

**COMMISSIONE XII
AFFARI SOCIALI**

RESOCONTO STENOGRAFICO

INDAGINE CONOSCITIVA

7.

SEDUTA DI MARTEDÌ 28 GENNAIO 2020

PRESIDENZA DELLA PRESIDENTE MARIALUCIA LOREFICE

INDICE

	PAG.		PAG.
Sulla pubblicità dei lavori:		Audizione di Francesco Basentini, capo dipartimento dell'amministrazione penitenziaria del Ministero della giustizia:	
Lorefice Marialucia, <i>Presidente</i>	2	Lorefice Marialucia, <i>Presidente</i>	5, 6, 8, 9
INDAGINE CONOSCITIVA IN MATERIA DI POLITICHE DI PREVENZIONE ED ELIMINAZIONE DELL'EPATITE C		Basentini Francesco, <i>capo dipartimento dell'amministrazione penitenziaria del Ministero della giustizia</i>	5, 8
Audizione di Massimo Zeppieri, dirigente dell'Ufficio II dell'Ispettorato generale per la spesa sociale (I.GE.SPE.S.) del Ministero dell'economia e delle finanze:		Bond Dario (FI)	6
Lorefice Marialucia, <i>Presidente</i>	2, 5	Carnevali Elena (PD)	7
Zeppieri Massimo, <i>dirigente dell'Ufficio II dell'Ispettorato generale per la spesa sociale (I.GE.SPE.S.) del Ministero dell'economia e delle finanze</i>	2	Gemmato Marcello (FdI)	6
		ALLEGATO: Documentazione depositata, dal capo dipartimento dell'amministrazione penitenziaria del Ministero della giustizia, Francesco Basentini	10

N. B. Sigle dei gruppi parlamentari: MoVimento 5 Stelle: M5S; Lega - Salvini Premier: Lega; Forza Italia - Berlusconi Presidente: FI; Partito Democratico: PD; Fratelli d'Italia: FdI; Italia Viva: IV; Liberi e Uguali: LeU; Misto: Misto; Misto-Noi con l'Italia-USEI-Cambiamo !-Alleanza di Centro: Misto-NI-USEI-C !-AC; Misto-Minoranze Linguistiche: Misto-Min.Ling.; Misto-Centro Democratico-Radicali Italiani-+ Europa: Misto-CD-RI-+E; Misto-MAIE - Movimento Associativo Italiani all'Estero: Misto-MAIE.

PRESIDENZA DELLA PRESIDENTE
MARIALUCIA LOREFICE

La seduta comincia alle 14.20.

Sulla pubblicità dei lavori.

PRESIDENTE. Avverto che la pubblicità dei lavori della seduta odierna sarà assicurata anche attraverso la trasmissione televisiva sul canale satellitare della Camera dei deputati, nonché la trasmissione diretta sulla *web-tv* della Camera dei deputati.

Audizione di Massimo Zeppieri, dirigente dell'Ufficio II dell'Ispettorato generale per la spesa sociale (I.GE.SPE.S.) del Ministero dell'economia e delle finanze.

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca l'audizione di Massimo Zeppieri, dirigente dell'Ufficio II dell'Ispettorato generale per la spesa sociale (I.GE.SPE.S.) del Ministero dell'economia e delle finanze, nell'ambito dell'indagine conoscitiva in materia di politiche di prevenzione ed eliminazione dell'epatite C.

Saluto il nostro ospite, ringraziandolo per aver accolto l'invito della Commissione a partecipare all'audizione odierna. Pregherei il nostro ospite di contenere il proprio intervento entro dieci minuti per dare modo ai deputati di porre domande, a cui seguirà la replica.

La documentazione acquisita sarà resa disponibile ai deputati attraverso l'applicazione GeoCamera e sarà pubblicata anche sul sito *internet* della Camera dei deputati.

Do la parola a Massimo Zeppieri per la sua relazione.

MASSIMO ZEPPIERI, *dirigente dell'Ufficio II dell'Ispettorato generale per la spesa*

sociale (I.GE.SPE.S.) del Ministero dell'economia e delle finanze. Grazie, presidente. La presente audizione mira ad evidenziare gli aspetti di carattere normativo connessi all'istituzione del fondo per i farmaci innovativi, in gran parte destinato alla copertura della spesa per i medicinali per la cura dell'epatite C.

In via preliminare si ritiene utile riepilogare sinteticamente i principali aspetti del governo della spesa farmaceutica, anche ai fini di una valutazione circa l'opportunità di istituire fondi dedicati a specifici medicinali, come quelli per la cura dell'epatite C, non sottoposti alla disciplina generale del settore. Nell'ambito sanitario la definizione dei tetti della spesa farmaceutica è da considerarsi come il principale strumento di programmazione e controllo della medesima spesa. In particolare, a partire dall'anno 2001, a fronte di un rilevante incremento della spesa farmaceutica convenzionata, il legislatore ha ritenuto necessario introdurre meccanismi di controllo dei costi che negli anni sono stati costantemente aggiornati. Da ultimo, la legge n. 232 del 2016 ha modificato gli aggregati di spesa e i limiti dei tetti.

Nello specifico, a partire dall'anno 2017 il tetto per la spesa farmaceutica convenzionata è pari al 7,96 per cento del livello del finanziamento del Servizio sanitario nazionale. In valore assoluto nell'anno 2019 tale percentuale corrisponde a circa 9,1 miliardi di euro. La normativa prevede, altresì, il meccanismo del cosiddetto «*payback*», ovvero il ripiano integrale, in favore delle regioni, dell'eventuale superamento del tetto a livello nazionale, con oneri a carico delle aziende farmaceutiche, dei farmacisti e dei grossisti, ciascuno in proporzione alle relative quote di spettanza. Il tetto per la spesa per farmaci

acquistati direttamente dalle aziende sanitarie è pari al 6,89 per cento del livello del finanziamento del servizio sanitario. In valore assoluto nell'anno 2019 tale percentuale corrisponde a circa 7,8 miliardi di euro. Le aziende farmaceutiche sono chiamate a versare in favore delle regioni il 50 per cento dell'eventuale scostamento dal tetto a livello nazionale, mentre il restante 50 per cento resta a carico delle stesse regioni. In sintesi quindi la spesa farmaceutica complessiva programmata, quale somma dei due tetti, equivale al 14,85 per cento del fondo sanitario ovvero a circa 16,9 miliardi di euro nell'anno 2019. Dal computo della spesa sottoposta ai predetti limiti, peraltro, sono escluse particolari tipologie di farmaci, quali ad esempio quelli di classe C, anche se acquistati direttamente dalle aziende ospedaliere. Dal 2013 in poi si è registrato un sostanziale rispetto del tetto della spesa farmaceutica convenzionata e, viceversa, un costante e significativo superamento del tetto della spesa per acquisti diretti.

