

REPUBBLICA ITALIANA

la

Corte dei conti

in Sezione centrale del controllo

sulla gestione delle Amministrazioni dello Stato

Collegi I e II

nell'adunanza del 14-10-2005

Visto il testo unico delle leggi sulla Corte dei conti 12 luglio 1934, n. 1214 e le successive modificazioni;

vista la legge 14 gennaio 1994, n. 20 ed in particolare l'articolo 3 comma 4, che autorizza la Corte dei conti a svolgere il controllo sulle gestioni condotte dalle amministrazioni pubbliche, verificandone la legittimità e la regolarità, il funzionamento degli organi interni, nonché la corrispondenza dei risultati dell'attività amministrativa agli obiettivi stabiliti dalla legge, valutando costi, modi e tempi dell'azione amministrativa;

vista la legge 20 dicembre 1996, n. 639;

vista la deliberazione 1/2004/G, adottata in adunanza congiunta dei collegi I e II della Sezione centrale del controllo sulla gestione delle amministrazioni centrali dello Stato, che ha approvato il programma di controllo sulla gestione per l'anno 2004, ed ha autorizzato l'esecuzione dell'indagine sull'attuazione della riforma della medicina penitenziaria, da realizzare ai sensi dell'art.5 della legge n. 419 del 1998 e del decreto legislativo n. 230 del 1999;

vista la relazione in data 11 luglio 2005, con la quale il consigliere relatore, dott. Giuseppe Bellisario, ha riferito sull'esito dei controlli eseguiti per accertare lo stato di attuazione della riforma dell'assistenza sanitaria nelle carceri e i caratteri della gestione condotta nel periodo 2000-2005;

vista l'ordinanza in data 20 settembre 2005 con la quale il Presidente della sezione del controllo sulla gestione delle amministrazioni dello Stato ha convocato il I e il II Collegio della Sezione per l'adunanza del 14 ottobre 2005, per la pronunzia, ai sensi dell'articolo 3 comma 4 della l. n. 20/1994, sulle gestioni in argomento;

vista la nota n. 520/05/G in data 21 settembre 2005, con la quale il Servizio di Segreteria per le adunanze della Sezione centrale del controllo ha trasmesso la relazione al Ministero della giustizia (Gabinetto del Ministro, Capo del Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria, Capo del Dipartimento per la giustizia minorile, Direttore dell'Ufficio centrale del bilancio presso il Ministero della giustizia), al Ministero della salute (Capo del Dipartimento per la qualità, Capo del Dipartimento della prevenzione e della comunicazione, Direttore dell'ufficio centrale del bilancio presso il Ministero della salute), al Ministero dell'economia e delle finanze (Gabinetto e Dipartimento della Ragioneria generale dello Stato);

vista la memoria (con allegati) trasmessa per l'adunanza dal Dipartimento per l'amministrazione penitenziaria (prot. c.c. n. 556 in data 11-10-2005);

vista la nota integrativa trasmessa con riferimento all'adunanza della Corte dei conti dal Ministero della salute (prot. c.c. n. 560 del 18-10-2005)

udito il consigliere dott. Giuseppe Bellisario;

uditi, per il Ministero della giustizia:

- il Generale dott. Giuliano Verrengia, capo dell'Ufficio bilancio presso il Dipartimento dell'Amministrazione penitenziaria;

- la dott.ssa Serenella Pesarin, dirigente generale, in rappresentanza del Dipartimento per la giustizia minorile;

- la dott.ssa Bruna Brunetti, dirigente, in rappresentanza del Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria;

uditi, per l'Ufficio centrale del bilancio presso il Ministero della giustizia;

- la dott.ssa Maria Carone, dirigente generale;

- il dott. Giovanni Arcondizza, dirigente;

uditi, per il Ministero della salute:

- il dott. Filippo Palumbo, dirigente generale presso il Dipartimento della qualità;

- la dott.ssa Paola Maran, dirigente medico di 1° livello presso il Dipartimento della prevenzione e della comunicazione;

non intervenuti i rappresentanti del Ministero dell'economia e delle finanze (Gabinetto e Dipartimento della Ragioneria generale dello Stato);

discussa la relazione nelle camere di consiglio del 14 ottobre e del 18 novembre 2005 e verificata l'esigenza di tener conto delle informazioni comunicate in adunanza e delle memorie pervenute;

DELIBERA

di approvare la relazione allegata con le modificazioni apportate dal Collegio;

ORDINA

che la presente Deliberazione e l'unita Relazione (corredata delle memorie delle amministrazioni) siano trasmesse, ai sensi e per gli effetti dell'articolo 3 comma 6 della l.n. 20/94:

- alla Presidenza del Senato della Repubblica e della Camera dei deputati;

- alla Presidenza del Consiglio dei Ministri;

- al Ministero della giustizia (Gabinetto, Dipartimento dell'Amministrazione penitenziaria, Dipartimento per la giustizia minorile, Ufficio centrale del bilancio presso il Ministero);

- al Ministero della salute (Gabinetto, Dipartimento della qualità, Dipartimento della prevenzione e della Comunicazione, Ufficio centrale del bilancio presso il Ministero);

- al Ministero dell'economia e delle finanze (Gabinetto e Dipartimento della Ragioneria generale dello Stato).

Il Presidente

(dott. Tullio Lazzaro)

Il Consigliere relatore

(dott. Giuseppe Bellisario)

Depositata in Segreteria il 24 novembre 2005

- Programma controllo 2004 -

Indagine

sullo stato di attuazione della disciplina di riordino
della medicina penitenziaria (art. 5 L. 419/98; d.lgs. 230/99)

Sommario

Premessa

Pag. 1

Capitolo I. Obiettivi della riforma e fasi di attuazione

Par. 1	Quadro normativo di riferimento della riforma.....	" 7
1.1	Presupposti giuridici e contabili della riforma sanitaria presso il sistema penitenziario.....	" 7
Par. 2	Processo di attuazione della riforma.....	" 10
2.1	Esercizio della delega.....	" 10
2.2	Progetto obiettivo per la tutela della salute in ambito penitenziario.....	" 13
2.3	Avvio della fase sperimentale.....	" 15
2.3.1	Costituzione del Comitato per il monitoraggio e la valutazione della fase sperimentale.....	" 16
2.3.2	Attività del Comitato per il monitoraggio.....	" 18
2.3.3	Risultati della sperimentazione.....	" 20
Par. 3	Attuazione della riforma nei settori della prevenzione e dell'assistenza ai tossicodipendenti	" 23
3.1	Considerazioni preliminari e aspetti organizzativi.....	" 23
3.2	Trasferimento del personale.....	" 25
3.3	Trasferimento delle risorse finanziarie.....	" 26
3.4	Risultati conseguiti.....	" 27
Par. 4	Iniziative di rettifica della riforma in corso di attuazione.....	" 29
4.1	Costituzione della Commissione mista Giustizia-Salute.....	" 29
4.2	Cenni sui lavori svolti dalla Commissione mista.....	" 30
4.3	Sintesi dei temi fondamentali valutati dalla Commissione mista.....	" 31
Par. 5	Esame della problematica nella sede parlamentare.....	" 35
5.1	Indagine conoscitiva.....	" 35
5.2	Proposta di legge di iniziativa parlamentare.....	" 37
Par. 6	Modifiche dell'assetto organizzativo dei Ministeri della Giustizia e della Salute fra il 2000 ed il 2004.....	" 38
6.1	Revisione delle strutture centrali delle amministrazioni.....	" 38
6.2	Atti amministrativi di aggiornamento delle strutture periferiche del Dip. per l'amm.ne penitenziaria.....	" 39

Capitolo II. Attività di impiego delle risorse nel periodo 2000-2004

Par. 1	Considerazioni introduttive.....	" 41
Par. 2	Quadro normativo di riferimento per l'impiego delle risorse statali.....	" 42
Par. 3	Composizione delle disponibilità totali nel periodo 2000-2004.....	" 43
Par. 4	Criteri di programmazione della spesa sanitaria complessiva.....	" 46
4.1	Gli interventi da finanziare.....	" 46
4.2	Gestione degli uffici centrali dell'amministrazione penitenziaria.....	" 46
4.3	Risorse assegnate ai Provveditorati regionali e alle Direzioni degli istituti.....	" 48
4.4	Spesa sanitaria a carico del Dipartimento per la giustizia minorile.....	" 50
4.5	Documenti di programmazione.....	" 52
4.5.1	Contenuti essenziali dei programmi annuali di gestione della spesa sanitaria.....	" 52
4.5.2	Problematiche ricorrenti sulla distribuzione delle risorse da utilizzare per l'assistenza.....	" 54

Par. 5	Risultati della gestione.....	" 56
5.1	Gestione degli uffici centrali del Dipartimento per l'amministrazione penitenziaria.....	" 56
5.1.2	Consistenza del personale medico e infermieristico di ruolo e incaricato.....	" 56
5.1.3	Compensi al personale incaricato e di ruolo.....	" 58
5.2	Impiego delle risorse assegnate ai Provved. regionali e alle Direzioni degli istituti.....	" 59
5.2.1	L'assetto organizzativo delle strutture sanitarie. Presenze del personale.....	" 70
5.2.2	Convenzioni per la guardia medica e infermieristica.....	" 70
5.2.3	Convenzioni con i medici specialisti (anni 2000-2003).....	" 74
5.2.4	Spesa farmaceutica.....	" 76
Par. 6	Gli oneri complessivi per il personale.....	" 79
Par. 7	Note sulla costruzione della spesa sostenuta per l'assistenza sanitaria.....	" 81
	Considerazioni conclusive.....	" 84

Elenco tabelle incluse nella relazione:

Tab. n. 1	- Presenze della popolazione carceraria (anni 1997-2004).....	" 11
" 2	- Diffusione delle tossicodipendenze nella popolaz. carceraria (anni 2001-2004).....	" 13
" 3	- Ritardi cumulati nelle distinte fasi di attuazione della riforma.....	" 17
" 4	- Distribuzione fra le regioni delle risorse trasferite al S.S.N. (1° 7-31.12.2003).....	" 27
" 5	- Studio relativo al 31.7.2003 - Ufficio III - Servizio sanitario.....	" 28
" 6	- Risorse complessive per l'assistenza sanitaria ai detenuti - Anni 2000-2004.....	" 44
" 7	- Comunicato Istat.....	" 45
" 8	- Stipendi ed altri assegni fissi al personale civile dell'amm.ne penitenziaria.....	" 47
" 9	- Pagamenti disposti in esecuz. della convenz. con l'O.P.G. di Castiglione delle Stiviere... "	48
" 10	- Fondi gestiti dai Provv. regionali per il serv. sanitario e farmaceutico (Cap. 1764 - Anni 2000-2004).....	" 49
" 11	- Spesa sanitaria sostenuta per i detenuti e gli internati tossicod. (anni 2000-1.7.2003).. "	50
" 12	- Dipartimento per la giustizia minorile - Spesa sanitaria (Anni 2000-2004).....	" 51
" 13	- Risorse gestite dai Provved. reg. su indirizzi di programmazione.....	" 52
" 14	- Presenze del personale sanitario di ruolo e incaricato (Anni 2000-2004).....	" 56
" 15	- Distribuzione presso i Provved. del personale di ruolo e incaricato (30.4.2005).....	" 57
" 16	- Consistenza delle presenze complessive del personale per aree territoriali al 30.4.2005 "	58
" 17	- Spesa per il personale medico e paramedico (Anni 2000-2005).....	" 58
" 18	- Consuntivi dei spesa dei fondi assegnati ai Provveditorati (Anni 2000-2003).....	" 61
" 19	- Es. fin. 2000 cap. 1764 (ex 1821) - Assegnaz. fondi e consuntivo delle spese.....	" 62
" 20	- Es. fin. 2001 cap. 1764 (ex 1821) - Assegnaz. fondi e consuntivo delle spese.....	" 64
" 21	- Es. fin. 2002 cap. 1764 (ex 1821) - Assegnaz. fondi e consuntivo delle spese.....	" 66
" 22	- Es. fin. 2003 cap. 1764 (ex 1821) - Assegnaz. fondi e consuntivo delle spese.....	" 68
" 23	- Personale sanitario e parasanitario in convenzione (presenze al 12.5.05).....	" 71
" 24	- Variazioni dei compensi orari per i medici di guardia e per gli infermieri (anni 99-04)... "	72
" 25	- Spesa per la guardia medica e infermieristica (Anni 2000/2003).....	" 73
" 26	- Spesa per le consulenze specialistiche (Anni 2000/2003).....	" 75
" 27	- Distribuz. sul territorio delle risorse tot. impiegate per l'assist. specialist. (Anni 00-03) "	76
" 28	- Spesa per il servizio farmaceutico (Anni 2000/2003).....	" 78
" 29	- Incidenza degli oneri per il person. medico e infermier. sui fondi assegnati (cap. 1764) "	79
" 30	- Rapporto fra la spesa tot. per il person. e le disponibilità complessive iscritte in bilancio per l'assistenza sanitaria.....	" 80
" 31	- Spesa capitaria per l'assist. sanitaria erogata all'utenza penitenziaria.....	" 82

Premessa

1. Con la deliberazione n. 1/2004/G la Sezione centrale di controllo sulle amministrazioni dello Stato ha autorizzato l'esecuzione di un'indagine sul "Riordino della disciplina inerente alla medicina penitenziaria da realizzare ai sensi dell'art. 5 della legge n. 419/1998 e del d.lgs.230/99".

Il tema della sanità penitenziaria è stato già esaminato dalla Corte dei conti che, in esecuzione del programma di controllo deliberato per l'esercizio 2000, ha reso al Parlamento il referto (deliberazione n. 45/01/G) nel quale ha analizzato l'organizzazione del servizio di assistenza penitenziaria presso il Ministero della giustizia e valutato l'impiego delle risorse utilizzate per finanziare l'assistenza negli anni 1997-1999¹.

Nel 2004 invece la Sezione ha individuato due distinti gruppi di obiettivi.

In primo luogo ha ritenuto di dover verificare gli esiti dell'attuazione della riforma, ritenendo verosimile che il periodo decorso dalla l. n. 419 dovesse ritenersi congruo per accertare i primi risultati concreti e per acquisire elementi sui tempi ancora necessari per stabilizzare, a seguito del trasferimento delle funzioni, i ruoli delle Amministrazioni della giustizia e della salute.

In secondo luogo ha inteso approfondire i profili di gestione, che scontano le fasi applicative della riforma, concernenti:

- le modalità di utilizzazione e rendicontazione delle risorse finanziarie impiegate dal Ministero della giustizia;
- lo stato di avanzamento del Progetto obiettivo per la tutela della salute in ambito penitenziario;
- il monitoraggio in materia di risorse impiegate e di attività svolte dal Servizio sanitario nazionale negli istituti penitenziari;
- le modalità del riassetto organizzativo nell'esercizio delle funzioni.

Mentre quindi nel 2000 il tema della sanità penitenziaria è stato esaminato con l'intento di conoscere i profili organizzativi del servizio (nonché i relativi costi) e, in misura residuale, l'attuazione della l. n. 419 (sulla quale all'epoca non erano disponibili informazioni sufficienti ad esporre i progressi conseguiti), nell'indagine oggetto del presente referto è stata ritenuta prioritaria la verifica dello stato di realizzazione della riforma.

Gli obiettivi dell'indagine hanno chiesto di interpellare in istruttoria, oltre che il Ministero della Giustizia, anche il Ministero della salute; si è tenuto conto che, mentre nel 2000 le potenzialità di indirizzo di quest'ultima amministrazione potevano considerarsi ferme

¹ Si ricorda che in sede di referto al Parlamento le Sezioni riunite, con la deliberazione n. 3/Rel./93 del 5 giugno 1993 hanno esaminato anche l'utilizzazione, nel periodo 1988-1992, delle risorse destinate all'edilizia penitenziaria, ivi comprese le strutture sanitarie interne degli istituti di prevenzione e pena.

ad un livello embrionale e prospettare quindi un contenuto grado di significatività, nel 2004 il Ministero della salute avrebbe potuto ragionevolmente esporre i contenuti delle attività di programmazione, indirizzo e coordinamento della sanità penitenziaria, e comunque, manifestare all'attivo qualche risultato sul nuovo assetto dell'assistenza.

Va considerato che l'eventuale attuazione della riforma avrebbe costituito il presupposto, sia per la verifica della ripartizione dei costi dell'assistenza fra la Giustizia ed il S.S.N., sia per la valutazione dell'efficacia dei nuovi assetti organizzativi.

2. Il referto è articolato in due parti distinte nelle quali si riferisce, rispettivamente:

- sul processo di attuazione della riforma, ove sono esposte le circostanze che hanno impedito di realizzare gran parte del progetto di riordino, attuato soltanto nel comparto dell'assistenza alla popolazione carceraria tossicodipendente;
- sulle modalità di gestione del servizio adottate dal Ministero della giustizia, che ha erogato l'assistenza applicando di fatto i criteri contenuti nell'ordinamento degli anni settanta, aggiornati invero con un regolamento che recepisce qualche disposizione del Progetto obiettivo e del d.lgs. n. 230/99.

Il referto analizza comunque le circostanze, nei limiti in cui sono state rese note, dalle quali si evince il sostanziale abbandono della prospettiva di ripartire, secondo l'indicato modello normativo, le competenze fra la Giustizia e il S.S.N., testimoniato dalla inattuazione di gran parte della riforma.

3. La scarsa attenzione dedicata, da ambedue le amministrazioni, all'esecuzione della "fase sperimentale", ritenuta essenziale dal d.lgs. 230/1999 per trasferire con gradualità i compiti sanitari dalla Giustizia al Servizio sanitario nazionale è testimoniata tra l'altro dal fatto che la Giustizia ha dichiarato formalmente di non essere in grado di fornire elementi sull'evoluzione e sull'esito della sperimentazione. Tale circostanza ha impedito di approfondire l'analisi di un tema importante per l'attuazione della legge del 1998. I fatti che hanno determinato una anomalia tanto rilevante risultano privi di una spiegazione ragionevole. Pertanto, la maggior parte delle informazioni, non esaurienti ma in qualche modo significative, sulla sperimentazione, è stata acquisita dai documenti trasmessi dal Ministero della Salute, che hanno permesso quantomeno di prendere atto dei gravi limiti che hanno caratterizzato l'esecuzione e il monitoraggio della fase sperimentale e confermato il limitato interesse per la revisione dell'assetto della sanità penitenziaria, pur in vigenza di una disciplina rimasta in vigore (salvo che per la parte relativa allo scivolamento di 18 mesi del termine di chiusura della sperimentazione disposto dal decreto legislativo n. 433 del 2000),

come ha riconosciuto l'Amministrazione della Giustizia nella memoria comunicata alla Corte per l'adunanza pubblica (allegato 1).

Peraltro, l'intento di sospendere l'attuazione della riforma, si rileva da alcuni verbali trasmessi dal Ministero della salute, ove sono illustrati gli esiti dei lavori condotti presso il Comitato per il monitoraggio della sperimentazione (cap. 1, par. 2.3.2). Tali documenti attestano tra l'altro che è mancato un indirizzo chiaro nelle attività preliminari al passaggio delle funzioni, nonché un adeguato dialogo istituzionale di primo livello fra i Ministeri della salute e della giustizia.

Gli atti esaminati, inoltre, hanno permesso di appurare che nel medesimo periodo in cuipresso il Ministero della salute, erano in corso i lavori del "Comitato misto Salute-Giustizia" (insediato per monitorare i risultati della sperimentazione), è stata costituita ed ha iniziato l'attività (..... presso il Ministero della Giustizia) una "Commissione mista Giustizia-Salute", con il compito di elaborare uno schema di disegno di legge diretto tra l'altro a ricondurre il servizio presso l'amministrazione penitenziaria (cap. 1, par. 4). Lo schema elaborato dalla Commissione, trasmesso al Ministro della giustizia in data 6 febbraio 2004, abroga espressamente (all'art. 9) il decreto legislativo n. 230 del 1999, salvo che per la parte già operativa che riguarda l'assistenza ai detenuti tossicodipendenti. Non risulta che lo schema di d.d.l. abbia iniziato l'iter parlamentare e per questa ragione il documento si configura ancora oggi quale espressione di un orientamento politico, il che ha indotto a non sottoporlo a valutazioni tecniche e di compatibilità finanziaria.

4. I resoconti parlamentari che hanno documentato i lavori svolti dalle Commissioni riunite (II e XII) della Camera dei deputati nel corso dell'indagine conoscitiva (deliberata nel 2003 ed eseguita nell'anno successivo) avviata per rilevare la qualità dell'assistenza carceraria e la fondatezza dei rilievi che hanno concorso alla nascita della "questione sanitaria nelle carceri", anche in dipendenza dell'accelerata riduzione dei finanziamenti destinati al servizio, hanno confermato l'urgenza di intervenire in un settore significativo della Sanità. Le testimonianze dei lavori parlamentari, sostanzialmente condivise dall'intero panorama politico, dovranno essere completate con i dati ufficiali sull'effettiva situazione riscontrata presso gli istituti carcerari... ove i componenti della commissione hanno effettuato i sopralluoghi programmati. Non risulta, sino alla data dell'adunanza pubblica della Corte dei conti (14 ottobre 2005), se l'indagine conoscitiva sia stata corredata del documento conclusivo, dal quale potrebbero essere rilevati i dati acquisiti nel corso degli indicati sopralluoghi. Peraltro, l'indagine in argomento ha potuto appurare come il degrado dell'assistenza nelle carceri abbia posto l'urgenza di intervenire in un segmento della Sanità,

che corre il rischio di giungere a breve, ove si protraesse lo stato di contenuta efficacia dell'assistenza, ad un livello di guardia, che si ripercuoterebbe negativamente, tra l'altro, sull'immagine del Paese

L'organizzazione del nuovo modello della Sanità penitenziaria, per la parte realizzata (quella relativa al passaggio dell'assistenza ai detenuti tossicodipendenti) è rimasta priva di chiarimenti adeguati a testimoniare la gestione condotta dal S.S.N.. Sembra sia stato difficoltoso per le amministrazioni interessate acquisire presso le regioni informazioni documentate sulle modalità di svolgimento dei compiti trasferiti dal 1° luglio 2003.

5. Nella parte del referto che si sofferma sull'evoluzione della spesa sanitaria presso la Giustizia, si è dovuto prendere atto che il servizio gestito dal Ministero ha svolto le funzioni consuete in un contesto nel quale, essendo bloccato il percorso della riforma, gli uffici competenti hanno dovuto muoversi in un clima caratterizzato non soltanto da incertezze normative, ma da una crescente scarsità di risorse (sul tema l'amministrazione torna più volte), confermata dalle rilevazioni della Corte che coincidono con i dati dell'amministrazione.

A questi fattori non positivi vanno aggiunti i dubbi sulla possibile obsolescenza di una disciplina che ha operato per più decenni, ed ha svolto la propria funzione senza incontrare particolari difficoltà prima del raddoppio della popolazione carceraria. Sicchè le circostanze nelle quali è erogata l'assistenza sono molto cambiate nel tempo ed il sistema si avvicina, come già detto, ad una zona di rischio (che infatti, ha sollecitato l'indagine parlamentare del 2003) determinata, secondo quanto risultato dai dati dell'amministrazione, dalla crescita dei soggetti da assistere, dalla diffusione di gravi patologie infettive e dal costante incremento dell'utenza di nazionalità estera.

L'istruttoria della Corte ha mirato a conoscere i fondamentali criteri della programmazione della spesa per l'assistenza, ai quali sono temporaneamente connesse le possibilità di organizzare in modo ottimale il servizio sul territorio e la prospettiva di individuare l'evoluzione nel tempo del costo di ciascuna grande voce di spesa rispetto a quella complessiva.

Va tenuto conto del fatto che la spesa sanitaria è distribuita presso oltre 200 centri di costo e che l'amministrazione centrale acquisisce parte significativa delle informazioni tramite i Provveditorati regionali dell'amministrazione penitenziaria, ove si incrociano le direttive che provengono dal centro ed i bisogni di salute che provengono dalle carceri.

La carenza di collegamenti informatici, che permettano ai centri di responsabilità della spesa di effettuare un costante monitoraggio sulle modalità di impiego dei fondi assegnati ai

Provveditorati, e da questi distribuiti agli istituti, non ha permesso a volte di disporre di elementi univoci di valutazione, dai quali fosse possibile dedurre, tra l'altro, i tempi di erogazione delle risorse, i criteri adottati per recepire le indicazioni degli istituti ai fini della definizione annuale dei budget, nonché i parametri utilizzati per quantificare il fabbisogno del personale sanitario (medici incaricati, medici in convenzione, etc.) i cui oneri sono sostenuti, in misura rilevante, direttamente dall'amministrazione centrale. E' correttamente riconosciuto dall'amministrazione che la mancanza di un collegamento diretto e agile fra l'amministrazione centrale, i Provveditorati e gli istituti rallenta l'attività e a volte impedisce di disporre delle informazioni necessarie per valutare i contenuti di alcuni importanti fattori della gestione².

La qualità delle informazioni disponibili on line ha manifestato limiti di affidabilità che hanno più volte indotto ad escludere l'opportunità di utilizzare i relativi dati per evitare il rischio di acquisire presso l'amministrazione elementi non omogenei con quelli disponibili presso i Provveditorati.

Peraltro, l'efficiente collaborazione dell'amministrazione, manifestatasi in sede di riscontro, sia all'articolata nota di apertura dell'indagine di controllo, sia alle ulteriori richieste istruttorie, formali e in via breve, ha permesso di disporre di soddisfacenti elementi conoscitivi a seguito delle richieste avanzate dalla Corte sino alla conclusione dell'istruttoria.

6. Va dato atto all'amministrazione di essere riuscita a recepire l'esigenza, già rappresentata dalla Corte, di elaborare i consuntivi annuali della spesa periferica che (cfr. cap. II, par. 5.2) hanno informato sulla destinazione dei fondi in argomento nel periodo 2000-2003. Con tale documentazione è stato reso possibile l'incrocio dei dati finanziari rilevati dalla Corte presso il S.I. Rgs/Cdc con quelli di consuntivo, elaborati dall'amministrazione. I volumi di spesa rilevati presso il sistema informativo ricevono pertanto una conferma che in passato non era agevole acquisire. L'indagine, benchè estesa per la parte finanziaria anche al 2004, ha potuto giovare di validi elementi rappresentativi delle effettive destinazioni di intervento per un periodo di gestione ampio (4 esercizi finanziari) a seguito dell'aggregazione, riportata nei consuntivi, delle centinaia di dati che

² Il Dipartimento chiarisce, in riscontro a nota istruttoria della Corte, che "l'incongruenza o divergenza tra le informazioni fornite presso l'Amministrazione centrale e presso gli Uffici periferici nonché la carenza di un valido raccordo tra apparato centrale e periferico" è da "ricondurre alle difficoltà di reingegnerizzazione e di informatizzazione dell'intera Amministrazione...". Per la parte che riguarda l'omogeneità dei dati relativi all'esercizio delle funzioni mediche l'Amministrazione sottolinea che "sta valutando l'opportunità di estendere il "diario clinico informatizzato, già sperimentato con successo....., al fine di pervenire non solo alla conoscenza precisa delle patologie diffuse negli istituti (e i relativi costi di gestione) ma di verificare l'efficienza dei singoli istituti attraverso la comparazione con un modello teorico validato".

ogni anno formano le fondamentali voci di spesa sostenute presso gli indicati 200 centri di costo.

Tale capacità di elaborazione dei risultati finanziari denota la tendenza a migliorare la trasparenza della gestione ed a rendere più affidabili i dati relativi agli oneri complessivi assorbiti dalla medicina penitenziaria, valutabili ora anche nel profilo economico e non soltanto finanziario. Non sono state peraltro rinvenute, nonostante la migliorata trasparenza della spesa complessiva, indicazioni concrete sul modo di risolvere la "questione sanitaria nelle carceri".

Capitolo I. Obiettivi della riforma e fasi di attuazione

* * * * *

Par. 1. Quadro normativo di riferimento della riforma

1.1 Presupposti giuridici e contabili della riforma sanitaria presso il sistema penitenziario

a) La legge n. 419 del 1998 ("Delega al governo per la razionalizzazione del servizio sanitario nazionale ...") ha incluso fra gli obiettivi da realizzare con urgenza la riforma dell'assistenza sanitaria nel sistema carcerario, da realizzare sulla base di una specifica norma (articolo 5) intitolata "riordino della medicina penitenziaria". All'epoca pertanto è risultata evidente la necessità di dare alla problematica una risposta valida, tempestiva, e idonea a ridurre i rischi dell'allarme sulla qualità e sull'efficacia del servizio sanitario erogato alla popolazione carceraria sostanzialmente attraverso disposizioni dei primi anni settanta. Tanto si rileva anche dalle scadenze ravvicinate delle misure normative di attuazione costituite da "uno o più decreti legislativi di riordino..." da emanare "entro 6 mesi dall'entrata in vigore" della legge di delega.

L'intera impostazione della 419 ha in realtà scontato (articolo 5 co. 1, lett. a) che il sistema normativo e l'assetto organizzativo del servizio andavano resi compatibili in tempi brevi con le innovazioni introdotte dalla legge istitutiva del Servizio sanitario nazionale (l. n. 833 del 23 dicembre 1978). La legge è fondata sul presupposto della collaborazione permanente fra le "Aziende unità sanitarie locali" e l'Amministrazione penitenziaria ed ha prefigurato pertanto un assetto nel quale alle "aziende" fosse attribuito il compito di erogare le prestazioni sanitarie ed al sistema penitenziario quello di tutelare "le esigenze di sicurezza". Allo scopo di formare un insieme di regole che migliorasse la qualità dell'assistenza, tenendo conto della specifica realtà penitenziaria, sono state previste "opportune sperimentazioni di modelli organizzativi ... eventualmente differenziati in relazione alle esigenze ed alla realtà del territorio". Per il completamento delle sperimentazioni la l. n. 419 ha stabilito tempi di completamento rivelatisi non congrui rispetto alle difficoltà di attuazione in seguito emerse. L'ipotesi di concludere la fase sperimentale entro i diciotto mesi successivi all'adozione del primo decreto delegato si è rivelata ottimistica (cfr. cap. I, par. 2.3 e 2.3.1) , sicchè è stato necessario prorogare di ulteriori diciotto mesi il termine previsto e spostarlo da fine dicembre 2000 al 30 giugno 2002. La proroga è stata disposta con il d.lgs. n. 433 del 22 dicembre 2000 che, nel confermare l'urgenza della riforma ha modificato, nel presumibile intento di accelerarne il

completamento, gli strumenti giuridici da applicare per il trasferimento graduale delle funzioni³.

b) L'utilità di modificare gradualmente un sistema stratificatosi nel tempo, e gestito anche sulla base di consuetudini consolidate, appare sottesa dalla legge quando ha previsto la possibilità di aggiornare "entro diciotto mesi" la disciplina contenuta nei decreti legislativi iniziali anche "...con riferimento all'esito delle sperimentazioni". Peraltro, accanto alla flessibilità dei contenuti definitivi della riforma, la legge ha collocato la rigidità delle risorse finanziarie da utilizzare.

La legge n. 419 ha assunto infatti che l'entità delle risorse finanziarie stanziato nello stato di previsione della spesa del Ministero della giustizia, da trasferire "progressivamente ...al Fondo sanitario nazionale..." in parallelo con il trasferimento delle funzioni, fosse idonea ad assicurare l'ottimale esercizio dell'assistenza penitenziaria.

Va qui considerato che il progetto della riforma penitenziaria è inserito in una legge intesa a razionalizzare il costoso sistema sanitario generale del Paese ed è soggetto alla regola generale che vieta "oneri aggiuntivi per il bilancio dello Stato..." (articolo 1). La scelta del criterio della riforma "a costo zero" risulta tra l'altro suggerita nel 1998 dalla necessità di evitare incrementi di spesa in una fase ormai avanzata di riequilibrio dei conti pubblici, dopo le criticità dei primi anni novanta. Con le risorse disponibili è stata avviata la razionalizzazione del sistema sanitario generale, con l'obiettivo non rinunciabile di "perseguire la piena realizzazione del diritto alla salute", da assicurare con meccanismi idonei a "completare il processo di regionalizzazione...." nonché a "razionalizzare le strutture e le attività connesse alla prestazione di servizi sanitari, al fine di eliminare sprechi e disfunzioni"(articolo 2).

La legge n. 419 ha tuttavia chiarito, nella parte relativa alla medicina penitenziaria, che il diritto alla salute va riconosciuto applicando una logica unitaria (per i cittadini liberi e per i detenuti) e migliorando l'economicità della spesa complessiva.

c) In applicazione della logica illustrata si rileva, sia che le disposizioni vigenti, ove non compatibili con gli obiettivi del sistema sanitario generale, sono da ritenersi non applicabili per la medicina penitenziaria, sia che l'uniformità del trattamento va assicurata tramite le

³ L'adozione dei decreti legislativi, in precedenza prevista, è stata sostituita da "altri strumenti normativi ritenuti idonei e necessari", fra i quali è espressamente individuato, mediante rinvio all'art. 7 della legge n. 59 del 1997, il "decreto del Presidente del consiglio dei ministri", da adottare "di concerto con i Ministri interessati ed il Ministro del tesoro". La norma da ultimo indicata, in particolare, è stata utilizzata, in attuazione delle c.d. leggi Bassanini, nei provvedimenti diretti "alla puntuale identificazione dei beni e delle risorse finanziarie, umane, strumentali ed organizzative da trasferire, alla loro ripartizione tra le regioni....., etc.".

regioni (titolari delle responsabilità di spesa in materia sanitaria), tenute ad operare sulla base degli indirizzi del Ministero della salute. La legge n. 419 del 1998, ha pertanto superato talune incertezze sui contenuti dei compiti istituzionali, e in particolare sulla legittimità della conservazione nell'ambito della Giustizia delle prestazioni di assistenza sanitaria accanto a quelle di garanzia della sicurezza nell'erogazione dei servizi presso il sistema penitenziario.

