

**CONDIZIONE DEI DETENUTI TRA NUOVO ORDINAMENTO PENITENZIARIO
E DIRITTO ALLA SALUTE**

Andrea Franceschini, Dirigente Sanitario CC Regina Coeli Roma

La recente variazione della normativa relativa all' ambito penitenziario ha comportato una radicale modifica degli indirizzi sull' organizzazione assistenziale sanitaria a favore delle persone detenute, che si manifesta con un progressivo divenire, tanto che sarebbe più adeguato parlare di condizione dei detenuti tra “nuovi orientamenti” sulla tutela della salute. Per apprezzare correttamente il livello degli indirizzi si devono considerare anzitutto alcuni elementi di riflessione generale:

- la qualità della gestione della pena in carcere è in rapporto diretto con il livello di considerazione per la persona, con l' orientamento degli indirizzi sociali, culturali e storici, e con i livelli di organizzazione tecnologica espressi dalla comunità
- i problemi riferiti al sistema penitenziario devono essere risolti prendendo in considerazione la cooperazione con altri sistemi, tenendo conto che la detenzione rappresenta un limitato periodo nella vita di una persona. Il sistema carcerario deve essere considerato ,quindi, come un sistema aperto.
- la legislazione italiana è improntata al recupero del reo attraverso il trattamento rieducativo per la sua risocializzazione
- nessun progetto trattamentale o di reinserimento sociale è possibile in presenza di malattia, quindi, la cura ed il benessere della salute fanno parte del trattamento rieducativo e del recupero.

La tutela della salute in carcere è di fatto non solo diritto del soggetto, ma è anche finalizzata a stimolare la persona detenuta a considerarsi comunque non esclusa dalla comunità sociale.

L' indirizzo legislativo ha preso l' avvio dai due articoli della Costituzione Italiana, l' articolo 27 che prevede l' esclusione di pene contrarie alla dignità dell' uomo, e l' articolo 32 che prevede il diritto alla salute per tutti i cittadini.

Nel conseguente panorama legislativo si sono succedute, nel tempo, e secondo modelli espressi dalla società, leggi che hanno avuto come obiettivo quello di rendere l' assistenza sanitaria in carcere di pari livello rispetto a quella prevista per i cittadini.

Legge 740 del 1970, sostituisce il precedente Regio Decreto e regola, ancor oggi, la disciplina delle figure sanitarie che intervengono negli Istituti Penitenziari, Medici, Infermieri, Tecnici. Viene promulgata nel periodo in cui gruppi omogenei di persone, in funzione della loro attività lavorativa, contribuivano economicamente ed obbligatoriamente ad una struttura sanitaria di mutua assistenza, denominata appunto Mutua. Tutte le categorie erano censite in tale regime mutualistico, ed anche per i detenuti in carcere si formulò uno specifico regime di assistenza.

Legge 354 del 1975, comprende gli articoli della Legge penitenziaria e del Regolamento di Esecuzione in base ai quali sviluppare tutte le attività e gli aspetti organizzativi degli Istituti Penitenziari, anche in tema di assistenza sanitaria che viene affidata all' Amministrazione Penitenziaria.

Legge 833 del 1978, è la legge di istituzione del Servizio Sanitario Nazionale. Lo Stato diviene il primo attore della gestione della salute dei cittadini facendo confluire tutte le organizzazioni di assistenza sanitaria mutualistica in un unico organismo, il SSN. Questo ha lo scopo di garantire ad ogni cittadino pari livelli di tutela della salute, in contrapposizione alla disparità manifestata dal sistema mutualistico. La legge escludeva alcune organizzazioni assistenziali di peculiare campo di

interesse, come la Sanità Militare e poche altre, ma tra queste non era compresa la Sanità Penitenziaria che, però, non confluì nel SSN., perchè fu riconosciuto che l'assistenza sanitaria in carcere derivava da una legge speciale.

Nei venti anni successivi, in carcere prima che sul territorio, si dovranno affrontare emergenze particolari : la tossicodipendenza, la malattia da HIV (fu infatti in carcere, a Regina Coeli, che per la prima volta fu rilevata una situazione clinica che poi sarebbe stata descritta come AIDS), la presenza sempre più numerosa di stranieri con tutte le problematiche relative alle diverse culture ed alla relativa interpretazione della malattia.

D.L. 230 del 1999. viene confermato l'indirizzo di riconduzione del Servizio Sanitario Penitenziario nel SSN attraverso una sperimentazione che consenta il graduale passaggio di settori assistenziali. La sperimentazione non fornisce apprezzabili risultati, salvo la conferma del transito al SSN dei settori relativi alla Prevenzione ed alla Tossicodipendenza, con il Decreto dell'aprile 2000.

D.L. 231 del 1999 e D.L. 230/2000. Intervengono a modificare la precedente Legge 354 del 1975 sugli ordinamenti penitenziari. Per quanto riguarda l'assistenza sanitaria ai detenuti la Legge rimanda la competenza "alla legislazione vigente", che al momento era rappresentata dal D.L. 230 del 1999.

Infine, **la modifica del Titolo V° della Costituzione** affida alla Regioni competenze in tema di organizzazione dell'assistenza alla salute attraverso il Servizio Sanitario Regionale.

L'orientamento attuale è quindi quello di affidare l'organizzazione per l'integrazione di servizi al fine di assicurare l'assistenza sanitaria in carcere, a tre interlocutori principali: il Ministero della Salute attraverso le linee programmatiche, il Ministero della Giustizia attraverso il Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria, e le Regioni attraverso il Servizio Sanitario Regionale.