Ciò precisato in merito alle regole generali relative alla spesa farmaceutica, con riferimento agli aspetti più strettamente connessi alla presente audizione, si evidenzia che la legge di stabilità per l'anno 2015 ha previsto, al di fuori del citato sistema dei tetti e quindi del *payback*, l'istituzione, esclusivamente per gli anni 2015 e 2016, di un fondo per il concorso al rimborso dei costi sostenuti dalle regioni per l'acquisto di farmaci innovativi.

In realtà, sin dal 2008 il legislatore aveva previsto una particolare tutela per i farmaci innovativi disponendo, da un lato, che nell'ambito del tetto della allora spesa farmaceutica territoriale fosse previsto uno specifico fondo per i farmaci innovativi, dall'altro lato che la quota dell'eventuale sfioramento del tetto imputabile al superamento del fondo fosse ripartita ai fini del *payback* tra tutte le altre aziende farmaceutiche, in proporzione ai rispettivi fatturati relativi ai medicinali non innovativi coperti da brevetto.

La *ratio* della disposizione, come peraltro dalla stessa esplicitato, era evidentemente quella di favorire lo sviluppo e la

disponibilità dei farmaci innovativi, in considerazione degli elevati costi di ricerca che la produzione di tali farmaci richiede, e attesa l'utilità degli stessi per far fronte alle esigenze di salute dei cittadini. Per questi motivi il legislatore ha previsto che la quota dello sfioramento del tetto di spesa, derivante dall'immissione in commercio di tali farmaci, fosse ripianata dalle altre aziende farmaceutiche.

Tuttavia, se il meccanismo descritto può risultare efficace ed equo, quando i costi dei farmaci innovativi, e la relativa spesa, si mantengono entro livelli sostenibili, esso è suscettibile di causare gravi criticità quando i predetti costi diventano ingenti e, conseguentemente, lo sfioramento del tetto di spesa imputabile ai farmaci in questione assume dimensioni tali da gravare eccessivamente a carico delle altre aziende farmaceutiche.

Per dare un'idea dell'ordine di grandezza, all'epoca della definizione della legge di bilancio per l'anno 2015 il fondo per i farmaci innovativi *ex lege* n. 222 del 2007 era pari a circa 48 milioni di euro, mentre la spesa effettiva da sostenersi era valutata in misura non inferiore a 750 milioni di euro, dovuta sostanzialmente ai costi dei nuovi farmaci per la cura dell'epatite C.

In tale stato di cose si è resa necessaria l'istituzione di un fondo di entità sensibilmente più consistente al fine di rendere sostenibile per il Servizio sanitario nazionale l'acquisto dei nuovi farmaci. In particolare, l'articolo 1, comma 593 della legge n. 190 del 2014 ha istituito nello stato di previsione del Ministero della salute il fondo per gli anni 2015 e 2016 con dotazione pari a 500 milioni di euro annui, comunque nell'ambito delle risorse già destinate al finanziamento del Servizio sanitario nazionale, ad eccezione di 100 milioni di euro aggiuntivi per il solo anno 2015. Il successivo comma 594 rinviava le modalità per il funzionamento del fondo ad un decreto interministeriale. L'articolo 1, comma 569, della legge n. 208 del 2015 chiarisce che solo la spesa eccedente i 500 milioni di euro viene computata ai fini della determinazione dell'eventuale sfondamento del tetto

di spesa farmaceutica territoriale e quindi del *payback*.

Il decreto interministeriale del 9 ottobre 2015 individua le regole per la concessione dei rimborsi alle regioni. In particolare occorre sottolineare che con il decreto, in analogia con i criteri generali di finanziamento della spesa sanitaria, si dispone di rimborsare esclusivamente la spesa sostenuta per gli assistiti residenti nelle regioni a statuto ordinario e nella regione siciliana. Per quest'ultima regione, tuttavia, sempre in coerenza con le regole generali del finanziamento del Servizio sanitario nazionale, il rimborso è limitato al 50,89 per cento della spesa, mentre il restante 49,11 per cento resta a carico della Regione. Le altre autonomie speciali, viceversa, provvedono integralmente con le risorse dei propri bilanci a sostenere la spesa per i farmaci innovativi. Solo per l'anno 2015, ed esclusivamente a valere sul già citato importo aggiuntivo, pari a 100 milioni di euro, si prevede di rimborsare le autonomie speciali.

Il decreto inoltre indica anche i sei farmaci innovativi per i quali si prevede il rimborso. Cinque dei sei medicinali richiamati nel decreto sono utilizzati per la cura dell'epatite C.

Nel 2015 e, in misura inferiore, nel 2016 la spesa effettiva per farmaci innovativi eccede le risorse del fondo. In particolare nell'anno 2015 le quote più rilevanti del fondo sono erogate, nell'ordine, a Lombardia, Campania e Puglia. Nell'anno 2016 le regioni che accedono agli importi più consistenti sono Campania, Lombardia e Lazio.

La legge di bilancio per l'anno 2017, in considerazione della rilevanza della spesa per i farmaci innovativi, anche in prospettiva futura, istituisce a regime due fondi, di cui uno destinato ai soli farmaci oncologici, entrambi con dotazione pari a 500 milioni di euro. Anche in questo caso la normativa dispone che solo l'eventuale spesa che eccede l'importo di ciascuno dei fondi viene calcolata ai fini della determinazione del superamento dei tetti. Anche in questo caso non si tratta di risorse aggiuntive, ma nei fatti di finalizzazione di quote del fondo

sanitario alla spesa farmaceutica. Pertanto, per effetto delle norme citate, alla spesa farmaceutica programmata, che - come detto in precedenza - nell'anno 2019 ammonta a circa 16,9 miliardi, si aggiunge un ulteriore miliardo destinato all'innovazione.

È da segnalare, inoltre, che il comma 402-*bis* della stessa legge n. 232 del 2016 chiarisce che, ove la spesa per farmaci innovativi risulti inferiore alla dotazione del fondo, le risorse non impiegate per l'acquisto di medicinali innovativi siano comunque assegnate alle regioni, sulla base dei criteri generali di riparto del fondo sanitario. In altri termini, tale disposizione evita che le risorse originariamente destinate al finanziamento del fabbisogno sanitario possano non essere attribuite alle regioni, qualora la spesa per farmaci innovativi risulti inferiore ai 500 milioni di euro annui stanziati. È inoltre da osservare, anche ai fini di una valutazione circa la rimborsabilità di specifici farmaci per la cura dell'epatite C, che l'articolo 1, comma 403, della legge n. 232 del 2016 evidenzia che il requisito dell'innovazione dura per un periodo massimo di trentasei mesi.