Si trattava di incertezze in qualche modo originate da orientamenti giurisprudenziali formati oltre 10 anni prima dell'emanazione della normativa in esame⁴ ed all'epoca in parte comprensibili in un assetto generale della sanità pubblica ancora da completare, nel quale andava evitato il rischio di creare vuoti di competenze nel campo penitenziario; rischio non più attuale dopo la l. n. 419 del 1998, che ha definito come si è visto gli ambiti istituzionali delle competenze e la qualità dei servizi da erogare.

⁴ Nel gennaio 1986 il Ministero di grazia e giustizia ha interpellato il Consiglio di Stato in ordine all'eventuale competenza dell'amministrazione in materia di esercizio dell'assistenza sanitaria. Nel parere rilasciato dal Consiglio (III sezione, n. 305 del luglio 1987) è stata prospettata la tesi favorevole alla conservazione dell'assistenza sanitaria "tra i compiti riservati allo Stato, da svolgere con le preesistenti strutture del servizio sanitario penitenziario". Il parere ha altresì affermato che la "legge n. 740 del 1970" non poteva "...considerarsi assorbita nella legge n. 833 del 1978".

Par. 2. Processo di attuazione della riforma

2.1 Esercizio della delega

a) Nel termine stabilito dalla legge è emanato il decreto legislativo (d.lgs. 22 giugno 1999, n. 230) che attua la delega recependo in primo luogo l'intento di formulare sollecitamente gli strumenti giuridici fondamentali per l'avvio concreto della riforma.

I criteri di ripartizione dei compiti (di programmazione, finanziari, operativi ed altri) fra Stato, Regioni, Comuni, Aziende u.s.l. e istituti penitenziari sono stati fissati mediante formule che individuano espressamente le responsabilità di ciascun organo istituzionale. Il d.lgs. stabilisce fra l'altro, con una terminologia che non si presta a dubbi di interpretazione, che "alla erogazione delle prestazioni sanitarie provvede l'Azienda unità sanitaria locale" e che "l'Amministrazione penitenziaria provvede alla sicurezza dei detenuti ed a quella degli internati ivi assistiti".

b) Nel definire le componenti del diritto alla salute in ambito penitenziario il 230 prescrive che il Servizio sanitario nazionale è tenuto ad assicurare alla popolazione carceraria "livelli di prestazioni analoghi a quelli garantiti ai cittadini liberi"⁵. L'applicazione del principio costituzionale che riconosce in via generale il diritto all'assistenza sanitaria (art. 32 Cost.) è garantita, anche nel profilo tecnico-assicurativo, da specifiche disposizioni che stabiliscono per i ristretti "l'iscrizione al servizio sanitario per tutte le forme di assistenza, ivi compresa quella medico-generica". La copertura assicurativa, in particolare, è conservata dai detenuti ed internati di cittadinanza italiana ed è conferita agli stranieri "limitatamente al periodo in cui sono detenuti o internati". E' pertanto riconosciuta "parità di trattamento e piena uguaglianza di diritti"⁶ rispetto ai cittadini liberi, a prescindere dal regolare titolo di permesso di soggiorno in Italia".

⁵ Il d.lgs. n. 230/99 prevede, in materia di contenuti del diritto alla salute che "Il Servizio sanitario nazionale assicura, ...ai detenuti ed agli internati: a) livelli di prestazioni analoghi a quelli garantiti ai cittadini liberi; b) azioni di protezione, di informazione e di educazione ai fini dello sviluppo delle responsabilità individuale e collettiva in materia di salute; c) informazioni complete sul proprio stato di salute all'atto dell'ingresso in carcere, durante il periodo di detenzione e all'atto della dimissione in libertà; d) interventi di prevenzione, cura e sostegno del disagio psichico e sociale; e) l'assistenza sanitaria della gravidanza e della maternità, anche attraverso il potenziamento dei servizi di informazione e dei consultori, nonché appropriate, efficaci ed essenziali prestazioni di prevenzione, diagnosi precoce e cura alle donne detenute o internate; f) l'assistenza pediatrica e i servizi di puericultura idonei ad evitare ogni pregiudizio, limite o discriminazione alla equilibrata crescita o allo sviluppo della personalità, in ragione dell'ambiente di vita e di relazione sociale, ai figli delle donne detenute o internate che durante la prima infanzia convivono con le madri negli istituti penitenziari".

⁶ I detenuti e gli internati sono però esclusi dal sistema di "compartecipazione alla spesa delle prestazioni sanitarie...".

Fra le innovazioni significative vanno ricordate quelle che prevedono di formare la "Carta dei servizi sanitari"⁷ nonché di organizzare l'assistenza secondo "principi di globalità dell'intervento sulle cause di pregiudizio della salute, di unitarietà dei servizi e delle prestazioni, di integrazione della assistenza sociale e sanitaria e di garanzia della continuità terapeutica". Si tratta di principi di base, fondamentali per l'erogazione dei servizi sanitari in una realtà penitenziaria che si caratterizza tra l'altro per l'affollamento delle strutture, per la varietà delle patologie su cui intervenire, e per l'elevata incidenza (tabella n. 1) dei detenuti di cittadinanza estera, spesso privi di adeguata documentazione sanitaria.

Tabella n. 1

Presenze della popolazione carceraria (anni 1997-2004)*

Anni	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
N.ro detenuti	48.495	47.811	51.814	53.165	55.275	55.670	54.237	56.068
Nazionalità								
italiana		35.838	37.757	37.583	38.981	38.882	37.230	38.249
% su tot. detenuti		74,96%	72,87%	70,69%	70,52%	69,84%	68,64%	68,22%
straniera	n.d.	11.973	14.057	15.582	16.294	16.788	17.007	17.819
% su tot. detenuti		25,04%	27,13%	29,31%	29,48%	30,16%	31,36%	31,78%

*Dati delle presenze al 31 dicembre di ciascun anno

Elaborazione C.d.c. su dati dell'amministrazione

c) Fra le priorità individuate dal 230 è utile ricordare quelle che tendono a:

- coniugare l'ottimale esercizio della funzione sanitaria con la sicurezza degli operatori all'interno degli istituti penitenziari (articolo 4)⁸;
- individuare i luoghi esterni di cura idonei al ricovero, ove possa essere garantita la sicurezza dei pazienti liberi e di quelli detenuti;
- scegliere il personale sanitario (medico e paramedico) da utilizzare presso il sistema penitenziario (articolo 6)⁹.

⁷ Il d.lgs precisa sul punto che "Ai fini della predisposizione della Carta dei servizi sanitari le Aziende unità sanitarie locali e l'amministrazione penitenziaria promuovono consultazioni con rappresentanze di detenuti ed internati e con gli organismi di volontariato per la tutela dei diritti dei cittadini".

⁸ Il d.lgs n. 230 dispone che: "Sulla base degli indirizzi formulati con decreto del Ministro di grazia e giustizia di concerto con il Ministro della Sanità, il direttore dell'Istituto penitenziario, sentito il direttore generale dell'Azienda unità sanitaria locale, disciplina il regime autorizzatorio e le modalità di accesso del personale appartenente al Servizio sanitario nazionale".

⁹ Il d.lgs. n. 230 prevede che: "In relazione alle esigenze dell'amministrazione penitenziaria è definito, senza oneri a carico del bilancio dello Stato, con provvedimento adottato dal Ministro di grazia e giustizia, di concerto con il Ministro della sanità, con il Ministro per la funzione pubblica e con il Ministro del tesoro, del bilancio e della programmazione economica, sentite le organizzazioni sindacali, un contingente di personale medico e sanitario da

Queste priorità hanno concorso a precisare la complessità dei primi interventi di riorganizzazione dei servizi, anche tenendo conto dell'utilità di assumere le decisioni conseguenti in un clima di fattiva collaborazione, ai vari livelli di responsabilità, fra le amministrazioni impegnate nella realizzazione della riforma¹⁰.

Il d.lgs. n. 230, nel prendere atto che l'insieme delle operazioni collegate alla riforma avrebbe richiesto un impegno da sviluppare nel medio periodo, ha dettato le linee essenziali del "Progetto obiettivo" (articolo 5), da adottare entro 60 giorni (decorrenti dalla data di entrata in vigore del decreto legislativo) e da sviluppare in tre anni, con il quale, mentre ai Ministri competenti (della Salute e della Giustizia, di concerto con il Tesoro e d'intesa con la Conferenza unificata di cui all'art. 8 del d.lgs. 28 agosto 1997, n. 281) è affidato il compito di precisare gli indirizzi¹¹ da adottarsi dalle Regioni in materia di garanzia degli obiettivi di salute della popolazione carceraria, alle regioni è correlativamente richiesto di recepire le indicazioni del Progetto nei Piani sanitari. Quest'ultima disposizione crea un meccanismo per il monitoraggio periodico dei risultati conseguiti e prevede per le regioni obblighi di adempimento, sanzionati anche "mediante la nomina di commissari ad acta". Al ministro della Salute è richiesto di inserire annualmente, nella Relazione sullo stato sanitario del Paese (da realizzare d'intesa con il Ministero della giustizia)¹², un apposito capitolo sull'assistenza sanitaria negli istituti penitenziari.

d) Poichè le tossicodipendenze avevano raggiunto un livello di diffusione (tabella n. 2) e di criticità che le misure fino ad allora adottate non erano ormai in grado di reggere il d.lgs. n. 230 ha accelerato le procedure per il passaggio al S.S.N. delle funzioni relative ai "settori della prevenzione e della assistenza" alla popolazione

destinare all'Amministrazione penitenziaria". Con il medesimo provvedimento sono stabiliti i requisiti ed i criteri per la individuazione di detto personale, nonché i relativi compiti, fermo restando il diritto di opzione per tale contingente di personale.

¹⁰ La riforma intreccia le competenze delle distinte amministrazioni per evitare che eventuali carenze di un settore possano ripercuotersi sull'efficienza globale del servizio. Per questa ragione il d.lgs. n. 230 dispone: "L'amministrazione penitenziaria segnala alle Aziende unità sanitarie locali e, ai fini dell'esercizio di poteri sostitutivi, alle regioni e al Ministero della sanità, la mancata osservanza delle disposizioni del decreto legislativo".

¹¹ Il Progetto obiettivo, in particolare, indica: "a) gli indirizzi specifici finalizzati ad orientare il Servizio sanitario nazionale verso il miglioramento continuo dell'assistenza....; b) i modelli organizzativi dei servizi sanitari penitenziari anche di tipo dipartimentale differenziati secondo la tipologia di istituto; c) le esigenze relative alla formazione specifica dell'assistenza sanitaria in ambito penitenziario; d) le linee guida finalizzate a favorire all'interno degli istituti penitenziari lo sviluppo delle modalità sistematiche di revisione e valutazione dell'assistenza erogata e ad assicurare l'applicazione di livelli uniformi, essenziali e appropriati di assistenza; e) gli obiettivi di salute da raggiungere nel triennio....".

¹² Il d.lgs. n. 230 ha previsto che la Relazione dia compiute informazioni circa:

a) le condizioni di salute della popolazione detenuta e internata; b) le risorse impiegate e le attività svolte dal Servizio sanitario...; c) i risultati conseguiti rispetto agli obiettivi finali stabiliti nel Progetto obiettivo....; d) i risultati conseguiti nelle regioni rispetto all'attuazione dei piani sanitari regionali; e) l'elaborazione delle politiche sanitarie e la programmazione degli interventi in ambito penitenziario.

tossicodipendente. Il trasferimento di tali funzioni è stato disposto con decorrenza 1° gennaio 2000 (articolo 8) contestualmente al relativo personale, alle attrezzature,... nonché alle risorse finanziarie.

Tabella n. 2

Diffusione delle tossicodipendenze nella popolazione carceraria (anni 2001-2004)*

Anni	2001	2002	2003	2004
N.ro detenuti (a)	55.275	55.670	54.237	56.068
N.ro tossicodipendenti (b)	15.442	15.429	14.501	15.558
% (b/a)	27,94%	27,72%	26,74%	27,75%
Nazionalità				
italiana (c)	11.563	11.291	11.246	12.212
% (c/b)	74,88%	73,18%	77,55%	78,49%
straniera (d)	3.879	4.138	3.255	3.346
% (d/b)	25,12%	26,82%	22,45%	21,51%

* Presenze rilevate al 31 dicembre di ciascun anno

Elaborazione C.d.c. su dati dell'amministrazione

e) L'impostazione del decreto legislativo, in sintesi, ha inteso osservare una logica intesa ad evitare traumi nel trasferimento delle funzioni. Il sistema della gradualità è stato ritenuto preferibile per il passaggio della maggior parte delle funzioni sanitarie. Le disposizioni che hanno autorizzato, in materia di tossicodipendenze, l'applicazione di procedure di urgenza sono state pertanto adottate sulla base, a quanto risulta, di decisioni condivise, che hanno preso atto dell'elevata probabilità di imminenti rischi di aggravamento e di diffusione delle patologie. Tale situazione oggettiva e l'esigenza di evitare gravi difficoltà al sistema carcerario, spiega come la riforma sia stata attuata nel campo appena indicato, sebbene con ritardo rispetto ai tempi fissati dalla legge (cfr. cap. I, par. 3).

2.2 Progetto obiettivo per la tutela della salute in ambito penitenziario

a) Il progetto obiettivo appare l'atto più significativo adottato nella sede amministrativa con la collaborazione di ambedue le amministrazioni interessate¹³. Si

¹³ Il documento è stato approvato con d.i. 21 aprile 2000, adottato dalla Sanità e dalla Giustizia di concerto con il Ministro del tesoro, del bilancio e della programmazione economica, in applicazione dell'art. 5, co. 2 del d.lgs. n. 230/1999.

tratta di un corposo documento, al quale possono essere riconosciute, tra le altre, funzioni ricognitive (nell'anno 2000 ed in quelli precedenti) dello stato di salute nelle carceri accanto a funzioni di programmazione delle misure necessarie per la gestione del servizio in attesa del completamento della riforma. La durata triennale di vigenza del Progetto sembra stabilita con lo scopo di adeguare concretamente i programmi di intervento all'evoluzione delle esigenze oggettive nel sistema penitenziario, al completamento della sperimentazione, all'eventuale progresso delle conoscenze in ambito medico e scientifico nonché alla variazione della disponibilità delle risorse umane, finanziarie e logistiche. Non risulta che il documento sia stato aggiornato.

Le disposizioni contenute nell'atto, aggregate in più gruppi¹⁴, ribadiscono gli obiettivi della legislazione ordinaria e di quella delegata e, nella parte relativa all'organizzazione, precisano la necessità di salvaguardare il "patrimonio di esperienze e di conoscenze... acquisite dal personale" della Giustizia "in materia di assistenza sanitaria..."; il documento precisa inoltre che "il trasferimento ... al Servizio sanitario nazionale consente di superare una separatezza storica fra culture ed esperienze diverse che hanno una finalità comune..."¹⁵.

Risulta significativo sottolineare l'impegno assunto dal Ministero della salute di istituire "senza ulteriori oneri a carico dello Stato, uno specifico ufficio ai fini dell'indirizzo e del coordinamento del processo di riordino della sanità penitenziaria". Tale disposizione dimostra il rilievo riconosciuto a tale amministrazione, tenuta all'esercizio delle "competenze di rilievo nazionale o interregionale, in materia di programmazione, indirizzo e coordinamento del Servizio sanitario nazionale negli istituti penitenziari".

Nel consistente novero delle competenze della Salute rientrano:

- le rilevazioni epidemiologiche sullo stato di salute della popolazione penitenziaria;
- le iniziative, da assumere in conformità al d.lgs. n. 230/99 ed in collaborazione con la Giustizia, per la formazione e l'aggiornamento degli operatori sanitari, del personale dell'amministrazione penitenziaria e dei mediatori culturali (utili per l'assistenza ai detenuti di nazionalità estera);

¹⁴ Le disposizioni espongono gli obiettivi da perseguire (in termini di normativa vigente, di conoscenze tecniche acquisite e di ricognizioni effettuate sul campo) in tema di: a) riconoscimento dei diritti alla popolazione carceraria; b) stato di salute rilevato; c) obiettivi di salute; d) modelli organizzativi concreti riscontrati e da razionalizzare; e) ricovero nelle unità operative di degenza; f) organizzazione per il governo della sanità in ambito penitenziario; g) Compiti dello Stato, delle Regioni e delle Aziende sanitarie; h) formazione permanente degli operatori della Sanità e della Giustizia; i) vigenza immediata del Progetto nelle regioni che attuano la sperimentazione.

¹⁵ Il documento sottolinea che "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".

- i trasferimenti annuali delle risorse alle Regioni, sulla base di "criteri concordati in sede di Conferenza Stato-regioni"¹⁶.

b) Circa i modelli organizzativi il documento, nel riconoscere una rilevante significatività alle sperimentazioni, dalle quali sono attese indicazioni utili per le eventuali modifiche idonee ad accrescere la funzionalità del sistema, si sofferma più volte sul principio dell'erogazione continuativa dell'assistenza (per l'intera giornata e per tutti i giorni della settimana) "attraverso il coordinamento operativo e l'integrazione professionale" tra gli addetti alla medicina generale, gli specialisti ambulatoriali e le strutture operative del S.S.N.

Il Progetto, nel dare atto della mancanza (al giugno 1999) di un "sistema nazionale di rilevazione delle patologie in ambito penitenziario" delinea alcuni obiettivi prioritari, sia per il sistema carcerario complessivo (igiene degli ambienti di vita urbana, condizioni di lavoro, stato delle strutture sanitarie, assistenza farmaceutica, medicina d'urgenza, etc.), sia priorità specifiche in tema di tossicodipendenze, di assistenza alla popolazione immigrata detenuta (P.I.D.), di patologie infettive, di tutela della salute mentale. Contestualmente indica alcune soluzioni contingenti per i primi interventi e per evitare l'aggravarsi delle patologie.

Si pone in evidenza che l'efficacia delle risposte sanitarie è strettamente legata alla collaborazione sistematica fra il S.S.N. e la Giustizia. Quest'ultimo dicastero, ad esempio, è chiamato a tenere conto degli obiettivi del Progetto nella programmazione di nuove sedi di istituti penitenziari nonché nelle modifiche strutturali "che comportano un aumento di ricettività delle sedi esistenti".

2.3 Avvio della fase sperimentale

a) La sperimentazione, intesa quale insieme delle attività di collaborazione fra le strutture penitenziarie e quelle sanitarie ubicate nei territori regionali (da svolgere con lo scopo di trasferire ed acquisire conoscenze utili ad ottimizzare il passaggio delle funzioni sanitarie), è stata avviata con ritardo rispetto al termine stabilito (trenta giorni dalla data di entrata in vigore del d.lgs n. 230/99). Il mancato rispetto del termine appare in parte da attribuire alla complessità del procedimento, definito dal decreto legislativo in questione (articolo 8, co.2), per individuare le regioni ove

¹⁶ Nella distribuzione delle risorse va tenuto 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..., ai reparti ospedalieri per detenuti, ai presidi per l'assistenza ai detenuti tossicodipendenti, ai malati di mente e ai malati di AIDS".

avviare le esperienze sperimentali. Tale procedimento ha infatti previsto l'adozione di un decreto interministeriale (Sanità e Giustizia), da emanare con il concerto del Ministro del Tesoro, del bilancio e della programmazione economica nonché del Ministro per la funzione pubblica, previa intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni, etc., e sentite le organizzazioni sindacali.

Il completamento della procedura del 230 ha assorbito quasi nove mesi, poichè il decreto interministeriale ha esaurito l'iter di perfezionamento il 20 aprile 2000: circa sedici mesi dopo l'entrata in vigore della l. n. 419. Nell'indicato provvedimento si dà atto che, ai fini della sperimentazione, è stato ritenuto utile acquisire elementi informativi utili a verificare le potenzialità di trasferimento della gestione del servizio sanitario nelle aree del Paese, nelle quali erano ubicati "istituti penitenziari di rilevante importanza, avuto riguardo anche alla popolazione detenuta".

La scelta della Toscana, del Lazio e della Puglia risulta pertanto effettuata in applicazione degli indicati criteri. Il principio della gradualità ha indotto ad escludere temporaneamente il settore degli OO.PP.GG.. Il medesimo atto ha deliberato che la verifica degli esiti delle sperimentazione fosse effettuata da un "apposito comitato per il monitoraggio e la valutazione della fase sperimentale".

2.3.1 Costituzione del Comitato per il monitoraggio e la valutazione della fase sperimentale

Il "Comitato" è stato costituito dal Ministro della Sanità con d.m. 18 maggio 2001 ed adottato in conformità all'indicato decreto interministeriale (Salute-Giustizia) che ha individuato il primo gruppo di regioni ove avviare il trasferimento delle funzioni sanitarie. Il ritardo va attribuito al concorso di un insieme di circostanze, da legare in parte al decreto legislativo n. 433/2000 (entrato in vigore a fine gennaio 2001). Il cumulo dei ritardi ha fatto scivolare i tempi di attuazione della riforma (cfr. cap. I, par.1.1, lett.a) di oltre due anni rispetto al progetto legislativo (tabella n. 3).

Tabella n. 3

Ritardi cumulati nelle distinte fasi di attuazione della riforma

Atti da adottare	I ipotesi normativa	Data dell'adempimento	Ritardo
Decreto legislativo di attuazione	Entro sei mesi dall'entrata in vigore della l. n. 419/98 (art. 5) - 8 giu 99 -	D.lgs. n. 230 adottato il 22 giugno 1999	15 giorni
Progetto obiettivo	Entro sessanta giorni dall'entrata in vigore del d.lgs. n. 230/99 (art. 5, c. 2) - 15 set 99 -	Adottato con d.m. 21 aprile 2000	circa 7 mesi
Avvio della fase sperimentale	Entro trenta giorni dall'entrata in vigore del d.lgs. n. 230/99 (art. 8, c. 2) - 15 ago 99 -	Avviata con d.m. 20 aprile 2000	circa 8 mesi
Termine della fase sperimentale	Entro 180 giorni dall'entrata in vigore del d.lgs. n. 230/99 (art. 8, c. 2) - 16 gen 01 -	Differita al 30 giugno 2002 dal d.lgs. n. 433/2000	17 mesi e mezzo
Costituzione del comitato per il monitoraggio	Istituito con d.m. 20 aprile 2000 (art. 3, c. 1)	18 maggio 2001	circa 1 anno

Il d.lgs. n. 433, in particolare, ha:

- riaperto i termini per la partecipazione delle regioni e delle province autonome al programma sperimentale e raddoppiato (con l'ingresso dell'Emilia Romagna, della Campania e del Molise) il campo della sperimentazione;
- prorogato di diciotto mesi, per il primo gruppo di regioni, il termine per completare le attività sperimentali;
- creato conseguentemente una disparità fra l'efficacia attesa dalle operazioni da compiere presso i due distinti gruppi di regioni, ai quali sono stati assegnati periodi di tempo sensibilmente diversi per sperimentare le modalità ed i criteri ottimali per il trasferimento delle funzioni sanitarie.

Il provvedimento del 18 maggio 2001, nell'istituire presso il Ministero della Sanità il Comitato in argomento, ha:

- affidato il coordinamento dei lavori ai Sottosegretari di Stato dei Ministeri della salute e della giustizia "competenti nella materia del riordino della medicina penitenziaria", assicurando così anche forme di controllo politico sullo svolgimento dei lavori;

- individuato i componenti titolari (tre appartenenti al Ministero della sanità, tre al Ministero della giustizia ed uno a ciascuna delle regioni scelte nel 2000) e quelli supplenti del Comitato (1 componente per ciascuna amministrazione e regione);
- stabilito la "durata in carica" dell'organo collegiale fino al 31 luglio 2002;
- fissato la data di inizio della sperimentazione per tali ultime regioni¹⁷;
- definito i compiti da svolgere e prescritto di documentare le verifiche effettuate¹⁸ con relazioni da far pervenire ai ministri competenti "per il successivo inoltro alla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome".

L'ampiezza dei compiti e la precisazione degli oggetti delle relazioni¹⁹ fanno ritenere che nel maggio 2001 fosse considerata realistica la prospettiva di realizzare la riforma, sia pure con ritardo rispetto ai tempi prefigurati. Sembra che permanesse inoltre l'intento di valorizzare e migliorare il Progetto obiettivo e che fosse ancora auspicata l'instaurazione di rapporti stabili con le Regioni²⁰ nei termini prefigurati dalla l. 419 del 1998 e dal d.lgs. n. 230 del 1999.

Il provvedimento in questione, mentre si configura quale ultimo atto formale diretto a realizzare il progetto della 419, non manifesta un'attenuazione dell'interesse verso la realizzazione della riforma. L'adozione di tale atto conferma peraltro il ruolo essenziale rivestito dal Ministero della Sanità nei circa 2 anni e mezzo decorsi dall'approvazione del progetto legislativo da attuare.

2.3.2 Attività del Comitato per il monitoraggio

a) La riunione di insediamento (29 aprile 2002) del Comitato, è stata convocata quasi un anno dopo la costituzione. Il coordinatore dei lavori (Sottosegretario di Stato della salute) dà correttamente atto dei ritardi sensibili cumulatisi nelle fasi di istituzione e di avvio del funzionamento dell'organo collegiale. Va peraltro sottolineato

¹⁷ Il provvedimento citato nel testo dispone che: "La data di inizio della sperimentazione per le Regioni suddette decorre dalla data di ricezione della comunicazione dell'avvenuta registrazione del... decreto presso il competente organo di controllo".

¹⁸ Al Comitato è stato assegnato tra gli altri il compito di effettuare "verifiche nelle regioni individuate ai fini della sperimentazione, documentate da apposite relazioni. Tali attività possono essere svolte anche nelle altre regioni, allo scopo di verificare l'organizzazione ed il funzionamento dei servizi sanitari in ordine alle funzioni già trasferite al Servizio sanitario nazionale" (nei settori della prevenzione e dell'assistenza ai detenuti tossicodipendenti).

¹⁹ Il decreto ha tenuto a precisare che le relazioni sulle verifiche effettuate fornissero elementi circa: "...l'organizzazione e il funzionamento dei servizi sanitari negli istituti penitenziari e l'attuazione delle indicazioni previste nel Progetto obiettivo ... e nei piani regionali eventualmente adottati. Sono altresì evidenziati i settori e le attività ove occorre, eventualmente, provvedere a formulare indicazioni al fine di migliorare l'organizzazione e il funzionamento dell'assistenza negli istituti penitenziari".

²⁰ In ordine al Progetto obiettivo il provvedimento citato nel testo prevede: "Entro trenta giorni dal ricevimento delle relazioni ..., i Ministri della sanità e della giustizia possono provvedere ad aggiornare gli indirizzi alle regioni previsti dal Progetto obiettivo per la tutela della salute in ambito penitenziario, approvato con il decreto interministeriale 21 aprile 2000".

come in tale sede risulti prospettata, allo stato degli atti, l'ipotesi di non proseguire l'attuazione di alcune parti della l. n. 419; è stata infatti manifestata la "opportunità di salvaguardare una maggiore continuità con la tradizionale gestione della medicina penitenziaria....". Nella sede dell'insediamento è stata tuttavia confermata ai componenti del Comitato l'utilità di svolgere, nei circa novanta giorni disponibili per il completamento dei lavori, "una puntuale ricognizione istituzionale" della "...fase sperimentale, fornendo gli elementi conoscitivi utili ad adottare le soluzioni più adeguate, siano esse nel senso della continuità o dell'innovazione".

b) A distanza di oltre 3 anni dalla l. 419 e di due dall'approvazione del progetto obiettivo si prende atto, in sede di Comitato, che non sono disponibili i dati epidemiologici relativi alla "sanità penitenziaria", mentre i rappresentanti del Ministero della giustizia informano che un contributo al riordino del settore di intervento è stato dato, sulla base delle disposizioni antecedenti alla l. 419, da regioni inserite nel secondo gruppo di sperimentazione²¹. La medesima amministrazione aggiunge, per contro, che il passaggio delle funzioni (si assume che tali funzioni siano quelle relative alle tossicodipendenze) "non ha prodotto una contestuale trasformazione gestionale e amministrativa". Si precisa su quest'ultimo punto che il trasferimento dei fondi, dal ministero della Giustizia al S.S.N., necessario all'esercizio delle funzioni (trasferite con decorrenza 1.1.2000) in materia di tossicodipendenze (cfr. cap. I, par. 3), è stato disposto con decorrenza 1° luglio 2003.

Sul versante regionale (Puglia) si afferma invece che, nonostante l'avvenuto perfezionamento di "misure organizzative" idonee a rispondere adeguatamente alle "necessità della sperimentazione", "...tutto rimane fermo" a causa della "mancanza di risorse". La carenza dei finanziamenti è sottolineata da altra regione (Toscana), che prende atto della necessità di dover ridimensionare gli obiettivi prefigurati.

Il sostanziale ripensamento delle iniziative attese dalla riforma sembra trovi origine anche nella riduzione dei fondi destinati alla sanità dal Ministero della Giustizia. Ciò in dissonanza con quanto stabilito dalla l. 419 che aveva previsto la

²¹ E' stata rilevata, da un rappresentante della Giustizia, "la disparità di risposta tra le diverse regioni, tra le quali hanno collaborato più attivamente al riordino quelle che anche in passato si sono dimostrate attente alla situazione sanitaria penitenziaria, secondo quanto già consentito dall'Ordinamento penitenziario anche prima della legge 419/98". In particolare "in Emilia Romagna sono state attivate una cartella clinica e una scheda farmaceutica informatizzate, in Puglia è stato fatto il Progetto obiettivo regionale, ...". Il rappresentante della Giustizia si sofferma sulle "difficoltà di rapporti tra i Direttori delle ASL e i Provveditorati regionali dell'Amministrazione penitenziaria" e sul fatto che "la prevista sperimentazione di un totale trasferimento di tutte le attività al sistema sanitario nazionale si è limitata in realtà alla sola costituzione di gruppi di collaborazione fra Assessorati alla Sanità e Provveditorati regionali". Si aggiunge, da parte della Giustizia che "problemi sono derivati dalla mancanza di specifiche risorse economiche destinate a sostenere il riordino...".

stazionarietà e non la riduzione dei finanziamenti, tenendo conto dell'esigenza di far decollare una riforma di rilievo sicuramente elevato per attestare la maturità giuridico-sociale di una moderna collettività organizzata e per tutelare l'immagine del Paese nel contesto europeo.

c) Nella riunione conclusiva (27 giugno 2002) la differenza di vedute fra i rappresentanti delle amministrazioni della Giustizia e della Salute rende necessario presentare due documenti distinti, da aggiungere a quelli preparati dalle regioni. Le opinioni della Giustizia e della Salute convergono peraltro su problemi di particolare gravità (approvvigionamento dei farmaci, salute mentale, formazione degli operatori, assistenza specialistica e diagnostica). Il sottosegretario alla Salute manifesta comunque la preoccupazione di poter pervenire in tempi brevi alla soluzione dei problemi che non rendono agevole attuare il progetto della l. n. 419/98 e pertanto sottolinea responsabilmente come "le difficoltà per migliorare la sanità in carcere siano enormi" aggiungendo come "la situazione sia da tempo al limite della incostituzionalità.....". Assicura quindi che "il Ministero della Salute potrà dare un apporto di indirizzi" e che "nodale resta il coordinamento tra il personale sanitario e sociale della medicina penitenziaria e l'apporto delle Regioni e delle Aziende U.S.L., soprattutto per quanto attiene alle malattie acute e croniche".

2.3.3 Risultati della sperimentazione

a) Dagli atti pervenuti alla Corte risulta che nel documento elaborato dai rappresentanti del Ministero della salute, sono esposti, accanto ai fattori di criticità emersi durante i lavori, opinioni propense a proseguire l'attuazione della riforma secondo lo schema della l. n. 419. Si rileva in tale documento come la Giustizia (che tra l'altro non ha designato -cfr. cap. II, par. 4.4- nel Comitato un esperto delle problematiche minorili) sia esplicitamente contraria all'applicazione del d.lgs. n. 230/99, e si afferma che le regioni e le aziende u.s.l. favorevoli ad applicare la nuova normativa hanno avvertito difficoltà operative a causa del basso dialogo istituzionale al livello politico e della scarsità crescente di risorse finanziarie²².

²² Nel documento inoltrato il 27 giugno 2002 dal Comitato ai Ministri della salute e della giustizia è inclusa tra i fattori di criticità la "difficoltosa realizzazione da parte delle regioni di quanto previsto dalla normativa per scarsissimo dialogo interistituzionale di primo livello (Ministeri della Salute e della Giustizia) e conseguente difficoltoso governo dell'applicazione del transito delle funzioni sanitarie". Fra le criticità il documento considera anche il "Mancato passaggio dei fondi, personale e strutture alle regioni/Asl con contestuale riduzione dei fondi attribuiti al ministero della giustizia per la sanità in carcere, con conseguente ulteriore incertezza amministrativa e progettuale delle regioni".

Il documento espone alcuni fattori positivi del periodo di sperimentazione della riforma, fra i quali include: il buon livello di collaborazione instaurato fra Provveditorati e Regioni nonché fra le Direzioni delle carceri e le ASL; la soddisfacente disponibilità di accesso ai "dati riguardanti i volumi di attività sanitaria, raccolti da parte dell'amministrazione penitenziaria", ritenuti "determinanti per una efficace pianificazione operativa"; le aspettative dei detenuti e delle loro famiglie; il miglioramento professionale ed economico atteso dagli operatori sanitari (per effetto del transito dal comparto della Giustizia a quello della Sanità); la definizione di modelli sperimentali operativi, che sebbene parziali e differenti nelle distinte regioni, si sono rivelati utili quale "punto di riferimento" per trasferire tutte le funzioni, in aggiunta a quelle "relative alla tossicodipendenza ed alla prevenzione".

b) La situazione della medicina penitenziaria illustrata nella relazione presentata dal Ministero della Giustizia²³ pone in evidenza le "difficoltà di attuazione, visto il "brevissimo tempo a disposizione, per effettivi accertamenti esaustivi presso le Regioni coinvolte nella sperimentazione". Il documento risulta elaborato sulla base della documentazione e delle informazioni "fornite sia dagli Assessorati alla Sanità sia dai Provveditorati dell'Amministrazione penitenziaria" e contiene dati e schede riassuntive varie, relative alla situazione riscontrata presso le regioni²⁴.

