



## SEGRETERIA NAZIONALE

Prot. n. 104/2016

Raffadali 25 Luglio 2016

AI PROVVEDITORE REGIONALE  
AMMINISTRAZIONE PENITENZIARIA  
DR. GIANFRANCO DE GESU  
**PALERMO**

ALLE DIREZIONE DEGLI ISTITUTI PENITENZIARI  
**LORO SEDI**

e.p.c

ALLA SEGRETERIA GENERALE SI.N.A.P.Pe  
**ROMA**

Al Segretario Regionale Si.N.A.P.Pe  
Sig. Vincenzo Mistretta  
**AGRIGENTO**

Al V. Segretario Regionale Si.N.A.P.Pe  
Sig. Alessandro Ventura  
**AGRIGENTO**

Alle Segreterie Provinciali Si.N.A.P.Pe  
**SICILIA**

- Oggetto: Richiesta chiarimenti impiego personale di Polizia Penitenziaria Regione Sicilia-posto di servizio Sorveglianza a vista.
- Richiesta urgente tavolo tecnico con la partecipazione dei Funzionari del Corpo della Polizia Penitenziaria con l'assessorato Regionale alla Sanità, per stabilire i protocolli operativi per la gestione di casi di sorveglianza a vista.

Richiesta applicazione direttive Provveditoriali Prot. n. n.066697-P/II del 27 luglio 2015 e Prot. n.110555 -P/II del 17 dicembre 2014, Personale di Polizia Penitenziaria negli Istituti e servizi nella Regione Sicilia impiegato in compiti e servizi non istituzionali, con eventuale mancata applicazione art. 34 D.P.R.82/99 e dell'art. 5 Legge n. 395/90 con eventuale responsabilità amministrativa contabile e danno erariale

Egregio Provveditore,

questa Segreteria Nazionale, le comunica che con l'entrata in vigore della Legge 740 ( medici incaricati ) e all'artt. 11 O.P. ( servizio sanitario) si sta creando una serie di disagi e problematiche negli Istituti penitenziari nella Regione da Lei diretta, in quanto non vengono più garantiti i diritti soggettivi al



personale ma anzi si è andato a stravolgere l'organizzazione del lavoro negli Istituti penitenziari della Regione, con l'aggravio notevolmente del carico di lavoro, che va sicuramente a incidere e ripercuotere sia a livello Psicofisico che mentale, nonché nella vita quotidiana del personale, e mettendo a serio rischio il mantenimento della sicurezza degli istituti.

Con l'entrata in vigore di detta legge, negli Istituti della Regione, la sorveglianza a vista dei detenuti per motivi sanitari sono aumentati vertiginosamente. Infatti, sembrerebbe che, presso la C.R. ^Ucciardone^ Palermo, ci sia un detenuto che fruisce di sorveglianza a vista da circa un anno.

**Ancora, Pur non volendo entrare nel merito di come viene gestita e disposta la sorveglianza a vista dagli organi competenti, è doveroso verificare quanto è stato riferito, cioè che presso l'Istituto ^Pagliarelli ^Palermo, uno degli PSH è indagato per il suicidio di un detenuto per omicidio colposo; l'altro PSH che è stato nominato CTU dell'A.G e che si è espresso sulla compatibilità con il regime carcerario del detenuto, che alla notifica del rigetto della scarcerazione, ha poi posto in essere l'estremo gesto.**

Parrebbe che, i medici non concedono più l'idoneità al lavoro ai detenuti, e si rifiutano di sottoporre a visita medica gli Agenti Penitenziari allorché si fanno male in servizio o stanno male, in quanto a loro dire, non rientrano più nei loro compiti.

Tali modus operati stanno arrecando e causando la paralisi dei servizi degli Istituti, nonché grosse lamentele del personale di P.P., e degli stessi detenuti che attendono il lavoro.

Appare chiaro che la mancata visita da parte dei medici al personale che ne chiede soccorso, si può ipotizzare gli estremi di reato penale, quale quello di mancato soccorso.

E' evidente che, il servizio di sorveglianza a vista per motivi sanitari, non può ricadere solo a carico del poliziotto penitenziario, che per funzione e regolamento è chiamato a svolgere altro servizio - vedasi 41 bis i collaboratori e/o i sottoposti a 14 bis, per prevenire reati e/o disordini.

Detto ciò, il regime della sorveglianza a vista, se pur non quotidiano, si presenta oggi come una delle tante realtà che riguardano il sistema penitenziario.



In tutto questo, il poliziotto penitenziario svolge come sempre uno dei compiti di elevata delicatezza, poiché è adibito nell'adempimento di un rigorosissimo controllo del sorvegliato a vista, 24 ore su 24 ore, posizionandosi davanti la cella.

Si ribadisce come tale compito sia particolarmente importante e occorre ricordare che in caso di suicidio del detenuto durante il regime di sorveglianza a vista il poliziotto penitenziario, laddove venissero ad emergere delle lacune durante il servizio svolto, potrebbe essere sottoposto a processo per omicidio colposo.

