



forum piemontese
per il diritto alla salute dei detenuti e delle detenute
e l'applicazione del D.Lgs. 230/99



La salute in carcere: applicazione del Dpcm 1 aprile 2008

(Intervento di Anna Greco all'incontro dell'11 dicembre 2008)

Con un po' di emozione mi appresto a dare il contributo a questa giornata di analisi e discussione sullo stato d'attuazione della riforma della sanità penitenziaria.

L'emozione nasce dal fatto che questa iniziativa si colloca alla fine di un anno che, indiscutibilmente, ha rappresentato una svolta storica nel difficile percorso di attuazione del D.lgs. 230/99. È ancora un cammino in salita, irto di difficoltà, ma guardando a ritroso, quello che a molti sembrava ormai irrealizzabile, è avvenuto.

Dopo anni di polemiche e rinvii, dopo un parziale non riuscito tentativo di sperimentazione in alcune regioni, dopo il complicato passaggio delle sole competenze relative alla tossicodipendenza, finalmente il DPCM del 1 aprile 2008, frutto di un lavoro congiunto e qualificato, ha sancito in maniera definitiva il passaggio delle funzioni di assistenza sanitaria in carcere dal Ministero della Giustizia a quello della Salute.

È un documento con alto profilo di analisi, che offre, quali atti d'indirizzo, indicazioni alle regioni per garantire ai cittadini detenuti un programma di prevenzione primaria e secondaria tanto più difficile ma indispensabile in un ambiente di per sé patogeno come il carcere.

I dati in nostro possesso, pur se incompleti e aggiornati fino al 30 giugno 2008, sono comunque indicativi ed evidenziano una percentuale di tossicodipendenti pari al 26,8%, alcol-dipendenti al 2,3%, 4,5% in trattamento metadonico, malattie infettive pari al 9%, di una recrudescenza delle epatiti e della tubercolosi.

Il dossier 2008 "Morire di carcere" di Ristretti Orizzonti segnala che dal primo gennaio al 31 ottobre 2008 sono morti in totale 105 detenuti, dei quali almeno 40 per suicidio. Rispetto allo stesso periodo del 2007 il numero di suicidi tra i detenuti è aumentato dell'11% mentre il numero totale delle "morti da carcere" è aumentato del 5% circa.

L'incremento delle morti in carcere, suicidi compresi, è comunque inferiore al tasso di crescita della popolazione detenuta, che in un anno è stato di oltre il 15%. Le proiezioni per l'intero anno 2008 dicono che a fine anno i suicidi tra i detenuti potrebbero arrivare a quota 50 (contro i 45 del 2007) e il totale dei decessi a 128 (contro i 123 del 2007).

È sempre comunque una triste casistica, che spesso si riferisce solo all'esito finale e tragico di un malessere molto più ampio e diffuso che si esprime quotidianamente con gli episodi comunemente classificati come gesti autolesivi e anticonservativi.

Il tutto in un sistema penitenziario che per il 2009 vede una riduzione dei finanziamenti pari a 133 milioni di euro, vale a dire un terzo dello scotto imposto dalla manovra economica all'intera Amministrazione della Giustizia. Un sistema penitenziario stremato da una condizione di sovraffollamento che ha raggiunto la dimensione di oltre 59000 presenze a fronte di una capienza di 43000 posti regolamentari.

Certo, la salute dei detenuti non dipende solo dalla natura dell'intervento sanitario in carcere. Il concetto di salute nella sua accezione più ampia, quella fornita dall'OMS, vale a dire lo stato di benessere fisico, spirituale e sociale costituisce un obiettivo complesso e impegnativo che non può essere demandato ad una sola istituzione.

In passato la titolarità di tale delicata missione è stata demandata al Ministero della Giustizia. Con fatica, e con un proliferare di Circolari, Direttive, atti convenzionali, si è cercato di supplire all'impossibilità strutturale di garantire un servizio che andasse al di là di una risposta alle urgenze.

La continuità terapeutica e la necessaria integrazione tra prevenzione e cura rimanevano obiettivi difficilmente realizzabili.

La svolta epocale rappresentata dall'attuazione del D.Lgs. 230 è stato un grande atto di civiltà giuridica intervenuto a superare questo limite, e al contempo, a sanare l'anomalia di un sistema sanitario privo di piena autonomia, e di fatto assoggettato nelle sue scelte e nelle sue azioni ad un diverso ordinamento concepito per regolamentare l'esecuzione della pena.

Non si è esagerato nel parlare di rivoluzione culturale, di una svolta di civiltà pari a quella segnata dalla legge Gozzini. Una legge che periodicamente e pericolosamente viene minacciata, nonostante abbia significato una concreta realizzazione della finalità rieducativa della pena e una diminuzione della recidiva, al di là delle strumentalizzazioni demagogiche di cui è stata fatta oggetto.

