



## Il cambiamento nell'assistenza sanitaria in carcere

di Andrea Franceschini\*

*presidente Società italiana  
di medicina e sanità  
penitenziaria Onlus  
e direttore sanitario Carcere  
Regina Coeli in Roma*

**Dal 14 giugno 2008, le competenze sanitarie della medicina generale e specialistica penitenziaria, i rapporti di lavoro e le risorse economiche e strumentali, finora in capo al Ministero della Giustizia, sono state trasferite al Sistema sanitario nazionale e quindi a Regioni e Asl.**

Il D.P.C.M. 30 maggio 2008<sup>(1)</sup> completa il trasferimento di competenze iniziato con il D.Lgs. n. 230/1999<sup>(2)</sup>, attraverso il quale era stata decisa la riconduzione della sanità penitenziaria nel Servizio sanitario nazionale.

Un cambiamento significativo, che chiede preliminarmente una più approfondita valutazione e complessiva conoscenza degli elementi utili a rendere il percorso effettivamente rispondente ai bisogni di salute espressi dal carcere. Per comprendere l'importanza della riforma di trasferimento delle

competenze dal Ministero della Giustizia al Ssn è opportuno esaminare i cenni storici del percorso.

L'assistenza sanitaria in carcere è sempre stata storicamente legata all'istituto di pena fin dall'Unità d'Italia, con R.D. 10 marzo 1871, n. 115.

In seguito, nel 1931, veniva emanato il Regolamento per gli istituti di prevenzione e pena che prevedeva un medico all'interno di ogni istituto penitenziario in un'epoca in cui l'assistenza sanitaria non veniva ancora considerata un "diritto" dell'individuo, come poi è avvenuto

per effetto della Costituzione italiana del 1948, tanto che il Ministero della Salute venne istituito solo nel 1958 e il Servizio sanitario nazionale nel 1978. Al Regolamento del 1931 ha fatto seguito la legge 9 ottobre 1970, n. 740, che ha disciplinato il rapporto di lavoro del per-

sonale sanitario degli istituti penitenziari. L'organizzazione di presidi sanitari negli istituti di pena è stata prevista dalla legge 26 luglio 1975, n. 354, "Ordinamento penitenziario".

Con la riforma del Ssn nel 1998, è emersa la volontà del legislatore che con il D.Lgs. n. 230/1999 ha statuito come la

competenza sulla salute, anche in carcere debba essere affidata al Sistema sanitario nazionale. Da allora sono passate al Servizio sanitario nazionale le sole materie relative alle tossicodipendenze e alla medicina preventiva. Tornando a oggi, dalla data del 14 giugno 2008 con D.P.C.M. 1° aprile 2008 sono state trasferite al Ssn, e quindi alle Regioni e alle Asl, anche tutte le competenze sanitarie della medicina generale e specialistica, i rapporti di lavoro e le risorse economiche e strumentali sinora in capo al Ministero della Giustizia.

Ma esercitare l'assistenza sanitaria in carcere non è cosa semplice, per gli aspetti così particolari legati all'ambiente in cui si opera ed alla situazione del paziente. D'altronde la specificità della medicina penitenziaria consiste proprio nella capacità di operare secondo scienza e coscienza, in un ambiente esso stesso causa di patologia ma dal quale non si può prescindere. Chiunque eserciti la medicina

penitenziaria deve anche saper cogliere i bisogni inespressi del detenuto senza però prestarsi a strumentalizzazioni da qualsiasi parte provenienti, perché per motivi di salute si possono otte-

nere alternative alla detenzione in carcere. Vi sono aspetti, quindi, che rendono il carcere un ambiente estrema-

mente peculiare: dal punto di vista assistenziale per il concentramento di patologie, dal punto di vista medico-legale per gli aspetti relativi al costante colloquio con l'autorità giudiziaria e perché gli atti clinici possono influire in maniera significativa non solo sulla salute ma sull'intera storia processuale di una persona detenuta, dal punto di vista organizzativo per l'impossibilità del paziente detenuto alla libera scelta dei servizi sanitari a cui rivolgersi. Come si può comprendere, non si tratta semplicemente di affidare le competenze ad uno

piuttosto che a un altro, ma di riformulare completamente un servizio che per oltre un secolo

ha svolto compiti istituzionali delicati e sconosciuti a chi oggi deve provvedere alla erogazione delle prestazioni sanitarie sia quando una persona è libera, sia poi detenuta, sia poi, ancora

libera. L'impulso impresso al passaggio in questi ultimi mesi è stato veloce, forse troppo veloce per poter consentire una transizione adeguata nella metodologia e tale che non si ripercuota sulle oltre 50mila persone detenute in carcere.

Le Commissioni a livello nazionale in Conferenza Stato-Regioni, e regionale, stanno ancora valutando la direzione del percorso e la data del 14 giugno, applicativa del decreto, ha trovato una situazione assolutamente non definita, tra la scarsa partecipazione, direi quasi l'indifferenza, della Giustizia e un Ssn sostanzialmente motivato, ma non ancora pronto. In realtà, i lavori preparatori hanno trascurato l'assoluta specificità acquisita sul campo dalla sanità penitenziaria e non hanno chiarito la successiva *governance* del sistema. Non sono stati inoltre definiti modelli operativi adeguati attraverso i quali assicurare l'assistenza in carcere, ed è ambigua la previsione dei contratti di lavoro e dei ruoli professionali che dovranno es-

sere proposti dal Ssn al personale, in particolare per gli insostituibili profili dirigenziali, seppure già

transitato alle sue dipendenze dal 14 giugno. E c'è la possibilità che possa pesare anche la situazione di crisi finanziaria di alcune Regioni e che si releghi questa area dell'assistenza in un

## **Non sono stati ancora definiti modelli operativi adeguati per l'assistenza in carcere**

## **Le Regioni non sono ancora attrezzate a fornire servizi medici ai penitenziari**

ruolo residuale, sebbene sia di significativa importanza in ambito clinico, epidemiologico e sociale. La Società italiana di medicina e sanità penitenziaria Onlus, pur avendo proposto la partecipazione ai lavori, unica società scientifica di settore e con la competenza acquisita in anni di esperienza in organizzazione dei servizi sanitari penitenziari, non è ancora

### **Ambigua la previsione dei contratti di lavoro e ruoli professionali**

stata consultata. Tuttavia, senza questa esperienza risulta difficile la strutturazione di una nuova ed efficiente sanità penitenziaria, come tutti auspichiamo, nel contesto del Sistema sanitario nazionale. ■

\*

### **[Note:]**

1) "Modalità e criteri per il trasferimento al Servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria" (G.U. 30 maggio 2008, n. 126).

2) D.Lgs. 22 giugno 1999, n. 230, "Riordino della medicina penitenziaria a norma dell'art. 5, della legge 30 novembre 1998, n. 419" (in G.U. 16 luglio 1999, n. 165, suppl. ord. n. 132).