Anche per i due fondi istituiti dalla legge di bilancio per l'anno 2017 viene emanato un decreto interministeriale che ne disciplina il funzionamento. Il decreto è analogo a quello precedentemente descritto relativo ai fondi degli anni 2015 e 2016. Pertanto anche in questo caso si dispone il rimborso esclusivamente per le regioni a statuto ordinario e, in parte, per la Regione siciliana.

Sono parzialmente modificati i criteri di erogazione delle risorse. Dall'anno 2018 infatti in acconto viene erogato l'intero importo alle regioni sulla base dei criteri generali di riparto, e solo in sede di conguaglio si tiene conto della spesa effettiva.

È infine da aggiungere, ma solo ai fini di una esaustiva ricognizione normativa, la questione amministrativa relativa all'erogazione delle risorse, che dal 2019 è in capo al Ministero dell'economia e non più al Ministero della salute.

Con riferimento al fondo per i farmaci innovativi non oncologici, rilevante ai fini della presente audizione, nell'ultimo eser-

cizio in cui sono disponibili i dati di consuntivo (l'anno 2018) emerge che la spesa effettiva è stata inferiore alle risorse del fondo, anche per effetto della riduzione dei costi dei medicinali per la cura dell'epatite C.

Infine è opportuno ricordare che la legge di bilancio per l'anno 2018 dispone che ai fini di un più efficiente utilizzo delle risorse e di una conseguente migliore organizzazione del Servizio sanitario nazionale, in via sperimentale per il triennio 2018/20, sia avviato un monitoraggio degli effetti dell'utilizzo dei farmaci innovativi sul costo del percorso terapeutico-assistenziale complessivo. Il monitoraggio è effettuato per il tramite del Comitato LEA ed è svolto sulla base dei dati di *real world evidence* e delle informazioni ricavate dai registri sottoposti al monitoraggio dell'AIFA. Le norme prevedono anche che l'esito del monitoraggio sia funzionale alla migliore allocazione delle risorse programmate per il Servizio sanitario nazionale, ivi ricompresa la valutazione della congruità dei fondi per i farmaci innovativi.

Con decreto del direttore generale della Programmazione sanitaria del Ministero della salute nell'anno 2019 è stato istituito un apposito gruppo di lavoro. Tra i farmaci individuati per la valutazione dell'impatto ci sono anche quelli per la cura dell'epatite C.

PRESIDENTE. Grazie, dottor Zeppieri. Chiedo se ci sono domande da parte dei colleghi. Mi sembra di no, quindi noi la ringraziamo per il suo contributo e dichiaro conclusa questa audizione.

Audizione di Francesco Basentini, capo dipartimento dell'amministrazione penitenziaria del Ministero della giustizia.

PRESIDENTE. La Commissione è oggi convocata per lo svolgimento dell'audizione di Francesco Basentini, capo dipartimento dell'amministrazione penitenziaria del Ministero della giustizia, nell'ambito dell'indagine conoscitiva in materia di politiche di prevenzione ed eliminazione dell'epatite C.

Saluto il nostro ospite, ringraziandolo per aver accolto l'invito della Commissione a partecipare all'audizione odierna.

Il dottor Basentini è accompagnato da Paola Montesanti, direttore dell'Ufficio III servizi sanitari della Direzione generale dei detenuti e trattamento del dipartimento dell'amministrazione penitenziaria del medesimo Ministero, e da Giuseppina D'Arienzo, commissario coordinatore di polizia penitenziaria.

Pregherei il nostro ospite di contenere il proprio intervento entro dieci minuti per dare modo ai deputati di porre eventuali domande, a cui seguirà la replica.

La documentazione acquisita sarà resa disponibile ai deputati attraverso l'applicazione GeoCamera e sarà altresì pubblicata sul sito *internet* della Camera dei deputati.

Do quindi la parola al dottor Francesco Basentini per la relazione.

FRANCESCO BASENTINI, capo dipartimento dell'amministrazione penitenziaria del Ministero della giustizia. Grazie, presidente. Grazie anche ai componenti della Commissione per questa convocazione. Nei giorni passati il dipartimento ha provveduto a trasmettere una relazione che ricomprendesse i temi e gli argomenti di maggior interesse, prendendo spunto da quello che doveva o poteva essere il programma dei lavori e comunque l'oggetto di questa convocazione. Per cui io mi rimetterei al testo di quella relazione e farei solo due considerazioni molto brevi, poi ovviamente restiamo a disposizione dei commissari per tutte le domande di interesse.

Le precisazioni, già contenute nella relazione, riguardano innanzitutto la competenza dell'amministrazione penitenziaria in materia di sanità penitenziaria. Dal 2008 l'amministrazione penitenziaria non ha più competenze specifiche ed esclusive in materia di assistenza sanitaria, dal momento che questa materia è stata delegata, è stata trasferita alle competenze delle aziende sanitarie locali, per cui la materia è ora di diretta pertinenza del Ministero della salute. È chiaro che l'amministrazione penitenziaria offre e dà tutta la collaborazione agli organi e al personale sanitario che è presente all'interno delle carceri, ma al di

lità di questo non abbiamo nessuna specifica attribuzione, e soprattutto non abbiamo la possibilità di avere alcun dato sanitario relativo alla popolazione detenuta, dati che sono nella diretta pertinenza del personale sanitario, dati a cui non abbiamo alcuna possibilità di accesso. Dico e preciso questo, perché è evidente quindi che rispetto alla problematica esistenza di casi di epatite C non abbiamo cognizione diretta e non ci risulta ufficialmente nessuna insorgenza di casi di epatite C all'interno degli istituti penitenziari. Questo lo dico innanzitutto come affermazione di massima.

Nella relazione è specificato anche un altro aspetto. Data per esclusa, relativamente ai dati in nostro possesso, l'ipotesi che si sia verificato l'accertamento di un caso di epatite C all'interno delle nostre carceri, va detto che la popolazione detenuta è sicuramente una popolazione che si caratterizza per un forte *turnover*, soprattutto per quanto riguarda i detenuti sottoposti a custodia cautelare. Questo perché si tratta di soggetti che vengono raggiunti all'improvviso da misure cautelari, fanno accesso all'interno di un carcere, portano all'interno della realtà penitenziaria il quadro esistenziale, quindi anche clinico, che caratterizza la loro vita. Per cui, se si è verificato un caso accertato — l'ipotesi la lancio come eventualità — di detenuto affetto da epatite C, è quasi certamente avvenuto in virtù di una patologia già esistente prima che il detenuto facesse ingresso all'interno del carcere.

Detto questo, mi affiderei alle domande dei commissari.

PRESIDENTE. Do la parola ai colleghi che intendono intervenire per porre questioni o formulare osservazioni.