²³ L'amministrazione precisa che "al fine di consentire una visione la più vasta possibile e particolareggiata sia della domanda sanitaria all'interno degli istituti penitenziari che delle risorse (personale e strutture), vengono riportati: "1. dati sul numero e la tipologia della popolazione detenuta, sul personale, sulle strutture sanitarie penitenziarie, e sui volumi di attività; 2. schede riassuntive dei singoli istituti penitenziari inerenti lo stato di attuazione della fase di sperimentazione in merito alle funzioni non ancora transitate al S.S.N.; 3. verifica delle attività sanitarie di competenza del S.S.N." (tossicodipendenza e prevenzione).

²⁴ Per la Regione Emilia Romagna sono elencate le iniziative adottate ai sensi del d.lgs. n. 230/99. Va particolarmente notato "l'avvio nel maggio 2002 di una fase sperimentale presso gli istituti penitenziari di Bologna e di Parma del progetto di informatizzazione della cartella clinica e della gestione dell'armadio farmaceutico per il maggio 2002".

Per la Toscana sono espone le iniziative allo studio in materia di "informatizzazione della cartella clinica", di "approvvigionamento farmaceutico", di "formazione e aggiornamenti professionale del personale sanitario", di "psichiatria", nonché iniziative adottate "nel quadro di una maggiore collaborazione fra SSP e SSN" in ordine al servizio infermieristico, al servizio specialistico ed al servizio psichiatrico.

Per il Lazio sono citate iniziative specifiche adottate in prevalenza per il settore delle tossicodipendenze nel 2000 per effetto di accordi (tra Provveditorato dell'amministrazione penitenziaria e assessorato alla Sanità della Regione) anteriori al Progetto obiettivo. Si parla anche di stipula di convenzioni a titolo oneroso e di accordi programmatici tra istituti penitenziari e Aziende usl. attivati "pur in assenza di precise linee guida regionali". Sono evidenziate criticità nella gestione delle funzioni transitate ("modesta presenza dei Ser.T", "interventi attuati dalle Asl ... scarsi e insufficienti alle reali necessità", etc.).

Per la Campania la soddisfacente collaborazione fra istituzioni regionali della Salute e della Giustizia sono "marginalizzate alla pur importante assistenza psichiatrica negli OPG di Napoli e di Aversa, che ...non rientra nella sperimentazione". Il documento predisposto dalla Giustizia cita peraltro "il Protocollo d'intesa di carattere generale tra Regione Campania e Ministero della Giustizia".

Per il Molise si precisa che il "progetto non è ancora nella fase di attuazione" e che l'integrazione fra Sanità e Giustizia "sembra procedere senza particolari ostacoli, fatta eccezione per le attività di prevenzione e di formazione" che, allo stato degli atti pervenuti al ministero della Giustizia "non sembrano ...aver ricevuto nessun impulso dall'emanazione del d.lvo 230/99".

c) Il tempo contenuto dei lavori sembra aver imposto di pervenire alle conclusioni con una rapidità non consigliata dalla rilevanza della materia e dalla delicatezza della riforma. L'attività del Comitato è terminata addirittura con anticipo rispetto al termine stabilito (31 luglio 2002); e ciò sembra poter testimoniare, tra l'altro, che il clima di disagio nel quale ha dovuto operare il Comitato che, costituito per migliorare e arricchire il progetto della riforma, anche attraverso l'arricchimento del progetto obiettivo, ha dovuto di fatto rinunciare all'approfondimento di numerosi aspetti della tematica, di riconosciuta estrema complessità, e in attesa di soluzione da decenni.

Nella Puglia il Ministero ha dato atto della "elaborazione di un <Progetto obiettivo regionale per la tutela della salute in ambito penitenziario>", pronto per la "approvazione della giunta regionale". E' dichiarata l'adozione di più forme di collaborazione fra organi regionali della Sanità e della Giustizia, nonché fra Aziende USL, "equipe dei Ser.T e gli operatori del Presidio per tossicodipendenti degli Istituti"; è dichiarato inoltre che "Sono in atto interventi finalizzati all'adozione di protocolli d'intesa". Fra i profili critici il Ministero considera "che la sperimentazioneè rimasta circoscritta alla fase programmatica...". E' chiarito peraltro che per "l'Assessorato alla Sanità, propedeutici a qualsiasi provvedimento modificatore..... debbono essere:

- il confronto con altre regioni che stanno attuando la sperimentazione;
- il confronto con i competenti Ministeri;
- la piena conoscenza dell'entità delle risorse da trasferire (umane e finanziarie)....".

Par. 3. Attuazione della riforma nei settori della prevenzione e dell'assistenza ai tossicodipendenti

3.1 Considerazioni preliminari e aspetti organizzativi

a) Il decreto legislativo n. 230 del 1999 ha disposto (articolo 8, comma 1), con decorrenza 1° gennaio 2000, il trasferimento (dall'amministrazione penitenziaria al S.S.N.) delle funzioni sanitarie in materia di prevenzione ed assistenza ai detenuti ed internati tossicodipendenti. La fissazione di un termine breve (circa 6 mesi) per attuare questa parte della riforma sembra originata dalla necessità di intervenire con urgenza in un settore nel quale, già nel 1999, la situazione da gestire aveva toccato un livello di allarme grave che ha indotto il legislatore delegato a rinunciare alla fase sperimentale e ad accelerare il trasferimento delle specifiche attività sanitarie. Sembra ragionevole assumere, conseguentemente, che dal passaggio delle funzioni era atteso un concreto miglioramento dell'assistenza, oltre che della prevenzione, con l'affidamento delle responsabilità di cura alle strutture del S.S.N..

Il d.lgs. n. 230 ha inoltre disposto che il passaggio dei compiti fosse contestuale al trasferimento del "relativo personale", delle attrezzature, degli arredi e degli altri beni strumentali, nonché delle risorse allocate nello stato di previsione della spesa del Ministero della giustizia.

Gli elementi di informazione sul clima nel quale la riforma si è andata realizzando non danno testimonianze certe sulla successione degli eventi e sulle concrete modalità di esercizio delle funzioni da parte del S.S.N.. Fra gli elementi acquisiti in istruttoria, quelli dotati di un accettabile grado di significatività, sono contenuti in prevalenza in due note circolari che risalgono a fine dicembre 1999. La prima è stata diramata dai Ministri della sanità e della giustizia²⁵ agli assessorati alla Sanità delle regioni e delle province autonome ed al Dipartimento per l'amministrazione penitenziaria e la seconda è stata indirizzata dal D.A.P.²⁶, tra gli altri, ai Provveditori regionali, ai direttori degli "istituti penitenziari per adulti", al direttore dell'Ufficio centrale per la giustizia minorile. Ulteriori elementi di informazione sono stati acquisiti presso l'Ufficio centrale per la giustizia minorile²⁷ nonché

²⁵ Nota del Ministero della Sanità in data 28 dicembre 1999, n. AA 01 3820.

²⁶ Nota circolare n. 578455/14 del D.A.P. -Ufficio centrale detenuti e trattamento- Divisione II- Sanità.

²⁷ L'Ufficio per la giustizia minorile ha ritenuto di dover richiamare l'attenzione (tra gli altri uffici investiti di compiti specifici in materia di giustizia minorile) delle Direzioni dei centri per la giustizia minorile e delle Direzioni degli istituti penali per minorenni sull'esigenza di dover svolgere una funzione "di coordinamento tra Servizi Minorili Dipendenti e Servizi per le tossicodipendenze territorialmente competenti, al fine di stabilire protocolli operativi che regolino la collaborazione". E' stato ritenuto altrettanto rilevante "il raccordo con il competente assessorato regionale...al fine di concordare strategie operative comuni che consentano una migliore integrazione tra intervento sanitario e intervento penale".

dalla risposta che, a fine giugno 2003, il Ministro della giustizia ha dato ad una interrogazione formulata da un componente della Camera dei Deputati²⁸.

b) La nota dei Ministri della sanità e della giustizia, nel proporsi di dare "indicazioni e indirizzi" sulla prima fase di attuazione concreta della riforma, dà atto della rilevante quantità di tempo necessaria per l'adozione dei decreti interministeriali di trasferimento del personale dalla Giustizia al S.S.N. e chiarisce che "dal 1° gennaio 2000" il personale operante negli istituti penitenziari nei settori della prevenzione e della tossicodipendenza "con rapporto di impiego o a convenzione, fermo restando lo status giuridico, è postoalle dipendenze funzionali del Servizio sanitario nazionale..".

Nella nota si richiama tra l'altro l'esigenza di evitare "soluzioni di continuità nella effettuazione delle attività fino al trasferimento del personale..."; i Ministri forniscono alle regioni ed alle province autonome alcune indicazioni di carattere tecnico, "al fine di consentire l'avvio del trasferimento delle competenze in modo uniforme ed omogeneo sul territorio nazionale". Nel segnalare i caratteri fondamentali dell'assistenza "svolta mediante l'integrazione tra i servizi territoriali di assistenza (SERT) e gli analoghi presidi intramurari ...dell'amministrazione penitenziaria" sono indicate alcune priorità di natura sanitaria ed è ribadita "l'importanza della segnalazione ai SERT dei soggetti tossicodipendenti per i quali è ...disposta la misura detentiva".

Tra i numerosi obiettivi da perseguire è utile ricordare che i Ministri hanno individuato anche quelli relativi alla raccolta di dati attendibili "sulle reali dimensioni della popolazione tossicodipendente detenuta" e "sul 'turn over' nel settore".

E' tra l'altro considerata la necessità, ai fini del miglioramento qualitativo dell'assistenza nel settore, di realizzare "iniziative di formazione permanente che coinvolgano congiuntamente sia gli operatori delle aziende sanitarie locali che quelli del Ministero della giustizia".

c) Il Dipartimento dell'Amministrazione penitenziaria chiarisce che la prevenzione primaria e secondaria delle tossicodipendenze era già assicurata, alla data di attuazione del d.lgs. n. 230, da medici incaricati, dipendenti dal Ministero della giustizia, e che alla stessa data, l'assistenza era assicurata dal S.S.N. (in applicazione del D.P.R. n. 309 del 1990) che si avvaleva dei SERT. Peraltro, la difficoltà di realizzare, in alcune zone del territorio, un efficiente "raccordo funzionale" fra i Servizi territoriali di assistenza e gli istituti penitenziari, aveva suggerito all'amministrazione penitenziaria di istituire, a partire dal 1991, servizi "di

²⁸ Si veda il resoconto stenografico dell'Assemblea relativo alla seduta n. 329 del 5 giugno 2003.

supporto" (presidi delle tossicodipendenze), composti da "medici, psicologi ed infermieri". In ordine agli accessi presso gli istituti ed alle autorizzazioni da conferire al personale sanitario l'amministrazione precisa che alla vigilia dell'entrata in vigore della riforma "in quasi tutti gli istituti penitenziari i locali servizi del S.S.N." avevano "...stipulato apposite convenzioni per l'accesso in istituto" ed avevano "...pertanto individuato le persone autorizzate ad accedervi". E' stato tuttavia posto il problema di effettuare "verifiche più puntuali di quanto non sia avvenuto nel passato sulle persone appartenenti al S.S.N. che intendono essere autorizzati ad accedere negli istituti penitenziari".

3.2 Trasferimento del personale

La complessa procedura di individuazione del personale in servizio presso gli istituti penitenziari, da trasferire al S.S.N.²⁹ sulla base dell'articolo 6, comma 1, del 230 è stata conclusa con decreto interministeriale (della Salute e della Giustizia, adottato di concerto con la Funzione pubblica e l'Economia e Finanze) del 10 aprile 2002³⁰. Nel provvedimento si chiarisce tra l'altro che il personale trasferito, "operante negli istituti penitenziari per i settori della prevenzione e della tossicodipendenza è tutto a rapporto di lavoro convenzionale" con l'Amministrazione penitenziaria e che ciascun soggetto può anche essere titolare di più rapporti convenzionali con la stessa amministrazione. Il trasferimento pertanto ha dovuto necessariamente riguardare la sola titolarità dei rapporti convenzionali con i medici, gli psicologi e gli infermieri addetti al "presidio delle tossicodipendenze".

I rapporti trasferiti riguardano poco più di 600 unità (172 stipulati con i medici, 302 con gli psicologi e 132 con gli infermieri).

I fondi da trasferire sono stati calcolati, sia al 1° gennaio 2000, utilizzando i parametri costituiti dal "monte ore annuo" per ciascuna categoria di dipendenti e dai "compensi orari" spettanti a tale data, sia tenendo conto degli incrementi retributivi operativi per il biennio 2001-2002. I fondi in argomento sono stati quantificati globalmente in circa € 6 milioni per il 2000 ed in € 6,4 milioni (+ 6,5%) per ciascuno degli anni successivi. Il

²⁹ La norma ha previsto che all'individuazione del personale da trasferire si procedesse "entro trenta giorni" dalla data di entrata in vigore del d.lgs. n. 230 mediante "uno o più decreti del Ministro della sanità e del Ministro di grazia e giustizia, di concerto con il Ministro del tesoro, del bilancio e della programmazione economica, sentita la Conferenza permanente per i rapporti con lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano". La stessa norma ha previsto l'applicazione dell'articolo 19 della l. 15 marzo 1997, n. 59 che, ai fini dell'adozione di provvedimenti "aventi riflessi sull'organizzazione del lavoro e sullo stato giuridico dei pubblici dipendenti", dispone anche di sentire "le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative".

Il comma 2 dell'articolo 6 del 230 ha inoltre stabilito che "in sede di contrattazione collettiva con le organizzazioni sindacali sono definite le forme e le procedure per il trasferimento del personale ..." anche con la definizione di apposite tabelle di equivalenza.

³⁰ Il provvedimento dell'aprile 2002 è stato integrato dal D.I. del successivo 18 novembre, con il quale le tabelle annesse al decreto sono state integrate di due unità in ottemperanza alle ordinanze del Consiglio di Stato, con cui sono stati respinti gli appelli del Ministero della giustizia avverso i ricorsi proposti da due psicologi, per mancata inclusione nelle tabelle allegate al precedente decreto.

compenso orario risulta aumentato, dal gennaio 2001, del 15% per i medici e del 2% per gli psicologi.

Dal provvedimento risulta che i compensi al personale sanitario assorbono circa il 62,5% delle risorse complessive al lordo degli adeguamenti retributivi (€ 2,4 milioni ai medici ed € 1,6 milioni agli infermieri).

L'assegnazione delle risorse dal Ministero dell'economia al Fondo sanitario nazionale non è stata contestuale al trasferimento dei rapporti convenzionali.

3.3 Trasferimento delle risorse finanziarie

La disponibilità presso le strutture operative del S.S.N. dei mezzi finanziari da utilizzare per le funzioni di prevenzione e di assistenza ai detenuti ed agli internati tossicodipendenti è stata assicurata, in termini di competenza e di cassa, a decorrere dal 1° luglio 2003, dopo:

- le richieste inoltrate dal Ministero della giustizia al Ministero dell'economia e delle finanze in ordine al trasferimento dei fondi (€ 3,4 milioni circa), dallo stato di previsione della Giustizia al Fondo sanitario nazionale (note dell'11 febbraio e del 28 aprile 2003), da utilizzare per il finanziamento degli oneri assorbiti (per il periodo 1° luglio-31 dicembre 2003) dal personale trasferito al Servizio sanitario nazionale;

- la variazione di bilancio (d.m. del 16 luglio 2003), autorizzata dal Ministero dell'economia e delle finanze -Dipartimento della Ragioneria generale dello Stato-, che trasferisce i ricordati 3,4 milioni di euro dal capitolo 1768 ("Interventi per detenuti tossicodipendenti e affetti da HIV..."), iscritto nello stato di previsione della spesa del Ministero della Giustizia, al capitolo 2700 ("Fondo sanitario nazionale"), iscritto nello stato di previsione della spesa del Ministero dell'economia e delle finanze;

- la distribuzione dell'importo fra le Regioni e le Province autonome per l'anno finanziario 2003 disposta dal Ministero dell'Economia e delle Finanze (d.m. del 31 luglio 2003) (tabella n. 4).

Tabella n. 4

Distribuzione fra le regioni delle risorse trasferite al S.S.N.
(1° luglio-31 dicembre 2003)*

valori in euro

Regioni	Spesa ex personale Min. giustizia dei presidi per i detenuti ed internati tossicodipendenti
Piemonte	426.611,00
Valle d'Aosta	21.972,00
Lombardia	409.298,00
P.A. Bolzano	18.981,00
P.A. Trento	23.984,00
Veneto	181.868,00
Friuli V.G.	79.947,00
Liguria	153.644,00
E. Romagna	254.570,00
Toscana	195.664,00
Umbria	55.482,00
Marche	52.989,00
Lazio	391.163,00
Abruzzo	105.961,00
Molise	22.488,00
Campania	253.525,00
Puglia	275.677,00
Basilicata	26.377,00
Calabria	95.205,00
Sicilia	216.924,00
Sardegna	157.670,00
Totale	3.420.000,00

Fonte: D.M. economia e finanze n. 0091099 del 31 luglio 2003 - Dip. Ragioneria generale dello Stato

3.4 Risultati conseguiti

L'importo assegnato alle regioni (€ 3,4 milioni) è pari alla spesa necessaria a remunerare il personale già in servizio presso i presidi per i detenuti ed i tossicodipendenti per il semestre avanti indicato. Da tale dato si rileva che il valore annuo della spesa trasferita ammonta a € 6,8 milioni, e che di pari importo sono state ridotte le dotazioni totali del Ministero della giustizia per l'assistenza sanitaria dal 1° gennaio 2004. La somma trasferita supera del 6% quella quantificata per il periodo 2001-2002, e del 13% circa i valori definiti al 1° gennaio 2000.

La documentazione acquisita presso il Ministero della Salute (Dipartimento della Qualità), attesta l'invarianza (6,8 milioni di euro) delle previsioni di spesa destinate sia nel

2004 che nel 2005 alle "attività di medicina penitenziaria trasferite dal Ministero della giustizia".

La situazione andrebbe pertanto monitorata per verificare se l'importo assegnato dal Ministero della giustizia per l'assistenza dei detenuti e degli internati tossicodipendenti sia eventualmente aggiornato dalla sanità mediante la destinazione al servizio di risorse aggiuntive rispetto a quelle che risultano destinate dai piani di ripartizione delle risorse sanitarie globali per gli esercizi indicati.

E' da rilevare che il passaggio della funzione non prova ancora se la riforma del settore sia stata o meno interamente attuata. Va infatti considerato che, ove le considerazioni del dipartimento per l'amministrazione penitenziaria in ordine alla non ottimale efficienza dei SERT possano ragionevolmente ritenersi fondate, deve ritenersi utile ipotizzare forme di monitoraggio in ordine alla qualità dei servizi assicurati dal S.S.N. nell'esercizio dei compiti trasferiti alle regioni. Tanto appare opportuno anche tenendo conto di quanto rilevato nel 2004 dalla Giustizia³¹ quando ha sottolineato, sia che "solo poche Regioni" hanno effettivamente manifestato la piena disponibilità a collaborare con un sistema di lavoro "basato sui principi dell'integrazione e della sussidiarietà", sia che "al 30.6.2003 i Ser.T. operavano solo nel 50% degli istituti... a fronte di una presenza media giornaliera negli ultimi tre anni, di circa il 30% di detenuti tossicodipendenti". Tanto l'amministrazione comprova esponendo "uno studio condotto su un vastissimo campione costituito da 161 istituti penitenziari" (tabella n. 5).

Tabella n. 5

Studio relativo al 31 luglio 2003 - Ufficio III - Servizio sanitario

Istituti	Detenuti	Detenuti Td	Ser.T operativi	Medici ASL	Infermieri ASL	Psicologi ASL
161	35.879	9.795	75	178	116	209

Elaborazione C.d.c. su dati dell'amministrazione

³¹ In uno studio che risale al 10 febbraio 2004.

Par. 4. Iniziative di rettifica della normativa in corso di attuazione

4.1 Costituzione della Commissione mista Giustizia-Salute

Poco dopo l'insediamento del "Comitato per il monitoraggio e la valutazione della fase sperimentale" è nata, su iniziativa del Ministro della giustizia (d.m. 16 maggio 2002) "di concerto con il Ministro della salute" una Commissione mista (Giustizia-Salute) composta dai più rappresentativi esponenti dei Ministeri della giustizia e della salute, e in particolare dal Capo del Dipartimento dell'Amministrazione penitenziaria, dal Presidente dell'Istituto superiore di sanità, dai direttori generali della Programmazione sanitaria e della Prevenzione. Tale commissione è istituita presso la Giustizia "per lo studio congiunto" di una "riforma che venga incontro alle attuali esigenze della sanità penitenziaria riservando il compito di garantire la medicina di base ai medici dell'amministrazione e che sia in grado di rinvenire soluzioni convenzionali esterne per la medicina specialistica, con ciò perseguendo l'obiettivo di migliorare l'efficienza del servizio contenendone i costi". Il compito della Commissione è identificato nell'esigenza di studiare "soluzioni adeguate e rispondenti alle effettive esigenze di un rinnovamento del servizio sanitario penitenziario".

Risulta utile sottolineare, ai fini dell'indagine, alcune singolarità che hanno caratterizzato sia l'atto istitutivo della Commissione, sia lo svolgimento dei lavori.

Circa il primo profilo si nota che la conoscenza dei "risultati delle sperimentazioni previste dall'art. 8, comma 2, del ...decreto legislativo n. 230 del 1999" è configurata quale presupposto dell'istituzione della Commissione e oggetto dello studio da realizzare. L'atto istitutivo fissa però, per la conclusione dei lavori, una data che inizialmente coincide (31 luglio 2002) con quella di chiusura delle attività del Comitato per il monitoraggio.

Solleva perplessità il fatto che ai lavori dell'organo collegiale abbiano partecipato soggetti non inclusi fra i componenti della Commissione, integrata quindi informalmente: a) da un consulente della Giustizia, b) dai rappresentanti della regione Veneto (non inclusa, tra l'altro, fra quelle designate per la sperimentazione). Il primo soggetto ha partecipato attivamente a tutte le riunioni; la regione Veneto ha avuto un ruolo determinante ai fini delle decisioni della Commissione, pur avendo partecipato ad una sola riunione, e cioè a quella convocata per l'esame della stesura più aggiornata dello schema di disegno di legge (che prevede di abrogare il d.lgs. n. 230/99), da inoltrare ai Ministri della giustizia e della salute.

4.2 Cenni sui lavori svolti dalla Commissione mista

Dagli atti esibiti alla Corte si rileva che l'attività dell'organo collegiale in argomento è iniziata quasi due mesi prima della scadenza del tempo stabilito per la conclusione dei lavori, presso il Ministero della salute, del "Comitato per il monitoraggio...".

L'attività della Commissione è proseguita oltre il tempo stabilito, a causa della complessità di ripensare un sistema di assistenza sanitaria fondato sul criterio base della gestione congiunta dei servizi mediante le strutture sanitarie del Dipartimento per l'amministrazione penitenziaria e per la Giustizia minorile nonché del S.S.N.. Risulta che la commissione ha tenuto più riunioni (tra il 4 giugno 2002 ed il 12 marzo 2003), con l'obiettivo di predisporre uno schema di disegno di legge che recepisce le indicazioni dei Ministri della giustizia e della salute. Alla bozza predisposta dalla Commissione sono state apportate modifiche in sede di "tavolo tecnico" del novembre 2003, presieduto dal Ministro degli affari regionali, nonché di "gruppo tecnico" (composto dai rappresentanti "della giustizia e della sanità", "...della Regione Veneto" e "...degli altri Enti coinvolti.." ³²). Non sono pervenuti alla Corte gli atti relativi ai lavori condotti nell'ambito delle indicate sedi tecniche.

Il superamento della logica che ha guidato la formazione della legge n. 419/98 si rileva dalla documentazione illustrativa delle attività svolte dalla Commissione. Durante la prima riunione è stato affermato che le attività sanitarie andavano nuovamente ripartite fra Giustizia e S.S.N.. Tale obiettivo appare perseguito nelle diverse stesure della bozza del disegno di legge, nonché in quella messa a punto nel marzo 2003 con il ricordato contributo della regione Veneto.

Poiché nella fase iniziale dei lavori non erano concluse le attività del "Comitato per il monitoraggio" è stata talvolta sollecitata l'utilità di conoscere l'esito delle operazioni in corso di svolgimento presso il Ministero della salute, ove era in atto il dibattito sulle modalità di esecuzione dello stesso testo normativo che la commissione parallela, insediata presso il Ministero della giustizia, aveva il compito di abrogare (salvo che per la parte relativa all'assistenza alla popolazione tossicodipendente). Sul punto risulta emerso un divario di opinioni fra i rappresentanti della Giustizia e della Salute. Questi ultimi, in particolare, nonché il medico rappresentante della Giustizia, hanno ritenuto utile (riunione del 27 giugno 2002) l'esame degli atti prodotti dal Comitato, allo scopo di trarre indicazioni da una esperienza che "ha potuto individuare

³² Tanto emerge da una nota del febbraio 2004 inoltrata al Ministro della Giustizia dal Capo del Dipartimento dell'Amministrazione penitenziaria.

criticità e tipologia dei percorsi di realizzazione del passaggio" dei servizi di assistenza sanitaria dalla Giustizia al S.S.N..

La ferma posizione (favorevole all'esame dei risultati della sperimentazione) assunta sull'argomento dai rappresentanti della regione Veneto nella riunione (12 marzo 2003), convocata per definire la bozza definitiva del ricordato disegno di legge, ha indotto la Commissione a ripensare la linea fino a quella data osservata e ad assumere la decisione di "acquisire ed analizzare i dati sulla sperimentazione forniti dalle Regioni".

Non è noto se la bozza di disegno di legge sottoposta all'esame dei rappresentanti della Regione Veneto abbia subito modifiche significative presso le sedi tecniche, né lo stadio di evoluzione del processo di analisi presso il Parlamento.

Risulta invece che la Giustizia, sino al giugno 2004, non ha acquisito le relazioni conclusive della sperimentazione, come dichiarato espressamente in riscontro a specifici quesiti della Corte dei conti.

4.3 Sintesi dei temi fondamentali valutati dalla Commissione mista

a) Lo schema di d.d.l. predisposto dalla Commissione non ha iniziato l'iter parlamentare, e pertanto la Corte non ritiene di dover esprimere opinioni su un documento che, allo stato degli atti, risulta configurarsi quale espressione di un progetto politico. Peraltro appare utile soffermarsi sinteticamente sugli argomenti ritenuti significativi dalla Commissione e sintetizzare la problematica, della quale è stata sollecitata una soluzione rapida per evitare traumi nell'ambiente penitenziario, come sottolineato anche nella sede dell'indagine conoscitiva avviata nel 2003 (cfr. cap. I, par. 5) presso le Commissioni riunite II (Giustizia) e XII (Affari sociali della Camera dei deputati).

Poiché la Commissione mista ha riesaminato i profili di natura istituzionale e contabile con il più volte ricordato obiettivo di ridisegnare le "responsabilità sanitarie di gestione" da ripartire fra la Giustizia e il S.S.N., è stata sottolineata l'esigenza di stabili intese fra le Amministrazioni statali, le Regioni e le A.S.L. in ordine alla distribuzione delle competenze nell'esercizio delle funzioni di indirizzo e di assistenza sanitaria, nonché in materia di finanziamento a carico di ciascuna area istituzionale.

Circa i tempi, i modi ed i contenuti delle prestazioni sanitarie risultano prioritarie le complesse problematiche emerse in materia di:

- continuità dell'assistenza (notturna e festiva);
- conservazione del passaggio delle funzioni al S.S.N. in materia di tossicodipendenze;

- modalità di erogazione dell'assistenza ospedaliera all'esterno degli istituti;
- modalità di erogazione dell'assistenza psichiatrica;
- assistenza specialistica, di remunerazione delle relative prestazioni e di eventuale gradualità nel passaggio di tale competenza;
- selezione delle misure di prevenzione;
- limiti dell'assistenza protesica;
- limiti dell'assistenza farmaceutica.

Circa il finanziamento della medicina penitenziaria sono stati presi in esame vari criteri per la distribuzione dei costi. Va segnalato il criterio guida dell'accollo degli oneri alle strutture sanitarie (della Giustizia o delle A.S.L.) presso le quali sono svolte le funzioni. Si è sottolineato che, nell'ipotesi di trasferimento di attività già svolte dalla Giustizia, quest'ultima dovrà rapidamente versare le risorse necessarie al S.S.N., per evitare forme di "deresponsabilizzazione". Con analoga rapidità dovrebbero essere realizzate le operazioni di riparto fra le Regioni e, conseguentemente, fra le A.S.L. competenti per territorio. Risulta esaminata dalla Commissione la problematica della ripartizione dei costi relativi all'assistenza farmaceutica da assicurare a titolo gratuito presso l'amministrazione penitenziaria dato che tutti i detenuti e gli internati sono iscritti al S.S.N..

Sono emersi dubbi, nell'ultima delle riunioni della Commissione, in ordine al diritto degli immigrati clandestini di fruire della medesima qualità di assistenza riconosciuta ai rimanenti detenuti, ma la posizione ferma della Giustizia, che ha ricordato come da tempo nell'ambito penitenziario non esistano differenze fra gli immigrati clandestini e le altre categorie di ristretti, ha risolto un problema che avrebbe potuto inserire seri dubbi di legittimità costituzionale nello schema di d.d.l. in corso di elaborazione.

L'analisi di alcuni problemi relativi al personale sanitario, ad eventuali piante organiche da istituire ed al connesso trasferimento di risorse risulta in qualche modo rinviata. Si è ritenuto peraltro di dover esaminare il tema dei medici specialisti, precisando che tale personale ha operato in regime di convenzione sin dall'istituzione del servizio penitenziario per gli adulti e per i minorenni. Si è chiarito che le prestazioni specialistiche sono regolate da un sistema di remunerazione meno vantaggioso rispetto a quello riconosciuto dal S.S.N.. Deriva da ciò che l'eventuale applicazione di tariffe più elevate potrebbe comportare o maggiori oneri per la Giustizia o la riduzione delle prestazioni.

Il problema relativo all'opportunità di una scelta sanitaria rispetto ad un'eventuale alternativa meno costosa è stato attentamente esaminato. Si è inoltre considerato come l'esercizio di controlli necessari ad evitare sprechi o abusi di farmaci nonché di prestazioni mediche non utili alla salute dei pazienti rientri nei canoni di legittimità dell'azione amministrativa nonché nell'etica delle professioni sanitarie. Da ciò l'esigenza di sanzionare severamente i comportamenti illegittimi o illeciti.

b) Sull'applicazione dei principi che regolano i "livelli essenziali di assistenza" (L.E.A.), definiti dal d.p.c.m. 29 novembre 2001³³ sembrava raggiunto un accordo idoneo a definire la qualità minima delle prestazioni sanitarie. Ciò è apparso avvalorato anche dalla disposizione contenuta nello schema di d.d.l. del dicembre 2003 (art. 1, co. 2), che ha previsto: "L'Amministrazione penitenziaria e l'Amministrazione della giustizia minorile possono confermare l'erogazione delle prestazioni sanitarie non incluse nei livelli essenziali di assistenza ed attualmente assicurate ai detenuti ed internati, con oneri a carico dei rispettivi bilanci".

Dopo poco tempo, peraltro, sono emersi formalmente dubbi in materia di finanziamento dei L.E.A., che hanno fatto comprendere come i contenuti dell'accordo tra Giustizia e Salute non siano stati esattamente definiti nello schema di d.d.l. in argomento. Tanto risulta anche dai documenti esibiti in adunanza, in allegato alla memoria dell'Amministrazione penitenziaria, dai quali si evince:

- l'avviso favorevole della Giustizia alla "compartecipazione del Ssn alle spese per l'assistenza sanitaria ai detenuti" (in particolare, in materia di assistenza farmaceutica), in quanto la popolazione carceraria conserva "l'iscrizione negli elenchi degli assistiti dai medici di medicina generale", mentre "il Ssn. continua a percepire per ogni detenuto la quota pro-capite";

- il diverso orientamento della Salute (cfr. nota D.g. Prog:/2 -1.8 d.f. del 28 settembre 2004), che sottolinea la mancanza di una norma specifica che attribuisca "in capo al servizio sanitario nazionale"...la "assistenza farmaceutica all'interno degli istituti penitenziari" e ritiene che l'attivazione di questo servizio "sarebbe...possibile, al fine di evitare una duplicazione della spesa sanitaria, solo previo trasferimento delle risorse finanziarie attualmente destinate, per la farmaceutica, all'amministrazione penitenziaria". Il Ministero della salute, poi, nel sottolineare che il d.p.c.m. relativo ai LEA non include "tra le

³³ Il provvedimento citato nel testo, entrato in vigore nei primi mesi del 2002, definisce la materia dei livelli essenziali di assistenza in applicazione del d.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni. Il provvedimento è stato adottato con l'accordo fra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, previa intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome.

prestazioni garantite dal Servizio sanitario nazionale quelle rese a favore della popolazione carceraria, fatta eccezione per le prestazioni sanitarie relative alle funzioni trasferite ai sensi del D.lgs n. 230 del 1999³⁴ afferma che "esula.... dai livelli essenziali di assistenza posti a carico del Servizio sanitario nazionale l'erogazione dei farmaci a favore dei detenuti". Tale convincimento, che limita la partecipazione finanziaria del S.S.N. all'assistenza ai tossicodipendenti (cioè alla sola categoria di detenuti trasferita al Ssn dal d.lgs 230/99), è stato confermato dal Dirigente generale della programmazione sanitaria, intervenuto all'adunanza pubblica in rappresentanza della Salute. Le ulteriori precisazioni fatte utilmente pervenire su richiesta della Corte dall'indicato responsabile della programmazione sanitaria³⁵ (allegato 2), hanno segnalato formalmente che la situazione non ha registrato rispetto all'anno precedente alcun progresso normativo, suscettibile di applicazione generale sul territorio. La Salute ribadisce con ampie motivazioni, infatti, che: "...il d.P.C.M. di 'definizione dei livelli essenziali di assistenza' non fa alcun riferimento ai detenuti ed internati se non nell'ambito dell'attività sanitaria e sociosanitaria ... a favore di soggetti dipendenti da sostanze stupefacenti o psicotrope e da alcool".

