree di incertezza che necessitano di interventi normativi o subnormativi, tra le quali:

Alcune problematiche rilevate:

- 1) Sebbene i principi di intervento siano chiaramente espressi nella normativa di settore- e in particolare negli 'Accordi' ed 'Intese' sottoscritte con l'intenso lavoro nell'ambito della Conferenza Unificata e Stato-Regioni- almeno sino al 2012, purtroppo, è ancora molto scarsa l'adesione effettiva a tali testi. Abbiamo l'impressione che si sia affievolita successivamente la “spinta propulsiva” interistituzionale che aveva portato al DPCM prima e alle esperienze di Leale Collaborazione che avevamo avviato. La differenziazione, anche rilevante, dei rigidi modelli sanitari regionali, non disgiunta da una certa resistenza al cambiamento e da uno scarso interesse, non facilitano l'omogenea applicazione degli Accordi e delle Intese, mentre la carenza di controlli sistematici -specie parlamentari e super partes, come sull'applicazione delle norme e degli stessi Accordi - favoriscono differenti esigibilità sanitarie nelle diverse regioni o nelle diverse ASL.
- 2) Le regioni, per esempio, non sempre hanno garantito lo stesso trattamento sanitario al detenuto “non residente” ospite negli istituti di pena presenti sul proprio territorio, come invece convenuto in sede di stesura del DPCM, anche per oggettive difficoltà ad utilizzare le compensazioni interregionali. Sempre le regioni hanno scarsamente applicato la L. 296/93 che prevedeva la realizzazione di strutture penitenziarie all'interno di ospedali provinciali; ciò ha permesso la mancata chiusura dei c.d. Centri Clinici penitenziari prevista da specifico accordo in Conferenza Unificata. La conseguenza è il perpetuarsi

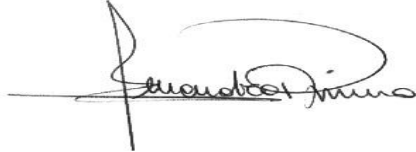
del 'turismo sanitario dei detenuti' che viaggiano tra una regione e l'altra alla ricerca del posto di ricovero ottimale. Basti pensare alle Alte Sicurezze e ai 41bis.

- 3) A parziale giustificazione delle problematiche regionali andrebbe probabilmente ricontrattato con il Ministero della Salute un fondo aggiuntivo a quello transitato a suo tempo dalla Giustizia specificamente dedicato alla effettiva applicazione dei dettati del DPCM.
- 4) Dal canto suo, la Giustizia non ha comunque del tutto o scarsamente garantito quanto si era impegnata a fare, per esempio, in termini di idoneità igienico sanitaria degli istituti di pena, mobilità dei detenuti, locali sanitari, percorsi tratta mentali integrati, ecc.
- 5) Non pare ancora del tutto risolta, in maniera omogenea e a livello nazionale, la delicata e spinosa questione dei rapporti e dei contratti di lavoro del personale sanitario transitato con il DPCM dalla Giustizia alle Regioni, nonché la sua organica integrazione nella struttura organizzativa delle rispettive Aziende Sanitarie di riferimento.
- 6) Capitolo a parte merita la delicata questione degli ex OPG, giustamente e finalmente chiusi, che merita grande attenzione per il rischio di deriva neo istituzionalizzante delle REMS che, se non accuratamente monitorate rischiano di riaprire le porte, sotto mentite spoglie, a una logica manicomiale. Nelle REMS per legge dovrebbero andare solo i pazienti psichiatrici autori di reato con misure di sicurezza definitive, ma non è attualmente così con conseguenti e improprie liste di attesa anche per invii dal territorio di manicomiale memoria. I DSM aziendali infatti non sempre prendono realmente in carico sul territorio i pazienti con disagio psichico potenziali o già autori di reato; la magistratura spesso applica misure di sicurezza anche provvisorie non sempre strettamente necessarie; esistono, anche in sede parlamentare, ipotesi di modifiche normative che non aiutano.
- 7) L'alto spirito di solidarietà che contraddistingue il settore del Volontariato e del Terzo Settore deve poter essere messo in condizione di operare all'interno delle carceri in maniera più estesa dell'attuale, anche alla luce delle importanti modifiche legislative che ne hanno recentemente valorizzato i compiti e le funzioni (L. 6 giugno 2016, n. 106).
- 8) Nel 2010, in maniera integrativa e complementare con il DPCM, le Regioni avevano proposto formalmente alla Giustizia l'ingresso di rappresentanti regionali nel Consiglio di Amministrazione della Cassa delle Ammende per poter partecipare anche istituzionalmente alla preparazione e gestione di progetti socio terapeutici e trattamentali per un miglior recupero e reinserimento dei detenuti. Questi progetti sarebbero interattivi con le specifiche e rispettive competenze delle Regioni e della Giustizia collocandosi in quell'area grigia che invece può rivelarsi fondamentale. L'ipotesi potrebbe prevedere il vincolo di una specifica quota dell'intero deposito di Cassa Ammende da integrare con risorse regionali e statali.

**A fronte di questo articolato sistema di assistenza e vigilanza sociale sono necessari interventi specifici e continuativi per realizzare migliori condizioni di tutela dei diritti della persona. In particolare riteniamo ancora insufficienti e carenti molti aspetti degli obblighi e dei compiti interistituzionali previsti nel DPCM e negli Accordi e Intese collegate e successive. A tale proposito appare necessaria, e si propone quindi,**

- ***il controllo sulle attività degli "Osservatori Regionali sulla Medicina Penitenziaria" di cui non si ha alcuna notizia strutturata e verificabile.***
- ***il controllo sui locali ceduti dall'Amministrazione Penitenziaria in termini di idoneità e lavori strutturali effettuati a carico della A.P.***
- ***la revisione dei contratti degli operatori, ormai molti dei quali potrebbero essere rimessi a bando e favorire i giovani medici superando le attuali incompatibilità.***

- *l'adozione di uguali denominazioni dei servizi di medicina penitenziaria che ad oggi sono completamente differenti nella regione Lazio (Tutela della salute in carcere, medicina penitenziaria, Sanità penitenziaria, ed altri).*
- *La creazione di un'area dedicata in ambito regionale.*
- *l'affidamento di incarichi gestionali del settore a professionisti esperti.*
- *la sottoscrizione dell'accordo sec. art. 7 del DPCM 1/4/08*



---

Il Presidente "Isola Solidale"  
*Alessandro Pinna*



---

Il Presidente Co.N.O.S.C.I.  
*Dr. Sandro Libianchi*