Ancora pare difficile comprendere che l'apertura del carcere al territorio non ne depotenzia il mandato istituzionale: tale apertura è anzi indispensabile per quel percorso di sviluppo e promozione della persona, di ogni persona, che è un diritto garantito dalla nostra Costituzione e che ispira e sostanzia l'azione trattamentale nell'ambito dell'esecuzione penale.

Non un'Amministrazione penitenziaria privata delle funzioni che appartengono ad altre istituzioni, ma resa più forte da una sinergia di interventi e competenze per concorrere ad una "produzione di salute" che diviene strumento di elevazione sociale e valore della collettività.

Una "produzione di salute" che è fatta sì di interventi specialistici, ma anche di spazi vitali, di cibo adeguato, di docce funzionanti, di "ore d'aria", di interventi trattamentali, di bambini infratreenni fuori dal carcere con le loro mamme.

Certo non bastano i principi costituzionali della "leale collaborazione" tra le istituzioni, le leggi e i decreti attuativi per colmare annose distanze, per superare chiusure e autoreferenzialità che non sono esclusive del mondo carcerario, per creare una reale condivisione basata sulla differenziazione dei ruoli e sulla esplicitazione delle responsabilità.

Perfino i più convinti e ottimisti fautori della riforma sono sempre stati consapevoli che il Decreto attuativo avrebbe segnato certo una tappa fondamentale, ma anche una difficile sfida per le implicazioni della profonda trasformazione culturale e organizzativa che avrebbe avviato. Era prevedibile che il processo riformatore avrebbe significato la rottura di vecchi e consolidati equilibri, che con luci e ombre avevano comunque regolato la sanità penitenziaria.

Esso ha significato una fase delicata per l'istituzione carceraria, che ha dovuto riorganizzare attività e servizi, e favorire le procedure di integrazione con le modalità operative del servizio sanitario nazionale. Ha significato un momento impegnativo per gli assessorati alla salute e le aziende sanitarie competenti, alle prese con il recepimento degli atti di indirizzo del DPCM e la complessa questione del trasferimento degli operatori sanitari; ha significato l'intensificarsi degli sforzi per quella parte sindacale che ha sostenuto la riforma e che ora maggiormente sente di dover garantire che il passaggio realizzi effettivamente una maggior qualificazione delle professionalità e il superamento di un servizio frammentario e parcellizzato.

Per quanto preparati, abbiamo assistito preoccupati alle spinte controriformatrici che hanno ripreso ad organizzarsi ad una campagna di disinformazione che ha continuato a prefigurare scenari di caos e di riduzioni del livello di sicurezza degli istituti.

Abbiamo respirato un clima di confusione e di incertezza, tra i detenuti e i familiari, tra operatori segnati da anni di disagio e di precarietà, e che vogliono essere rassicurati circa le prospettive di sviluppo economico e professionale che sono il presupposto indispensabile del processo innovatore. Abbiamo guardato con preoccupazione ad una delicata fase di transizione in cui il prevalere di interessi personali e corporativi potevano costituire una reale minaccia alla minima ed indispensabile continuità terapeutica.

Questo anche nella Regione in cui vivo, il Piemonte, che ha avuto un ruolo partecipe e attivo nel percorso di riforma, e dove un anno fa si è costituito il primo forum regionale. Grazie anche alla straordinaria sensibilità dimostrata dall'Assessorato alla Salute riguardo la sanità penitenziaria, il Gruppo tecnico per la tutela della salute in carcere si è costituito fin dal novembre 2007, ed ha previsto la partecipazione del forum. Il 10 giugno 2008 è avvenuto il primo recepimento del DPCM, e il 30 Settembre 2008 è stato deliberato il nuovo modello organizzativo del Servizio sanitario

penitenziario, che definisce tra l'altro l'istituzione di due Strutture Operative Complesse, e di un Dipartimento interaziendale che ha la funzione di garantire nel distretto la necessaria omogeneità e aderenza alle linee di indirizzo del DPCM, in sinergia con l'Ufficio Regionale per la Tutela della Salute in carcere.

Importante certo può essere il ruolo del Forum, di Legautonomie, del sindacato e delle altre istanze democratiche, la loro attività di vigilanza, di richiamo alle responsabilità delle parti coinvolte, di contrasto ai tentativi di attribuire ai contenuti della riforma proprio quei disagi causati invece da un mancato spirito di collaborazione.