"Ne consegue che gli impegni assunti da numerose Regioni nell'ambito di protocolli d'intesa sottoscritti con il Ministero della Giustizia, per la fornitura di prestazioni sanitarie e, in specie, per la fornitura di assistenza farmaceutica, quando non riferiti alla menzionata categoria di soggetti tossicodipendenti, si configurano come livelli ulteriori di assistenza cui le regioni stesse devono far fronte con risorse proprie. Infatti, le risorse finanziarie messe annualmente a disposizione del Servizio sanitario nazionale sono destinate esclusivamente all'erogazione delle prestazioni incluse nei LEA e le ulteriori spese per le attività assistenziali autonomamente deliberate dalle Regioni non possono gravare su tali risorse".

³⁴ Il finanziamento dei L.E.A., nei limiti indicati dall'amministrazione della Salute, è previsto, dal d.p.c.m. 29 novembre 2001, che disciplina l'assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare. In particolare, le prestazioni previste riguardano la "Attività sanitaria e sociosanitaria a favore di soggetti dipendenti da sostanze stupefacenti o psicotrope e da alcool (compresi i detenuti e gli internati e le loro famiglie) e/o delle famiglie". La fonte normativa è indicata nel P.O. del 21.4. 2000, che disciplina la "tutela della salute in ambito penitenziario".

³⁵ Nota n. 26315/D.G.prog./2-P in data 18-10-05, inoltrata a seguito di "quanto rappresentato nel corso della seduta del 14 ottobre... 2005 della Sezione centrale di controllo...".

Par. 5. Esame della problematica nella sede parlamentare

5.1 Indagine conoscitiva sulla sanità penitenziaria

L'esigenza di integrare le limitate informazioni ufficiali disponibili nella sede parlamentare in ordine allo stato di attuazione della riforma è stata sollecitata dall'accentuarsi delle criticità dell'assistenza sanitaria presso il sistema penitenziario, reso palese dall'aumento degli episodi di autolesionismo e di suicidio, dalla recrudescenza di malattie infettive (tubercolosi, epatiti ed altre) e dall'invariata gravità, tra gli altri, dei problemi legati alle tossicodipendenze e alla diffusione dell'AIDS.

Le risoluzioni parlamentari accolte sulla materia dell'efficienza dell'offerta sanitaria³⁶, condivise, nella parte relativa agli obiettivi essenziali da perseguire, da pressoché tutte le parti politiche³⁷ hanno manifestato l'opportunità, concordata nella seduta del 30 luglio 2003, di "procedere ad una indagine conoscitiva sulla sanità penitenziaria"³⁸.

Nella seduta del 7 ottobre delle Commissioni riunite II e XII della Camera dei Deputati sono stati deliberati gli obiettivi³⁹ ed il programma⁴⁰ dell'indagine.

³⁶ Cfr. Resoconto sommario del 1° luglio 2003 relativo ai lavori delle Commissioni Riunite II (Giustizia) e XII (Affari sociali) presso la Camera dei Deputati.

³⁷ Resoconto sommario del 16 luglio 2003 relativo alla seduta delle Commissioni indicate nella nota precedente.

³⁸ La decisione risulta adottata "nella riunione dell'Ufficio di Presidenza integrato dai rappresentanti dei gruppi delle Commissioni riunite II e XII".

³⁹ Si riproduce il testo degli obiettivi dell'indagine conoscitiva deliberata il 7 ottobre 2003: "La richiesta di una indagine conoscitiva concernente lo stato della sanità penitenziaria in Italia nasce dall'esigenza di approfondire la conoscenza della situazione sanitaria all'interno degli Istituti penitenziari, anche alla luce dello stato di attuazione della riforma introdotta dal decreto legislativo 22 giugno 1999, n. 230 recante 'Riordino della medicina penitenziaria a norma dell'articolo 5 della legge 30 novembre 1998, n. 419'".

"La normativa citata, nell'ambito di una più generale riforma del sistema sanitario nazionale, ha previsto il progressivo trasferimento alle Regioni delle funzioni sanitarie in ambito penitenziario, al fine di migliorare un servizio fino ad allora gestito dal Ministero della Giustizia."

"La sperimentazione è stata avviata in una prima fase, nelle Regioni Toscana, Lazio e Puglia e, successivamente, nelle Regioni Emilia-Romagna, Campania e Molise. Al fine di valutare l'esito di questa fase sperimentale è stata costituita il 16 maggio 2002, con decreto del Ministro della giustizia, d'intesa con il Ministro della salute, una commissione di studio."

"L'indagine conoscitiva si pone l'obiettivo di acquisire elementi informativi in merito alle numerose problematiche connesse al trasferimento alle Regioni delle funzioni nel campo della sanità penitenziaria e alle soluzioni organizzative atte a garantire un servizio adeguato alle esigenze del mondo carcerario; tra le tematiche oggetto di approfondimento, particolare importanza assumono al momento attuale quelle di natura finanziaria, evidenziate anche da parte degli operatori sanitari a più diretto contatto con la realtà dei penitenziari."

⁴⁰ Sono state programmate audizioni con i soggetti informati della problematica dell'assistenza. La Commissione ha ritenuto "opportuno audire i seguenti soggetti":

-Ministro della Salute, Ministro della Giustizia, Rappresentanti della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano e della Conferenza dei presidenti delle Regioni, il Capo del Dipartimento sociale della Regione Lazio, l'Associazione Medici penitenziari (A.M.A.P.I.), le Associazioni di infermieri penitenziari (Co.N.O.S.C.I e S.A.I), i direttori di ASL, il Direttore del Dipartimento Amministrazione penitenziaria (dr. Tinebra), i Dirigenti e medici in servizio della Direzione generale dei detenuti e del trattamento del D.A.P., il Responsabile per la Giustizia Minorile (dr. Priore), l'Associazione di volontariato "Antigone", i Responsabili dei servizi Tossicodipendenze (Ser.t), i Direttori degli Istituti penitenziari e degli Istituti per minori di tre diverse realtà territoriali (Nord, Centro e Sud Italia), le Organizzazioni sindacali CGIL, CISL e UIL, i sindacati autonomi e i sindacati della polizia penitenziaria, i rappresentanti della Lega Italiana per la lotta contro l'AIDS (LILA).

I lavori parlamentari sono iniziati il 28 gennaio 2004⁴¹ con una seduta dedicata alle audizioni dell'A.M.A.P.I., del S.A.I. e del Co.N.O.S.C.I., e sono proseguiti con le audizioni dei responsabili del ministero della Giustizia (seduta del 23 marzo 2004), delle associazioni di volontariato (seduta del 4 maggio 2005), del Dipartimento sociale della Regione Lazio e dei Servizi per le tossicodipendenze (seduta del 28 settembre 2004). Nel corso dell'indagine è stato costituito il Comitato permanente per l'esame dei problemi penitenziari (10 febbraio 2004)⁴².

Il documento parlamentare più recente esaminato dalla Corte risale al 10 febbraio 2005, quando è iniziato l'esame in sede referente di una proposta di legge (atto Camera 4217) di modifica della "legge 9 ottobre 1970, n. 740, in materia di sanità penitenziaria" (cfr. il par. seguente). Nella medesima seduta⁴³ è stata sottolineata l'esigenza di concludere l'indagine conoscitiva in corso prima di iniziare la discussione sulla proposta di iniziativa parlamentare. Durante la discussione si è sottolineato che l'indagine conoscitiva era priva, sia dei contributi delle audizioni dei Ministri della Salute e della Giustizia, sia del documento conclusivo. Il Presidente della XII Commissione ha convenuto sull'esigenza di procedere all'audizione dei Ministri, "nel frattempo predisponendo il documento conclusivo e continuando l'esame della proposta di legge", ed ha accolto la proposta del Presidente della II commissione "di procedere all'audizione formale dei Ministri della giustizia e della Salute sulla sanità penitenziaria, ai sensi dell'art. 143, comma 2, del regolamento".

La problematica esaminata nello svolgimento dell'indagine sintetizza in qualche modo la maggior parte dei fatti esposti in questo referto. Le posizioni ampiamente divergenti emerse nella fase iniziale appaiono essersi avvicinate, sia pure di poco, nell'audizione del 28 settembre 2004. Benchè l'argomento dell'audizione riguardasse il settore delle tossicodipendenze, sono stati sviluppati anche i problemi generali della medicina penitenziaria e, da parte di più regioni, risultano essere stati valutati ancora positivamente i propositi della riforma del 1998, attuata in parte con il d.lgs n. 230. E' stata comunque affermata da tutte le parti l'insufficienza dei finanziamenti, anche per il trasferimento delle funzioni, all'epoca ormai realizzato, del comparto delle tossicodipendenze; sono apparse sostanzialmente concordi le opinioni sull'uniformità dell'assistenza fra i "liberi ed i detenuti".

Se il rispetto del diritto costituzionale alla salute è stato ammesso da tutti i componenti delle Commissioni riunite, sono rimaste distanti le posizioni sulle prospettive di

⁴¹ Cfr. resoconto stenografico del 28 gennaio 2004.

⁴² Cfr. resoconto della II Commissione permanente (Giustizia) del 10 febbraio 2004. Il Comitato è stato incaricato di svolgere sopralluoghi diretti presso le regioni, e di raccogliere dati e documenti anche con riguardo alla sanità penitenziaria.

⁴³ Documento Camera- Commissioni riunite II e XII del 10 febbraio 2005.

soluzione dei problemi relativi, sia al campo delle tossicodipendenze, sia a quello inerente alla gestione della medicina penitenziaria, sia ai criteri da adottare per acquisire certezze sull'uniformità dei livelli di assistenza. Sono emerse le contraddizioni sulla difficoltà, sia di attuare una riforma già avviata, sia di lasciare sostanzialmente invariato il sistema di gestione vigente, i cui limiti sono stati correttamente dichiarati dalla parte favorevole a conservare il servizio presso la Giustizia.

Fra i limiti riconosciuti alla riforma del 1998, e alla gestione tradizionale dell'assistenza, è risultato prioritario e condiviso quello delle scarse disponibilità finanziarie. La riforma "a costo zero" ha manifestato una grave insufficienza che può aver influito sull'abbandono del progetto per la carenza di finanziamenti adeguati; la tesi contraria alla riforma è stata valutata egualmente non sostenibile, dati i cospicui costi supplementari ritenuti necessari per l'assistenza. Ad una conclusione condivisa, ma non risolutiva della problematica, si è pervenuti constatando che la mancanza "di un modello definito e definitivo" protrae la situazione di incertezza "poiché le incertezze tuttora esistenti nuocciono a tutti: all'efficienza del sistema nel suo complesso, ai detenuti ed agli operatori".

5.2 Proposta di legge di iniziativa parlamentare

Un'iniziativa parlamentare (atto Camera n. 4127) ha ritenuto percorribile la strada, ai fini del superamento dei gravissimi episodi denunciati nella relazione introduttiva della proposta, di accrescere l'efficienza dell'assistenza nel sistema penitenziario attraverso l'aumento delle dotazioni organiche, specie dei medici incaricati, e l'assegnazione di miglioramenti retributivi e giuridici di varia natura a pressoché tutte le categorie del personale sanitario.

La proposta di legge, benchè di segno opposto agli indirizzi della riforma del 1998 (tanto è esplicitamente chiarito nel testo), espone opinioni assai negative sui risultati della sanità penitenziaria, e documenta con dati drammatici le patologie particolarmente gravi che si concentrano presso gli istituti penitenziari.

La soluzione prospettata interpreta esigenze viste con favore anche in alcuni documenti prodotti dall'amministrazione ma sembra rinviare l'insopprimibile problema della copertura finanziaria. Il documento parlamentare non considera, al di là del merito sul quale la Corte non si esprime, che le non più negabili difficoltà del settore provengono dalla dichiarata scarsità degli stanziamenti attuali rispetto alle esigenze di spesa ritenute necessarie, costituite dagli oneri per il personale in misura che oscilla tra l'80% degli stanziamenti complessivi del 2000, al netto degli oneri della convenzione con l'O.P.G di Castiglione delle Stiviere, ed oltre il 90% di tali stanziamenti nel 2003 (cfr. tabella n. 6).

Par. 6. Modifiche dell'assetto organizzativo dei ministeri della Giustizia e della Salute fra il 2000 ed il 2004

6.1 Revisione delle strutture centrali delle amministrazioni

L'organizzazione dei Ministeri della giustizia e della salute è stata modificata in attuazione del d.lgs. n. 300 del 1999 e successive modificazioni. La normativa in seguito riportata riguarda essenzialmente la revisione delle disposizioni che disciplinano il servizio dell'assistenza sanitaria presso il sistema penitenziario.

a) Il D.P.R. 6 marzo 2001, n. 55 "Regolamento di organizzazione del Ministero della giustizia" ha articolato in Dipartimenti l'assetto di base dell'amministrazione. L'articolazione del Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria non ha modificato sostanzialmente le responsabilità complessive di gestione della struttura organizzativa in argomento. La distribuzione delle relative funzioni in cinque Uffici dirigenziali generali ha lasciato pressoché invariate le precedenti missioni istituzionali. Le funzioni relative all'assistenza sanitaria sono state incluse nell'ambito della "Direzione generale dei detenuti e del trattamento": fra i compiti assegnati a tale Direzione generale rientrano quelli relativi al "servizio sanitario".

Con il d.m. 22 gennaio 2002 sono stati poi individuati "gli uffici dirigenziali di livello non generale presso il Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria".

Fra i quattro uffici dirigenziali⁴⁴ istituiti presso la indicata Direzione generale dei detenuti e del trattamento è incluso l'Ufficio III, con compiti di gestione del servizio sanitario.

b) Il regolamento di organizzazione del Ministero della salute è più recente in quanto adottato non in attuazione del d.lgs n. 300/99, bensì ai sensi del decreto-legge 12 giugno 2001, n. 217 convertito con modificazioni dalla legge 3 agosto 2001, n. 317. All'organizzazione del Ministero si è pervenuti con il D.P.R. n. 129 del 28 marzo 2003 ("Regolamento di organizzazione del Ministero della salute"), che ha articolato le funzioni di base dell'amministrazione in tre Dipartimenti⁴⁵. Le attività relative all'assistenza penitenziaria non risultano considerate nel regolamento; peraltro alcune funzioni assegnate al Dipartimento della prevenzione e della comunicazione considerano forme particolari di

⁴⁴ La direzione generale è stata articolata in quattro uffici: a) ufficio I (gestione dei detenuti ordinari e degli internati); b) ufficio II (gestione dei detenuti a maggior indice di sicurezza e di particolare tipologia); c) ufficio III (servizio sanitario); d) ufficio IV (osservazione e trattamento intramurale).

⁴⁵ L'articolazione fondamentale del Ministero della salute è costituita dai Dipartimenti: a) della qualità, b) dell'innovazione, c) della prevenzione e della comunicazione.

assistenza, nell'ambito delle quali si rinvennero alcune patologie che riguardano la maggior parte della popolazione carceraria⁴⁶.

Con il d.m. -Salute- del 12 settembre 2003, che individua "gli uffici dirigenziali di livello non generale", le funzioni che includono anche il segmento della "sanità penitenziaria" sono assegnate ad un ufficio (Ufficio VII-"Promozione salute e integrazione socio-sanitaria"), costituito nell'ambito della "Direzione generale della prevenzione sanitaria", presso il "Dipartimento della prevenzione e comunicazione". Tali funzioni sono state affidate in un primo tempo ad un ufficio dirigenziale di seconda fascia insieme ad una cospicua mole di ulteriori compiti. In seguito, con il d.m. -Salute- del 23 giugno 2004, l'indicato ufficio VII è stato ridenominato ("Tutela della salute dei soggetti più vulnerabili") e gli è stata affidata una quantità ancora considerevole di funzioni, ma ridimensionata rispetto al 2003. La funzione della "sanità penitenziaria" non è più residuale, ma permangono dubbi sulla concreta possibilità che i problemi della popolazione carceraria possano essere seguiti con la cura e l'attenzione che la particolare complessità della problematica penitenziaria sembra richiedere. Il d.m. appare non ancora conforme, pertanto, ai compiti assegnati al Ministero della salute in sede di approvazione del Progetto obiettivo (cfr. cap. I, par. 2.2).

6.2 Atti amministrativi di aggiornamento delle strutture periferiche del Dipartimento per l'amministrazione penitenziaria

Presso i Provveditorati regionali dell'Amministrazione penitenziaria risultano create con direttiva del febbraio 2001 le "unità operative di sanità penitenziaria" (U.O.S.P.) alle quali sono stati affidati compiti di collaborazione permanente con i Provveditori "per il coordinamento degli aspetti sanitari dell'attività svolta dagli istituti penitenziari nell'ambito regionale". Le strutture sono state create anche per seguire l'evoluzione della riforma, come chiarito da elementi rilevati dalla direttiva, nella parte in cui dispone che "Nelle regioni prescelte per la sperimentazione, le unità operative sanitarie... coordineranno, daranno impulso e indirizzeranno gli interventi delle direzioni presso le Aziende Sanitarie Locali in uno spirito di fattiva collaborazione".

L'azione di coordinamento "tra gli operatori sanitari penitenziari e quelli del servizio sanitario nazionale" è stata prevista anche per agevolare il "trasferimento delle funzioni in materia di prevenzione e di tossicodipendenza". L'azione di stimolo delle nuove strutture nei

⁴⁶ Nell'ambito della Direzione generale della prevenzione sanitaria sono incluse funzioni di "prevenzione, con particolare riguardo alla profilassi internazionale ed a quella delle malattie infettive e diffuse, ..., alla tutela della salute negli ambienti di vita e di lavoro..., alla prevenzione delle tossicodipendenze e delle malattie di rilievo sociale, inclusa la tutela della salute mentale.....".

confronti dei direttori penitenziari è stata ritenuta utile per la conclusione di "appositi accordi per il migliore svolgimento delle funzioni trasferite".

L'amministrazione informa che l'urgenza di realizzare presso gli istituti un livello di assistenza che tenga conto dell'applicazione dei livelli essenziali di assistenza (L.E.A.) ha suggerito nel 2004 di raccomandare ai Provveditori, tra l'altro, di "implementare l'azione delle Unità Operative.... , affinché venga posta maggiore attenzione al reporting sia regionale che d'istituto".

La struttura delle unità organizzative in argomento, composte da cinque o sei dipendenti⁴⁷, non dovrebbe comportare costi aggiuntivi; peraltro, l'impiego di personale qualificato, anche medico, richiede una apposita verifica di efficienza, che l'amministrazione sembra voler effettuare affidando a tali strutture compiti alquanto complessi, ad esempio in materia di rilevazione della capacità assistenziale dei Centri diagnostici terapeutici degli istituti⁴⁸.

⁴⁷ L'amministrazione chiarisce che ogni struttura dovrà essere costituita da un funzionario amministrativo, da uno o due medici incaricati, da una unità appartenente al profilo infermieristico (dirigente infermieristico o caposala), da un collaboratore amministrativo contabile e da un operatore amministrativo.

⁴⁸ Nell'esprimere perplessità sull'adeguata attrezzatura dei C.D.T. l'amministrazione rileva che la situazione "determina il malessere dell'Amministrazione e degli stessi detenuti, oltre alla difficoltà di comprendere la reale capacità assistenziale degli Istituti". Ciò induce l'amministrazione a rilevare che "si rende improcrastinabile l'obiettivo di una maggiore trasparenza nell'attività sanitaria e una maggiore comprensione delle modalità con cui viene offerta". Le U.O.S.P. dovranno essere il catalizzatore delle attività di rilevazione.

Capitolo II . Attività di impiego delle risorse nel periodo 2000-2004

* * * * *

Par. 1. Considerazioni introduttive

E' tuttora difficile verificare se la normativa che iscrive la popolazione carceraria presso il S.S.N. riceva un'applicazione concreta. Le lacunose informazioni disponibili presso le amministrazioni controllate non appaiono in grado di accertare se l'eventuale carente attuazione dei principi vigenti possa ad oggi essersi ripercossa sull'efficienza complessiva della medicina penitenziaria. Le non precise informazioni date sul punto dal Ministero della salute, in particolare, e, a quanto sembra, la contenuta efficacia dei criteri di rilevazione della spesa presso il sistema sanitario non offrono validi ed affidabili elementi di valutazione in ordine alla quantità di risorse del S.S.N. utilizzata dalla popolazione carceraria. Sono invece noti gli oneri totali sostenuti dal Servizio finanziato dalla Giustizia.

Appare non dubbia la necessità di costruire criteri di gestione della materia fondati, fino alla realizzazione di una qualche riforma della medicina penitenziaria, quantomeno sul raccordo stabile fra i dicasteri interessati, sì da individuare le patologie da curare con i mezzi della Giustizia o con quelli del S.S.N.. Non risultano effettuate rilevazioni né formulate ipotesi di lavoro sull'argomento. Il Ministero della salute, in particolare, tenuto a riferire sull'evoluzione dell'assistenza penitenziaria nella Relazione annuale sullo stato sanitario del Paese ha esposto, nel solo documento pervenuto, che riguarda il periodo 2001-2002, dati di natura essenzialmente statistica sulla consistenza della popolazione carceraria. Benché alcuni dei temi avanti considerati abbiano formato oggetto di valutazione presso la nota commissione mista Giustizia-Salute non sono tuttavia quantificati gli oneri finora sostenuti dal S.S.N. nonchè, tra l'altro, quelli attesi dall'eventuale attuazione di ulteriori parti della riforma del 1998⁴⁹.

La destinazione e le modalità di impiego dei mezzi finanziari utilizzati per l'assistenza penitenziaria sono esaminate pertanto in questo referto nei limiti degli oneri a carico del bilancio dello Stato finanziati dal Ministero della giustizia.

⁴⁹ Le considerazioni formulate nel testo tengono conto del fatto che la riforma del 1998 è stata realizzata per il settore relativa alla cura delle tossicodipendenze, trasferito al S.S.N. dal 1° luglio 2003 (cfr. cap. I, par. 3).

Par. 2. Quadro normativo di riferimento per l'impiego delle risorse statali

L'assistenza penitenziaria della Giustizia permane sostanzialmente disciplinata dai principi contenuti nell'articolo 11 della legge n. 354 del 1975 ("Norme sull'ordinamento penitenziario e sulla esecuzione delle misure privative della libertà")⁵⁰ nonché dai relativi regolamenti di esecuzione, più volte aggiornati, che hanno precisato alcune regole fondamentali per la gestione del servizio sanitario, in epoca sia anteriore che successiva all'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale⁵¹.

Il regolamento più recente (D.P.R. n. 230/2000) introduce modifiche che recepiscono parte dei principi introdotti dal d.lgs. n. 230 del 1999. In termini concreti, peraltro, non sembra che il regolamento, con il quale è stata modificata la ricordata norma di base della medicina penitenziaria, rechi disposizioni che possano influire significativamente sulla consistenza, sull'efficacia e sulla razionalità della spesa, formata essenzialmente dalla remunerazione del personale sanitario (medico e infermieristico) e dall'approvvigionamento farmaceutico.

Le componenti essenziali degli oneri sanitari complessivi, conseguentemente, riflettono un assetto organizzativo dell'assistenza che non varia di molto rispetto a quello esposto nel referto al Parlamento che illustra la gestione condotta nel periodo 1997-1999.

Le variazioni organizzative dell'apparato amministrativo del Ministero della giustizia hanno introdotto strumenti di programmazione, nonché di monitoraggio dei servizi assicurati e dei relativi costi, che non appaiono idonei ad influenzare i risultati sostanziali della gestione in argomento (cfr. cap. I, par. 6.2).

⁵⁰ L'art. 11 della l. n. 354 del 1975 dispone tra l'altro: "Ogni istituto penitenziario è dotato di servizio medico e di servizio farmaceutico rispondenti alle esigenze profilattiche e di cura della salute dei detenuti e degli internati; dispone, inoltre, dell'opera di almeno uno specialista in psichiatria. Ove siano necessarie cure o accertamenti diagnostici che non possono essere apprestati nelle infermerie e nei reparti specialistici degli istituti, i detenuti e gli internati sono trasferiti negli ospedali civici o in altri luoghi esterni di cura". La norma indicata prevede inoltre: "L'amministrazione penitenziaria, per l'organizzazione e per il funzionamento dei servizi sanitari, può avvalersi della collaborazione dei servizi pubblici sanitari locali, ospedalieri ed extra ospedalieri, d'intesa con la regione e secondo gli indirizzi del Ministero della sanità". In materia di adempimenti richiesti al personale sanitario è stabilito che: "All'atto dell'ingresso nell'istituto i soggetti sono sottoposti a visita medica generale allo scopo di accertare eventuali malattie fisiche o psichiche. L'assistenza sanitaria è prestata, nel corso della permanenza nell'istituto, con periodici e frequenti riscontri, indipendentemente dalle richieste degli interessati. Il sanitario deve visitare ogni giorno gli ammalati e coloro che ne facciano richiesta; deve segnalare immediatamente la presenza di malattie che richiedono particolari indagini e cure specialistiche....."....."I detenuti e gli internati sospetti o riconosciuti affetti da malattie contagiose sono immediatamente isolati. Nel caso di sospetto di malattia psichica sono adottati senza indugio i provvedimenti del caso col rispetto delle norme concernenti l'assistenza psichiatrica e la sanità mentale".

⁵¹ I regolamenti, e le relative modifiche, sono stati approvati con i DD.P.R. 29 aprile 1976, n. 431; 24 maggio 1977, n. 339; 29 ottobre 1984, n. 805; 29 ottobre 1984, n. 806; 10 luglio 1985, n. 421; 18 maggio 1989, n. 248; 30 giugno 2000, n. 230.

Par. 3. Composizione delle disponibilità totali nel periodo 2000-2004

a) La spesa complessiva finanziata dal bilancio dello Stato è alimentata dagli stanziamenti allocati in più capitoli⁵² iscritti nello stato di previsione della spesa del Ministero della giustizia:

- n. 1764 – "Organizzazione e funzionamento del servizio sanitario e farmaceutico..."-;
- n. 1600 – " Stipendi ed altri assegni fissi al personale al netto..."-;
- n. 1768 – "Interventi in favore dei detenuti tossicodipendenti..."-;
- n. 2131 – "Spese per l'accoglienza ed il mantenimento dei minori..."-.

Spese di rilievo contenuto, finanziario e funzionale, sono iscritte in ulteriori capitoli promiscui, relativi, ad esempio, ad oneri eventuali ed accessori sostenuti per il personale medico di ruolo e incaricato, ad eventuali spese per missioni, etc.. L'entità di tali oneri peraltro, che non è agevole per l'amministrazione individuare, può modificare di poco il valore della spesa sanitaria totale.

b) Soltanto il capitolo 1764 è utilizzato pressoché integralmente (con l'eccezione degli oneri impropri dei quali si dirà) per le esigenze dell'assistenza penitenziaria erogate dagli uffici periferici dell'amministrazione; costituisce conseguentemente l'unità di bilancio per la quale la Corte ha potuto effettuare riscontri puntuali tra i dati comunicati dall'amministrazione controllata e quelli rilevati presso il sistema informativo Rgs/Cdc. Al netto degli oneri impropri, sostenuti nel periodo 2000-2002 (cfr. cap. II, par. 4.2), l'incidenza delle risorse stanziare in questo capitolo rispetto a quelle complessive utilizzate per l'assistenza è sul 74,7% circa nel 2000 e sul 78% nel 2004 (73,7% nel 2001, 72,9% nel 2002 e 73,6% nel 2003).

Il capitolo 1600 finanzia le retribuzioni erogate ai dipendenti civili del Dipartimento per l'Amministrazione penitenziaria. Fra tali retribuzioni sono incluse quelle corrisposte al personale medico, di ruolo e incaricato, nonché infermieristico di ruolo, che compongono stabilmente, secondo i dati forniti dall'amministrazione, circa un quinto delle risorse totali impiegate per l'assistenza.

Dal capitolo 1768, che si caratterizza per la pluralità degli oggetti di spesa, provengono le risorse necessarie per gli interventi a favore dei detenuti tossicodipendenti. L'incidenza di tali risorse (circa € 6 milioni per anno) sulle disponibilità complessive per l'assistenza varia tra il 4% del 2000 ed il 4,8% circa del 2002.

⁵² La numerazione dei capitoli riportata nel testo riguarda l'esercizio finanziario 2004. La variazione dei simboli numerici di identificazione dei capitoli effettuata negli anni precedenti non ha modificato gli oggetti di spesa.

Il capitolo promiscuo n. 2131 finanzia le moderate spese sanitarie a carico del Dipartimento della giustizia minorile con risorse, adeguatamente documentate in riscontro all'istruttoria della Corte, che oscillano tra lo 0,5% e lo 0,7 di quelle totali per l'assistenza penitenziaria (cfr. cap. II, par. 4.4).

c) I mezzi finanziari destinati alla medicina penitenziaria risultano ridimensionati, fra il 2000 ed il 2004, sia in termini assoluti (tabella n. 6), sia in rapporto alla fisiologica perdita del potere di acquisto del danaro, calcolata sulla base dei dati ISTAT.

Tabella n. 6

Risorse complessive per l'assistenza sanitaria ai detenuti - Anni 2000-2004

valori in milioni di euro

Anno	Cap. 1764*	Cap. 1600**	Cap. 2131**	Cap. 1768***	Stanziam. totali		Costo convenz. Castiglione delle Stiviere****			Stanz. al netto della convenz. Castiglione delle Stiviere	Risorse compl. ass. sanit. ai deten.	
	(già cap. 1821)	(già cap. 1700)	(già cap. 2127)	(già cap. 1825)	(e=a+b+c+d)	% su anno prec.	oneri sanit.	oneri mantenim.	tot. conv.	(i=e-h)	(l=i+f)	% su anno prec.
2000	108,97	28,44	0,65	6,05	144,11		6,64	5,23	11,87	132,24	138,88	
2001	104,07	28,05	0,77	6,44	139,33	-3,3%	6,64	5,23	11,87	127,46	134,10	-3,4%
2002	102,50	28,83	0,79	6,44	138,56	-0,6%	6,93	5,46	12,39	126,17	133,10	-0,7%
2003	91,28	28,52	0,83	3,42	124,05	-10,5%	6,98	0,00	6,98	117,07	124,05	-6,8%
2004	100,68	27,66	0,74	0,00	129,08	4,1%	6,91	0,00	6,91	122,17	129,08	4,1%
											Variaz. % 2004-2000	-7,1%

* dati rilevati dal S.I. RGS/C.d.c.

** dati comunicati dall'amministrazione

*** dal 1° luglio 2003 i fondi destinati all'assist. sanitaria ai detenuti tossicodip. sono stati trasferiti al S.S.N.. Gli importi indicati si riferiscono al costo dei rapporti convenzionali relativi al personale transitato al S.S.N. (v. d.m. 10.4.2002)

**** l'intera somma destinata alla convenzione è costituita per il 56% dalla quota per oneri sanitari e per il 44% da oneri per spese di mantenimento non imputabili al comparto sanitario

N.B.: La spesa sanitaria annuale del Dip. giustizia minorile non è comprensiva del pagamento delle rette nelle Comunità di minorenni e giovani adulti. Detta spesa, che per il 2004 risulta essere superiore ai 7 milioni di euro, viene peraltro imputata dallo stesso anno sul cap. 2134 appositamente istituito. Risulta, tuttavia, impossibile scorporare la quota sanitaria da quella relativa al mantenimento.

Il ridimensionamento (-7% circa) delle risorse complessive destinate alla medicina penitenziaria nel periodo considerato è anche da attribuire alla riduzione di circa 6 milioni di euro trasferiti al S.S.N. dal luglio 2003 con il passaggio delle funzioni relative alle tossicodipendenze (cfr. cap. I, par. 3).

Poichè il dato del 2004 è al netto delle indicate risorse il decremento rispetto al 2000 si ridimensiona al 2,8%. Va però considerato che tra il gennaio 2000 e lo stesso mese del 2004 l'indice nazionale ISTAT dei prezzi al consumo segnala un aumento di circa 11,5 punti percentuali (tabella n. 7); tale fatto oggettivo eleva ad oltre il 14% la diminuzione a valori costanti delle disponibilità totali durante il periodo considerato.

La riduzione in termini assoluti, inoltre, delle risorse assegnate ai provveditorati regionali sul cap. 1764, nella misura, come si vedrà (cfr. tabella n. 18, nel cap. II, par. 5.2), di 4,7 milioni di euro (-5,2%) nel periodo considerato, si traduce a valori costanti in un decremento pari a circa il 17%.

