

IN CHE MODO VIENE GESTITA LA SALUTE  
DEL DETENUTO? QUALE MODELLO  
ASSISTENZIALE È ADOTTATO NELLE  
CARCERI?

Luciano Lucania

Presidente della Società Italiana di Medicina e Sanità  
Penitenziaria - SIMSPe

# PERCHÉ PARLIAMO DI SALUTE IN CARCERE?

**Antinomia:** (dal greco antinomía: antí, contro e nómos, legge) compresenza, in un ragionamento, di due soluzioni reciprocamente esclusive e contraddittorie, entrambe ugualmente dimostrabili.

**Paradosso:** (dal greco parádoxos: oltre pará, l'opinione comune dóxa) ragionamento che contiene in sé una contraddizione la quale appare senza possibile soluzione.

Da luogo dell'esclusione, della sofferenza, della pena a momento di vita per ricostruire una relazione con sé stessi e la società.

La salute - quindi - come elemento strutturale del cambiamento

# Un po' di storia

- La presenza strutturale del medico nel luogo «carcere» è da sempre, pur nelle forme proprie dei tempi, dei costumi, dei codici
- Più recentemente, ed in Italia, la presenza di personale sanitario negli istituti penitenziari venne originariamente prevista dal “Regolamento per gli istituti di prevenzione e pena” del 1931. Solo nel 1970 una legge (L. 740/1970) diede un regolamento al settore sebbene incompleto e parcellare
- Ma ricordiamo che sino al 1978 (L. 833/1978) il sistema sanitario era affidato alla Mutualità e gli Ospedali avevano ciascuno gestione autonoma. Analogamente aveva gestione autonoma la sanità delle Forze Armate, del Ministero della Giustizia, etc.
- Il Sistema Sanitario Nazionale, nella forma che noi oggi conosciamo è nato solo dopo il 1978

# Un po' di storia

- La spinta al cambiamento è emersa dalla fine degli anni '90, pur in presenza di un sistema strutturato, ma comunque sganciato dalla sanità pubblica territoriale
- Già il DPR 309/1990 affidava al SSN la tossicodipendenza, e con la Legge 296/1993 vennero istituiti «per ciascun capoluogo di provincia» stanze per detenuti negli ospedali di maggiore rilievo e dotati di reparti di Malattie Infettive
- La svolta avvenne con la Legge 419/1998 «**Delega al Governo per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale e per l'adozione di un testo unico in materia di organizzazione e funzionamento del Servizio sanitario nazionale. Modifiche al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502**» art. 5, cui fece seguito il D. Lgs 230/99
- A questo punto la strada era tracciata e si giunse, non senza contrasti e fatica, al DPCM 1-4-2008 che definì il transito e ne dettò a grandi linee le modalità
- Dal 1 ottobre 2008 abbiamo tutti (o quasi) cambiato casacca.....

Una «riforma»? Una «controriforma»? Una «rivoluzione»?

Solo un avvio?

Riflessioni sul metodo e sintesi di un decennio di attività con l'esperienza di un protagonista

- Pur se settoriale e limitata ad un segmento della nostra vita sociale, questa è stata una riforma vera: cioè un cambiamento sostanziale
- Difficile da capire per tutti gli attori del sistema: la Giustizia, la Sanità pubblica, le Regioni e le Aziende Sanitarie, gli stessi operatori della giustizia e della salute
- Dodici anni di impegno straordinario e di passione
- Dodici anni di incontri e di scontri
- Dodici anni di progetti, per fare crescere un sistema
- Dodici anni di impegno culturale

# Il modello sanitario attuale

GAZZETTA UFFICIALE DELLA REPUBBLICA ITALIANA

18-3-2015

*Serie generale* - n. 64

## PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI

CONFERENZA UNIFICATA

ACCORDO 22 gennaio 2015.

**Accordo, ai sensi dell'articolo 9, comma 2, lett. c) del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, sul documento «Linee guida in materia di modalità di erogazione dell'assistenza sanitaria negli Istituti penitenziari per adulti; implementazione delle reti sanitarie regionali e nazionali». (Rep. n. 3/CU).**

- Si muove per «Accordi» in Conferenza Unificata (Stato-Regioni-Autonomie Locali) recepiti da ciascuna Regione ed esecutivi presso ciascuna Azienda Sanitaria
- Deve seguire linee-guida e buone prassi; rispettare contratti ed accordi collettivi del SSN; affrontare le problematiche del rischio clinico e del *risk management*
- Deve essere insieme medicina di comunità, medicina della persona, medicina del sistema; interagisce dall'interno del carcere con la sanità del territorio, ricovera presso gli ospedali, accoglie gli specialisti del SSN, esegue all'interno delle carceri, secondo una scala di priorità e possibilità, una serie di attività e prestazioni
- È, insomma, un panorama completo di attività sanitarie che le mura del carcere mantengono nascosto, ma che annualmente produce un numero assolutamente rilevante di prestazioni sanitarie
- Ma la strada è ancora lunga per arrivare a rendere «normale» il sistema ed «omogeneo» al territorio. Cambia il soggetto e sono diverse le sue esigenze; le limitazioni cui è sottoposto ne modificano i moduli di reazione

# Linee di indirizzo

Strumenti operativi

- L'Accordo del 2015  
(doc. 3\_2015)

# Uno sguardo al futuro

Il nuovo Accordo:

Rif. LEA 2017

- **ESPRIME CONCRETE ATTUALIZZAZIONI E MIGLIORAMENTI CLINICI**
  1. Definisce il servizio sanitario interno agli Istituti Penitenziari quale Unità Operativa dell'Azienda Sanitaria, creando di fatto un nuovo settore concreto di sanità pubblica
  2. Ne statuisce l'autonomia gestionale, che è completa (UOSD/UOC), quando l'Istituto ospita oltre 250 ristretti
  3. Identifica compiti e responsabilità del Direttore dell'Unità Operativa oltre che la dotazione organica
  4. Mette in chiaro le attività sanitarie e le modalità di sviluppo



# Uno sguardo al futuro

Il nuovo Accordo:

Rif. LEA 2017

- Assevera il valore delle attività di Psicologia Clinica ed istituisce l'Ambulatorio delle Cronicità, ai sensi del Piano Nazionale delle Cronicità (questo è oggi un aspetto prevalente nell'ambito della utenza detenuta)
- Istituisce Sezioni terapeutico-riabilitative intramurarie, per detenuti che necessitano di riabilitazione, emodialisi, emotrasfusioni, che hanno in corso chemio- o radioterapia, che necessitano di ricoveri in RSA o in attesa di scarcerazione per motivi di salute
- Sostiene il trattamento integrato delle dipendenze patologiche
- Attiva percorsi di prevenzione e promozione della salute

# Gli elementi di criticità

- Bisogna modificare la normativa penale in alcuni punti specifici e rivedere prassi e strumenti operativi del Dipartimento Amministrazione Penitenziaria
- È necessaria una rimotivazione del personale sanitario perché si superi il concetto del presidio sanitario penitenziario quale «secondo» lavoro o «prima porta» per entrare nel SSN
- È una utenza complessa, ma il personale sanitario ha la potenzialità di poterne affrontare problemi e criticità
- Deve essere chiaro che il nostro ruolo non è un supporto all'Amministrazione Penitenziaria, ma una funzione dello Stato attraverso Regioni ed Aziende Sanitarie, quindi è la «Giustizia» nelle sue espressioni territoriali, a dover rendere fluida l'attività degli operatori sanitari penitenziari

# Gli elementi di criticità – la salute mentale

- La chiusura degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari e la realizzazione del circuito REMS (Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza) è stata una grande conquista di civiltà giuridica e sanitaria, ma anche una estrema fonte di criticità, poiché ha evidenziato un enorme sommerso disordinato e di difficile gestione. Questo problema è oggi il maggiore problema con cui ci si deve confrontare dentro le carceri.
- Né possiamo dimenticare da una parte le significative interazioni delle sostanze con la salute mentale, che mi sembra abbiano sconvolto molti paradigmi storici delle scienze psichiatriche, dall'altra le naturali istanze manipolatorie che la salute mentale offre al reo
- Tutto questo rende necessaria **una riforma nella riforma**, cioè una rilettura del problema alla luce dei nuovi paradigmi emergenti e l'attualizzazione dei sistemi giuridici e sanitari

CONCLUSIONI:  
L'ATTIVITÀ DI  
SIMSPE PER  
MIGLIORARE  
L'ATTIVITÀ  
SANITARIA IN  
CARCERE

- SIMSPE: Idee e Progetti
- Siamo partiti oltre venti anni fa, nel 2000, quando ancora l' *ancien régime* era feroce...
- Siamo intervenuti su HIV, epatiti, salute mentale, con progetti concreti ed innovativi di ricerca
- Recentissimo ed in via di conclusione «PROTECT» sulla prevenzione della recidiva negli autori di reato a sfondo sessuale, in *partnership* con il DAP
- Abbiamo pubblicato in tutta Europa e siamo riconosciuti fra le più importanti società scientifiche di settore
- Partecipiamo ai Tavoli Ministeriali sulle Malattie Infettive e siamo stati fra gli Autori del Piano Nazionale di screening per l'HCV

## CONCLUSIONI:

L'ATTIVITÀ DI  
SIMSPE PER  
MIGLIORARE  
L'ATTIVITÀ  
SANITARIA IN  
CARCERE

- Abbiamo sollecitato ed ottenuto l'inserimento dell'attività in carcere per i Medici in formazione quali MMG (corso quadriennale) quale tirocinio formativo
- Siamo stati chiamati dal Ministero della Salute – Direzione Generale Prevenzione al «Gruppo di Lavoro per la revisione organica e coordinata del Piano nazionale per la lotta alle epatiti virali B e C»
- Tramite FISM (Federazione Italiana Società Medico-Scientifiche) abbiamo partecipato alle consultazioni per il Recovery Found

# CONCLUSIONI: L'ATTIVITÀ DI SIMSPE PER MIGLIORARE L'ATTIVITÀ SANITARIA IN CARCERE

- La tutela della salute in carcere è sanità pubblica? Lo abbiamo sostenuto nel «Manuale Critico di Sanità Pubblica» (Maggioli Ed. 2015) a cura del Prof. Francesco Calamo-Specchia, Igienista e Bioeticista dell' UCSC, nel capitolo dedicato agli «Interventi per la tutela della salute dei reclusi» ed abbiamo in corso altre iniziative editoriali
- Infine un *assist* per tutti Voi. Da quest'anno e per i prossimi 7 possiamo offrire ai nostri Soci borse Erasmus per formazione all'estero sulle tematiche della salute in carcere. Sono disponibili anche per studenti in medicina associati a SIMSPe.