MARCELLO GEMMATO. Dalla relazione del direttore si percepisce una carenza di specificità dell'amministrazione penitenziaria nei confronti nella pratica sanitaria o comunque della sanità penitenziaria. Ora è ovvio ed evidente che alcune considerazioni vadano fatte per allargare l'ambito del nostro pensiero, perché mi risulta che la pertinenza sia regionale. O,

meglio, il Sistema sanitario nazionale devolve alle regioni delle risorse che poi, attraverso le ASL, dovrebbero essere distribuite sul territorio. Quindi ritengo che un primo passaggio, ma questo lo dico più che nel dato specifico per aprire a *latere* un momento di dibattito e di approfondimento, vi sia il tema se effettivamente questi fondi, che dovrebbero essere vincolati per la sanità penitenziaria, vengano spesi realmente per la sanità penitenziaria oppure vengano spesi per altra sanità, sempre in favore del cittadino di quella regione, però non a favore dei detenuti. Mi risultano situazioni anche gravi — senza entrare nello specifico — perché è chiaro nella sua esposizione l'evidenza che, non disponendo di dati, non potete venirci incontro. Ritengo — e questa è una considerazione generica non supportata da dati scientifici — che la promiscuità in carcere possa portare anche ad episodi di contagio. Però ritengo che noi in questo momento non lo possiamo affermare a chiare lettere o comunque con un substrato scientifico. Però ritengo che esista un tema, dal momento in cui è passata nelle mani delle regioni l'erogazione di fondi per la sanità penitenziaria, di cui questa Commissione si dovrebbe fare carico.

DARIO BOND. È un dato di fatto che lo stato di salute delle carceri sia assolutamente di basso livello; lo stato di salute delle infermerie all'interno delle carceri, dei posti letto dei carcerati sia abbastanza basso, a parte alcune eccezioni, ad esempio in Lombardia.

Però quello che ci tengo a dire oggi — ed è una sollecitazione che faccio alla Commissione, ma anche a voi che rappresentate la cerniera del sistema — è che da alcuni anni le regioni si occupano di sanità all'interno delle carceri, di integrazione anche specialistica all'interno delle carceri, non c'è più la cerniera tra gli operatori del sistema carcerario e la sanità in senso generale. Faccio una affermazione abbastanza pesante, molte volte il sistema della sanità del singolo paziente carcerato non è connesso con il sistema carcerario. Questo porta tante volte a individuare dei bisogni, ma non a dare delle risposte a questi bisogni, sia nelle liste d'attesa delle presta-

zioni sanitarie dei soggetti sia nelle prestazioni portate dalle strutture sanitarie al carcere. Non voglio fare nomi, non voglio neanche indicare le varie situazioni nelle varie regioni, ma ci sono situazioni in cui le liste d'attesa dei poveri pazienti carcerati che gridano vendetta. Prima, quando il sistema era legato allo Stato e alle prestazioni dirette dello Stato, questa situazione non era così di bisogno, non era così pesante.

Molte volte nell'erogazione del servizio avvicinarsi al territorio non significa migliorarne la qualità. Se vogliamo entrare nel merito specifico delle carceri, i LEA garantiti ai carcerati non sono assolutamente quelli garantiti ai pazienti e ai cittadini normali. C'è una disparità incredibile. Non entro nel merito del singolo caso dell'epatite C, ma vogliamo entrare nel merito delle malattie mentali? Oppure nella gestione di una situazione materno-infantile? Oppure in alcune patologie legate alla mamma? Oppure anche in alcune patologie legate all'assunzione di alcuni cibi o a problematiche gastroenterologiche in senso generale? Potremmo portare i casi. Abbiamo la lista.

Per non fare solamente una fotografia critica, perché sarebbe semplice, lo fanno tutti, quello che io vi indico - ma lo dico ai colleghi - è che noi, se vogliamo fare un bel lavoro, dobbiamo creare una sorta di sistema di trasmissione tra Ministero della giustizia, Ministero della salute e regioni, perché ha ragione il mio collega nel dire che questi fondi dovrebbero essere tutti usati per il sistema carcerario e che occorre verificare con un sistema di connessione di dati se i LEA vengono garantiti e se vengono materializzati, perché una cosa è scrivere un bisogno, altra cosa è realizzarlo. Sono due cose completamente diverse. Ne va però della salute di un essere umano che, pur avendo commesso delle cose che non vanno bene, ha diritto di essere curato e non deve essere raccomandato per farsi curare. Noi andiamo a commemorare una serie di situazioni, ma poi ci dimentichiamo di queste persone qua. Io ritengo che in Conferenza Stato-regioni, quando andiamo a definire il pacchetto

riguardante le prestazioni sanitarie, dobbiamo costruire una finestra di trasparenza sulla sanità del sistema carcerario. Questo dipende da noi, da questa Commissione, dai deputati, dal Ministero, in Conferenza Stato-regioni dobbiamo creare una trasparenza su queste prestazioni. Lo chiedo a questa Commissione. Non voglio proporre l'ennesima indagine conoscitiva, perché le indagini conoscitive, sì, servono, ma qua serve poco, serve una cosa semplice: quando gli assessori della sanità regionali e il Ministero e i suoi funzionari si trovano, se sono 670 i milioni di euro, troviamoci e lavoriamo assieme. Non può essere che questi soldi vadano via senza sapere dove finiscano. Non può essere che i LEA delle carceri siano dimenticati. Se volete, approfondiamo l'argomento, ma tiriamo fuori dei casi che sono assolutamente delicati.

Sono venuto qua apposta per intervenire su questo, perché è necessario, anche da parte vostra, creare un *focus* su questo, e la prima grande occasione è la Conferenza Stato-regioni per quanto riguarda la materia della sanità, del riparto del piano ma anche della definizione dei LEA effettivi.

ELENA CARNEVALI. Mi dispiace non aver potuto sentire l'audizione, ma leggerò il resoconto con attenzione.

Io giudico positivo il passaggio della competenza all'interno del Ministero della salute. Per l'esperienza personale da cui vengo devo dire che questo ha consentito interventi più efficaci, un'organizzazione che si è innestata - in un'esperienza forse tutta locale - positivamente con l'attività dell'azienda ospedaliera a cui fa riferimento. Ovviamente ci sono le criticità che emergono nel Servizio sanitario nazionale, penso alla carenza di organico, penso ad una questione legata al *budget*, penso alle figure specialistiche; credo che i dati in riferimento sia alle condizioni di disagio psichico che a quelle delle dipendenze siano tra gli elementi, oltre alle malattie infettive, che più ci vengono segnalati: molti trovano risposte sul lato clinico, quindi sull'offerta delle prestazioni, una parte anche dagli ambienti dove le persone sono costrette a vivere con i problemi di sovraffollamento

oppure di impossibilità di esercitare altro tipo di attività.