Tabella n. 7

Comunicato ISTAT
In G.U. n. 27 del 3.2.2005

Anno	gen.	feb.	mar.	apr.	mag.	giu.	lug.	ago.	set.	ott.	nov.	dic.
2000	110,5	111,0	111,3	111,4	111,7	112,1	112,3	112,3	112,5	112,8	113,3	113,4
%	2,1	2,4	2,5	2,2	2,3	2,7	2,7	2,7	2,6	2,6	2,7	2,7
2001	113,9	114,3	114,4	114,8	115,1	115,3	115,3	115,3	115,4	115,7	115,9	116,0
%	3,1	3,0	2,8	3,1	3,0	2,9	2,7	2,7	2,6	2,6	2,3	2,3
2002	116,5	116,9	117,2	117,5	117,7	117,9	118,0	118,2	118,4	118,7	119,0	119,1
%	2,3	2,3	2,4	2,5	2,3	2,3	2,3	2,5	2,6	2,6	2,7	2,7
2003	119,6	119,8	120,2	120,4	120,5	120,6	120,9	121,1	121,4	121,5	121,8	121,8
%	2,7	2,5	2,6	2,5	2,4	2,3	2,5	2,5	2,5	2,4	2,4	2,3
2004	122,0	122,4	122,5	122,8	123,0	123,3	123,4	123,6	123,6	123,6	123,9	123,9
%	2,0	2,2	1,9	2,0	2,1	2,2	2,1	2,1	1,8	1,7	1,7	1,7

Par. 4. Criteri di programmazione della spesa sanitaria complessiva

4.1 Gli interventi da finanziare

Nel periodo 2000-2004 il Ministero della giustizia considera fra i fondamentali, e consueti, fattori della gestione gli oneri da sostenere per:

- a) il personale sanitario di ruolo e incaricato;
- b) le convenzioni con i sanitari (medici e infermieri) addetti alla guardia medica e infermieristica;
- c) le consulenze mediche di natura specialistica, rese su base convenzionale;
- d) l'approvvigionamento dei farmaci;
- e) gli oneri minori (convenzioni con il personale tecnico, acquisti di attrezzature e strumenti diagnostici, etc.);
- f) la stipula della convenzione con l'O.P.G. di Castiglione delle Stiviere.

Le spese per il personale medico e infermieristico di ruolo e per i medici incaricati (lett. a), nonché quelle per il rinnovo annuale della convenzione con l'O.P.G. di Castiglione delle Stiviere (lett. f) sono gestite dagli uffici centrali dell'amministrazione. La maggior parte delle attività rimanenti è svolta dai Provveditorati regionali dell'amministrazione penitenziaria e dalle Direzioni degli istituti.

4.2 Gestione degli uffici centrali dell'amministrazione penitenziaria

a) Si è già detto che l'incidenza della remunerazione del personale sanitario di ruolo e incaricato è risultata sempre superiore, nel periodo considerato, al 20% della spesa sanitaria complessiva (cfr. cap. II, par. 3); si è anche notato che le risorse utilizzate per tale finalità sono allocate nel capitolo di spesa che finanzia le retribuzioni corrisposte al personale civile dell'amministrazione penitenziaria (cap.1600; tabella n. 8). Va ora precisato che l'importo utilizzato negli anni per le esigenze del personale sanitario oscilla tra il 12 ed il 14% degli stanziamenti nel capitolo.

La situazione illustrata impedisce di collegare, nel bilancio, la componente di spesa in argomento con quella sanitaria. L'incidenza considerevole della spesa sostenuta sul capitolo in questione, rispetto a quella sanitaria totale, induce a ribadire che la revisione della attuale classificazione di bilancio migliorerebbe la visibilità delle effettive risorse utilizzate per la medicina penitenziaria, anche ai fini della esatta costruzione dei parametri di costo dell'assistenza (globale, nonchè capitaria) erogata ai detenuti.

Tabella n. 8

Stipendi ed altri assegni fissi al personale civile dell'amministrazione penitenziaria

valori in milioni di euro

	2000	2001	2002	2003	2004	2005
a) Stanziamenti totali del cap. 1600 (ex 1700)*	n.d.	249,8	198,5	207,1	237,3	190,0
b) Fondi utilizzati per il pers. sanitario**	28,4	28,0	28,8	28,5	27,7	n.d.
c) Incidenza della spesa sanit. (b/a) sul cap. 1600	-	<u>11,2%</u>	<u>14,5%</u>	<u>13,8%</u>	<u>11,7%</u>	-

Elaborazione C.d.c. su dati del S.I. RGS C.d.c.* e dell'amministrazione**

Va notata la stabilità della specifica spesa sanitaria nel periodo considerato, nonostante gli oneri aggiuntivi connessi ai rinnovi contrattuali. Il fenomeno è da attribuire per la maggior parte, come si vedrà, al decremento del personale infermieristico di ruolo (cfr. cap. II, par. 5).

b) Il rinnovo annuale della convenzione con la ASL di Mantova per il ricovero dei detenuti presso l'Ospedale psichiatrico giudiziario di Castiglione delle Stiviere è finanziato dal capitolo 1764 ("organizzazione e funzionamento del servizio sanitario e farmaceutico").

Circa la voce in argomento va notato che un progresso verso una più chiara rappresentazione in bilancio della spesa sanitaria è stato compiuto dall'amministrazione dopo l'esercizio finanziario 2002. Sino a quest'ultima data il costo della convenzione ha incluso oneri impropri (spese di mantenimento degli internati) estranei all'assistenza sanitaria. Con il trasferimento ad altro capitolo dei detti oneri è stata migliorata la trasparenza della spesa sanitaria totale (in conformità all'osservazione formulata dalla Corte nella ricordata deliberazione n.45/2001/G), e ciò agevola l'identificazione dei mezzi finanziari utilizzati per l'assistenza (cfr. tabella n. 6). La significatività della convenzione nell'ambito dell'assistenza complessiva si rileva tra l'altro, allo stato degli atti disponibili, dall'entità dei pagamenti annui erogati all'Ospedale giudiziario (tabella n. 9).

Tabella n. 9

Importi dei pagamenti disposti in esecuzione della
 Convenzione con l'O.P.G. di Castiglione delle
 Stiviere
 A.O. Ospedale Carlo Poma - Mantova (COR) G.C.
 Capitolo 1764 (1825 nel 2001)

valori in euro

Anno di provenienza della spesa	Importo del pagamento
2001	12.842.003
2002	10.831.374
2003	10.338.426
2004	11.301.690

Dati rilevati dal S.I. RGS/C.d.c.

4.3 Risorse assegnate ai Provveditorati regionali e alle Direzioni degli istituti

a) La quota più rilevante delle dotazioni allocate nel capitolo 1764 è stata impiegata dagli uffici periferici per finanziare le convenzioni con i medici e gli infermieri di guardia, le prestazioni specialistiche, nonché l'assistenza farmaceutica. Tali uffici hanno utilizzato sino al giugno 2003 (cfr. cap. I, par. 3) una quota dei fondi destinati alla cura delle tossicodipendenze.

b) Le risorse di funzionamento disponibili, pari nel periodo 2000-2004 a circa 439 milioni -al netto dei fondi per le tossicodipendenze- (tabella n. 10), sono state distribuite fra le zone settentrionali, centrali e meridionali del Paese, rispettivamente, per il 36% (159,1 milioni), per il 26% (114,8 milioni) e per il 38% (165,5 milioni) e risultano pressoché proporzionali alle presenze dei detenuti ed internati (pari nel medesimo periodo a circa 275.000 unità), distribuite nelle aree indicate per il 38,6% (circa 106.000 unità), per il 24,1% (66.000 unità) e per il 37,3% (102.000 unità).

Tabella n. 10

Fondi gestiti dai Provveditorati regionali per il servizio sanitario e farmaceutico (Cap. 1764. Anni 2000-2004)

valori in euro

	Zona nord italia					Zona centro italia				
	2000*	2001	2002	2003	2004	2000*	2001	2002	2003	2004
Assegnazioni	33.019.040	32.787.783	31.633.249	30.155.200	31.464.200	23.713.356	23.245.209	23.362.801	21.846.340	22.630.712
Economie	1.908.375	802.305	464.415	39.009	94.187	506.037	130.725	271.448	27.298	21.440
Impegni	31.110.665	31.985.478	31.168.835	30.116.191	31.370.013	23.207.319	23.114.484	23.091.353	21.819.042	22.609.272
Pagamenti	25.439.168	28.206.302	29.270.892	27.830.010	30.626.604	20.274.342	20.557.126	21.580.240	20.393.712	22.439.528
Popol. carcer. al 31 dicembre	19.907	21.242	21.536	21.553	21.927	13.131	13.022	13.393	12.923	13.640

(*) Dati della popolazione carceraria rilevati al 30 giugno

	Zona sud italia					Totale Assegnazioni				
	2000*	2001	2002	2003	2004	2000*	2001	2002	2003	2004
Assegnazioni	34.391.335	33.382.114	35.048.074	30.373.400	32.298.050	91.123.731	89.415.105	90.044.124	82.374.940	86.392.962
Economie	948.646	37.001	206.264	76.018	166.929	3.363.057	970.030	942.126	142.325	282.556
Impegni	33.442.689	33.345.113	34.841.810	30.297.382	32.131.121	87.760.674	88.445.074	89.101.998	82.232.615	86.110.406
Pagamenti	29.570.600	29.502.000	33.771.106	28.452.547	31.568.634	75.284.110	78.265.428	84.622.238	76.676.269	84.634.765
Popol. carcer. al 31 dicembre	20.302	21.011	20.741	19.761	20.501	53.340	55.275	55.670	54.237	56.068

(*) Dati della popolazione carceraria rilevati al 30 giugno

	Ragioneria centrale					Totale capitolo				
	2000	2001	2002	2003	2004	2000	2001	2002	2003	2004
Assegnazioni	17.848.675	14.650.960	12.455.995	8.905.060	14.284.744	108.972.406	104.066.065	102.500.119	91.280.000	100.677.706
Economie	0	0	84.246	5	1	3.363.057	970.030	1.026.372	142.330	282.557
Impegni	17.848.675	14.650.960	12.371.749	8.905.055	14.284.743	105.609.348	103.096.035	101.473.747	91.137.670	100.395.149
Pagamenti	4.839.565	4.896.824	61.029	1.930.510	6.698.997	80.123.675	83.162.252	84.683.267	78.606.779	91.333.762

Dati rilevati dal S.I. RGS/C.d.c.

I dati esposti (costruiti sulla base delle informazioni rilevate dal sistema informativo RGS/CDC al 20 giugno 2004), incrociati con i volumi delle presenze carcerarie rilevati on line presso il Ministero della giustizia, chiariscono che la quota della spesa capitaria finanziata dalle risorse gestite sul cap. 1764 presso l'articolazione periferica del Dipartimento per l'amministrazione penitenziaria, è passata dai 1.708 euro del 2000 ai 1.540 del 2004. La quota capitaria media ha raggiunto, nel periodo di attività 2000-2004, i 1.499 euro al Nord (1.435 nel 2004; -4,5%), i 1.737 al Centro (1.659 nel 2004; -4,7%) ed i 1.622 al Sud (1.575 nel 2004; -3%). Tali valori sono calcolati tenendo conto dell'impiego di mezzi

finanziari pari, in ciascun anno del periodo, a circa i due terzi delle risorse effettive utilizzate per l'assistenza (cfr. tabella n. 13).

c) Gli oneri sanitari finanziati dal capitolo 1768 hanno riguardato quote dello specifico stanziamento totale ed hanno oscillato tra il 27% circa del 2000 ed il 40% del 2001 (tabella n. 11).

Tabella n. 11

Spesa sanitaria sostenuta per i detenuti e gli internati tossicodipendenti (anni 2000 - 1° luglio 2003)

	valori in milioni di euro			
	2000	2001	2002	2003
a) Stanziamenti	22,49	16,09	20,33	13,87
b) Assegnaz. tot. ai Provveditorati	11,44	10,33	17,43	6,79
c) Impieghi per assist. sanit.	6,05	6,44	6,44	3,42
% (c/a)	26,9%	40,0%	31,7%	24,7%
% (c/b)	52,9%	62,3%	36,9%	50,4%

Elaborazione C.d.c. su dati del S.I. RGS/Cdc e dell'amministrazione

4.4 Spesa sanitaria a carico del Dipartimento per la giustizia minorile

Anche la problematica relativa all'assistenza erogata nell'area della giustizia minorile prospetta caratteri di complessità, in parte attenuati dai criteri di organizzazione del Dipartimento, che opera attraverso gli Istituti penali per minorenni, ove la presenza media giornaliera è contenuta⁵³ e le "esigenze sanitarie sono, da un punto di vista strettamente medico, mediamente meno complesse di quelle della popolazione adulta". L'incidenza delle malattie gravi è ridotta⁵⁴ e parte dei bisogni dell'utenza ha potuto fruire della "collaborazione, senza onere di spesa, con i servizi del Sistema Sanitario Nazionale". L'assistenza specialistica è erogata presso le Aziende ospedaliere locali o all'interno degli istituti penali da personale in convenzione o a chiamata.

⁵³ L'amministrazione ha segnalato che nel 2003 si è registrata, presso gli Istituti penali per minorenni "una presenza media giornaliera di 475 minori e giovani adulti, cui si sono aggiunti 3.522 soggetti transitati nei Centri di prima accoglienza e 1.423 nelle comunità".

⁵⁴ Per le ragioni indicate nel testo l'amministrazione chiarisce che nei 17 Istituti penali per minorenni dislocati sul territorio nazionale "non sono mai stati istituiti dei veri e propri centri clinici". Risultano peraltro funzionanti ambulatori attrezzati e forniti "di tutto quanto necessario per far fronte alle urgenze, mentre si ricorre alle strutture pubbliche esterne per le affezioni che non è opportuno né possibile curare all'interno.

L'assistenza negli ambulatori è svolta da medici incaricati e da medici incaricati provvisori, remunerati con i mezzi finanziari gestiti dal Dipartimento per l'Amministrazione penitenziaria. Risulta allo studio la prospettiva di definire una dotazione organica specifica, costituita da medici incaricati che, per i Servizi minorili della Giustizia, dovrebbe essere gestita dallo specifico Dipartimento.

Anche la problematica legata alle tossicodipendenze risulta gestita d'accordo con il Servizio sanitario nazionale, in quanto, secondo quanto chiarito dall'amministrazione, "in tutte le realtà l'assistenza sanitaria ai detenuti che fanno uso di sostanze stupefacenti è assicurata dai Servizi per le tossicodipendenze" (Ser.T).

L'assistenza farmaceutica è erogata in alcune città (Roma, Catanzaro, Milano, Firenze e Napoli) a carico del Servizio sanitario nazionale, in particolar modo per i farmaci di fascia A e per le malattie correlate alla tossicodipendenza e al disagio psichiatrico.

Il Dipartimento chiarisce di non aver mai partecipato alla fase sperimentale della riforma del 1998 per l'assenza di riferimenti normativi diretti al settore minorile; peraltro va notato che i gravi problemi prospettati dal Dipartimento per l'Amministrazione penitenziaria ai fini dell'instaurazione di rapporti con il Servizio sanitario nazionale hanno trovato presso la Giustizia minorile una soluzione che, sebbene non risolutiva, ha potuto garantire la qualità dei servizi resi.

Il rappresentante dell'amministrazione ha chiarito tra l'altro, nell'adunanza pubblica, che cospicue risorse sono utilizzate dal Dipartimento per il recupero delle devianze minorili e per la prevenzione di numerose forme di disagio psicologico e non solo psichiatrico dei minori.

La spesa sanitaria è stata invece alquanto moderata, ed ha oscillato tra i circa 650.000 euro nel 2000 ed i 742.000 del 2004 (tabella n. 12).

Tabella n. 12

Dipartimento per la Giustizia minorile - Spesa sanitaria (anni 2000-2004)

valori in euro

Voci di spesa	2000	2001	2002	2003	2004
Spese sanitarie - beni di consumo	135.428	123.578	119.643	96.101	99.383
Spese sanitarie - prestazioni di terzi	14.935	37.802	67.107	42.509	64.288
Spese per parcelle medici	142.522	165.288	154.211	136.627	118.535
Spese per parcelle infermieri	361.638	449.711	457.874	556.666	460.267
Totale spesa sanitaria	654.522	776.380	798.835	831.904	742.473

Elaborazione C.d.c. su dati dell'amministrazione

4.5 Documenti di programmazione

4.5.1 Contenuti essenziali dei programmi annuali di gestione della spesa sanitaria

a) La programmazione di spesa risulta effettuata tenendo conto essenzialmente delle risorse stanziare sul capitolo 1764, ossia di una quota delle disponibilità complessive per l'assistenza che nel periodo considerato ha oscillato fra il 65,7% ed il 67,6% delle dotazioni complessive effettivamente utilizzate (tabella n. 13).

Gli indirizzi sull'impiego di tali stanziamenti, comunicati ogni anno dagli uffici centrali del Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria ai Provveditorati regionali, si configurano quali linee guida per l'assistenza da erogare in un clima di progressiva riduzione delle disponibilità. La programmazione appare in realtà predisposta per le voci di spesa che ammettono spazi di discrezionalità nella redistribuzione dei mezzi finanziari, da adeguare ad un accelerato processo di deterioramento.

Tabella n. 13

Risorse gestite dai Provveditorati regionali su indirizzi di programmazione

valori in milioni di euro

	2000	2001	2002	2003	2004
a) Assegnaz. tot. ai Provvedit. sul cap. 1764*	91,12	89,41	90,04	82,37	86,39
b) Disponib. iscritte in bilancio per l'assist. (cfr. tabella n. 6)	138,88	134,10	133,10	124,05	129,08
c) Quota gestita dai Provvedit. regionali % (a/b)	65,6%	66,7%	67,6%	66,4%	66,9%

* Dati rilevati presso il S.I. RGS/C.d.c.

b) La struttura dei documenti è alquanto diversa negli anni 2000 e 2001 rispetto agli anni successivi; è ricorrente però l'incertezza sulle scelte più idonee per gestire il servizio sanitario perseguendo contemporaneamente gli obiettivi del miglioramento delle prestazioni e della riduzione dei costi. Appare significativa l'inclusione degli "Assessori alla sanità" delle Regioni fra i destinatari dei documenti a partire dal 2003.

Il coinvolgimento dei responsabili delle politiche regionali sanitarie sembra spiegato non tanto dall'evoluzione della normativa che sin dal 1999 ha introdotto le note innovazioni in materia di imputazione dei costi dell'assistenza (con il decreto legislativo n. 230, con il progetto obiettivo, con l'avvio della sperimentazione) quanto dalla presa d'atto che la gravità della situazione sanitaria nelle carceri e la difficoltà di reperire finanziamenti congrui hanno reso non rinviabile il cofinanziamento del S.S.N.. Questi argomenti risultano in realtà

esaminati sia nell'ambito del comitato per il monitoraggio, sia soprattutto presso la commissione mista "Giustizia-Salute", per rimediare alla rinuncia del modello di intervento prevalente del S.S.N. (cfr. cap. I, par. 4).

c) I documenti di programmazione del periodo 2000-2001 si soffermano sui temi della scarsità delle risorse rispetto agli obiettivi e sui criteri di ripartizione delle disponibilità fra le fondamentali voci di spesa.

I documenti degli anni successivi, accanto agli indirizzi sulla distribuzione delle risorse, contengono indicazioni su ipotesi di miglioramento della qualità dell'assistenza. Si tratta di documenti che sembrano talvolta configurarsi quali progetti di sviluppo della medicina penitenziaria, nei quali sono formulate essenzialmente ipotesi di risparmio, da conseguire in tempi non individuati; ipotesi sempre non disgiunte dall'obiettivo di abrogare il d.lgs. n. 230. Nella programmazione del periodo 2002-2004 si rileva l'applicazione di criteri che affermano i principi:

- "della primaria responsabilità dell'Amministrazione penitenziaria della gestione della salute in carcere";
- della costruzione di un "sistema sanitario misto" che coinvolga, "... sul piano dell'operatività a livello locale le Direzioni degli istituti e le Direzioni delle ASL";
- della "ridefinizione del ruolo del livello regionale in termini di disegno complessivo del quadro programmatico";
- del "riconoscimento dell'importanza delle Unità Operative di Sanità Penitenziaria nei Provveditorati, titolari delle competenze relative alla organizzazione dei servizi sanitari".

Va notato il richiamo dei criteri di gestione "in grado di assicurare Livelli Essenziali di Assistenza (d.p.c.m. 29-11-2001) alle persone detenute, ridimensionando e/o demandando al S.S.N. gli altri aspetti, pur importanti, ma non basilari, dell'attuale organizzazione sanitaria".

La propensione a rendere esplicito l'intento di non applicare il disegno di riforma del 1998 appare dimostrata anche dal recepimento di parte significativa degli argomenti allo studio (negli anni 2002 e 2003) presso la ricordata "commissione mista" incaricata di redigere il disegno di legge di abrogazione del d.lgs. n. 230.

d) Sia nel 2002 che nell'anno successivo sono stati diramati documenti integrativi dei programmi annuali di attività, nei quali i propositi dell'amministrazione centrale sono stati esposti con maggiore incisività e con indicazioni più precise sulle prospettive di gestione. Nel primo anno il documento integrativo ha sottolineato, nel mese successivo alla diramazione

del programma ordinario sugli indirizzi di ripartizione del "budget 2002", l'esigenza di rimodulare i budget assegnati ai Provveditori regionali e di realizzare risparmi del 13,5% rispetto all'esercizio precedente nei settori relativi:

- alla Guardia medica e al Servizio Sias (-5%);
- alla Guardia infermieristica (-9,5%)⁵⁵;
- alle consulenze specialistiche (-20%);
- alla spesa farmaceutica (-20%).

Nel primo documento integrativo sono invero richiamati i principi del d.lgs. n. 230 con l'invito ai Provveditori di rappresentare al S.S.N., "in sede di rinnovo di convenzioni", l'esigenza di applicare il principio della "gratuità delle prestazioni farmaceutiche e specialistiche per i detenuti".

In tale nota, che premia la prospettiva di realizzare rapidamente cospicui risparmi e sembra voler avviare una sorta di svolta per la politica sanitaria nelle carceri, si prende peraltro atto dell'esigenza di cautelare le patologie più gravi⁵⁶.

e) Il documento integrativo del 2003, nel dare le istruzioni in ordine ai criteri da adottare per la "medicina specialistica in ambito distrettuale" rileva tra l'altro che "le convenzioni specialistiche in psichiatria e infettivologia " ... "...devono essere mantenute in tutte le sedi penitenziarie" e ribadisce l'invito ai Provveditori regionali ed ai Direttori degli istituti a valorizzare le "Unità Operative di Sanità Penitenziaria"..... "al fine di organizzare l'attività specialistica degli istituti, perseguendo un'ottica globale, pur tenendo conto delle singole realtà territoriali".

Sembra trovino applicazione quindi, seppure a livello sperimentale, i criteri esaminati dalla commissione mista "Giustizia-Salute", per contenere il numero delle convenzioni e al tempo stesso per migliorare l'efficacia della spesa che remunera le consulenze specialistiche.

4.5.2 Problematiche ricorrenti sulla distribuzione delle risorse da utilizzare per l'assistenza

Il ridimensionamento del monte-ore ammesso per la Guardia medica e infermieristica, la cautela nel ricorso alle prestazioni diagnostiche, l'esigenza di contenere la spesa farmaceutica, le difficoltà legate all'aggiornamento delle retribuzioni, il contenimento

⁵⁵ La nota indicata nel testo invita i Provveditori a "far riferimento, nell'organizzazione del servizio infermieristico, a tutte le unità di personale a disposizione, sia a parcella che di ruolo, quest'ultimo spesso impropriamente impiegato in funzioni amministrative"

⁵⁶ Nella medesima nota si afferma: "Nel rispetto del diritto alla salute costituzionalmente sancito i Sigg. Provveditori garantiranno che le riduzioni previste dalla presente nota non compromettano i livelli standard di assistenza sanitaria soprattutto per i detenuti affetti da patologie croniche degenerative, sieropositivi per HIV, portatori di handicap, affetti da turbe psichiche".

delle consulenze specialistiche (da richiedere solo per le prestazioni non erogabili dal personale medico presente presso le strutture penitenziarie), l'esigenza di riconoscere la priorità alla "assistenza ai detenuti HIV positivi", ai "soggetti con AIDS conclamata o grave immunodeficienza", nonché ai "servizi specialistici di psichiatria" hanno sensibilmente influenzato i programmi di distribuzione delle risorse ai Provveditorati ed alle Direzioni degli istituti⁵⁷.

Gli indirizzi formulati con la prospettiva della ulteriore riduzione delle risorse assegnate ai Provveditorati ed alle Direzioni degli istituti in un periodo di crescita della popolazione carceraria (+ 5% circa tra il 2000 ed il 2004) sembrerebbero poter orientare, o verso risultati finanziari e sostanziali delle gestioni favorevoli alla progressiva attenuazione del riconoscimento del diritto alla salute in ambito carcerario, o alla riduzione degli sprechi riscontrati nel settore.

Gli elementi di conoscenza pervenuti non sono idonei a provare se l'obiettivo concreto perseguito tenda a contenere le prestazioni assistenziali ritenute non più utili, ovvero a migliorare l'economicità del servizio. Tale ultima ipotesi dovrebbe comunque trovare fondamento nell'eventuale e non giustificato impiego di risorse eccedentarie rispetto agli obiettivi ottimali di assistenza da perseguire.

Ad una chiara percezione dei fatti reali nel sistema penitenziario, del resto, non si è pervenuti anche nell'ambito dell'indagine conoscitiva svolta presso la Camera dei deputati fra il 2003 ed il 2004.

⁵⁷ Nei documenti di programmazione è sempre contenuta l'avvertenza che le risorse disponibili sul capitolo che finanzia l'organizzazione ed il funzionamento del servizio sanitario sono sempre calcolate al netto di quelle gestite dagli uffici centrali dell'amministrazione per sostenere gli oneri connessi all'esecuzione della Convenzione con l'O.P.G. di Castiglione delle Stiviere.

Par. 5. Risultati della gestione

5.1 Gestione degli uffici centrali del Dipartimento per l'amministrazione penitenziaria

Le responsabilità di gestione degli uffici centrali del Dipartimento includono, come si è visto, la gestione del personale medico, di ruolo e incaricato, e degli infermieri di ruolo.

Il personale medico di ruolo è inserito nei ruoli dirigenziali (8 unità in organico)⁵⁸ e nell'area funzionale C (42 unità)⁵⁹. La dotazione del personale infermieristico, appartenente all'area funzionale B, è stata ridimensionata dell'8% (da 726 a 670 unità)⁶⁰.

L'organico dei medici incaricati è rimasto stabile sulle 355 unità; include anche tre veterinari e due farmacisti e risulta sempre coperto poichè, come previsto dall'art. 50 della legge 740/70 ("Ordinamento delle categorie di personale sanitario addetto agli istituti di prevenzione e pena non appartenenti ai ruoli organici dell'Amministrazione penitenziaria") i Direttori degli istituti, qualora risulti impossibile assicurare il funzionamento dei servizi, "provvede immediatamente alla sostituzione del sanitario assente o impedito con altro sanitario iscritto al rispettivo ordine professionale, dandone comunicazione al Ministero".

5.1.2 Consistenza del personale medico e infermieristico di ruolo e incaricato

A fronte del pieno utilizzo della dotazione dei medici incaricati, le presenze dei medici sanitari con incarico dirigenziale, di quelli iscritti nell'area funzionale C e degli infermieri hanno segnalato un progressivo regresso nel periodo 2000-2004. Per queste ultime categorie di personale la riduzione ha superato il 17% (tabella n. 14).

Tabella n. 14

Presenze del personale sanitario di ruolo e incaricato (anni 2000-2004)

	2000	2001	2002	2003	2004
Personale dirigente	3	2	1	0	1
Medici di area funzionale C	23	22	21	20	19
Medici incaricati		355	355	355	355
Infermieri di ruolo	588	562	554	513	483

Dati rilevati dai prospetti allegati alle note n. 028767 rispettivamente del 10 maggio e del 19 maggio 2005

⁵⁸ La consistenza organica del personale dirigenziale, già fissata dal D.P.C.M. 27-4-1999 in 5 unità, è stata rideterminata, con provvedimenti successivi, in 8 unità. La dotazione organica è stata distribuita fra i 5 Ospedali Psichiatrici Giudiziari (Montelupo Fiorentino, Reggio Emilia, Aversa, Napoli e Barcellona Pozzo di Gotto) e l'amministrazione centrale (3 unità).

⁵⁹ Con D.P.C.M. 4-10-2000 la dotazione dei medici è stata confermata in 42 unità.

⁶⁰ L'organico degli infermieri è stato ridimensionato con il medesimo provvedimento indicato nella nota precedente.

La distribuzione territoriale delle presenze è stata illustrata dall'amministrazione alla data del 30 aprile 2005 (tabella n. 15). La situazione che emerge varia di poco rispetto alla rilevazione di cui alla tabella n. 14; conferma tuttavia la tendenza alla riduzione dei medici di ruolo (1 unità) e degli infermieri (3 unità).

Tabella n. 15

Distribuzione presso i Provveditorati del personale di ruolo e incaricato (30 aprile 2005)

Provveditorato	Medici di ruolo	Medici incaricati	Infermieri di ruolo
Bologna	3	21	24
Genova	0	9	8
Milano	0	35	21
Padova	0	21	7
Torino	0	24	12
Tot. Nord	3	110	72
Ancona	0	6	3
Firenze	4	33	33
Perugia	0	6	8
Pescara	0	12	19
Roma	3	44	42
Tot. Centro	7	101	105
Bari	0	21	37
Cagliari	0	19	27
Catanzaro	0	14	13
Napoli	6	41	133
Palermo	2	44	89
Potenza	0	5	4
Tot. Sud	8	144	303
Totale	18	355	480

Elaborazione C.d.c. su dati dell'amministrazione

La distribuzione territoriale dei medici incaricati non è proporzionale alla popolazione carceraria. Non è di agevole spiegazione lo squilibrio distributivo degli infermieri, presenti per circa i due terzi nelle regioni meridionali e insulari (tabella n. 16).

Tabella n. 16

Consistenza delle presenze complessive del personale per aree territoriali al 30.4.2005

Aree del territorio	Sud	Centro	Nord	Totali	% Sud	% Centro	% Nord
Medici di ruolo	3	7	8	18	16,7%	38,9%	44,4%
Medici incaricati	144	101	110	355	40,6%	28,5%	31,0%
Infermieri di ruolo	303	105	72	480	63,1%	21,9%	15,0%
Totale presenze	450	213	190	853	52,8%	25,0%	22,3%

Elaborazione C.d.c. su dati dell'amministrazione

5.1.3 Compensi al personale incaricato e di ruolo

L'amministrazione ha comunicato, a seguito di specifica richiesta istruttoria, i dati relativi agli oneri assorbiti dal personale medico, di ruolo e incaricato, e da quello infermieristico. Gli elementi trasmessi illustrano la spesa globale sostenuta per ciascun anno e per ciascuna categoria di personale, ma non i dati relativi alla distribuzione sul territorio degli oneri totali. Tale circostanza permette di valutare soltanto la quota capitaria dell'utenza carceraria da ricollegare alle risorse utilizzate per remunerare il personale in argomento (tabella n. 17). Tali costi vanno aggiunti a quelli calcolati con riferimento all'impiego dei fondi gestiti dai provveditorati regionali (cfr. cap. II, par. 4.3).

Tabella n. 17

Spesa per il personale medico e paramedico (anni 2000-2005)

		valori in milioni di euro				
		2000	2001	2002	2003	2004
Medici dirigenti		0,15	0,11	0,05	0,00	0,06
Medici area C		0,68	0,68	0,73	0,76	0,67
Medici incaricati		12,48	12,48	12,48	12,86	12,86
Infermieri		15,13	14,78	15,56	14,90	14,07
a)	Spesa totale	28,44	28,05	28,82	28,52	27,66
b)	Consist. annuale* dei detenuti (valori espressi in unità)	53.340	55.275	55.670	54.237	56.068
		valori in euro				
c= a/b	Quota pro-capite dell'utenza carceraria relativa alla specifica spesa di pers. medico infermieristico	533,15	507,44	517,90	525,88	493,95

* Nell'anno 2000 i dati della popolaz. carceraria sono rilevati al 30 giugno

Negli anni 2001-2004 gli stessi dati sono rilevati al 31 dicembre

Elaborazione C.d.c. su dati dell'amministrazione

5.2 Impiego delle risorse assegnate ai Provveditorati regionali e alle Direzioni degli istituti

a) La concreta individuazione dei bisogni dell'utenza, distribuita presso circa 200 strutture carcerarie, è fra i compiti fondamentali assegnati all'articolazione periferica dell'amministrazione penitenziaria. La coerenza fra la domanda e l'offerta delle prestazioni sanitarie costituisce l'obiettivo da perseguire nei limiti delle disponibilità finanziarie. La verifica della congruità degli oneri sostenuti e dell'efficacia degli obiettivi perseguiti richiede l'efficiente funzionamento dei controlli interni.

I parametri utilizzati per misurare la qualità dell'offerta sanitaria ai cittadini liberi non sono agevolmente utilizzabili per effettuare analoghe valutazioni nei confronti dei detenuti e degli internati. L'assistenza penitenziaria prospetta caratteri di singolarità che non possono essere sintetizzati da rilevazioni che informano sui risultati tecnici conseguiti nella cura delle patologie presenti nel mondo libero e spesso illustrati dall'evoluzione media dei successi cumulati dalla medicina ordinaria. La verifica di questi ultimi risultati è inoltre assicurata in modo alquanto efficace da una rete capillare di controllo sociale, attraverso la quale l'utenza riceve le più varie informazioni: a volte rappresentate da statistiche sull'evoluzione della medicina nelle branche specialistiche, confermata spesso da notizie che informano sui progressi della medicina in generale, sulla qualità media della vita, etc..

Le scarse informazioni diffuse sul clima sanitario nelle carceri descrivono, invece, una realtà caratterizzata dall'emergenza, ove l'urgenza di prevenire, ad esempio, la tendenza all'autolesionismo, i rischi del sovraffollamento (che rendono necessaria misure immediate di contrasto alla diffusione di patologie gravi), ed altro, si accompagna alla maggiore frequenza delle patologie ordinarie. Questa situazione, mentre impone di non rinunciare alle prestazioni degli infettivologi e degli psichiatri⁶¹, richiede di non sottovalutare ulteriori emergenze.

Gli strumenti di verifica dei risultati conseguiti non appaiono ancora idonei a reagire con l'efficienza necessaria e possono rendere opinabili le valutazioni sull'efficacia della risposta data alla particolare domanda di salute dell'utenza carceraria.

Va preso atto che presso l'amministrazione penitenziaria è in fase di studio la tematica della costruzione di indicatori di qualità, nonché di economicità e di produttività.