Ad oggi, certo, sia l'Area Sanitaria che quella Educativa sono presenti costantemente nella quotidianità del detenuto in regime di sorveglianza a vista, ma è pur vero che 24 ore su 24 ore davanti la camera detentiva c'è comunque la Polizia Penitenziaria.

La circolare del 25 novembre 2011 intitolata "Modalità di esecuzione della pena. Un nuovo modello di trattamento che comprenda sicurezza, accoglienza e rieducazione" ribadisce l'importanza di applicare una vera e propria attività di sostegno da parte di uno staff multidisciplinare, composto da operatori penitenziari e operatori sanitari, al fine di incentivare e far integrare quanto più possibile il detenuto che al momento si ritrova in una condizione di forte disagio psichico, con evidente istinto autolesionista e suicida.

Anche perché, sempre la circolare in esame è intervenuta proprio con lo scopo di sottolineare come il regime di sorveglianza a vista non deve essere un ricorso ad una limitazione di spazi oppure rivolto soltanto ad evitare eventuali gesti autolesionistici del detenuto, bensì andare ben oltre! Si è, infatti, in presenza di una forte esigenza sanitaria e trattamentale per un sostegno a 360° volto ad una integrazione del contesto detentivo.

La stessa circolare n. 3649/ 6099 del 18 luglio 2013 intitolata, "Linee di indirizzo per la riduzione del rischio autolesivo e suicidario dei detenuti" in virtù di quanto approvato dalla Conferenza Unificata Stato Regione (in G.U. n° 34 del 10 febbraio 2012), focalizza l'attenzione in tema sia della prevenzione che in ambito d'intervento terapeutico, ribadendo appunto l'inserimento del ristretto sorvegliato a vista in un ampio **processo trattamentale che deve impegnare tutte le aree, ma di cui sono titolari e responsabili l'Area Educativa e/o Sanitaria**, non la Polizia Penitenziaria, chiamata a collaborare e non già ad assumere oneri per fatti che esulano dalla sua specifica competenza professionale.



In particolare e doveroso ribadire che il regolamento di servizio DPR 15 febbraio 1999 n. 82 nei vari articoli non si rileva alcun compito demandato alla Polizia Penitenziaria in relazione alla "**sorveglianza a vista**"

Infatti, tutti gli articoli esaminati: **art. 34** - servizi del personale di Polizia Penitenziaria ; - **art. 42** - Servizi di vigilanza e osservazione nelle sezioni degli istituti penitenziari - **art. 43** - servizi nelle infermerie e altre strutture aventi carattere sanitario, fanno chiaro riferimento a un servizio di vigilanza e osservazione che mira principalmente ai contenuti di cui all'art. 5 della legge 395 del 1990, ovvero "il mantenimento dell'ordine e della sicurezza", "l'osservazione del detenuto ai fini del trattamento penitenziario".

Appare chiaro che la competenza dell'intervento del personale di Polizia Penitenziaria nel posto di servizio **SORVEGLIANZA A VISTA** trova fondamento giuridico solamente quanto ci si trova a dover gestire detenuti pericolosi come ad esempio sottoposti all'art. 14 bis O.P., o addirittura al regime del c.d. "carcere duro" art. 41 bis, cui le esigenze di sorvegliare quasi "**a vista**" il detenuto, scaturiscono da esigenze di ordine e sicurezza e atte a prevenire reati e comunicazioni fraudolenti agli esponenti di spicco della criminalità organizzata.

Anche il DAP, nella relazione alla Commissione Igiene e Sanità del Senato della Repubblica "Assistenza ai malati psichiatrici nelle strutture detentive" ha inteso evidenziare, con il passaggio della medicina penitenziaria al Servizio Sanitario Nazionale alcune raccomandazioni dove viene evidenziata normativamente la necessità che l'assistenza sanitaria per il detenuto sia organizzata in maniera tale che l'intervento psichiatrico abbia una sua continuità anche attraverso forme di collaborazione con i Dipartimenti di Salute Mentale (D.S.M.).

In considerazione del fatto che questa collaborazione, sembrerebbe sia stata realizzata in modo assai variegato: psichiatri dipendenti dalle A.S.L. che svolgono attività extramoenia presso l'Istituto, convenzioni con A.S.L. che "prestano" le proprie équipes all'Istituto, protocolli d'intesa che non garantiscono una presa in carico, il D.A.P. e precisamente la Direzione Generale dei detenuti e trattamento con nota n. 252624 del 13/7/2005, ha richiamato all'attenzione dei Provveditorati sul disposto dell'art. 20 del N.R.E. al fine di sollecitare le ASL territorialmente competenti all'adempimento di un loro obbligo istituzionale ossia la presa in carico dei pazienti con patologia psichiatrica, detenuti e internati, fin dal loro ingresso in istituto e, previo accordo con gli operatori penitenziari, alla individuazione delle strutture esterne utili al loro successivo reinserimento sociale.