Non si può abbassare la guardia, occorre impegnarsi perché lo stato di transizione significhi realmente, secondo le indicazioni del DPCM, la graduale sperimentazione di nuovi modelli organizzativi, attenti ad integrare le specificità del contesto carcerario con le caratteristiche dei piani sanitari regionali.

Una transizione che non può significare "non fare", né la mera rivisitazione di vecchi modelli penitenziari. Una transizione che deve porre le basi per il suo superamento, evitando l'implementazione di strutture e servizi che pur con il carattere della provvisorietà, continuano a riproporre lo schema di un modello duale di assistenza sanitaria diversa dal servizio pubblico.

Non è pensabile di prevedere un intervento a cui non partecipino le altre componenti operative delle ASL, oltre alle direzioni generali o sanitarie, che ne rappresentano le componenti in cui sono collocate le responsabilità politiche e gestionali. Si corre il rischio di duplicare gli interventi da un punto di vista organizzativo (una sanità per il territorio e una per il carcere), o di realizzare una "delega" esclusiva ai dipartimenti o alle analoghe nuove strutture, svuotando la riforma della sua portata innovativa che tra i suoi punti di forza vede l'attivazione di una complessa e variegata rete di soggetti e servizi del territorio.

E a questo punto non si può non guardare con preoccupazione alla possibilità che la fase di gradualità prevista dal DPCM per il superamento degli OPG porti a soluzioni che ancora una volta ripropongono logiche custodialistiche, riciclando vecchi schemi in nuove strutture, negando quella territorializzazione della cura che è alla base della grande rivoluzione della legge 180 e che dal DPCM viene fatta propria.

È quindi il momento di una riflessione seria, attenta, profonda, che non può non partire dall'interrogativo che dà il titolo a questa iniziativa: a che punto siamo?

Nella maggior parte delle regioni a statuto ordinario non si è andato molto oltre le delibere di recepimento del DPCM e la fase di inquadramento del personale, e il cammino appare ancora molto in salita riguardo alla definizione dei modelli organizzativi. Del modello piemontese si è accennato; la Toscana ha costituito un dipartimento tecnico-organizzativo, la Liguria ha previsto accordi con le ASL e più o meno con questa impostazione si sono organizzate Basilicata, Calabria, Puglia, Veneto. Ancora diversa risulta la soluzione adottata in Lombardia, dove gli istituti penitenziari prevedono contatti con le singole aziende ospedaliere.

Il ritardo delle regioni a statuto speciale e delle province autonome di Trento e Bolzano nell'assumere i necessari atti deliberativi previsti dal DPCM ha motivato la richiesta al Ministero dell'Economia, del Lavoro e alla Presidenza del Consiglio dei Ministri, da parte del Ministro della Giustizia, del ripristino delle risorse finanziarie necessarie per continuare a gestire economicamente, e organizzativamente, le funzioni di assistenza sanitaria in carcere.

In conferenza Stato Regioni sono stati costituiti il tavolo interistituzionale e il tavolo paritetico per gli OPG previsti dal DPCM.

Il Gruppo interregionale ha prodotto un documento sull'utilizzo della cartella telematica unica, per la condivisione delle informazioni necessarie a quella continuità terapeutica che il DPCM stabilisce quale principio fondante per l'efficacia degli interventi di cura.

È stato licenziato in conferenza Stato Regioni il testo per il protocollo di collaborazione Giustizia/regioni previsto dall'art. 7 del DPCM; è stato approvato come documento unico con tre allegati lo schema delle tre convenzioni previste dal DPCM (per l'uso gratuito dei locali; per le convenzioni a titolo non oneroso per l'utilizzo degli psicologi ex art. 80 da parte delle ASL; per l'erogazione, da parte delle ASL e a titolo non oneroso per la Giustizia, delle prestazioni medico

legali rivolte agli agenti del corpo della polizia penitenziaria); è stato inviato dal Ministero del Welfare al CIPE e da questo fatto proprio il documento di riparto dei fondi per l'anno 2008.

Il Forum continua a guardare con attenzione alle diverse tappe del processo. Le questioni da affrontare sono molteplici e di non facile soluzione. Non si può sottacere il problema di un servizio sanitario nazionale alle prese con una scarsa disponibilità di risorse che condiziona gli amministratori nella collocazione delle risorse, nella progettazione di nuovi assetti strutturali, nella risposta ai bisogni e ai cambiamenti del territorio.

Un altro elemento di criticità è rappresentato dalla disparità di una condizione che vede le regioni italiane investite di competenze e responsabilità nel governo del servizio sanitario nazionale a fronte di provveditorati regionali dell'amministrazione penitenziaria con un insufficiente grado di autonomia in merito a diversi processi decisionali.