⁶¹ L'amministrazione informa che "Per le branche specialistiche in infettivologia e in psichiatria è statoprevisto il rinnovo in tutti gli istituti penitenziari, indipendentemente dal livello di assistenza sanitaria in cui sono classificati". L'amministrazione informa inoltre che "al 31.01.04 solo tre D.s.m. risultano convenzionati con istituti penitenziari a fronte di 128 convenzioni a carattere libero professionali con liberi professionisti". L'amministrazione rileva che "Probabilmente la scarsa adesione delle ASL è ascrivibile in parte alle note carenze di personale e in parte alle contenute retribuzioni contemplate dall'amministrazione". Risulta inoltre che "è funzionante presso il centro clinico della Casa Circondariale le Vallette un reparto dedicato alla osservazione e alla diagnosi delle patologie psichiatriche...". Risulta che in quest'ultima struttura "n. 23 posti letto sono destinati all'osservazione e n. 31 alla riabilitazione".

Ciò, con l'obiettivo di "consentire ai responsabili di gestione di misurare i risultati raggiunti dalle strutture sanitarie, permettendo il raffronto di strutture simili e di fatto un controllo attivo"(cfr. il Progetto, che si assume elaborato dall'amministrazione fra il 2003 ed il 2004, denominato "L'individuazione dei livelli essenziali di assistenza per la popolazione detenuta. Indicatori dell'attività sanitaria-Verifica dei risultati. Il governo della spesa sanitaria"). Dal medesimo documento risulta che l'amministrazione continua fondatamente ad essere convinta che "gli indicatori sono lo strumento necessario per raggiungere l'obiettivo di efficacia e di efficienza dell'attività sanitaria nei penitenziari e la possibilità di poter indirizzare in modo appropriato le risorse finanziarie".

Si assume che i criteri di valutazione indicati possano a breve essere collaudati, quantomeno per gestire la quota di spesa sanitaria (finanziata dal capitolo n. 1764) amministrata dagli organi periferici dell'amministrazione.

b) Gli obiettivi di spesa realizzati dall'amministrazione risultano esposti nei consuntivi predisposti da ciascun Provveditorato. I dati in argomento, incrociati con quelli relativi all'assegnazione delle risorse, illustrano la destinazione concreta delle disponibilità finanziarie (cfr. cap. II, par. 4.3). I consuntivi dell'amministrazione controllata documentano la spesa effettuata in quattro dei cinque esercizi di gestione esaminati in questo referto (anni 2000-2003). Non sono disponibili i dati relativi all'esercizio 2004⁶² (tabella n. 18). Il grado di attendibilità della ripartizione della spesa relativa al periodo 2000-2003 è elevato, in quanto dedotto da elementi affidabili sulla distribuzione delle risorse (Tabelle nn. 19, 20, 21, 22).

⁶² I dati di consuntivo comunicati dall'amministrazione sono pressoché coincidenti con i volumi delle risorse assegnati negli esercizi 2001-2003. Soltanto nell'esercizio 2000 (nel quale vi sono state economie per 3,3 milioni di euro- cfr. tabella n. 10) vi è stato uno scostamento del 10% fra i dati rendicontati e quelli assegnati; lo scostamento scende al 7% circa se si tiene conto delle economie.

Tabella n. 18

Consuntivi di spesa dei fondi assegnati ai Provveditorati (Anni 2000-2003)

valori in euro

Provveditorati	Anno 2000			Anno 2001			Anno 2002			Anno 2003		
	Assegn. fondi (a)	Spesa consuntiv. (b)	% (b/a)	Assegn. fondi (c)	Spesa consuntiv. (d)	% (d/c)	Assegn. fondi (e)	Spesa consuntiv. (f)	% (f/e)	Assegn. fondi (g)	Spesa consuntiv. (h)	% (h/g)
Ancona	1.682.348	1.370.113,96	81,44%	1.581.907	1.460.774,57	92,34%	1.584.923	1.505.718,34	95,00%	1.542.800	1.755.685,95	113,80%
Bari	4.431.236	3.905.500,57	88,14%	4.477.681	4.449.634,79	99,37%	4.656.832	4.373.659,12	93,92%	3.943.000	4.151.275,79	105,28%
Bologna	6.353.386	5.508.094,05	86,70%	6.056.490	5.631.809,67	92,99%	5.685.803	5.953.365,37	104,71%	5.576.000	5.617.362,53	100,74%
Cagliari	3.726.324	3.420.309,52	91,79%	3.727.786	3.344.974,16	89,73%	3.896.239	3.306.621,63	84,87%	3.366.000	3.186.939,28	94,68%
Catanzaro	3.562.711	2.939.393,48	82,50%	3.200.372	3.209.745,40	100,29%	3.703.036	3.670.061,56	99,11%	3.126.500	2.987.897,86	95,57%
Firenze	7.751.176	7.588.643,71	97,90%	7.687.461	8.480.878,89	110,32%	8.153.163	8.386.167,32	102,86%	7.000.000	7.307.916,41	104,40%
Genova	3.330.512	2.925.511,01	87,84%	3.159.167	2.980.664,40	94,35%	3.136.009	2.901.517,59	92,52%	2.889.000	2.486.902,65	86,08%
Milano	11.187.474	10.063.090,77	89,95%	11.222.608	11.033.875,36	98,32%	11.030.177	11.754.475,31	106,57%	10.850.200	11.161.137,02	102,87%
Napoli	11.567.276	11.680.161,13	100,98%	11.587.227	11.402.668,55	98,41%	11.600.287	11.573.043,32	99,77%	10.504.900	10.497.109,03	99,93%
Padova	5.147.046	4.188.314,22	81,37%	5.274.058	4.428.467,92	83,97%	5.022.617	4.382.467,73	87,25%	4.672.000	4.526.830,16	96,89%
Palermo	10.192.876	8.424.436,90	82,65%	9.552.903	9.417.464,62	98,58%	10.152.285	9.726.725,44	95,81%	8.674.000	8.848.836,34	102,02%
Perugia	2.063.695	1.949.841,85	94,48%	2.007.468	2.007.467,97	100,00%	2.268.257	2.222.072,96	97,96%	1.988.000	2.013.917,25	101,30%
Pescara	2.989.444	2.969.039,92	99,32%	2.855.490	3.472.319,50	121,60%	2.704.099	2.655.665,42	98,21%	2.587.000	2.464.501,77	95,26%
Potenza	910.911	786.406,21	86,33%	836.144	806.935,93	96,51%	1.039.395	890.051,50	85,63%	769.000	766.412,55	99,66%
Roma	9.226.694	8.719.805,39	94,51%	9.112.882	8.984.134,91	98,59%	8.652.359	9.502.620,26	109,83%	8.728.540	9.347.613,11	107,09%
Torino	7.000.623	5.549.576,58	79,27%	7.075.460	6.608.943,35	93,41%	6.758.643	6.193.677,96	91,64%	6.158.000	6.128.254,56	99,52%
Totale	91.123.732	81.988.239,27	89,97%	89.415.104	87.720.759,99	98,11%	90.044.124	88.997.910,83	98,84%	82.374.940	83.248.592,26	101,06%

Elaborazione C.d.c. su dati del S.I. RGS/Cdc e dell'amministrazione

Esercizio finanziario 2000 cap. 1764 (ex 1821)
Assegnazione fondi e consuntivo delle spese

valori in euro

Provvedit.	Assegn. fondi (a)	Spesa consunt. (b)	% (b/a)	Guardia medica (c)	% (c/b)	Guardia inferm. (d)	% (d/b)	Pers. tecn. non di ruolo (e)	% (e/b)	Serv. farmac. (f)	% (f/b)	Apparecch. Attrezz. Strument. (g)	% (g/b)	Sostituz. medico incaric. (h)	% (h/b)
Ancona	1.682.348	1.370.113,96	81,44%	542.190,90	39,57%	471.143,76	34,39%	10.613,35	0,77%	153.041,29	11,17%	7.425,31	0,54%	3.247,48	0,24%
Bari	4.431.236	3.905.500,57	88,14%	1.263.149,31	32,34%	1.020.001,13	26,12%	54.242,25	1,39%	761.426,43	19,50%	66.521,54	1,70%	0,00	0,00%
Bologna	6.353.386	5.508.094,05	86,70%	1.631.972,86	29,63%	1.837.500,22	33,36%	46.466,40	0,84%	993.152,10	18,03%	292.065,39	5,30%	994,18	0,02%
Cagliari	3.726.324	3.420.309,52	91,79%	1.319.251,76	38,57%	850.818,59	24,88%	36.882,37	1,08%	827.978,10	24,21%	8.378,35	0,24%	12.260,12	0,36%
Catanzaro	3.562.711	2.939.393,48	82,50%	1.109.737,50	37,75%	843.001,76	28,68%	91.213,65	3,10%	409.503,12	13,93%	8.323,03	0,28%	323,82	0,01%
Firenze	7.751.176	7.588.643,71	97,90%	2.412.909,55	31,80%	2.078.618,45	27,39%	131.455,00	1,73%	1.453.690,68	19,16%	161.650,99	2,13%	6.419,56	0,08%
Genova	3.330.512	2.925.511,01	87,84%	736.513,71	25,18%	892.492,48	30,51%	10.603,63	0,36%	916.156,70	31,32%	16.022,42	0,55%	0,00	0,00%
Milano	11.187.474	10.063.090,77	89,95%	2.420.250,55	24,05%	2.222.676,99	22,09%	112.882,03	1,12%	3.472.994,09	34,51%	211.515,46	2,10%	2.091,65	0,02%
Napoli	11.567.276	11.680.161,13	100,98%	2.415.966,71	20,68%	4.076.710,67	34,90%	180.409,17	1,54%	2.543.671,52	21,78%	312.048,43	2,67%	516,46	0,00%
Padova	5.147.046	4.188.314,22	81,37%	1.785.906,46	42,64%	869.327,24	20,76%	0,00	0,00%	858.330,22	20,49%	198.402,30	4,74%	6.591,54	0,16%
Palermo	10.192.876	8.424.436,90	82,65%	2.539.064,29	30,14%	2.415.618,97	28,67%	74.953,03	0,89%	1.435.204,97	17,04%	511.173,04	6,07%	0,00	0,00%
Perugia	2.063.695	1.949.841,85	94,48%	660.282,92	33,86%	482.425,63	24,74%	26.830,31	1,38%	362.979,89	18,62%	89.153,08	4,57%	2.788,87	0,14%
Pescara	2.989.444	2.969.039,92	99,32%	1.199.877,78	40,41%	735.370,41	24,77%	15.477,79	0,52%	596.749,09	20,10%	35.639,30	1,20%	559,01	0,02%
Potenza	910.911	786.406,21	86,33%	318.151,65	40,46%	243.162,64	30,92%	0,00	0,00%	106.209,24	13,51%	23.004,88	2,93%	906,38	0,12%
Roma	9.226.694	8.719.805,39	94,51%	2.050.476,03	23,52%	3.011.588,85	34,54%	25.625,51	0,29%	1.635.903,70	18,76%	209.893,40	2,41%	1.820,51	0,02%
Torino	7.000.623	5.549.576,58	79,27%	1.942.519,31	35,00%	811.083,19	14,62%	0,00	0,00%	1.710.420,15	30,82%	179.071,36	3,23%	20.963,25	0,38%
Totale	91.123.732	81.988.239,27	89,97%	24.348.221,27	29,70%	22.861.540,99	27,88%	817.654,49	1,00%	18.237.411,29	22,24%	2.330.288,28	2,84%	59.482,83	0,07%

(segue tab. n. 19)

(segue tab. n. 19)

Esercizio finanziario 2000 cap. 1764 (ex 1821)
Assegnazione fondi e consuntivo delle spese

valori in euro

Provvedit.	Assegn. fondi (a)	Spesa consunt. (b)	% (b/a)	Rifiuti spec. tossici e nocivi (i)	% (i/b)	Protesi (l)	% (l/b)	Sorvegl. medica e paramed. (m)	% (m/b)	Specialisti (n)	% (n/b)	Convenz. l. 626/94 (o)	% (o/b)	Altre spese (p)	% (p/b)
Ancona	1.682.348	1.370.113,96	81,44%	9.852,26	0,72%	15.758,00	1,15%	4.321,71	0,32%	137.674,38	10,05%	0,00	0,00%	14.845,52	1,08%
Bari	4.431.236	3.905.500,57	88,14%	23.295,01	0,60%	11.550,14	0,30%	22.309,81	0,57%	567.915,75	14,54%	6.155,13	0,16%	108.934,07	2,79%
Bologna	6.353.386	5.508.094,05	86,70%	17.806,72	0,32%	34.030,79	0,62%	2.729,04	0,05%	610.696,98	11,09%	1.514,51	0,03%	39.164,87	0,71%
Cagliari	3.726.324	3.420.309,52	91,79%	11.536,93	0,34%	16.355,33	0,48%	1.490,49	0,04%	319.244,80	9,33%	0,00	0,00%	16.112,68	0,47%
Catanzaro	3.562.711	2.939.393,48	82,50%	19.874,40	0,68%	3.233,85	0,11%	12.613,88	0,43%	406.245,98	13,82%	2.597,91	0,09%	32.724,57	1,11%
Firenze	7.751.176	7.588.643,71	97,90%	41.927,75	0,55%	12.656,57	0,17%	25.649,42	0,34%	1.179.796,36	15,55%	0,00	0,00%	83.869,37	1,11%
Genova	3.330.512	2.925.511,01	87,84%	8.207,50	0,28%	2.230,34	0,08%	9.742,44	0,33%	327.957,88	11,21%	0,00	0,00%	5.583,91	0,19%
Milano	11.187.474	10.063.090,77	89,95%	52.834,54	0,53%	18.869,29	0,19%	41.866,83	0,42%	1.468.638,69	14,59%	3.320,64	0,03%	35.150,00	0,35%
Napoli	11.567.276	11.680.161,13	100,98%	70.705,92	0,61%	2.842,75	0,02%	24.442,17	0,21%	2.000.986,24	17,13%	13.224,18	0,11%	38.636,92	0,33%
Padova	5.147.046	4.188.314,22	81,37%	30.716,50	0,73%	10.879,31	0,26%	3.250,29	0,08%	334.697,62	7,99%	9.351,31	0,22%	80.861,42	1,93%
Palermo	10.192.876	8.424.436,90	82,65%	46.261,79	0,55%	1.374,61	0,02%	23.336,21	0,28%	941.644,58	11,18%	4.302,91	0,05%	353.229,74	4,19%
Perugia	2.063.695	1.949.841,85	94,48%	9.946,70	0,51%	4.767,07	0,24%	6.360,54	0,33%	294.503,78	15,10%	6.219,35	0,32%	3.583,71	0,18%
Pescara	2.989.444	2.969.039,92	99,32%	28.698,62	0,97%	17.464,09	0,59%	14.338,02	0,48%	303.262,74	10,21%	59,24	0,00%	21.543,84	0,73%
Potenza	910.911	786.406,21	86,33%	7.628,27	0,97%	454,48	0,06%	0,00	0,00%	75.741,32	9,63%	222,08	0,03%	10.925,27	1,39%
Roma	9.226.694	8.719.805,39	94,51%	81.958,46	0,94%	11.015,59	0,13%	14.741,83	0,17%	1.603.046,18	18,38%	11.709,68	0,13%	62.025,65	0,71%
Torino	7.000.623	5.549.576,58	79,27%	39.677,26	0,71%	17.234,22	0,31%	28.396,34	0,51%	740.425,16	13,34%	6.717,55	0,12%	53.068,79	0,96%
Totale	91.123.732	81.988.239,27	89,97%	500.928,64	0,61%	180.716,44	0,22%	235.589,02	0,29%	11.312.478,44	13,80%	65.394,50	0,08%	960.260,33	1,17%

Elaborazione C.d.c. su dati del S.I. RGS/Cdc e dell'amministrazione

Esercizio finanziario 2001 cap. 1764 (ex 1821)
Assegnazione fondi e consuntivo delle spese

Provvedit.	Assegn. fondi	Spesa consunt.	%	Guardia medica	%	Guardia inferm.	%	Pers. tecn. non di ruolo	%	Serv. farmac.	%	Apparecch. Attrezz. Strument.	%	Sostituz. medico incaric.	%
	(a)	(b)	(b/a)	(c)	(c/b)	(d)	(d/b)	(e)	(e/b)	(f)	(f/b)	(g)	(g/b)	(h)	(h/b)
Ancona	1.581.907	1.460.774,57	92,34%	583.860,07	39,97%	511.235,55	35,00%	17.991,89	1,23%	162.410,86	11,12%	8.927,58	0,61%	0,00	0,00%
Bari	4.477.681	4.449.634,79	99,37%	1.504.498,35	33,81%	1.295.015,44	29,10%	44.907,99	1,01%	876.956,24	19,71%	64.569,59	1,45%	0,00	0,00%
Bologna	6.056.490	5.631.809,67	92,99%	1.667.992,65	29,62%	1.977.118,70	35,11%	61.177,81	1,09%	1.079.918,09	19,18%	10.920,08	0,19%	2.222,83	0,04%
Cagliari	3.727.786	3.344.974,16	89,73%	1.208.953,84	36,14%	920.235,65	27,51%	41.575,56	1,24%	805.348,91	24,08%	2.505,95	0,07%	14.418,19	0,43%
Catanzaro	3.200.372	3.209.745,40	100,29%	1.248.798,95	38,91%	903.850,33	28,16%	96.215,47	3,00%	387.698,73	12,08%	23.718,04	0,74%	0,00	0,00%
Firenze	7.687.461	8.480.878,89	110,32%	2.472.883,01	29,16%	1.904.258,71	22,45%	933.524,46	11,01%	1.618.227,94	19,08%	148.032,92	1,75%	6.881,79	0,08%
Genova	3.159.167	2.980.664,40	94,35%	810.106,87	27,18%	1.067.520,14	35,81%	26.871,70	0,90%	711.860,32	23,88%	37.792,47	1,27%	0,00	0,00%
Milano	11.222.608	11.033.875,36	98,32%	2.708.780,52	24,55%	2.839.510,32	25,73%	134.171,21	1,22%	3.236.322,58	29,33%	355.061,88	3,22%	4.002,54	0,04%
Napoli	11.587.227	11.402.668,55	98,41%	2.515.630,24	22,06%	3.922.184,95	34,40%	202.853,56	1,78%	2.467.075,65	21,64%	184.052,88	1,61%	4.932,78	0,04%
Padova	5.274.058	4.428.467,92	83,97%	1.966.654,98	44,41%	859.719,62	19,41%	483,40	0,01%	1.008.413,27	22,77%	107.557,09	2,43%	5.854,56	0,13%
Palermo	9.552.903	9.417.464,62	98,58%	2.891.856,78	30,71%	2.973.786,74	31,58%	59.945,39	0,64%	1.832.134,15	19,45%	23.070,35	0,24%	0,00	0,00%
Perugia	2.007.468	2.007.467,97	100,00%	684.174,47	34,08%	528.588,82	26,33%	30.798,69	1,53%	320.953,59	15,99%	76.501,73	3,81%	0,00	0,00%
Pescara	2.855.490	3.472.319,50	121,60%	1.858.508,52	53,52%	756.880,63	21,80%	16.908,46	0,49%	430.661,95	12,40%	3.031,75	0,09%	1.626,84	0,05%
Potenza	836.144	806.935,93	96,51%	356.630,58	44,20%	253.247,19	31,38%	0,00	0,00%	109.136,29	13,52%	1.449,84	0,18%	955,45	0,12%
Roma	9.112.882	8.984.134,91	98,59%	2.134.945,94	23,76%	3.402.728,55	37,87%	36.181,12	0,40%	1.427.874,23	15,89%	158.378,89	1,76%	20.651,56	0,23%
Torino	7.075.460	6.608.943,35	93,41%	2.422.325,93	36,65%	1.225.826,53	18,55%	0,00	0,00%	1.665.314,27	25,20%	105.961,31	1,60%	15.983,88	0,24%
Totale	89.415.104	87.720.759,99	98,11%	27.036.601,70	30,82%	25.341.707,88	28,89%	1.703.606,71	1,94%	18.140.307,07	20,68%	1.311.532,34	1,50%	77.530,41	0,09%

(segue tab. n. 20)

(segue tab. n. 20)

Esercizio finanziario 2001 cap. 1764 (ex 1821)

Assegnazione fondi e consuntivo delle spese

valori in euro

Provvedit.	Assegn. fondi (a)	Spesa consunt. (b)	% (b/a)	Rifiuti spec. tossici e nocivi (i)	% (i/b)	Protesi (l)	% (l/b)	Sorvegli. medica e paramed. (m)	% (m/b)	Specialisti (n)	% (n/b)	Convenz. l. 626/94 (o)	% (o/b)	Altre spese (p)	% (p/b)
Ancona	1.581.907	1.460.774,57	92,34%	11.802,24	0,81%	23.718,23	1,62%	6.157,87	0,42%	123.379,44	8,45%	7.364,00	0,50%	3.926,85	0,27%
Bari	4.477.681	4.449.634,79	99,37%	19.544,88	0,44%	12.800,24	0,29%	17.406,48	0,39%	566.928,82	12,74%	11.614,19	0,26%	35.392,57	0,80%
Bologna	6.056.490	5.631.809,67	92,99%	30.505,19	0,54%	13.417,71	0,24%	1.459,22	0,03%	716.200,14	12,72%	0,00	0,00%	70.877,25	1,26%
Cagliari	3.727.786	3.344.974,16	89,73%	10.210,05	0,31%	2.801,46	0,08%	60,43	0,00%	329.740,88	9,86%	3.409,30	0,10%	5.713,93	0,17%
Catanzaro	3.200.372	3.209.745,40	100,29%	18.930,00	0,59%	0,00	0,00%	10.800,89	0,34%	415.628,75	12,95%	0,00	0,00%	104.104,25	3,24%
Firenze	7.687.461	8.480.878,89	110,32%	43.075,44	0,51%	5.235,27	0,06%	15.695,69	0,19%	1.169.226,72	13,79%	6.479,96	0,08%	157.356,98	1,86%
Genova	3.159.167	2.980.664,40	94,35%	9.602,52	0,32%	2.566,24	0,09%	5.930,99	0,20%	292.303,10	9,81%	257,82	0,01%	15.852,24	0,53%
Milano	11.222.608	11.033.875,36	98,32%	48.874,15	0,44%	18.092,02	0,16%	33.438,68	0,30%	1.601.602,61	14,52%	3.222,20	0,03%	50.796,66	0,46%
Napoli	11.587.227	11.402.668,55	98,41%	74.975,25	0,66%	11.250,62	0,10%	16.541,51	0,15%	1.973.098,94	17,30%	7.229,88	0,06%	22.842,29	0,20%
Padova	5.274.058	4.428.467,92	83,97%	25.048,77	0,57%	3.488,59	0,08%	3.606,54	0,08%	404.433,01	9,13%	5.129,45	0,12%	38.078,64	0,86%
Palermo	9.552.903	9.417.464,62	98,58%	46.289,87	0,49%	1.508,79	0,02%	26.874,56	0,29%	1.491.376,02	15,84%	1.931,91	0,02%	68.690,07	0,73%
Perugia	2.007.468	2.007.467,97	100,00%	9.492,42	0,47%	10.330,76	0,51%	8.502,16	0,42%	296.372,52	14,76%	0,00	0,00%	41.752,82	2,08%
Pescara	2.855.490	3.472.319,50	121,60%	39.009,11	1,12%	11.346,52	0,33%	5.858,17	0,17%	290.587,88	8,37%	6.701,39	0,19%	51.198,28	1,47%
Potenza	836.144	806.935,93	96,51%	3.621,04	0,45%	5.162,80	0,64%	0,00	0,00%	73.470,18	9,10%	0,00	0,00%	3.262,55	0,40%
Roma	9.112.882	8.984.134,91	98,59%	84.004,90	0,94%	30.133,55	0,34%	16.162,26	0,18%	1.624.350,21	18,08%	10.724,02	0,12%	37.999,68	0,42%
Torino	7.075.460	6.608.943,35	93,41%	39.352,60	0,60%	22.124,62	0,33%	25.375,30	0,38%	999.855,67	15,13%	13.290,27	0,20%	73.532,97	1,11%
Totale	89.415.104	87.720.759,99	98,11%	514.338,43	0,59%	173.977,42	0,20%	193.870,75	0,22%	12.368.554,88	14,10%	77.354,39	0,09%	781.378,01	0,89%

Elaborazione C.d.c. su dati del S.I. RGS/Cdc e dell'amministrazione

Esercizio finanziario 2002 cap. 1764
Assegnazione fondi e consuntivo delle spese

valori in euro

Provvedit.	Assegn. fondi (a)	Spesa consunt. (b)	% (b/a)	Guardia medica (c)	% (c/b)	Guardia inferm. (d)	% (d/b)	Pers. tecn. non di ruolo (e)	% (e/b)	Serv. farmac. (f)	% (f/b)	Apparecch. Attrezz. Strument. (g)	% (g/b)	Sostituz. medico incaric. (h)	% (h/b)
Ancona	1.584.923	1.505.718,34	95,00%	619.139,86	41,12%	477.557,45	31,72%	19.542,33	1,30%	164.168,90	10,90%	43.157,12	2,87%	0,00	0,00%
Bari	4.656.832	4.373.659,12	93,92%	1.545.968,92	35,35%	1.238.187,89	28,31%	63.640,87	1,46%	830.798,56	19,00%	93.836,21	2,15%	0,00	0,00%
Bologna	5.685.803	5.953.365,37	104,71%	1.899.812,22	31,91%	2.032.164,34	34,13%	65.113,91	1,09%	1.044.064,70	17,54%	12.861,50	0,22%	117,78	0,00%
Cagliari	3.896.239	3.306.621,63	84,87%	1.350.823,65	40,85%	888.653,91	26,87%	32.756,03	0,99%	514.890,75	15,57%	8.407,85	0,25%	1.457,09	0,04%
Catanzaro	3.703.036	3.670.061,56	99,11%	1.513.931,64	41,25%	1.136.658,96	30,97%	99.493,96	2,71%	310.329,64	8,46%	57.753,46	1,57%	1.500,00	0,04%
Firenze	8.153.163	8.386.167,32	102,86%	2.888.993,42	34,45%	2.212.885,82	26,39%	109.345,24	1,30%	998.427,73	11,91%	364.202,63	4,34%	4.339,72	0,05%
Genova	3.136.009	2.901.517,59	92,52%	881.746,85	30,39%	1.052.565,13	36,28%	471,22	0,02%	545.462,72	18,80%	19.605,00	0,68%	0,00	0,00%
Milano	11.030.177	11.754.475,31	106,57%	2.796.075,61	23,79%	3.164.651,86	26,92%	153.996,70	1,31%	3.497.876,40	29,76%	179.424,40	1,53%	4.944,41	0,04%
Napoli	11.600.287	11.573.043,32	99,77%	2.746.223,51	23,73%	4.047.571,66	34,97%	207.238,81	1,79%	1.982.905,14	17,13%	34.670,29	0,30%	2.512,25	0,02%
Padova	5.022.617	4.382.467,73	87,25%	1.938.303,90	44,23%	972.708,60	22,20%	0,00	0,00%	866.684,64	19,78%	100.458,53	2,29%	10.027,80	0,23%
Palermo	10.152.285	9.726.725,44	95,81%	3.222.150,86	33,13%	2.882.385,67	29,63%	93.362,47	0,96%	1.585.378,31	16,30%	100.687,00	1,04%	2.698,44	0,03%
Perugia	2.268.257	2.222.072,96	97,96%	752.705,00	33,87%	569.677,14	25,64%	30.083,30	1,35%	394.130,87	17,74%	144.907,35	6,52%	0,00	0,00%
Pescara	2.704.099	2.655.665,42	98,21%	1.273.920,15	47,97%	665.420,54	25,06%	16.938,76	0,64%	356.711,11	13,43%	10.746,53	0,40%	0,00	0,00%
Potenza	1.039.395	890.051,50	85,63%	379.800,09	42,67%	273.216,32	30,70%	0,00	0,00%	113.115,96	12,71%	10.499,04	1,18%	3.834,27	0,43%
Roma	8.652.359	9.502.620,26	109,83%	2.313.950,42	24,35%	3.315.854,27	34,89%	55.387,70	0,58%	1.342.606,42	14,13%	155.641,29	1,64%	32.321,08	0,34%
Torino	6.758.643	6.193.677,96	91,64%	2.208.856,63	35,66%	1.323.245,81	21,36%	0,00	0,00%	761.752,89	12,30%	567.241,82	9,16%	20.204,15	0,33%
Totale	90.044.124	88.997.910,83	98,84%	28.332.402,73	31,83%	26.253.405,37	29,50%	947.371,30	1,06%	15.309.304,74	17,20%	1.904.100,02	2,14%	83.956,99	0,09%

(segue tab. n. 21)

(segue tab. n. 21)

Esercizio finanziario 2002 cap. 1764
Assegnazione fondi e consuntivo delle spese

valori in euro

Provvedit.	Assegn. fondi (a)	Spesa consunt. (b)	% (b/a)	Rifiuti spec. tossici e nocivi (i)	% (i/b)	Protesi (l)	% (l/b)	Sorvegl. medica e paramed. (m)	% (m/b)	Specialisti (n)	% (n/b)	Convvenz. I. 626/94 (o)	% (o/b)	Altre spese (p)	% (p/b)
Ancona	1.584.923	1.505.718,34	95,00%	8.590,21	0,57%	9.725,60	0,65%	4.416,28	0,29%	153.811,49	10,22%	0,00	0,00%	5.609,10	0,37%
Bari	4.656.832	4.373.659,12	93,92%	27.312,39	0,62%	590,14	0,01%	23.249,54	0,53%	517.520,70	11,83%	9.044,77	0,21%	23.509,13	0,54%
Bologna	5.685.803	5.953.365,37	104,71%	20.505,03	0,34%	4.981,06	0,08%	7.162,54	0,12%	784.294,65	13,17%	727,65	0,01%	81.559,99	1,37%
Cagliari	3.896.239	3.306.621,63	84,87%	18.143,84	0,55%	0,00	0,00%	1.469,85	0,04%	363.435,12	10,99%	2.597,27	0,08%	123.986,27	3,75%
Catanzaro	3.703.036	3.670.061,56	99,11%	18.077,12	0,49%	0,00	0,00%	8.811,76	0,24%	469.124,39	12,78%	3.960,79	0,11%	50.419,84	1,37%
Firenze	8.153.163	8.386.167,32	102,86%	44.186,11	0,53%	10.377,26	0,12%	19.659,49	0,23%	1.327.221,87	15,83%	13.683,73	0,16%	392.844,30	4,68%
Genova	3.136.009	2.901.517,59	92,52%	15.057,57	0,52%	0,00	0,00%	3.398,92	0,12%	306.817,94	10,57%	0,00	0,00%	76.392,24	2,63%
Milano	11.030.177	11.754.475,31	106,57%	48.648,19	0,41%	40.723,31	0,35%	18.134,66	0,15%	1.682.511,55	14,31%	16.220,12	0,14%	151.268,10	1,29%
Napoli	11.600.287	11.573.043,32	99,77%	66.074,42	0,57%	2.514,76	0,02%	27.637,07	0,24%	2.293.361,04	19,82%	8.756,84	0,08%	153.577,53	1,33%
Padova	5.022.617	4.382.467,73	87,25%	25.607,56	0,58%	13.059,35	0,30%	2.429,74	0,06%	427.669,97	9,76%	4.642,84	0,11%	20.874,80	0,48%
Palermo	10.152.285	9.726.725,44	95,81%	50.809,56	0,52%	2.983,47	0,03%	32.849,85	0,34%	1.481.651,10	15,23%	13.879,71	0,14%	257.889,00	2,65%
Perugia	2.268.257	2.222.072,96	97,96%	7.244,38	0,33%	3.620,85	0,16%	7.470,36	0,34%	294.030,60	13,23%	3.969,20	0,18%	14.233,91	0,64%
Pescara	2.704.099	2.655.665,42	98,21%	12.691,24	0,48%	24.642,20	0,93%	15.067,33	0,57%	240.298,29	9,05%	8.074,17	0,30%	31.155,10	1,17%
Potenza	1.039.395	890.051,50	85,63%	14.380,21	1,62%	0,00	0,00%	0,00	0,00%	92.979,16	10,45%	600,66	0,07%	1.625,79	0,18%
Roma	8.652.359	9.502.620,26	109,83%	83.450,25	0,88%	15.023,12	0,16%	28.850,87	0,30%	2.065.406,76	21,74%	19.385,20	0,20%	74.742,88	0,79%
Torino	6.758.643	6.193.677,96	91,64%	45.478,56	0,73%	22.530,99	0,36%	77.333,23	1,25%	1.072.893,66	17,32%	1.617,66	0,03%	92.522,56	1,49%
Totale	90.044.124	88.997.910,83	98,84%	506.256,64	0,57%	150.772,11	0,17%	277.941,49	0,31%	13.573.028,29	15,25%	107.160,61	0,12%	1.552.210,54	1,74%