Verrebbe così attuata la specifica competenza istituzionale dei servizi psichiatrici territorialmente competenti.

Appare utile segnalare che, ai sensi dell'art. 3 comma 2 del regolamento di esecuzione DPR 230/2000, a parere, sia ancora il Direttore della struttura Penitenziaria l'unico titolato ad assumere iniziative volte alla corretta gestione della popolazione detenuta, anche in materia sanitaria, nonostante il sopravvenuto passaggio di competenza all'ASP della medicina penitenziaria .

Infatti detto articolo cita testualmente " *Il direttore dell'istituto e quello del centro di servizio sociale esercitano i poteri attinenti alla organizzazione, al coordinamento ed al controllo dello svolgimento delle attività dell'istituto o del servizio; decidono le iniziative idonee ad assicurare lo svolgimento dei programmi negli istituti, nonché gli interventi all'esterno; impartiscono direttive agli operatori penitenziari, anche non appartenenti all'amministrazione i quali svolgono i compiti loro affidati con l'autonomia professionale di competenza.*"

A ciò si aggiunga che, i provvedimenti di carattere eccezionale, quello quale della sorveglianza a vista, alla lunga invece, potrebbe cagionare ancor più gravi disagi e problemi nella gestione dei detenuti che comunque ingiustificatamente si potrebbero trovare privi di ogni forma di "privacy" e che determina alla lunga uno stato di frustrazione e di aggressività nei confronti dei Polizotti che si trovano a garantire il servizio di sorveglianza a vista.

Per quanto sin qui esposto, si richiede l'intervento del Sig. Provveditore Regionale ad intercedere con il l'Assessore Regionale alla Sanità, nonché con i vari Dirigenti Generali appartenenti alle ASP Regionali, per richiedere:

- di individuare eventuale personale OSA per effettuare la "sorveglianza a vista" o altro personale sanitario/infermieristico, tenuto conto che come sopra ribadito tale servizio non rientra nei compiti istituzionali propri della Polizia penitenziaria se non solo per ragioni di sicurezza sopra indicate;
- Nel caso in cui s'insista con l'impiego del Personale di Polizia penitenziaria nelle more di una definizione delle competenze, *di addebitare all'ASP i costi sostenuti dall'A.P. nell'individuare i numeri degli agenti per ogni turno di servizio ( sei e/o otto ore lavorative) h 24, a partire dalla data dell'attivazione della sorveglianza a vista.*
- E ancora, tenuto conto che proprio la sede di Pagliarelli, di recente ha partecipato al progetto MEDICS, si è venuti a conoscenza, come ad esempio nella sede di Torino, è stato definito un protocollo d'intesa tra Direzione e ASP, che preveda nella gestione di questi casi, l'allogazione



del detenuto con disagio, con altro detenuto individuato dallo staff multidisciplinare e ritenuto "idoneo" come "perl supporter" nei confronti del compagno che in quel momento sta attraversando il particolare momento.

- Richiedere agli specialisti PSH (già richiesto in passato) se la detenuta o detenuto richiede d'interventi, ai sensi dell'art. 112 R.E. o ai sensi dell'art 111 R.E. stante l'accertato disagio e il suo rifiuto a sottoporsi a terapia,;
- Si ribadisce al Signor Provveditore Regionale, autorevole intervento, al fine di sollecitare eventuali incontri con l'ASP Palermo, per la definizione di protocolli d'intesa operativi sulla gestione dei detenuti psichiatrici e su altre questioni di organizzazione e vita quotidiana che sono sorte con il passaggio all'ASP, coinvolgendo oltre che i Direttori, anche Funzionari di Polizia Penitenziaria nel tavolo tecnico che quotidianamente si trovano a far fronte alla svariate problematiche e che possono dare un taglio operativo ai protocolli d'intesa.

Alle direzioni in indirizzo, si invitano a rispettare quanto in narrativa, ed in particolare di applicare le direttive Provveditoriali Prot. Prot. n.110555 -P/II del 17 dicembre 2014, e Prot. n.066697-P/II del 27 luglio 2015, circa l'impiego del Personale di Polizia Penitenziaria negli Istituti e servizi nella Regione Sicilia in compiti e servizi non istituzionali, con la mancata applicazione art. 34 D.P.R.82/99 e dell'art. 5 Legge n. 395/90 con eventuale responsabilità amministrativa contabile e danno erariale

## **CON AVVERTIMENTO**

che in difetto o nel caso di insoddisfacente accoglimento delle istanze del Si.N.A.P.Pe, quest'ultimo provvederà a tutelare i propri diritti nelle sedi competenti giudiziarie.

Segretario Nazionale Si.N.A.P.Pe  
*Nicolò Lauricella*