In questa delicata fase del percorso, la continua attesa di decisioni e o autorizzazioni dal livello centrale dell'amministrazione, l'eccesso di burocratizzazione, rischiano di aumentare il disagio e depotenziare gli interventi.

È evidente che a un livello serio e programmato di decentramento, deve corrispondere, a monte, una volontà politica ferma e consapevole di governare il processo, onde garantire a tutte le persone detenute, in qualsiasi istituto del Paese, un adeguato grado di soddisfacimento del diritto alla salute.

Al Ministero della Salute, nuovo e naturale destinatario delle competenze di assistenza sanitaria in carcere, spetta l'onere di una sorta di cabina di regia che sostenga, supporti e indirizzi l'attività delle regioni, nel rispetto delle competenze previste dalla riforma del titolo V della costituzione, e in doverosa collaborazione con l'istituzione carceraria.

Né è meno importante che quest'ultima provveda a dare chiare e adeguate indicazioni alle articolazioni periferiche affinché sia mantenuto un costante flusso di formazione e di collaborazione con quelle regionali e locali del servizio sanitario nazionale.

Le Istituzioni a diversi livelli partecipi del processo, i tavoli e i gruppi operanti a livello regionale o nazionale, devono garantire la fluidità e la correttezza dell'informazione. È noto come la comunicazione sia un elemento fondamentale per la riuscita di ogni processo di riorganizzazione, e mai come in questo caso diviene il più determinante strumento per far sì che destinatari e operatori della riforma possano ad essa concorrere, anziché subirla.

Il dado è tratto e non si può tornare indietro.

Il percorso cominciato grazie alla volontà politica dei Dicasteri interessati e alla spinta delle forze democratiche che hanno dato vita al Forum, ieri costituitosi in Associazione Onlus, deve continuare senza infingimenti e senza stravolgimenti. Una reale tutela del diritto alla salute, esercitata dalle Istituzione competente, non può che aumentare la sicurezza nel carcere e nella società libera.

Quest'ultima non deve diventare un alibi per deviare un percorso che il DPCM disegna come impegnativo ma lineare nell'individuazione di ruoli e di competenze. Un percorso che non può lasciare zone buie: vorrei fare per questo un cenno al mondo della giustizia minorile, spesso marginale nell'attenzione, in questo periodo alle prese con un processo di riorganizzazione del Dipartimento che ne accentua e complica le problematiche. Un mondo che riguarda un futuro generazionale: sta alla politica e alle Istituzioni preposte decidere se realizzarvi un investimento di salute o radicalizzare un percorso di emarginazione che non solo mortifica la coscienza democratica di un paese, ma può avere dei costi sociali molto alti.

Il DPR 448/ 88, con la prospettiva della valorizzazione psicologica e l'adesione ai principi costitutivi del diritto penale minimo, si colloca tra le legislazioni minorili più avanzate. Purtroppo il DPCM 1/4/2008, pur riconoscendo all'intervento psicologico le funzioni di tutela e salvaguardia dell'individuo, come è noto definisce solo il transito degli psicologi di ruolo e riguardo al resto del personale, che costituisce la stragrande maggioranza sia negli Istituti per adulti che per i minori, prevede che le ASL possano stipulare convenzioni a titolo non oneroso per garantire la continuità d'intervento.

Il risultato è un servizio psicologico gravemente compromesso nell'Amministrazione penitenziaria (dove si prevede una riduzione di finanziamento dal 20 al 30%), e prossimo al collasso nel

Dipartimento di Giustizia Minorile, impossibilitato a garantire la copertura finanziaria per il prossimo anno.

E così quella che già era una condizione di alta criticità(vale a dire un investimento di risorse in maniera inversamente proporzionale alla crescita del disagio psichico; difficoltà a garantire la continuità di servizi essenziali compreso il presidio Nuovi Giunti; accertamenti sulla personalità dei minori svolti in mancanza di psicologi da assistenti sociali e così via), rischia di diventare una situazione patogena che può compromettere l'intero percorso di salute faticosamente avviato.

Preoccupa che, per fronteggiare l'emergenza, si vadano prospettando soluzioni quali brevi proroghe delle convenzioni o "subappalti" del servizio psicologico che non fanno che protrarre uno stato di sofferenza e di precarietà.

Anche per questo, come per tutto quel che prima è stato rappresentato, alla politica e alle istituzioni chiediamo coerenza e coraggio. È anche l'impegno a cui ognuno di noi è chiamato, perché la sfida è alta, e straordinario il momento che stiamo vivendo.

11 dicembre 2008

Anna Greco

*Forum Piemontese
per il diritto alla salute dei detenuti e delle detenute
e l'applicazione del Dlgs 230/99*