Due domande. La prima è relativa all'introduzione della telemedicina, con la possibilità di avere prestazioni di diagnosi e cura che faciliterebbero la riduzione delle liste d'attesa. La seconda invece riguarda le condizioni che voi rilevate rispetto alle esigenze che vengono sollecitate. Poi c'è un tema che riguarda, esattamente come il livello nazionale, la questione della difformità delle prestazioni. Purtroppo anche nel sistema carcerario non tutto funziona come dovrebbe e ci sono grandi disparità di trattamento. Rimangono sempre cittadini, quindi l'equità dovrebbe essere un principio che viene garantito a tutti.

PRESIDENTE. Do la parola per le repliche al dottor Basentini, a cui chiederei la gentilezza di essere sintetico, perché alle 15 dobbiamo essere in Aula.

FRANCESCO BASENTINI, *capo dipartimento dell'amministrazione penitenziaria del Ministero della giustizia.* Gli interventi, che condivido in linea di principio, rispecchiano assolutamente lo stato delle cose. Non so se il passaggio della sanità penitenziaria dall'amministrazione giustizia alla sanità sia stato particolarmente apprezzabile in termini di efficacia e di efficienza dello stesso servizio, perché si è capito che tutto è affidato al virtuosismo delle singole realtà territoriali, della sensibilità dei *manager* sanitari. Una cosa è certa, il tema ci vede « esuli », lontani osservatori: non riusciamo ad entrare nel merito dei dati, della qualità e della quantità delle prestazioni, se non in maniera indiretta e attraverso quello che vediamo.

I problemi della qualità dell'assistenza sanitaria sono assolutamente allarmati in certi casi. Vengo però subito alla soluzione, perché — neanche a farlo apposta — i due interventi fatti prima toccano un'iniziativa di queste ultime due settimane, perché, prendendoci carico di questo problema e dovendo sensibilizzare i nostri interlocutori di sanità, ci siamo direttamente rivolti al Ministero della salute e abbiamo iniziato a lavorare insieme, e finora i *feedback* sono

più che positivi, proprio sulle criticità, e su come soprattutto possiamo risolverle. Abbiamo trovato una sponda eccezionale, speriamo quindi che questo lavoro e questo dialogo porti risultati.

Abbiamo chiesto al Ministero della salute di intervenire — adesso stanno provvedendo alla distribuzione delle risorse, all'individuazione di piani di obiettivo — e di considerare, nell'ambito della distribuzione di queste risorse, l'impegno delle regioni a rispettare i *target* dei servizi sanitari all'interno degli istituti penitenziari e, lì dove questi obiettivi non vengono raggiunti, di intervenire in maniera sanzionatoria o comunque chiamando le regioni alla responsabilità che devono avere.

La seconda proposta è stata quella, nella procedura di valutazione dei dirigenti e dei *manager* sanitari — che molte volte, mi rendo conto, tra le tante responsabilità e tra i tanti obiettivi prioritari, tutti sacrosanti, non considerano l'esigenza sanitaria all'interno delle carceri — di considerare l'impegno che gli stessi *manager* devono rispettare rispetto ai livelli di assistenza sanitaria all'interno delle carceri. È giusto ricordare al *manager* che tra i vari obiettivi c'è anche questo della sanità penitenziaria, che per varie ragioni storiche — che io ignoro — forse è passato come un impegno, un obiettivo di secondo livello, di secondaria importanza. Invece è vero che il diritto alla salute è sicuramente sacrosanto fuori delle realtà penitenziarie ed è altrettanto sacrosanto per i detenuti. E — credetemi — non dico che c'è un diritto di primo o di secondo livello, però è altresì vero che, se è difficile curare un cittadino libero, è ancora più difficile curare un cittadino detenuto o un extracomunitario detenuto, perché ci sono varie complicazioni, perché proprio il livello di domanda sanitaria molte volte è più difficile da formalizzare, arriva con più difficoltà il bisogno e anche nella gestione di questi servizi per noi è complicato portarli a termine. Immaginate i trasferimenti, le traduzioni che noi facciamo dal carcere alla struttura ospedaliera, e viceversa, quanto ci costa in termini di personale, quale rischio c'è per la sicurezza

del detenuto e dello stesso personale, e così via.

Chiudo, sperando di essere stato tempestivo, sulla telemedicina. Onorevole Carnevali, abbiamo iniziato un'interlocuzione con l'Istituto superiore di sanità che ha competenza specifica in questo, e abbiamo ripreso anche qui un progetto che era rimasto un po' ai margini. È vero che c'è una difficoltà informatica che bisogna superare, ma anche qui l'impegno mi sembra essere diretto sulla buona strada. Il sistema informatico, i sistemi informativi dei Ministeri della salute e della giustizia devono imparare a dialogare, e non è semplice. Consideri che la stessa cartella clinica, che viene adoperata nelle varie realtà territoriali, non è costruita sullo stesso modello. Molte volte le regioni hanno modelli tra loro differenti, quindi, a parte questa differenza che ci può essere nelle varie realtà,

c'è anche l'esigenza di far comunicare i diversi sistemi informatici. Però questa difficoltà, con l'impegno delle due istituzioni, Giustizia-DAP e Salute (sia Ministero che Istituto superiore), credo possa essere affrontata con delle speranze positive. Questo mi permetto di dire.

PRESIDENTE. Ringrazio il dottor Bassetini per il suo contributo, autorizzando la pubblicazione in allegato al resoconto stenografico della seduta della documentazione consegnata (*vedi allegato*) e dichiaro conclusa l'audizione odierna.

La seduta termina alle 15.

*Licenziato per la stampa
il 22 febbraio 2020*

ALLEGATO



Ministero della Giustizia

DIPARTIMENTO DELL'AMMINISTRAZIONE PENITENZIARIA
UFFICIO DEL CAPO DEL DIPARTIMENTO

XII Commissione Permanente – Affari Sociali – della Camera dei Deputati
INDAGINE CONOSCITIVA IN MATERIA DI POLITICHE DI PREVENZIONE ED
ELIMINAZIONE DELL'EPATITE C

La tematica relativa alle "Politiche di prevenzione ed eliminazione dell'epatite C" rientra nelle competenze del Servizio Sanitario Nazionale, a seguito del DPCM 01/04/2008 "Riforma della medicina penitenziaria": permane in capo al Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria la responsabilità globale della persona detenuta, compresi gli aspetti di salute.

Il programma dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) del 2016 ha come obiettivo quello di eliminare l'epatite virale entro il 2030.