Il tema del decentramento della sanità dallo Stato alle Regioni, infatti, ha posto quest'ultime in prima linea nei confronti delle future sfide per una migliore Sanità Penitenziaria. Ciò impone ai governi regionali ed alle ASL un radicale ripensamento del welfare cui viene richiesto di collaborare, coerentemente con il principio della solidarietà a cui si ispira la nostra storia.

Contemporaneamente il Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria dovrà adottare e adattare al proprio sistema i livelli essenziali di assistenza (LEA), che ogni cittadino ha il diritto di ricevere, tenendo conto, inoltre, delle peculiari necessità che si manifestano in tale ambito assistenziale. Sarà necessario, quindi, estendere a tutti i detenuti la fruibilità dei servizi, sia penitenziari che delle ASL, incrementando gli sforzi per integrare l'approccio tradizionale alle problematiche sanitarie con le nuove tecnologie

Molte delle progettualità future, però, sono riposte sullo scenario macroeconomico del Paese e sulla collaborazione con le Regioni, ed al fine di individuare le risorse economiche necessarie alla gestione del sistema, sarà necessario valutare e definire i parametri, ancora non del tutto definiti, su cui basare l'assistenza in carcere.

La valutazione della comunità: si tratta di una comunità di circa 60.000 persone, tra uomini, donne, e bambini al seguito delle mamme, con caratteristiche non sovrapponibili alla media della popolazione nazionale. La popolazione detenuta presenta composizione multietnica, con circa il 32% di stranieri provenienti da varie aree del mondo (con tutte le problematiche legate alla diversità delle culture e degli apetti di interpretazione della malattia), con elevata presenza e concentrazione di patologie. Si tratta prevalentemente di tossicodipendenza nel 22%, di malattie infettive nel 15%, di patologie psichiatriche nel 14%. Sono frequentemente presenti patologie correlate ad un basso standard di vita, caratteristico della frangia più debole della società.

La valutazione dei livelli essenziali di assistenza in ambito penitenziario, che deve riguardare, per esempio, la prevenzione igienico ambientale e l'educazione sanitaria, la definizione di servizi di assistenza dedicati, la possibilità di accesso alle terapie ed ai ricoveri, la sicurezza sul lavoro.

La valutazione dei requisiti minimi assistenziali in ambito penitenziario, indirizzata alla stima della quantità e qualità del personale di assistenza, alla organizzazione di servizi in relazione

alla necessità di domanda di salute, l' adeguatezza degli ambienti ed attrezzature di esercizio assistenziale, elementi irrinunciabili per poter definire lo standard assistenziale.

L' organizzazione di un percorso di continuità assistenziale attraverso un sistema che garantisca la possibilità di collegamento tra strutture penitenziarie e strutture del SSN al fine di consentire la prosecuzione di piani diagnostici e terapeutici tra carcere e territorio, e viceversa.

Infine, ma non ultima, la **definizione dell' Etica del settore**, che deve guidare il comportamento degli operatori nella tutela della salute di persone private della libertà, **tra necessità di salute e necessità di sicurezza**, con responsabilità superiori che all' esterno, in un ambiente in cui la Società confina chi viola le regole condivise. È opportuno in questo senso considerare alcuni aspetti riferibili al paziente detenuto.

Il trauma da carcerazione e le conseguenze di perdita affettiva, di promiscuità forzata, di mancanza di intimità, spesso di malattia, ma anche alle volte di opportunismi e strumentalizzazioni, rappresentano la reale differenza tra il soggetto ristretto ed il soggetto libero.

In particolare, la risposta alle necessità di salute, così diffusamente presenti, rappresenta per la persona reclusa un bisogno primario intorno al quale si coagulano istanze che, alle volte, non hanno valenza strettamente sanitaria.

In carcere vi è l' impossibilità di scegliere il luogo di cura: la scelta, per il detenuto, è effettuata dalla Amministrazione Penitenziaria e dall'Autorità Giudiziaria sulla base delle prevalenti esigenze di sicurezza e dell'adeguatezza del servizio sanitario penitenziario.

Vi è limitazione del diritto alla scelta del medico curante; diritto fondato sul rapporto fiduciario che si viene a creare tra utente del servizio e sanitario. Il detenuto invece "fruisce" obbligatoriamente dell'opera dei medici penitenziari e la possibilità di avere un proprio medico di fiducia è subordinato alla sua disponibilità economica.

Vi sono perdita dell'autodeterminazione, obbligo di convivenza in luoghi ad alta densità di patologie diffuse, accettazione obbligata di regole interne.

Si è spesso nella necessità di attuare interventi sanitari, di prassi percepiti come "coattivi".

Tali aspetti superano la possibilità di riferimento alla sola etica professionale comunemente intesa e richiedono da parte dell' operatore un approccio volto a superare le difficoltà insite in un tale rapporto Medico-Paziente, allo scopo di realizzare una compliance adeguata ed in grado di consentire lo sviluppo dei programmi di diagnosi, cura ed educazione sanitaria.

L' assistenza sanitaria penitenziaria dovrà, quindi, essere organizzata per realizzare le possibilità diagnostiche e terapeutiche garantite dalla nostra società ad ogni persona, considerando la situazione limitativa imposta al paziente, dovrà essere strutturata come un sistema aperto che consenta l' utilizzo delle risorse offerte dal SSN, assicurando i necessari indici di salute in maniera compatibile con la sicurezza della struttura, il rispetto del detenuto e dell'operatore.