Elaborazione C.d.c. su dati del S.I. RGS/Cdc e dell'amministrazione

Esercizio finanziario 2003 cap. 1764
Assegnazione fondi e consuntivo delle spese

valori in euro

Provvedit.	Assegn. fondi (a)	Spesa consunt. (b)	% (b/a)	Guardia medica (c)	% (c/b)	Guardia inferm. (d)	% (d/b)	Pers. tecn. non di ruolo (e)	% (e/b)	Serv. farmac. (f)	% (f/b)	Apparecch. Attrezz. Strument. (g)	% (g/b)	Sostituz. medico incaric. (h)	% (h/b)
Ancona	1.542.800	1.755.685,95	113,80%	671.401,90	38,24%	637.131,99	36,29%	25.629,86	1,46%	161.759,12	9,21%	13.661,61	0,78%	0,00	0,00%
Bari	3.943.000	4.151.275,79	105,28%	1.513.443,75	36,46%	1.474.967,97	35,53%	53.274,07	1,28%	509.572,69	12,28%	12.956,65	0,31%	3.515,03	0,08%
Bologna	5.576.000	5.617.362,53	100,74%	1.755.993,53	31,26%	2.282.664,78	40,64%	88.745,91	1,58%	736.190,20	13,11%	21.150,46	0,38%	0,00	0,00%
Cagliari	3.366.000	3.186.939,28	94,68%	1.354.011,74	42,49%	1.266.765,65	39,75%	34.190,20	1,07%	70.285,19	2,21%	1.213,16	0,04%	2.643,97	0,08%
Catanzaro	3.126.500	2.987.897,86	95,57%	1.143.033,91	38,26%	739.730,62	24,76%	285.666,42	9,56%	262.933,76	8,80%	13.759,36	0,46%	0,00	0,00%
Firenze	7.000.000	7.307.916,41	104,40%	2.679.605,87	36,67%	2.810.253,23	38,45%	165.636,33	2,27%	206.824,10	2,83%	35.038,82	0,48%	6.880,45	0,09%
Genova	2.889.000	2.486.902,65	86,08%	789.034,97	31,73%	914.358,05	36,77%	2.000,00	0,08%	507.583,00	20,41%	27.636,74	1,11%	4.200,00	0,17%
Milano	10.850.200	11.161.137,02	102,87%	2.928.153,02	26,24%	3.474.478,66	31,13%	157.446,00	1,41%	2.944.392,07	26,38%	34.676,90	0,31%	14.519,81	0,13%
Napoli	10.504.900	10.497.109,03	99,93%	2.610.606,33	24,87%	4.595.949,62	43,78%	157.289,87	1,50%	1.191.448,34	11,35%	13.984,89	0,13%	0,00	0,00%
Padova	4.672.000	4.526.830,16	96,89%	1.979.908,20	43,74%	1.233.173,46	27,24%	0,00	0,00%	784.639,59	17,33%	14.528,92	0,32%	7.538,67	0,17%
Palermo	8.674.000	8.848.836,34	102,02%	2.913.982,48	32,93%	3.358.802,07	37,96%	97.764,61	1,10%	1.215.868,56	13,74%	4.810,38	0,05%	0,00	0,00%
Perugia	1.988.000	2.013.917,25	101,30%	706.504,30	35,08%	654.618,30	32,50%	38.195,41	1,90%	268.030,24	13,31%	32.883,26	1,63%	0,00	0,00%
Pescara	2.587.000	2.464.501,77	95,26%	1.088.544,15	44,17%	760.979,17	30,88%	16.238,48	0,66%	271.790,04	11,03%	21.027,94	0,85%	0,00	0,00%
Potenza	769.000	766.412,55	99,66%	350.632,38	45,75%	320.034,43	41,76%	0,00	0,00%	24.167,00	3,15%	1.632,35	0,21%	671,32	0,09%
Roma	8.728.540	9.347.613,11	107,09%	2.228.502,74	23,84%	3.914.146,41	41,87%	37.633,52	0,40%	1.218.200,92	13,03%	27.032,62	0,29%	38.354,76	0,41%
Torino	6.158.000	6.128.254,56	99,52%	2.511.745,87	40,99%	2.012.033,38	32,83%	0,00	0,00%	284.125,00	4,64%	103.578,56	1,69%	4.029,07	0,07%
Totale	82.374.940	83.248.592,26	101,06%	27.225.105,14	32,70%	30.450.087,79	36,58%	1.159.710,68	1,39%	10.657.809,82	12,80%	379.572,62	0,46%	82.353,08	0,10%

(segue tab. n. 22)

(segue tab. n. 22)

Esercizio finanziario 2003 cap. 1764
Assegnazione fondi e consuntivo delle spese

valori in euro

Provvedit.	Assegn. fondi (a)	Spesa consunt. (b)	% (b/a)	Rifiuti spec. tossici e nocivi (i)	% (i/b)	Protesi (l)	% (l/b)	Sorvegl. medica e paramed. (m)	% (m/b)	Specialisti (n)	% (n/b)	Convenz. l. 626/94 (o)	% (o/b)	Altre spese (p)	% (p/b)
Ancona	1.542.800	1.755.685,95	113,80%	6.796,99	0,39%	8.971,29	0,51%	3.930,23	0,22%	154.898,92	8,82%	700,00	0,04%	70.804,04	4,03%
Bari	3.943.000	4.151.275,79	105,28%	21.142,53	0,51%	382,00	0,01%	10.985,57	0,26%	368.432,34	8,88%	14.537,67	0,35%	168.065,52	4,05%
Bologna	5.576.000	5.617.362,53	100,74%	11.993,64	0,21%	1.441,46	0,03%	1.553,14	0,03%	666.671,57	11,87%	7.637,43	0,14%	43.320,41	0,77%
Cagliari	3.366.000	3.186.939,28	94,68%	20.383,09	0,64%	0,00	0,00%	737,27	0,02%	331.136,33	10,39%	3.917,98	0,12%	101.654,70	3,19%
Catanzaro	3.126.500	2.987.897,86	95,57%	11.672,65	0,39%	0,00	0,00%	10.413,86	0,35%	389.376,44	13,03%	5.958,52	0,20%	125.352,32	4,20%
Firenze	7.000.000	7.307.916,41	104,40%	37.651,38	0,52%	6.510,01	0,09%	21.537,90	0,29%	1.208.055,40	16,53%	13.946,24	0,19%	115.976,68	1,59%
Genova	2.889.000	2.486.902,65	86,08%	12.947,89	0,52%	0,00	0,00%	1.535,64	0,06%	220.182,25	8,85%	5.888,47	0,24%	1.535,64	0,06%
Milano	10.850.200	11.161.137,02	102,87%	50.088,97	0,45%	5.701,87	0,05%	39.642,07	0,36%	1.235.287,79	11,07%	14.564,37	0,13%	262.185,49	2,35%
Napoli	10.504.900	10.497.109,03	99,93%	53.321,43	0,51%	0,00	0,00%	23.232,57	0,22%	1.675.217,33	15,96%	6.970,68	0,07%	169.087,97	1,61%
Padova	4.672.000	4.526.830,16	96,89%	26.606,14	0,59%	4.085,37	0,09%	3.678,25	0,08%	400.385,09	8,84%	2.283,57	0,05%	70.002,90	1,55%
Palermo	8.674.000	8.848.836,34	102,02%	36.407,56	0,41%	2.519,68	0,03%	15.972,43	0,18%	867.269,48	9,80%	5.215,33	0,06%	330.223,76	3,73%
Perugia	1.988.000	2.013.917,25	101,30%	6.505,39	0,32%	7.447,60	0,37%	10.135,53	0,50%	263.063,42	13,06%	16.928,22	0,84%	9.605,58	0,48%
Pescara	2.587.000	2.464.501,77	95,26%	18.909,01	0,77%	39.302,13	1,59%	12.277,44	0,50%	214.324,13	8,70%	4.787,31	0,19%	16.321,97	0,66%
Potenza	769.000	766.412,55	99,66%	5.796,82	0,76%	0,00	0,00%	0,00	0,00%	51.622,38	6,74%	753,57	0,10%	11.102,30	1,45%
Roma	8.728.540	9.347.613,11	107,09%	70.440,50	0,75%	3.915,75	0,04%	21.765,77	0,23%	1.488.288,46	15,92%	4.747,97	0,05%	294.583,69	3,15%
Torino	6.158.000	6.128.254,56	99,52%	47.352,47	0,77%	2.466,93	0,04%	24.191,55	0,39%	1.032.601,33	16,85%	17.010,58	0,28%	89.119,82	1,45%
Totale	82.374.940	83.248.592,26	101,06%	438.016,46	0,53%	82.744,09	0,10%	201.589,22	0,24%	10.566.812,66	12,69%	125.847,91	0,15%	1.878.942,79	2,26%

Elaborazione C.d.c. su dati del S.I. RGS/Cdc e dell'amministrazione

5.2.1 L'assetto organizzativo delle strutture sanitarie. Presenze del personale

Mancano elementi informativi adeguati che illustrino l'effettiva organizzazione dei servizi sanitari per grandi aggregati. La richiesta formulata dalla Corte in ordine alla dimostrazione, in ciascun anno del periodo considerato, delle presenze del personale sanitario, almeno a livello di Provveditorato regionale, non ha ricevuto un adeguato riscontro. I soli dati comunicati sul personale utilizzato riguardano le presenze al 12 maggio 2005. La possibile carenza informatizzazione del sistema non sembra possa giustificare la mancanza di informazioni sui fattori elementari dell'assetto organizzativo delle strutture sanitarie. Ciò, nonostante gli ammodernamenti operativi presso i Provveditorati regionali, ove funzionano gli Uffici Operativi Sanità Penitenziaria (cfr. cap. I, par. 6).

5.2.2 Convenzioni per la guardia medica e infermieristica

a) L'indisponibilità dei dati illustrativi delle unità di personale medico e infermieristico che fra il 2000 ed il 2003 hanno operato presso gli istituti sulla base di convenzioni⁶³ limita le potenzialità del controllo sulla gestione e prova che l'amministrazione non ha elaborato (tanto risulta per il periodo di attività oggetto di referto) scritture idonee a provare i contenuti ed i risultati delle attività amministrative svolte per la presa in carico dei dipendenti che assicurano lo svolgimento di servizi essenziali per l'assistenza (tabella n. 23).

⁶³ Le convenzioni sono affidate a personale selezionato sulla base di criteri elaborati dall'amministrazione, che tengono conto, tra l'altro: a) della motivazione al ruolo; b) delle capacità intellettuali e professionali; c) delle capacità emozionali, etc. dei candidati.

Tabella n. 23

Personale sanitario e parasanitario in convenzione

Presenze al 12.5.2005

	Provved.	Medici guardia	Specialisti	Infermieri	Pers. tecnico	Sorv. fisica e medica*	Ausiliari socio-sanitari**	Totale
NORD	Bologna	68	129	77	2	5	3	284
	Genova	38	47	20	2	0	0	107
	Milano	112	123	89	13	18	1	356
	Padova	90	105	51	0	5	4	255
	Torino	110	126	99	3	5	1	344
	Tot. Nord	418	530	336	20	33	9	1.346
CENTRO	Ancona	30	39	29	3	4	0	105
	Firenze	107	187	140	9	12	0	455
	Perugia	25	54	20	3	2	0	104
	Pescara	49	83	50	2	8	0	192
	Roma	99	186	158	12	13	14	482
	Tot. Centro	310	549	397	29	39	14	1.338
SUD	Bari	56	112	61	7	6	1	243
	Cagliari	58	96	47	3	1	0	205
	Catanzaro	64	82	59	7	8	0	220
	Napoli	135	229	229	11	11	0	615
	Palermo	150	266	163	18	4	0	601
	Potenza	12	22	11	0	0	0	45
	Tot. Sud	475	807	570	46	30	1	1.929
	Tot. gen.	1.203	1.886	1.303	95	102	24	4.613

* I sorveglianti fisici sono tecnici, laureati in ingegneria fisica. I sorveglianti medici sono medici del lavoro

** Il personale ausiliario riguarda gli addetti alle pulizie

Elaborazione C.d.c. su dati dell'amministrazione

Appare pertanto non opportuno effettuare alcuna valutazione che colleghi i dati isolati disponibili con i volumi della spesa sostenuti per le categorie di personale in questione nel periodo 2000-2003. E' comunque utile rilevare che la sanità penitenziaria è affidata di massima a circa 4.500 dipendenti che in parte significativa (ad esempio i medici specialisti) operano a tempo parziale. A tale consistenza di collaborazioni sanitarie vanno aggiunte le risorse costituite dal personale di ruolo (cfr. cap. II, par. 5.1) e dai medici incaricati, che hanno rapporti di lavoro più stabili con l'amministrazione penitenziaria.

La non fruibilità delle informazioni necessarie ai fini del referto, abbinata ai fatti oggettivi costituiti dai provvedimenti, comunicati alla Corte, che hanno modificato gli importi dei compensi orari non permette di verificare, ad esempio, se la crescita della spesa, che si registra in ciascun anno del periodo (sia per il personale medico che per quello

infermieristico), si correla all'incremento dei dipendenti, a quello delle ore lavorate o soltanto alla ridefinizione dei compensi orari. A fronte infatti di compensi che risultano aumentati fra il 2000 ed il 2003 del 24% per i medici e del 20% per gli infermieri (tabella n. 24) la spesa risulta aumentata del 12% circa per il personale medico e del 33% circa per i dipendenti con mansioni di infermiere professionale.

Tabella n. 24

Variazioni dei compensi orari per i medici di guardia e per gli infermieri
(anni 1999-2004)

valori in euro

Anno	medici SIAS	infermieri		
		capo-sala	professionale	generico
1999	17,04		n.d.	11,10
2000	17,04		12,91	12,65
2001	19,63		12,91	12,65
2002	19,63	16,53	15,49	14,46
2003	21,15	16,53	15,49	14,46
2004	21,15	n.d.		

Elaborazione C.d.c. su dati dell'amministrazione

Sembrerebbero applicati criteri che sostituiscono il personale medico con quello infermieristico (tabella n. 25). Ma sul punto non sono pervenute informazioni concrete che documentino le scelte effettuate per il funzionamento delle strutture sanitarie.

Spesa per la guardia medica e infermieristica
Anni 2000/2003

valori in euro

Provved.	Anno 2000			Anno 2001			Anno 2002			Anno 2003			
	Assegn. fondi* (a)	Guardia medica** (b)	Guardia inferm.** (c)	Assegn. fondi* (a)	Guardia medica** (b)	Guardia inferm.** (c)	Assegn. fondi* (a)	Guardia medica** (b)	Guardia inferm.** (c)	Assegn. fondi* (a)	Guardia medica** (b)	Guardia inferm.** (c)	
NORD	Bologna	6.353.386	1.631.972,86	1.837.500,22	6.056.490	1.667.992,65	1.977.118,70	5.685.803	1.899.812,22	2.032.164,34	5.576.000	1.755.993,53	2.282.664,78
	Genova	3.330.512	736.513,71	892.492,48	3.159.167	810.106,87	1.067.520,14	3.136.009	881.746,85	1.052.565,13	2.889.000	789.034,97	914.358,05
	Milano	11.187.474	2.420.250,55	2.222.676,99	11.222.608	2.708.780,52	2.839.510,32	11.030.177	2.796.075,61	3.164.651,86	10.850.200	2.928.153,02	3.474.478,66
	Padova	5.147.046	1.785.906,46	869.327,24	5.274.058	1.966.654,98	859.719,62	5.022.617	1.938.303,90	972.708,60	4.672.000	1.979.908,20	1.233.173,46
	Torino	7.000.623	1.942.519,31	811.083,19	7.075.460	2.422.325,93	1.225.826,53	6.758.643	2.208.856,63	1.323.245,81	6.158.000	2.511.745,87	2.012.033,38
	Tot. Nord	33.019.041	8.517.162,88 % (b/a) 25,79%	6.633.080,12 % (c/a) 20,09%	32.787.783	9.575.860,96 % (b/a) 29,21%	7.969.695,31 % (c/a) 24,31%	31.633.249	9.724.795,21 % (b/a) 30,74%	8.545.335,74 % (c/a) 27,01%	30.145.200	9.964.835,59 % (b/a) 33,06%	9.916.708,33 % (c/a) 32,90%
CENTRO	Ancona	1.682.348	542.190,90	471.143,76	1.581.907	583.860,07	511.235,55	1.584.923	619.139,86	477.557,45	1.542.800	671.401,90	637.131,99
	Firenze	7.751.176	2.412.909,55	2.078.618,45	7.687.461	2.472.883,01	1.904.258,71	8.153.163	2.888.993,42	2.212.885,82	7.000.000	2.679.605,87	2.810.253,23
	Perugia	2.063.695	660.282,92	482.425,63	2.007.468	684.174,47	528.588,82	2.268.257	752.705,00	569.677,14	1.988.000	706.504,30	654.618,30
	Pescara	2.989.444	1.199.877,78	735.370,41	2.855.490	1.858.508,52	756.880,63	2.704.099	1.273.920,15	665.420,54	2.587.000	1.088.544,15	760.979,17
	Roma	9.226.694	2.050.476,03	3.011.588,85	9.112.882	2.134.945,94	3.402.728,55	8.652.359	2.313.950,42	3.315.854,27	8.728.540	2.228.502,74	3.914.146,41
	Tot. Centro	23.713.357	6.865.737,17 % (b/a) 28,95%	6.779.147,10 % (c/a) 28,59%	23.245.208	7.734.372,00 % (b/a) 33,27%	7.103.692,26 % (c/a) 30,56%	23.362.801	7.848.708,85 % (b/a) 33,59%	7.241.395,22 % (c/a) 31,00%	21.846.340	7.374.558,96 % (b/a) 33,76%	8.777.129,10 % (c/a) 40,18%
SUD	Bari	4.431.236	1.263.149,31	1.020.001,13	4.477.681	1.504.498,35	1.295.015,44	4.656.832	1.545.968,92	1.238.187,89	3.943.000	1.513.443,75	1.474.967,97
	Cagliari	3.726.324	1.319.251,76	850.818,59	3.727.786	1.208.953,84	920.235,65	3.896.239	1.350.823,65	888.653,91	3.366.000	1.354.011,74	1.266.765,65
	Catanzaro	3.562.711	1.109.737,50	843.001,76	3.200.372	1.248.798,95	903.850,33	3.703.036	1.513.931,64	1.136.658,96	3.126.500	1.143.033,91	739.730,62
	Napoli	11.567.276	2.415.966,71	4.076.710,67	11.587.227	2.515.630,24	3.922.184,95	11.600.287	2.746.223,51	4.047.571,66	10.504.900	2.610.606,33	4.595.949,62
	Palermo	10.192.876	2.539.064,29	2.415.618,97	9.552.903	2.891.856,78	2.973.786,74	10.152.285	3.222.150,86	2.882.385,67	8.674.000	2.913.982,48	3.358.802,07
	Potenza	910.911	318.151,65	243.162,64	836.144	356.630,58	253.247,19	1.039.395	379.800,09	273.216,32	769.000	350.632,38	320.034,43
	Tot. Sud	34.391.334	8.965.321,22 % (b/a) 26,07%	9.449.313,77 % (c/a) 27,48%	33.382.113	9.726.368,74 % (b/a) 29,14%	10.268.320,31 % (c/a) 30,76%	35.048.074	10.758.898,67 % (b/a) 30,70%	10.466.674,41 % (c/a) 29,86%	30.383.400	9.885.710,59 % (b/a) 32,54%	11.756.250,36 % (c/a) 38,69%
Tot. gen.	91.123.732	24.348.221,27 % (b/a) 26,72%	22.861.540,99 % (c/a) 25,09%	89.415.104	27.036.601,70 % (b/a) 30,24%	25.341.707,88 % (c/a) 28,34%	90.044.124	28.332.402,73 % (b/a) 31,47%	26.253.405,37 % (c/a) 29,16%	82.374.940	27.225.105,14 % (b/a) 33,05%	30.450.087,79 % (c/a) 36,97%	

* I dati sono rilevati dal S.I. RGS/C.d.c.

** Dati comunicati dall'amministrazione

b) Gli oneri complessivi per le convenzioni con i medici sono passati da 24,3 a 27,2 milioni di euro (+11,8%) tra il 2000 ed il 2003, e quelli per le collaborazioni degli infermieri da 22,8 a 30,4 milioni (+33,2%).

La spesa per i medici, in particolare, è aumentata nel periodo considerato del 17% circa nelle regioni settentrionali, del 7,4% in quelle centrali, e del 10,2% nelle regioni meridionali e insulari. L'aumento di tali oneri risulta comunque sensibilmente inferiore rispetto all'incremento delle retribuzioni.

Anche l'evoluzione della spesa per il personale infermieristico espone tendenze di crescita, ma in percentuali più elevate. Nelle regioni settentrionali è aumentata di quasi il 50% (dai 6,6 milioni di euro del 2000 ai 9,9 del 2003); l'incremento è stato considerevole anche nelle regioni centrali (+29,5%) ed in quelle meridionali e insulari (+24,4%), ma l'indice di aumento in queste ultime aree del territorio è stato inferiore della metà rispetto a quello che si registra nelle zone settentrionali.

5.2.3 Convenzioni con i medici specialisti (anni 2000-2003)

La documentazione disponibile espone che nel periodo indicato le prestazioni specialistiche hanno assorbito poco meno di 48 milioni di euro (tabella n. 26). Deve essere ricordato, ai fini di una congrua valutazione e di una razionale quantificazione degli oneri in argomento, che le assegnazioni globali ai Provveditorati, rimaste nel complesso stabili nel periodo 2000-2002, sono state sensibilmente ridotte nell'anno successivo. Va inoltre ricordato che la programmazione del 2002 ha richiamato l'esigenza di limitare le consulenze specialistiche.

Si spiega così come la quota assorbita da tale voce abbia registrato un'evoluzione costante nel primo triennio e una diminuzione rilevante nel 2003. All'incremento di circa il 10% per anno sino al 2002 è seguito un abbattimento dell'onere, in misura superiore al 20%, nell'esercizio successivo.

Spesa per le consulenze specialistiche
Anni 2000/2003

valori in euro

	Provved.	Anno 2000		Anno 2001		Anno 2002		Anno 2003	
		Assegn. fondi* (a)	Servizio specialistico** (b)	Assegn. fondi* (a)	Servizio specialistico** (b)	Assegn. fondi* (a)	Servizio specialistico** (b)	Assegn. fondi* (a)	Servizio specialistico** (b)
NORD	Bologna	6.353.386	610.696,98	6.056.490	716.200,14	5.685.803	784.294,65	5.576.000	666.671,57
	Genova	3.330.512	327.957,88	3.159.167	292.303,10	3.136.009	306.817,94	2.889.000	220.182,25
	Milano	11.187.474	1.468.638,69	11.222.608	1.601.602,61	11.030.177	1.682.511,55	10.850.200	1.235.287,79
	Padova	5.147.046	334.697,62	5.274.058	404.433,01	5.022.617	427.669,97	4.672.000	400.385,09
	Torino	7.000.623	740.425,16	7.075.460	999.855,67	6.758.643	1.072.893,66	6.158.000	1.032.601,33
	Tot. Nord	33.019.041	3.482.416,32 % (b/a) 10,55%	32.787.783	4.014.394,52 % (b/a) 12,24%	31.633.249	4.274.187,77 % (b/a) 13,51%	30.145.200	3.555.128,03 % (b/a) 11,79%
CENTRO	Ancona	1.682.348	137.674,38	1.581.907	123.379,44	1.584.923	153.811,49	1.542.800	154.898,92
	Firenze	7.751.176	1.179.796,36	7.687.461	1.169.226,72	8.153.163	1.327.221,87	7.000.000	1.208.055,40
	Perugia	2.063.695	294.503,78	2.007.468	296.372,52	2.268.257	294.030,60	1.988.000	263.063,42
	Pescara	2.989.444	303.262,74	2.855.490	290.587,88	2.704.099	240.298,29	2.587.000	214.324,13
	Roma	9.226.694	1.603.046,18	9.112.882	1.624.350,21	8.652.359	2.065.406,76	8.728.540	1.488.288,46
	Tot. Centro	23.713.357	3.518.283,44 % (b/a) 14,84%	23.245.208	3.503.916,76 % (b/a) 15,07%	23.362.801	4.080.769,01 % (b/a) 17,47%	21.846.340	3.328.630,33 % (b/a) 15,24%
SUD	Bari	4.431.236	567.915,75	4.477.681	566.928,82	4.656.832	517.520,70	3.943.000	368.432,34
	Cagliari	3.726.324	319.244,80	3.727.786	329.740,88	3.896.239	363.435,12	3.366.000	331.136,33
	Catanzaro	3.562.711	406.245,98	3.200.372	415.628,75	3.703.036	469.124,39	3.126.500	389.376,44
	Napoli	11.567.276	2.000.986,24	11.587.227	1.973.098,94	11.600.287	2.293.361,04	10.504.900	1.675.217,33
	Palermo	10.192.876	941.644,58	9.552.903	1.491.376,02	10.152.285	1.481.651,10	8.674.000	867.269,48
	Potenza	910.911	75.741,32	836.144	73.470,18	1.039.395	92.979,16	769.000	51.622,38
	Tot. Sud	34.391.334	4.311.778,68 % (b/a) 12,54%	33.382.113	4.850.243,60 % (b/a) 14,53%	35.048.074	5.218.071,51 % (b/a) 14,89%	30.383.400	3.683.054,30 % (b/a) 12,12%
Tot. gen.	91.123.732	11.312.478,44 % (b/a) 12,41%	89.415.104	12.368.554,88 % (b/a) 13,83%	90.044.124	13.573.028,29 % (b/a) 15,07%	82.374.940	10.566.812,66 % (b/a) 12,83%	

* I dati sono rilevati dal S.I. RGS/C.d.c.

** Dati comunicati dall'ammistrazione

La quota delle disponibilità complessive utilizzata nelle distinte aree del territorio è stata pressoché proporzionale alla quota dell'utenza assistita nel periodo soltanto nelle regioni meridionali e insulari. Rispetto al volume della popolazione carceraria assistita, le prestazioni specialistiche sono state inferiori di oltre sei punti percentuali nelle regioni settentrionali e superiori anche di sei punti in quelle centrali (tabella n. 27). Questa tipologia di spesa è stata quindi sensibilmente contenuta al nord rispetto alle rimanenti zone del territorio.

Tabella n. 27

Distribuzione sul territorio delle risorse totali impiegate per l'assistenza specialistica
(anni 2000-2003)

valori in migliaia di euro

Aree del territorio	Nord	Centro	Sud	Totali
a) Risorse totali utilizzate*	15.325	14.431	18.063	47.819
b) Incidenza sulla spesa totale	32,0%	30,2%	37,8%	100,0%
c) Utenza del periodo 2000-2003 (unità di detenuti e internati)**	84.238	52.469	81.815	218.522
d) % territoriale dell'utenza penitenziaria	38,5%	24,1%	37,4%	100,0%
e) disallineamento fra la spesa specialist. media e l'utenza assistita (b-d)	-6,5%	6,1%	0,4%	

* Dati arrotondati al migliaio di euro

** Dati dell'amministrazione

5.2.4 Spesa farmaceutica

Nell'area di intervento appaiono essersi manifestate forme concrete di collaborazione fra l'amministrazione penitenziaria, le regioni e le ASL. La documentazione pervenuta, a volte indica la disponibilità delle regioni ad assumere l'onere farmaceutico (entro i limiti di convenzioni stipulate con la Giustizia), a volte è corredata da attestazioni che stanziavano annualmente sui bilanci regionali somme non irrilevanti per rimborsare le ASL degli oneri sostenuti per i farmaci; a volte poi, mentre tale documentazione appare idonea ad attestare che alcune regioni sono orientate a risolvere il problema, mancano le deliberazioni degli organi competenti ad assumere un impegno politico stabile verso l'amministrazione della giustizia. Questo quadro ancora diversificato di iniziative e di riscontri potrebbe spiegare il

ridimensionamento considerevole che, specie tra il 2002 e l'anno successivo, si è riscontrato per questa tipologia di spesa.

Va inoltre osservato che pressoché tutte le regioni hanno manifestato la disponibilità ad assistere la popolazione tossicodipendente. Presso una quantità più limitata di regioni risultano assunte decisioni per il rimborso dei farmaci iscritti nella fasce A e H.

Benché la rete di accordi tra l'amministrazione penitenziaria e le amministrazioni regionali non possa dirsi ancora stabilizzata, sembra possa essere ascritta in parte al contributo delle regioni la rilevante riduzione degli oneri farmaceutici, che fra il 2000 ed il 2003 ha superato il 41% (tabella n. 28). Ma non va trascurato che la fornitura dei farmaci a carico del S.S.N. potrà essere estesa in avvenire, in conseguenza della corretta interpretazione della normativa che, nel riconoscere all'utenza carceraria il diritto all'assistenza sanitaria pubblica, rinvia ai principi che devono garantire a ciascun soggetto assistibile nel territorio dello Stato i livelli essenziali di assistenza definiti dal d.p.c.m. del 29 novembre 2001.

A fronte di un'incidenza della spesa farmaceutica, pari negli anni 2000 e 2001, a circa il 20% delle assegnazioni totali a carico del capitolo 1764, il rapporto è sceso al 17% nell'anno successivo ed a poco meno del 13% nel 2003. In termini assoluti la spesa è diminuita da 18,2 a 10,6 milioni di euro. La riduzione, in particolare, è stata del 34% circa nelle regioni settentrionali, di oltre il 50% in quelle centrali e del 46% in quelle meridionali.

Spesa per il servizio farmaceutico

Anni 2000/2003

valori in euro

	Provved.	Anno 2000		Anno 2001		Anno 2002		Anno 2003	
		Assegn. fondi* (a)	Serv. farmac.** (b)	Assegn. fondi* (a)	Serv. farmac.** (b)	Assegn. fondi* (a)	Serv. farmac.** (b)	Assegn. fondi* (a)	Serv. farmac.** (b)
NORD	Bologna	6.353.386	993.152,10	6.056.490	1.079.918,09	5.685.803	1.044.064,70	5.576.000	736.190,20
	Genova	3.330.512	916.156,70	3.159.167	711.860,32	3.136.009	545.462,72	2.889.000	507.583,00
	Milano	11.187.474	3.472.994,09	11.222.608	3.236.322,58	11.030.177	3.497.876,40	10.850.200	2.944.392,07
	Padova	5.147.046	858.330,22	5.274.058	1.008.413,27	5.022.617	866.684,64	4.672.000	784.639,59
	Torino	7.000.623	1.710.420,15	7.075.460	1.665.314,27	6.758.643	761.752,89	6.158.000	284.125,00
	Tot. Nord	33.019.041	7.951.053,26	32.787.783	7.701.828,54	31.633.249	6.715.841,35	30.145.200	5.256.929,86
			% (b/a) 24,08%		% (b/a) 23,49%		% (b/a) 21,23%		% (b/a) 17,44%
CENTRO	Ancona	1.682.348	153.041,29	1.581.907	162.410,86	1.584.923	164.168,90	1.542.800	161.759,12
	Firenze	7.751.176	1.453.690,68	7.687.461	1.618.227,94	8.153.163	998.427,73	7.000.000	206.824,10
	Perugia	2.063.695	362.979,89	2.007.468	320.953,59	2.268.257	394.130,87	1.988.000	268.030,24
	Pescara	2.989.444	596.749,09	2.855.490	430.661,95	2.704.099	356.711,11	2.587.000	271.790,04
	Roma	9.226.694	1.635.903,70	9.112.882	1.427.874,23	8.652.359	1.342.606,42	8.728.540	1.218.200,92
	Tot. Centro	23.713.357	4.202.364,65	23.245.208	3.960.128,56	23.362.801	3.256.045,03	21.846.340	2.126.604,42
			% (b/a) 17,72%		% (b/a) 17,04%		% (b/a) 13,94%		% (b/a) 9,73%
SUD	Bari	4.431.236	761.426,43	4.477.681	876.956,24	4.656.832	830.798,56	3.943.000	509.572,69
	Cagliari	3.726.324	827.978,10	3.727.786	805.348,91	3.896.239	514.890,75	3.366.000	70.285,19
	Catanzaro	3.562.711	409.503,12	3.200.372	387.698,73	3.703.036	310.329,64	3.126.500	262.933,76
	Napoli	11.567.276	2.543.671,52	11.587.227	2.467.075,65	11.600.287	1.982.905,14	10.504.900	1.191.448,34
	Palermo	10.192.876	1.435.204,97	9.552.903	1.832.134,15	10.152.285	1.585.378,31	8.674.000	1.215.868,56
	Potenza	910.911	106.209,24	836.144	109.136,29	1.039.395	113.115,96	769.000	24.167,00
Tot. Sud	34.391.334	6.083.993,38	33.382.113	6.478.349,98	35.048.074	5.337.418,36	30.383.400	3.274.275,54	
			% (b/a) 17,69%		% (b/a) 19,41%		% (b/a) 15,23%		% (b/a) 10,78%
Tot. gen.		91.123.732	18.237.411,29	89.415.104	18.140.307,07	90.044.124	15.309.304,74	82.374.940	10.657.809,82
			% (b/a) 20,01%		% (b/a) 20,29%		% (b/a) 17,00%		% (b/a) 12,94%

* I dati sono rilevati dal S.I. RGS/C.d.c.

** Dati comunicati dall'amministrazione

Par. 6. Gli oneri complessivi per il personale

a) L'illustrazione delle fondamentali voci di spesa sostenute sul capitolo 1764 attesta che gli oneri sostenuti per il personale medico e per gli infermieri hanno assorbito nel tempo una quota sempre più elevata delle disponibilità, aumentata dal 64% circa delle assegnazioni di fondi del 2000⁶⁴ a circa l'83% del 2003 (tabella n. 29).

Tabella n. 29

Incidenza degli oneri per il personale medico e infermieristico sui fondi assegnati
(cap. 1764)

	valori in milioni di euro			
	2000	2001	2002	2003
Guardia medica	24,35	27,03	28,33	27,22
Guardia infermieristica	22,86	25,34	26,25	30,45
Consulenze specialistiche	11,31	12,37	13,57	10,56
Oneri totali (a)	58,52	64,74	68,15	68,23
Importo delle assegnazioni di fondi (b)	87,82	89,41	90,04	82,37
Incidenza degli oneri per il personale % (c= a/b)	66,64%	72,41%	75,69%	82,83%

risorse non utilizzate per oneri di personale (d=b-a)	29,30	24,67	21,89	14,14
incidenza delle risorse non utilizzate per oneri di personale rispetto alle assegnaz. dei fondi (e=d/b)	33,36%	27,59%	24,31%	17,17%

Elaborazione C.d.c su dati del S.I. RGS/C.d.c. e dell'amministrazione

Allo stato degli atti esibiti alla Corte la problematicità di gestire un servizio complesso con disponibilità residue (rispetto a quelle utilizzate per remunerare le fondamentali categorie di personale sanitario) più che dimezzate in quattro anni, rende possibile ipotizzare una sorta di crisi imminente dell'efficienza e dell'efficacia dell'assistenza penitenziaria. Mentre va sottolineato che la spesa per il personale non appare comprimibile, non deve essere sottovalutata l'esigenza di dover disporre di fondi per il servizio farmaceutico, dato che il ridimensionamento elevato di quest'ultima spesa nel 2003, potrebbe venire meno sino a quando non saranno maturate certezze ufficiali in ordine all'imputazione del costo dei farmaci al S.S.N..