L'Amministrazione Penitenziaria, che aveva allora la responsabilità diretta dell'assistenza sanitaria alla popolazione detenuta, consapevole dell'enorme diffusione della malattia tra essa, pose in essere in quel periodo le basi di un intervento nazionale, i cui frutti continuano ad essere colti ancora oggi.

Da quel momento ad oggi sono state realizzate convenzioni con centinaia di Unità operative di malattie infettive ospedaliere e universitarie, che hanno consentito di triplicare in breve tempo il numero di infettivologi convenzionati con l'Amministrazione penitenziaria; ancor prima che la normativa consentisse ai Ser.D di prendere in carico i detenuti tossicodipendenti, furono realizzati i Presidi per le Tossicodipendenze; sorsero in vari istituti penitenziari sezioni specialistiche per HIV e, attraverso protocolli di intesa con le Regioni, i reparti

A handwritten signature in black ink, consisting of a series of fluid, connected strokes.



Ministero della Giustizia

DIPARTIMENTO DELL'AMMINISTRAZIONE PENITENZIARIA
UFFICIO DEL CAPO DEL DIPARTIMENTO

Ospedali di Medicina protetta con indirizzo infettivologico a Milano, Viterbo e Napoli.

Innumerevoli sono stati poi gli interventi informativi alla popolazione detenuta e formativi al personale non sanitario dei penitenziari, sulle misure di prevenzione nelle carceri e su come evitare la trasmissione di tutti i virus a trasmissione ematica e sessuale come HIV, HCV e HBV.

Siamo, quindi, in grado di affermare che il sistema penitenziario italiano ha saputo contenere la drammatica onda dell'AIDS nel periodo più nero dell'epidemia, quello precedente al 2000, in cui non esisteva la terapia altamente efficace, fino all'attuale diminuzione dei casi osservata negli ultimi anni.

Come affermato in precedenza, le misure preventive attuate per HIV, sono risultati efficaci anche per HCV; pur non potendosi escludere a priori, non sono mai stati segnalati a questo Dipartimento casi di trasmissione di HCV all'interno degli istituti penitenziari e tutti i lavori scientifici pubblicati sull'argomento parlano di dati di prevalenza (casi già presenti) e non di incidenza (nuovi casi).

Questo aspetto ci consente di affermare un concetto fondamentale di carattere generale: il carcere è un grande concentratore di patologie, non solo infettive, spessissimo generate al di fuori di esso, in settori di popolazione fortemente disagiate (senza fissa dimora, immigrati clandestini, tossicodipendenti, persone affette da disordini psichici) che costituiscono quella che possiamo definire "la detenzione sociale" e che impegna moltissimo non solo i servizi sanitari, ma l'intero sistema penitenziario.

A handwritten signature in black ink, consisting of a series of loops and strokes, positioned at the bottom right of the page.



Ministero della Giustizia

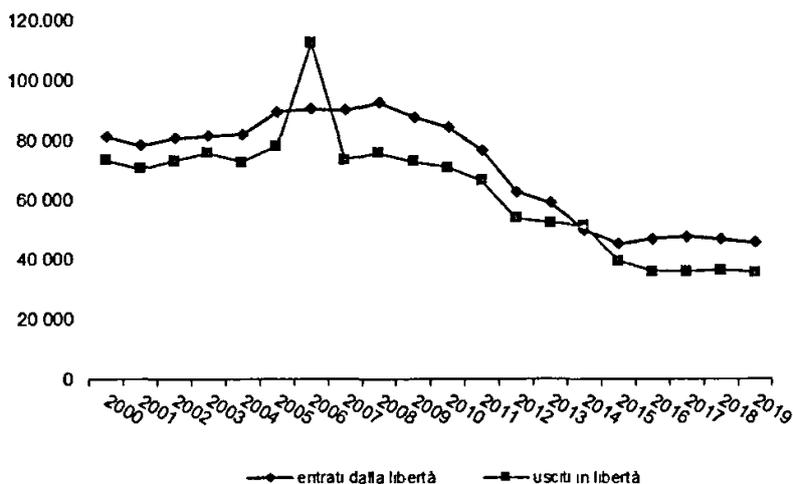
DIPARTIMENTO DELL'AMMINISTRAZIONE PENITENZIARIA
UFFICIO DEL CAPO DEL DIPARTIMENTO

Facendo riferimento all'audizione innanzi a questa illustre Commissione del Sig. Garante delle persone detenute della libertà personale, il problema dell'alto tasso di turn-over si riferisce a questa fetta di popolazione detenuta. A tal proposito, porto alcuni dati relativi all'andamento del fenomeno della detenzione in carcere.

La popolazione detenuta ammonta al 31 dicembre 2019 a 60.769 unità ed è in crescita negli ultimi anni.

La quota di detenuti stranieri arriva al 33%, mentre la percentuale di detenuti con problemi di tossicodipendenza è pari al 27%: tali dati rappresentano una conferma dell'esistenza della cosiddetta detenzione sociale.

Di seguito si riporta il numero di entrati dalla libertà e di usciti per scarcerazione negli ultimi anni:

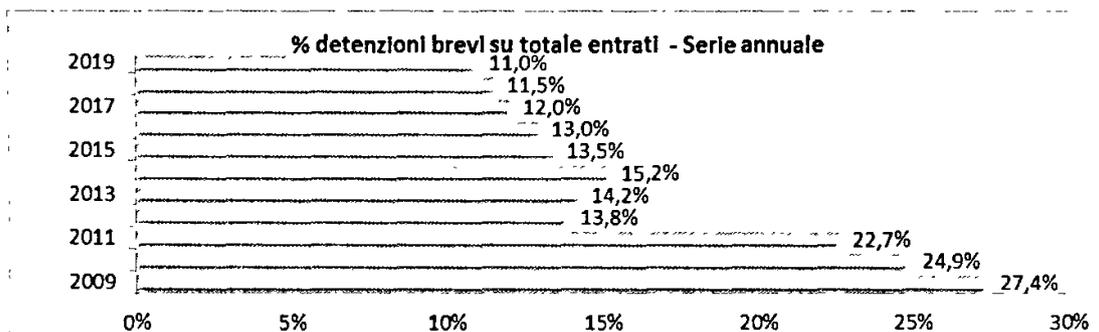




Ministero della Giustizia

DIPARTIMENTO DELL'AMMINISTRAZIONE PENITENZIARIA
UFFICIO DEL CAPO DEL DIPARTIMENTO

Dal grafico si evidenzia, tranne in un periodo circoscritto, la tendenza degli ingressi a superare le scarcerazioni, anche se non si tiene conto delle misure alternative e degli arresti domiciliari: questa tendenza comporta nel tempo un aumento dei detenuti presenti. In generale, il turn over della popolazione detenuta (calcolato come rapporto tra detenuti usciti e soggetti in custodia nel corso dell'anno) risulta nella media rispetto agli altri paesi europei (intorno al 47%): tuttavia va segnalato il fenomeno delle detenzioni brevi, ossia di quei detenuti entrati e poi scarcerati nell'arco di poche ore. Nel grafico seguente viene rappresentata la serie storica della quota di entrati con permanenza inferiore a tre giorni:



Tale percentuale, superiore al 20% fino al 2011, ha subito un calo successivamente (a seguito dei provvedimenti adottati), fino ad arrivare alla quota dell'11%, che potrebbe risultare fisiologica, nonostante la mancanza di interventi sulle camere di sicurezza delle forze di polizia. La

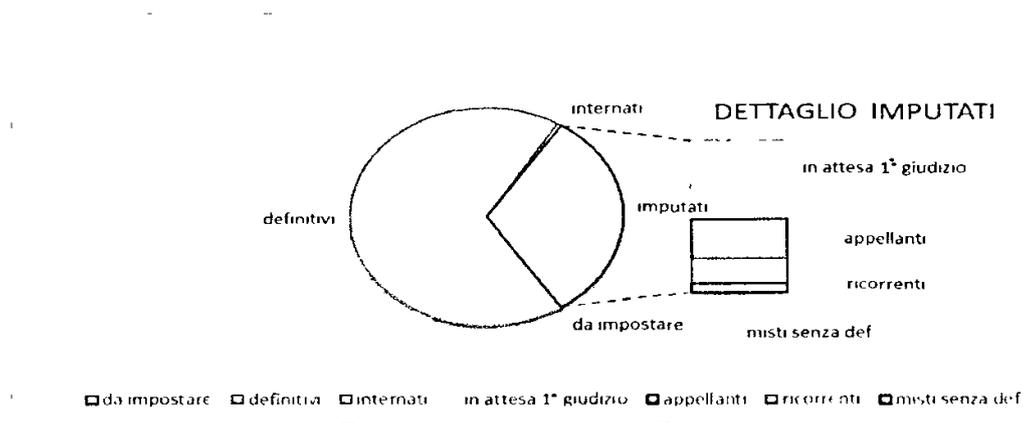


Ministero della Giustizia

DIPARTIMENTO DELL'AMMINISTRAZIONE PENITENZIARIA
UFFICIO DEL CAPO DEL DIPARTIMENTO

lunghezza media della detenzione è invece pari a 16 mesi, in aumento negli ultimi anni in coerenza con quanto detto finora sulla diminuzione della percentuale di ingressi con permanenza inferiore a tre giorni.

Il grafico seguente rappresenta la distribuzione per posizione giuridica della popolazione detenuta: si desume che i condannati non definitivi rappresentano il 15% della popolazione detenuta e i detenuti in attesa di primo giudizio sono pari al 16%: complessivamente gli imputati sono il 31%, mentre i condannati definitivi sono pari al 68%. Si può concludere pertanto che la popolazione detenuta è composta da un numero elevato di detenuti senza alcun grado di giudizio, la cui mobilità è superiore rispetto agli altri.



Per quanto riguarda la mobilità della popolazione detenuta, recenti studi sui reingressi in carcere successivamente alla scarcerazione confermano che nel 40% dei casi i soggetti scarcerati rientrano, sia in



Ministero della Giustizia

DIPARTIMENTO DELL'AMMINISTRAZIONE PENITENZIARIA
UFFICIO DEL CAPO DEL DIPARTIMENTO

attesa di giudizio che con condanna definitiva, nei dieci anni successivi all'uscita.

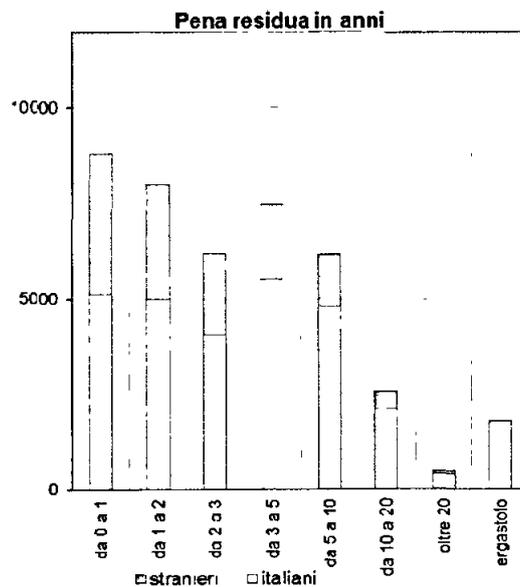
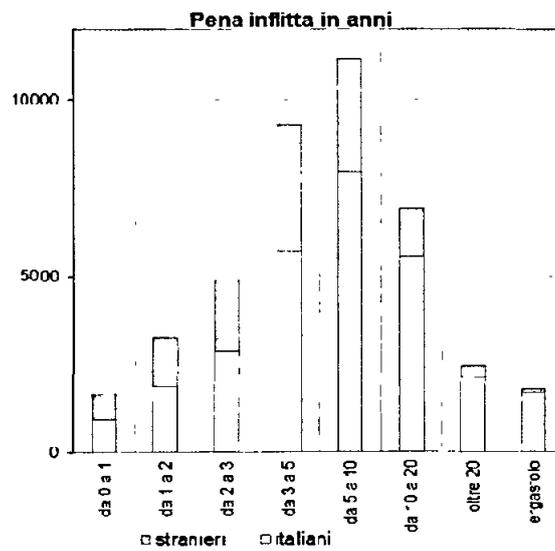
Il 4% dei detenuti condannati inoltre ha una durata della pena inflitta inferiore ad un anno, mentre il 21% ha un residuo pena inferiore a un anno, il 40% inferiore a due anni e il 55% inferiore a tre anni. Tali dati (riportati nei grafici seguenti) confermano ulteriormente l'ipotesi che la popolazione sia mobile, in quanto molti soggetti sono sottoposti a pene di breve durata e pertanto sono destinati entro breve tempo ad essere scarcerati. Tuttavia non tengono conto dell'eventuale esistenza di impedimenti alla concessione delle misure alternative (ad esempio per l'attribuzione della recidiva di cui all'articolo 99 del codice penale oppure per la mancanza del domicilio).

A handwritten signature in black ink, consisting of a large, stylized loop followed by a smaller mark.



Ministero della Giustizia

DIPARTIMENTO DELL'AMMINISTRAZIONE PENITENZIARIA
UFFICIO DEL CAPO DEL DIPARTIMENTO





Ministero della Giustizia

DIPARTIMENTO DELL'AMMINISTRAZIONE PENITENZIARIA
UFFICIO DEL CAPO DEL DIPARTIMENTO

Il rapido turnover produce un aumento del carico di lavoro del sistema penitenziario. Per questa parte di detenuti è molto più difficile intervenire efficacemente, soprattutto in termini di assistenza sanitaria e rieducazione. Spesso gli sforzi e le risorse utilizzate per ottenere una relazione medico-paziente affidabile e per avviare un percorso diagnostico e terapeutico adeguato sono compromessi dal poco tempo disponibile.

Ugualmente, proprio il periodo di detenzione può essere considerato un'opportunità per molte persone emarginate di concentrarsi sulle loro condizioni di salute, di curare le loro malattie e di tornare alla libertà pienamente e positivamente recuperate.

Pertanto, il ruolo del medico penitenziario all'ingresso appare molto delicato e la prima visita medica è un momento cruciale per l'intera attività diagnostica e sanitaria.

Ad esempio, la prima visita medica del "nuovo giunto", spesso per la condizione unica in cui viene eseguita, è spesso insoddisfacente per stabilire una corretta relazione medico-paziente e per un'efficace intervento di screening e prevenzione, dovendo essere effettuata con modalità e tempistica più approfondite.

In caso di eventuali visite successive, il detenuto riceve una consulenza specializzata particolarmente focalizzata sulle malattie trasmissibili (non solo epatite, HIV, TBC malattie sessualmente trasmissibili) e viene invitato a rilasciare il consenso per sottoporsi ai test di screening (Anti- HIV, anti-HCV, HBsAg, VDRL, TPHA, Test Mantoux, Anti HAV IgM). Inoltre, il medico

A handwritten signature in black ink, consisting of a large, sweeping loop followed by a smaller, more detailed flourish.



Ministero della Giustizia

DIPARTIMENTO DELL'AMMINISTRAZIONE PENITENZIARIA
UFFICIO DEL CAPO DEL DIPARTIMENTO

raccoglie in maniera più particolareggiata i dati anamnestici su problemi di salute, raccolti e inclusi nel "Diario clinico".

Altro aspetto fondamentale è quello della continuità delle cure che coinvolge tutti i detenuti malati, ma, in particolare, quelli che soffrono di malattie infettive e/o condizioni correlate alla tossicodipendenza. Il ruolo sociale svolto in questo settore dal carcere è misconosciuto. Quelle porzioni di popolazione che costituiscono la citata detenzione sociale, che di solito non si interfacciano coerentemente con le istituzioni sanitarie, spesso hanno in carcere l'occasione per scoprire e curare efficacemente malattie infettive.

La combinazione di test salivari per HCV e la brevità (massimo due mesi) di terapie orali antivirali ad azione diretta hanno dimostrato di essere altamente efficaci, portando in alcuni casi all'azzeramento della patologia in soggetti infetti in alcune carceri (Milano Opera).

I medici evidenziano, però, che la terapia non fornisce immunità e che quindi fondamentale è l'opera di prevenzione e di informazione soprattutto nei detenuti che hanno comportamenti a rischio (tossicodipendenti, omosessuali ed eterosessuali promiscui, tatuaggi home made).

La continuità dell'assistenza è uno degli elementi essenziali in grado di ridurre, nel tempo, sia la ricaduta nella dipendenza che la recidiva. Fondamentale appare quindi coordinare il piano di transizione dal carcere alla libertà o ad altri servizi (servizi sociali, comunità terapeutiche, ecc.).

A handwritten signature in black ink, consisting of a large, sweeping initial followed by a more detailed name.



Ministero della Giustizia

DIPARTIMENTO DELL'AMMINISTRAZIONE PENITENZIARIA
UFFICIO DEL CAPO DEL DIPARTIMENTO

Quelli che seguono sono i più recenti progetti di intervento nazionale e le iniziative per la prevenzione, diagnosi e cura dell'epatite C, ai quali il Dipartimento ha partecipato, partecipa e ne favorisce la realizzazione, a partire dal:

- progetto "La Salute non conosce confini" ideato dalla Società Italiana di Medicina e Sanità penitenziaria in collaborazione con NPS (Network Persone Sieropositive), giunto all'ottavo anno con coinvolgimento di oltre 50 istituti penitenziari italiani;
- progetto "Enheide", svoltosi nel 2017 e nel 2018 presso il carcere di Viterbo in collaborazione con l'associazione degli epatopazienti, EPAC, la ASL Viterbo e la Società Italiana di Medicina e Sanità penitenziaria;
- progetto "IRIDE 2", svoltosi nel 2017 presso il carcere di Torino, "HIV, epatite C, tubercolosi e riduzione del danno nelle carceri";
- progetti "In & Out" svoltosi a Milano e Salerno nel 2019;
- progetto "Eradicazione HCV nelle carceri italiane" che ha interessato gli I.I.P.P. di Busto Arsizio, Como, Brescia, Cremona, Bergamo e La Spezia.

Infine, il Comitato Etico dell'Istituto Superiore di Sanità ha approvato nella sua ultima seduta del dicembre scorso il protocollo di studio progettato e proposto da SIMSPe e finalizzato alla microeradicazione di HCV dagli Istituti Penitenziari Italiani, dal titolo "HCV e carcere. Linkage 2 Care: Offerta attiva del test-HCV, osservazione clinica e accesso al Registro AIFA per DAA anti-HCV di pazienti detenuti in Italia" che, dando continuità ai precedenti interventi ed in collaborazione con le ASL

A handwritten signature in black ink, consisting of a large, stylized loop followed by a smaller, more intricate flourish.



Ministero della Giustizia

DIPARTIMENTO DELL'AMMINISTRAZIONE PENITENZIARIA
UFFICIO DEL CAPO DEL DIPARTIMENTO

territoriali e le Direzioni di Istituto Penitenziario, ambisce a raggiungere il 40% degli Istituti Penitenziaria Italiani.

Purtroppo, l'esistenza di diversi sistemi sanitari regionali ha portato ad una serie di problematiche, tra le quali basti accennare all'assenza di un Osservatorio Nazionale Informatizzato in grado di censire le patologie presenti negli istituti penitenziari (i dati forniti derivano da studi scientifici o sono limitati a singole Regioni) e a continui e talvolta crescenti problemi organizzativi e gestionali.

Sono in corso delle iniziative congiunte con il Ministero della Salute, l'Istituto Superiore di Sanità e l'Istituto Nazionale Migrazioni e Povertà – INMP – per giungere alla definizione di tali aspetti organizzativi.

Restando a disposizione per ogni eventuale chiarimento, si porgono i più deferenti ossequi.

23 GEN. 2020

IL CAPO DEL DIPARTIMENTO
Francesco Basentini

A large, stylized handwritten signature in black ink, overlapping the printed name 'Francesco Basentini'.



18STC0091460