⁶⁴ Si ricorda che nel 2000 vi sono state economie pari a circa 3,3 milioni di euro che hanno ridotto da 91 a 87.8 milioni le disponibilità dell'anno.

b) La rilevanza della spesa per il personale rispetto alle disponibilità complessive iscritte nel bilancio della Giustizia per le esigenze dell'assistenza sanitaria emerge con maggiore evidenza ove si rapportino a tali disponibilità gli oneri totali (cfr. tabella n. 6) risultati finora necessari per remunerare tutti i dipendenti con mansioni sanitarie, inclusi quindi anche i medici incaricati e di ruolo, nonché gli infermieri di ruolo. Da tale rapporto si rileva che la spesa per il personale (al netto delle disponibilità assorbite dalla Convenzione con l'O.P.G. di Castiglione delle Stiviere), pari a circa il 70% delle disponibilità complessive nel 2000, è aumentata nel periodo considerato di quasi 16 punti percentuali (tabella n. 30).

Tabella n. 30

Rapporto fra la spesa totale per il personale e le disponibilità complessive iscritte in bilancio per l'assistenza sanitaria

valori in milioni di euro

	2000	2001	2002	2003	Totali
Costo del personale finanziato dal capitolo 1764	58,52	64,74	68,15	68,23	259,64
Costo dei medici incaricati e dei medici e infermieri di ruolo	28,44	28,05	28,83	28,52	113,84
Costo dei medici e infermieri addetti ai Presidi per le tossicodip. *	6,05	6,44	6,44	3,42	22,35
Costo totale del personale (a)	93,01	99,23	103,42	100,18	395,84
Disponibilità complessive iscritte in bilancio (b)**	132,24	127,46	126,17	117,07	502,94
Incidenza del costo del personale sui fondi totali disponibili (c=a/b)	70,3%	77,9%	82,0%	85,6%	78,7%

*spesa sostenuta sino al 30/6/2003

** al netto degli oneri per la Convenzione con l'O.P.G. di Castiglione delle Stiviere

Elaborazione C.d.c. su dati dell'amministrazione

Le risorse finanziarie complessive sicuramente utilizzate per il personale sanitario nel periodo considerato (396 milioni di euro circa) sono state pari a circa il 79% degli stanziamenti totali (depurati della spesa sostenuta per il rinnovo della più volte ricordata Convenzione con l'O.P.G. di Castiglione delle Stiviere). Ma la tendenza non modificabile verso l'incremento delle voci di spesa in argomento ha elevato nel 2003 ad un livello superiore all'85% l'incidenza degli oneri per il personale rispetto a quelli totali depurati.

Sembra prospettarsi come probabile, allo stato degli atti, una fonte aggiuntiva di finanziamento, almeno sino a quando non saranno precisati i caratteri del cosiddetto "servizio misto" dell'assistenza penitenziaria, finanziato in parte dalla Giustizia e in parte dal S.S.N..

Par. 7. Note sulla costruzione della spesa capitaria sostenuta per l'assistenza sanitaria

a) Il contesto nel quale è erogata l'assistenza sanitaria, il dichiarato tasso di morbilità sensibilmente più elevato rispetto al mondo libero, la concentrazione di patologie gravi presso spazi ristretti e diffusi sul territorio rendono non del tutto probabile la prospettiva di equiparare i soggetti detenuti e internati a quelli liberi, sia per i contenuti del diritto alla salute, sia per i costi dell'assistenza.

Sembra utile che nell'ambito penitenziario le attività di monitoraggio dello stato di salute dell'utenza nonché di rilevazione della popolazione effettivamente assistita, vengano effettuate sulla base di parametri per quanto possibili certi e/o attendibili.

Si è visto che la quantità della popolazione da assistere non costituisce un parametro di rilevante significatività ai fini della definizione annuale degli stanziamenti da iscrivere in bilancio; infatti, a fronte di un incremento del 5% circa dell'utenza tra il 2000 ed il 2004 le risorse complessive sono invece diminuite. La disponibilità di dati certi o attendibili sembra non valutata ai fini della quantificazione del fabbisogno finanziario; appare comunque non rinunciabile l'esigenza di conoscere l'entità sia dei soggetti da assistere, sia del personale sanitario complessivo applicato al servizio sanitario.

b) In conseguenza di perplessità nate dall'esame di documenti esibiti dall'amministrazione nonché acquisiti presso altre fonti attendibili, la Corte ha ritenuto utile conoscere, attraverso una specifica istruttoria, i criteri applicati per la quantificazione degli utenti. Ciò in quanto i dati relativi alla popolazione carceraria sono identificati con criteri diversi in distinte sedi di valutazione della spesa; ad alcuni dati, in particolare, utilizzati invero di rado (che identificano l'utenza anche attraverso le locuzioni "ingressi dalla libertà" e "detenuti transitanti"), sono talvolta correlate valutazioni assai importanti di carattere finanziario nonché economico⁶⁵. La conclusione dell'istruttoria ha condotto ad accertare che la significatività finanziaria degli "ingressi" e dei "transiti" rispetto alle "presenze" è

⁶⁵ E' risultato necessario, ai fini della corretta prosecuzione dell'indagine, appurare presso l'amministrazione se il parametro di calcolo adottato per quantificare la popolazione carceraria fosse costituito dalle "presenze presso gli istituti" ovvero anche, o essenzialmente, dai cosiddetti detenuti "transitanti" o dal criterio degli "ingressi dalla libertà". L'accertamento dell'esatto significato da attribuire a ciascun termine è stato ritenuto rilevante dato che alla differenza assai sensibile (specie fra i dati relativi alle presenze e quelli concernenti gli "ingressi dalla libertà") delle quantificazioni effettuate applicando l'uno o l'altro dei criteri illustrati, viene collegato a volte un valore economico assai rilevante.

"Differenza quantitativa della popolazione carceraria rilevata secondo il criterio delle presenze o degli 'ingressi dalla libertà'"

	31.12.99	31.12.00	31.12.01	31.12.02	31.12.02
"Presenze"	51.814	53.165	55.275	55.670	54.237
"Ingressi dalla libertà"	87.862	81.397	78.649	81.185	81.790
Eccedenza quantità degli "Ingressi"	36.048	28.232	23.374	25.515	27.553

particolarmente contenuta in quanto può incidere sulla spesa sanitaria (secondo stime e criteri da diffondere e sperimentare⁶⁶ sul territorio del Paese) in misura oscillante tra il 3 ed il 5% della spesa complessiva. Tale conclusione dell'istruttoria è apparsa coerente con il criterio costantemente adottato da anni, che quantifica il volume della popolazione carceraria sulla base delle presenze e commisura a tale volume l'entità delle risorse umane e finanziarie assegnate all'assistenza.

c) Tenendo pertanto conto della ricostruzione, avanti compiuta, della destinazione delle distinte voci di spesa finanziate dal Ministero della giustizia, risulta ora più agevole calcolare la spesa capitaria sostenuta per erogare l'assistenza (tabella n. 31), benchè approssimata per difetto in quanto depurata degli oneri assorbiti dalla ricordata Convenzione gestita dagli uffici dell'amministrazione centrale (cfr. cap. II, par. 4).

Tabella n. 31

Spesa capitaria per l'assistenza sanitaria erogata all'utenza penitenziaria

	valori in milioni di euro					
	2000	2001	2002	2003	2004	Variaz. % 2000-2004
a) Spesa sanitaria compless. depurata*	132,24	127,46	126,17	117,07	122,17	-7,6%
b) Utenza carceraria ("Presenze")	53.340	55.275	55.670	54.237	56.068	5,1%
c) Valori capitari dell'assist. (a/b) (in euro)	2.479,2	2.305,9	2.266,4	2.158,5	2.179,0	-12,1

* Risorse complessive depurate della quota (cfr. tabella n. 6) utilizzata per l'esecuzione della convenz. con l'O.P.G. di Castiglione delle Stiviere

Elaborazione C.d.c. su dati del S.I. RGS/C.d.c. e dell'amministrazione

I dati che attestano la diminuzione della spesa complessiva sostenuta, l'incremento delle unità da assistere e la riduzione della spesa capitaria media nel periodo di gestione esaminato in questo referto espongono fatti oggettivi sui quali potrebbe essere agevole esprimere considerazioni che porterebbero ad interrogarsi sulla compatibilità dei dati in argomento con la qualità dell'assistenza erogata presso il sistema penitenziario. La Corte,

⁶⁶ L'amministrazione, in riscontro alla richiesta istruttoria della Corte ha comunicato che "in base ai risultati di una sperimentazione attuata presso il Provveditorato dell'Emilia Romagna, è possibile posizionare tra il 3 ed il 5% la percentuale di spesa sulla quota capitaria riconducibile ai nuovi giunti e transiti, relativa alle risorse impiegate per assicurare agli stessi le visite di primo ingresso e gli esami di routine in quella Regione". Dalla illustrazione grafica trasmessa sembra peraltro che tale percentuale venga calcolata sulla quota capitaria, più modesta di quella reale, costituita dalle sole risorse assegnate ai Provveditorati a carico del capitolo 1764.

allo stato degli atti, si astiene da giudizi tecnici, ma deve ricordare che il grave stato della sanità penitenziaria è stato dichiarato nella sede parlamentare, sia nell'ambito dell'indagine conoscitiva, nella quale è stato posto l'accento più sulla scarsità delle risorse disponibili, che sulla qualità delle operazioni concrete dell'assistenza, sia nella proposta di legge avanti esaminata (cfr. cap. II, par. 5).

Considerazioni conclusive

1. La legge di delega n. 419 del 1998 ha preso atto dell'urgenza di riformare i meccanismi di erogazione dell'assistenza sanitaria nel sistema carcerario attesa la necessità di dare, ad una problematica particolarmente complessa, una risposta tempestiva e idonea a contenere l'allarme sui rischi prospettati dalla qualità e dall'efficacia del servizio sanitario erogato ai detenuti ed agli internati. La legge ha inteso porre rimedio in realtà alle oggettive difficoltà di natura organizzativa e operativa spesso rappresentate dall'utenza carceraria (talvolta comprovate da episodi di intolleranza e/o autolesionismo) ed ha previsto la semplificazione strutturale delle funzioni sanitarie assegnando i compiti di programmazione al Ministero della salute (Ministero della sanità nel 1998), quelli operativi di assistenza al S.S.N. e quelli per la sicurezza degli operatori sanitari al Ministero della Giustizia (già Ministero di grazia e giustizia).

La disciplina del 1998 ha scontato che il sistema normativo e l'assetto organizzativo dovessero essere resi compatibili con urgenza alle innovazioni introdotte dalla legge istitutiva del Servizio sanitario nazionale (l. n. 833 del 23 dicembre 1978) ed ha valorizzato le missioni istituzionali tradizionali prevedendo la collaborazione permanente fra il S.S.N. e l'Amministrazione penitenziaria. In vista dell'obiettivo di formare un insieme di regole che migliorasse la qualità dell'assistenza sono state previste "sperimentazioni di modelli organizzativi ...eventualmente differenziati in relazione alle esigenze ed alla realtà del territorio" da concludere entro i diciotto mesi successivi all'adozione del primo decreto legislativo di attuazione.

2. L'esigenza di procedere per gradi all'adeguamento funzionale di un sistema che aveva in realtà funzionato senza particolari difficoltà prima del rapido incremento della popolazione carceraria appare sottesa dalla legge quando ha previsto la possibilità di aggiornare la disciplina contenuta nei decreti legislativi iniziali anche con riferimento all'esito delle sperimentazioni.

La riforma della medicina penitenziaria, inserita in una legge diretta a razionalizzare il sistema sanitario generale del Paese, è stata impostata con il vincolo finanziario dell'invarianza degli oneri complessivi assorbiti dalla funzione sanitaria, e quindi anche della spesa a carico del Ministero della giustizia. La legge ha quindi ritenuto che la "riforma a costo zero" fosse compatibile, nell'ambito penitenziario, con l'inderogabilità dell'obbligo di garantire la corretta fruizione del diritto alla salute utilizzando una logica unitaria (da applicare per i cittadini liberi e per i detenuti), ed ha perseguito anche l'obiettivo di migliorare l'economicità delle risorse da destinare all'assistenza.

3. Le fasi normative e procedurali per l'attuazione della riforma sono state completate in parte significativa nei tempi prescritti: con l'approvazione della normativa delegata (d.lgs. n. 230 del 1999), del Progetto obiettivo (d.i.-salute/giustizia- del 21 aprile 2000) nonché (con ritardo di alcuni mesi⁶⁷) con l'avvio della sperimentazione (cfr. cap. II, par. 2.3), prevista dalla l. n. 419 e da realizzare nei tempi stabiliti dal d.lgs n. 230. Dopo il completamento degli atti fondamentali di avvio della riforma, vi sono stati i primi episodi che hanno ritardato l'attuazione del programma legislativo.

Il primo ritardo di rilievo è connesso all'applicazione della legge n. 433/2000 che, nel riaprire i termini per l'accesso delle regioni alla sperimentazione, lasciando peraltro invariato il progetto della l. n. 419 del 1998⁶⁸, ha di fatto introdotto fattori di rallentamento del processo in atto: fattori che si sono ripercossi anche sui tempi di costituzione del "Comitato per il monitoraggio e la valutazione della fase sperimentale", istituito nell'aprile 2000 con l'atto che ha avviato la sperimentazione, ma costituito nel maggio 2001.

4. Risulta che il Ministero della giustizia non ha acquisito le relazioni conclusive della sperimentazione⁶⁹. Per questa ragione ha dichiarato di non essere in grado di fornire gli elementi sull'esito della sperimentazione, richiesti dalla Corte, tra l'altro, in materia di:

- differenze di costo stimate e/o verificate, in caso di attuazione della riforma;
- qualità delle prestazioni erogate prima e dopo l'entrata a regime del trasferimento dell'assistenza;
- tempi, calcolati sulla base di prospettive concrete, ritenuti necessari per modificare l'assetto dell'assistenza penitenziaria.

La mancata raccolta da parte del Ministero della documentazione che illustra la conclusione di una fase essenziale nell'economia della l. n. 419 costituisce una anomalia della quale non è agevole comprendere la ragionevolezza, se si tiene conto che i dati non acquisiti avrebbero comunque potuto rivelarsi utili per la conoscenza delle realtà locali e per impostare nuovi modelli organizzativi. La circostanza sembra in qualche modo dimostrativa

⁶⁷ L'avvio della sperimentazione è stato programmato per i trenta giorni successivi all'entrata in vigore del d.lgs. n. 230 del 1999. la sperimentazione è stata autorizzata con il decreto interministeriale (Salute e Giustizia) del 20 aprile 2000, con un ritardo di circa nove mesi rispetto al programma del decreto legislativo. Il d.m. è stato adottato con il concerto del Ministro del Tesoro, del bilancio e della programmazione economica e del Ministro della funzione pubblica, previa intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni, etc., e sentite le organizzazioni sindacali.

⁶⁸ E' risultato improprio attribuire ai termini "riordino definitivo del settore" utilizzati dalla legge n. 433 del 2000, l'intento di rivedere la legge del 1998. I termini "riordino della medicina penitenziaria" si rinvencono nell'intitolazione della norma della l. n. 419/98, che ha costruito le basi della riforma.

⁶⁹ L'amministrazione chiarisce sul punto che "nessun documento ufficiale sugli esiti della sperimentazione è mai pervenuto né dai dicasteri interessati né dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome".

del contenuto interesse per il cambiamento del vigente sistema di gestione del servizio sanitario.

5. La particolare criticità del tema delle tossicodipendenze ha imposto di accelerare le procedure per il passaggio delle responsabilità sanitarie al S.S.N.. Per questa ragione il settore è stato esonerato dalla sperimentazione ed il trasferimento delle funzioni è stato fissato con decorrenza 1° gennaio 2000. Di fatto il servizio è stato trasferito dal 1° luglio 2003, dopo il completamento delle procedure che hanno individuato i dipendenti addetti alla cura delle tossicodipendenze e calcolato i fondi, da trasferire al S.S.N., utilizzati dalla Giustizia per remunerare il personale in argomento. L'attuazione della disciplina relativa alle tossicodipendenze è quindi scivolata di oltre tre anni rispetto ai tempi prefigurati dalla normativa (cfr. cap. I, par. 4).

6. Nel periodo successivo alla costituzione del Comitato e antecedente all'inizio dei lavori vi sono state le prime manifestazioni concrete sulla limitata propensione della Giustizia a realizzare la riforma. A ridosso dell'avvio delle attività del Comitato è stato ufficializzato il progetto di abrogazione del d.lgs. n. 230 con la costituzione (cfr. cap. II, par. 1) di una "commissione mista" (Giustizia-Salute), composta dai più rappresentativi esponenti amministrativi dei Ministeri della giustizia e della salute, alla quale è stato affidato il compito di formulare un disegno di legge che recuperasse alla Giustizia l'esercizio delle funzioni sanitarie, anche nei profili della programmazione. E' stata prevista, nell'ambito di un sistema misto, la collaborazione del S.S.N..

Il superamento della logica che ha guidato la formazione della legge n. 419 risulta dalla documentazione illustrativa delle attività svolte dalla commissione-mista, proseguita oltre il termine stabilito, data la complessità di ripensare un sistema di assistenza da fondare sul principio della collaborazione fra le strutture sanitarie dei Dipartimenti per l'amministrazione penitenziaria e per la giustizia minorile ed il Servizio sanitario nazionale. Lo schema di disegno di legge predisposto sulla base delle indicazioni dei Ministri della giustizia e della salute (cfr. cap. I, par. 4.3) risulta esaminato a più livelli tecnici. Non è noto lo stadio di evoluzione del processo di inoltro del documento al Parlamento.

Appare rinviata, nello schema del d.d.l., la soluzione definitiva dei problemi relativi al personale sanitario della giustizia, all'istituzione di eventuali piante organiche ed al possibile trasferimento al S.S.N. di parte delle risorse finanziarie gestite dalla Giustizia. In ordine all'assistenza specialistica si è ritenuto di precisare che le remunerazioni erogate nell'ambito penitenziario erano più contenute rispetto a quelle vigenti presso il S.S.N.. Da ciò la

conclusione che l'eventuale applicazione di tariffe più elevate avrebbe potuto comportare, o maggiori oneri di rimborso per la Giustizia o il ridimensionamento delle prestazioni.

7. La documentazione illustrativa dei lavori svolti presso le Commissioni riunite (II e XII) della Camera dei deputati, nello svolgimento di un'indagine conoscitiva avviata nel 2003 con l'obiettivo di conoscere la realtà dell'assistenza presso gli istituti penitenziari e di proporre i rimedi per migliorare l'efficacia delle prestazioni sanitarie, ha confermato gli orientamenti favorevoli alla prosecuzione o all'abbandono del d.lgs n. 230. Sono chiaramente emersi i limiti del sistema di gestione vigente, correttamente ammessi anche dai componenti orientati a conservare il servizio presso la Giustizia. E' stata univocamente sostenuta, nella sede parlamentare, l'urgenza di costruire un modello di gestione della sanità penitenziaria "definito e definitivo.... poiché le incertezze esistenti nuocciono a tutti: all'efficienza del sistema nel suo complesso, ai detenuti ed agli operatori".

8. E' risultata non verificabile la concreta applicazione della normativa che iscrive la popolazione carceraria presso il S.S.N.. Le lacunose informazioni delle amministrazioni controllate non sono apparse in grado di accertare se l'eventuale carente attuazione dei principi vigenti possa essersi ripercossa sull'efficienza complessiva della medicina penitenziaria. La mancanza di notizie, sul punto, del Ministero della salute e, a quanto sembra, la contenuta efficacia dei criteri di rilevazione della spesa presso il sistema sanitario non hanno reso possibile acquisire elementi affidabili di valutazione in ordine al volume delle risorse, provenienti dal S.S.N., utilizzato per le esigenze della popolazione carceraria. Benché questo tema sia stato valutato presso la commissione-mista (Giustizia-Salute) non sono tuttavia noti gli oneri sostenuti dal S.S.N. né quelli che, in sede di programmazione sanitaria generale, si riterrà di poter sostenere.

9. L'analisi sulla destinazione e sulle modalità di impiego dei mezzi finanziari utilizzati dalla Giustizia nel periodo 2000-2004 (passati da 139 a 129 milioni di euro), ha chiarito che l'assistenza permane sostanzialmente disciplinata dalle regole contenute nell'articolo 11 della legge n. 354 del 1975 ("Norme sull'ordinamento penitenziario e sulla esecuzione delle misure privative della libertà"), come riviste dall'art. 17 del più recente regolamento di esecuzione della legge del 1975 (D.P.R. n. 230/2000), che modifica la ricordata norma di base con disposizioni più attuali. Disposizioni che, in concreto, non appaiono idonee ad influire significativamente sulla consistenza e sull'efficacia della spesa complessiva. Va infatti considerato che le risorse assegnate alla Giustizia sono assorbite per la maggior parte dalle

remunerazioni corrisposte al personale sanitario (sia dagli uffici centrali del ministero che dalle amministrazioni periferiche), dagli oneri farmaceutici e dalla convenzione con l'Azienda che gestisce l'Ospedale Psichiatrico Giudiziario di Castiglione delle Stiviere.

I documenti di programmazione della sola spesa periferica prodotti dalla Giustizia si soffermano sui temi della scarsità delle risorse finanziarie rispetto agli obiettivi e sui criteri di ripartizione delle disponibilità fra le fondamentali voci di spesa. La struttura dei documenti è diversa in qualche modo negli anni 2000-2001 rispetto agli anni successivi. Appare ricorrente l'incertezza sulle scelte più idonee per gestire il servizio sanitario perseguendo contemporaneamente gli obiettivi del miglioramento delle prestazioni e della riduzione dei costi. E' apparsa utile l'iniziativa di includere gli "Assessori alla sanità" delle Regioni fra i destinatari dei documenti a partire dal 2003, che sembra sottendere la presa d'atto della non rinviabilità del cofinanziamento del S.S.N..

Nella programmazione del periodo 2002-2004 è più volte ribadito il riferimento alla "primaria responsabilità dell'Amministrazione penitenziaria nella gestione della salute in carcere", e quindi l'intento di disapplicare un fondamentale principio della l. n. 419 del 1998, tuttora in vigore, al pari del d.lgs. n. 230 del 1999.

10. Gli obiettivi perseguiti dalla Giustizia con le dotazioni iscritte in bilancio per le esigenze della periferia sono ora agevolmente rilevabili dai consuntivi predisposti dai Provveditorati regionali per quattro dei cinque anni di gestione esaminati in questo referto. Da tali documenti, redatti con accettabile trasparenza, si rileva la crescita costante delle risorse utilizzate per remunerare il personale sanitario e infermieristico, che opera in regime di convenzione e svolge funzioni di guardia medica e infermieristica; quote significative sono andate alle prestazioni specialistiche e all'assistenza farmaceutica.

Non sono disponibili, però, elementi informativi idonei a dimostrare la quantità del personale presente in ciascun anno del periodo considerato presso gli istituti distribuiti presso i Provveditorati regionali. I dati pervenuti, difforni da quelli sollecitati dalla Corte con richieste istruttorie, formali e in via breve, espongono le presenze di un solo giorno di attività, per giunta non incluso nel periodo di indagine. La carente capacità informativa sull'evoluzione storica delle presenze, toglie parte della significatività ai dati finanziari che tuttavia risultano correttamente elaborati. Tale anomala situazione è stata attribuita dall'amministrazione, in via breve, al mancato adeguamento del sistema informativo. In realtà la grave circostanza sembra da ricollegare anche alla migliorabile efficienza degli uffici periferici, presso i quali da anni risultano introdotti ammodernamenti operativi specifici per il settore sanitario (presso i Provveditorati regionali risultano funzionanti gli "Uffici operativi

della sanità penitenziaria") nonché alla carente vigilanza sul funzionamento dei Provveditorati.

Le valutazioni sull'impiego dei mezzi finanziari sono pertanto affidate all'evoluzione dei dati contabili in un contesto di crescita delle retribuzioni contrattuali. Non è agevole verificare se l'incremento della spesa complessiva, verificata nei settori della guardia medica e infermieristica, sia da attribuire all'aumento dei dipendenti, a quello delle ore lavorate o soltanto alla ridefinizione dei compensi orari. L'incertezza su tale aspetto della gestione finanziaria risulta avvalorata dal fatto che il costo del personale, aumentato fra il 2000 ed il 2003 del 24% per i medici e del 20% per gli infermieri (cfr. tabella n. 24), non si correla all'incremento della spesa, cresciuta del 12% circa per i medici e del 33% per gli infermieri professionali (cfr. cap. II, par. 5.2.2 e tabella n. 25)⁷⁰.

11. La disponibilità dei documenti di consuntivo ha migliorato la trasparenza della spesa periferica ed ha posto in evidenza l'entità annua degli oneri complessivi assorbiti dal personale, che non figurano rappresentativi della specifica politica adottata dalla Giustizia. La spesa in argomento permane infatti ancora distinta, anche nei documenti di programmazione, da quella sostenuta per i dipendenti (medici e infermieri) remunerati con le risorse gestite dagli uffici centrali dell'amministrazione. Tale situazione impedisce di collegare in bilancio (cfr. cap II, par. 4.2) la componente degli oneri sostenuti per l'indicato personale alla spesa sanitaria complessiva (cfr. tabella n. 6).

La revisione della attuale classificazione di bilancio dovrebbe consentire tra l'altro una più esatta percezione del costo globale del servizio sanitario. Tale contributo alla trasparenza migliorerebbe gli strumenti per il calcolo della spesa capitaria effettiva, che talvolta appare effettuato tenendo conto delle sole spese sostenute dai Provveditorati, pari a circa i due terzi di quelle totali assegnate all'assistenza.

Il criterio di calcolo imposto dalla più esatta percezione della spesa complessiva conduce a ridimensionare la tenuta logica delle tesi che tendono ad equiparare i costi dell'assistenza nel mondo libero e del sistema carcerario, ove si concentra, com'è noto, una

⁷⁰ L'Amministrazione penitenziaria, nella memoria trasmessa alla Sezione per l'adunanza, ha sostanzialmente confermato che l'impianto della legislazione relativa agli incarichi del personale medico è superato dai tempi. Ha infatti affermato che "Relativamente alla distribuzione territoriale dei medici incaricati, i medesimi, vincitori di un concorso pubblico per titoli per il singolo istituto, non possono essere trasferiti ad altre sedi..... Ciò comporta verosimilmente una non perfetta omogeneità nella distribuzione territoriale di tale figura professionale". Riguardo alla distribuzione sul territorio del personale infermieristico, l'Amministrazione penitenziaria ha di fatto dichiarato, nella memoria più volte citata, di non disporre di informazioni sull'argomento e di non avere il controllo di quest'ultima tipologia di personale. Tanto si rileva laddove si legge: " Riguardo alle presenze del personale infermieristico le differenze delle presenze complessive dei suddetti operatori nel Centro-Nord rispetto al Sud è presumibilmente da correlarsi al differente contesto territoriale, fortemente concorrenziale nel Nord del Paese".

percentuale di morbilità non comparabile quella della medicina ordinaria⁷¹. Non sembra fondato l'assunto che vuole rendere pressochè equivalenti la spesa capitaria nel mondo penitenziario, che riguarda un'utenza composta da circa 55.000 soggetti distribuiti in circa 200 luoghi cura, e quella dei cittadini liberi.

La quota capitaria dell'assistenza è diminuita di circa il 12% (cfr. cap. II, par. 7) nel periodo considerato⁷² (dai circa 2.480 euro del 2000 ai 2.179 del 2004); la riduzione può indicare tra l'altro, sia il risultato di un processo di razionalizzazione della spesa, sia il deterioramento del livello di assistenza già garantito in passato, sia l'eliminazione di considerevoli sprechi di risorse, in precedenza non individuati né segnalati. Gli elementi forniti dalle amministrazioni controllate non sono stati in grado di provare la veridicità di alcuna delle ipotesi formulate. Il solo fatto che dispone di un riscontro oggettivo è rappresentato dall'esito dei lavori parlamentari condotti in esecuzione della ricordata indagine conoscitiva, che testimoniano la convinzione trasversale sulla contenuta efficacia della sanità penitenziaria.

Va chiarito come non sia emerso da alcuna fonte di informazione il riferimento concreto all'eliminazione di sprechi di risorse, particolarmente cospicui ove si assumano di ammontare equivalente alla riduzione della quota capitaria. Peraltro ove tale tesi fosse sostenuta da fatti concreti, sarebbero provate le carenze dell'efficienza e dell'economicità della gestione finora condotta.

12. Le informazioni rilevate dagli atti esaminati, le valutazioni contabili effettuate, le considerazioni delle amministrazioni coinvolte dal 1998 nel ricordato processo di riforma manifestano punti di concordanza nelle parti in cui provano che numerose componenti della non soddisfacente politica dell'assistenza trovano origine nel clima diffuso di incertezza presente in pressoché tutti i settori della medicina penitenziaria.

Vi è incertezza sulla normativa da applicare, sui principi della normativa vigente, sui modi per accrescere la qualità dell'offerta sanitaria, sulla quantità e qualità dei bisogni effettivi, sulle priorità da selezionare ai fini del contenimento della spesa, sui modi per finanziare specifiche situazioni di emergenza, sui modi, sui tempi e sulle situazioni in cui

⁷¹ La tesi della non equiparabilità della spesa sanitaria pro-capite dei soggetti detenuti e di quelli liberi risulta sostanzialmente accolta dall'amministrazione quando afferma (Nota GDAP-0151474 del 22 aprile 2005) come sia "necessario comprendere che la tipologia della popolazione detenuta, composta per oltre il 40% da persone con patologie croniche invalidanti (tossicodipendenti, disagiati psichici, malattie virali croniche) avvicina quest'ultima alla situazione di Residenze Sanitarie Assistite, piuttosto che alla popolazione generale Italiana".

⁷² Gli oneri complessivi esposti nel testo sono depurati dei costi sostenuti per l'esecuzione della Convenzione relativa all'O.P.G. di Castiglione delle Stiviere.

sussiste la possibilità di acquisire stabilmente il cofinanziamento del S.S.N. in alcuni segmenti dell'assistenza, specie in quello farmaceutico.

Deteriorano le potenzialità del servizio anche le incertezze sulle disponibilità finanziarie: gli stanziamenti complessivi destinati al settore registrano ridimensionamenti graduali e costanti dal 2000. L'applicazione degli indirizzi di programmazione del 2002 ha conseguito il risultato finanziario atteso, con la riduzione (-8,5%) delle dotazioni periferiche del 2003 (cfr. tabella n. 18). Nel periodo consuntivato dall'amministrazione il decremento della spesa gestita presso la periferia, che rappresenta circa i due terzi di quella sanitaria totale (cfr. cap. II, par. 4.3) registra la riduzione in valori assoluti del 9,6% circa e del 19% a valori costanti se si considera il deprezzamento ufficiale del valore del danaro quantificato dalle statistiche ISTAT in 9.1 punti percentuali fra il gennaio 2000 e lo stesso mese del 2003.

L'aumento del 5%, nel medesimo periodo, della popolazione carceraria costituisce un ulteriore fattore di incertezza che si aggiunge all'esigenza di frenare la diffusione, negli spazi penitenziari, di malattie da tempo scomparse.

13. Alle ridotte dimensioni oggettive della gestione esaminata (cap. II, par. 3°) non corrisponde un ridotto rilievo della problematica da risolvere. La Corte si astiene da giudizi tecnici sull'efficacia dei servizi resi, ma deve prendere atto che le patologie della sanità gestita nell'ambiente penitenziario, rilevanti per l'immagine del Paese, sono state dichiarate nella sede parlamentare, sia nell'ambito dell'indagine conoscitiva, sia nella relazione introduttiva di una proposta di legge che si occupa essenzialmente dello stato economico e giuridico del personale (cfr. cap. I, par. 5.2). Appare urgente quindi esaminare attentamente l'ipotesi di costruire più efficienti strumenti di controllo dello specifico settore della politica penitenziaria fondati sul raccordo stabile fra le amministrazioni interessate (Giustizia e Salute), allo scopo di acquisire certezze quantomeno sugli obiettivi tendenziali da perseguire, compatibili con la disciplina dei livelli essenziali di assistenza (L.E.A.), definiti con il D.P.C.M. 29 novembre 2001.

Andrebbero definite con urgenza le aree di intervento da finanziare con i mezzi della Giustizia o con quelli del S.S.N. e andrebbe chiarito il ruolo delle regioni: va infatti ricordato che la minore spesa farmaceutica del 2003, pur in mancanza di certezze, sembra da attribuire ai protocolli temporanei stipulati tra la Giustizia e le Regioni. Appare non rinviabile in altri termini una soluzione idonea a sdrammatizzare la "questione sanitaria nelle carceri", considerando che una risposta adeguata ai bisogni oggettivi dell'utenza può evitare il deteriorarsi delle situazioni di tensione presenti da tempo nel clima carcerario.

Non risultano effettuate rilevazioni nè formulate ipotesi concrete di lavoro su tali argomenti. Il Ministero della salute, poi, tenuto a riferire sull'evoluzione dell'assistenza penitenziaria nella Relazione annuale sullo stato sanitario del Paese, ha esposto, nel solo documento pervenuto alla Corte, che riguarda il periodo 2001-2002, dati di natura essenzialmente statistica, che risultano essersi soffermati sul tema della consistenza della popolazione carceraria.

Il Magistrato relatore

ALLEGATI:

- 1 – Nota del Ministero della giustizia – DAP – Uff. gen. detenuti – uff. III – Prot. C.d.c. n. 556 dell'11.10.2005
- 2 – Nota del Ministero della salute – Dip. qualità – Direttore gen. programmaz. sanitaria, livelli di assistenza e principi etici di sistema – Prot. C.d.c. n. 560 del 19.10.2005