

Sanità in carcere

VERSO IL PASSAGGIO AL PUBBLICO

intervista a Luciano Lucania segretario generale della SIMSPe
di Patrizia Tellini

Dottor Lucania può dirci quale è la situazione attuale delle carceri in materia di sanità penitenziaria?

Sino ad oggi il servizio sanitario penitenziario è stato un servizio autonomo del Ministero della Giustizia, regolato da una legge speciale del 1970 e da successive circolari applicative; la maggior parte del personale ha rapporti di lavoro a convenzione (guardia medica Sias, infermieri, tecnici sanitari). Non è un servizio adeguato ai bisogni di salute emergenti dal sistema penitenziario.

Che cosa è la SIMSPe?

Siamo nati dieci anni or sono come società scientifica che si interessava di salute e sanità in carcere; oggi manteniamo ed abbiamo ampliato questa nostra mission attraverso ricerca e formazione (in collaborazione con le università e lo stesso Dap, in particolare nella formazione Ecm) ma, in relazione alla recente evoluzione della normativa di transito, abbiamo raccolto le voci di quella parte della sanità penitenziaria favorevole al passaggio al "servizio sanitario nazionale" delle competenze e delle esperienze.

Che cosa sancisce la legge Finanziaria 2008 riguardo al diritto di salute dei detenuti?

La Finanziaria 2008 ha avviato un meccanismo che, ritengo, nell'arco di un triennio potrà consentire il transito definitivo di tutti i servizi sanitari alla sanità pubblica. E' di imminente pubblicazione il Dpcm previsto in Finanziaria 2008; a seguire, in ciascuna regione si dovranno avviare specifiche attività di concreta realizzazione, tramite progetti-obiettivo da tarare alle singole realtà tramite sinergie operative con i Provveditorati regionali amministrazione penitenziaria.

Quali sono le finalità del passaggio alla sanità pubblica ed ai servizi regionali?

È evidente come la finalità sia quella di migliorare la gestione del "bene-salute" dentro il carcere, non ultimo rendendo l'atto medico più "autonomo" rispetto alle dinamiche proprie dell'istituzione "carcere".

Quali sono le esperienze della nostra Regione Toscana in materia di sanità in carcere?

La Regione Toscana è stata la prima regione che ha avviato un percorso di transito mediante un provvedimento legislativo "pilota"; ora sarà necessario capire come vorrà svilupparlo nel concreto.

Per fare chiarezza, che cosa cambia realmente nella salute del detenuto? Potrà essere curato meglio ed ascoltato forse un po' di più?

Il miglioramento delle cure nascerà da una ridefinizione e dall'attualizzazione dei modelli operativi; non dobbiamo dimenticare



Luciano Lucania tra le molteplici cose che ha fatto, ha partecipato a numerosi convegni di medicina penitenziaria con originali contributi sui rapporti fra la malattia neoplastica e la detenzione, sulla compatibilità con il regime detentivo per le malattie croniche, sull'organizzazione dei servizi sanitari in ambito penitenziario. E' formatore Ecm ed è segretario generale 2006-2009 della SIMSPe (Società Italiana di Medicina e Sanità Penitenziaria).

che nei fatti il principio della "libera scelta" che nella sanità è ormai un assioma codificato nella prassi quotidiana, dentro il carcere è e rimarrà un "diritto limitato" dalla stessa situazione contingente. Allora all'interno del carcere le tutele istituzionali del "bene-salute" devono essere maggiori, poiché si è comunque terapeuti quasi "di necessità" ed il rapporto di fiducia fra paziente "detenuto" e medico deve essere costruito in un ambiente difficile e limitativo. Il maggiore, ed il migliore ascolto del detenuto, dovranno poi essere la spinta ad una migliore professionalità, sempre più profondamente etica.

Con questo passaggio, il medico che ruolo ha?

Rimane un ruolo fondamentale, centrale anche nel nuovo sistema.

Che cosa chiedono i medici incaricati del sistema penitenziario?

Un transito "alla pari". Ma io sono, noi siamo convinti, che una gran parte dei colleghi vuole mantenere nel nuovo sistema l'attuale posizione funzionale ricoperta, nell'ambito dei dipartimenti

e delle unità operative che dovranno essere comunque formate. E ne abbiamo i titoli, la cultura, la managerialità e l'esperienza specifica. Ormai è e deve essere chiaro che la medicina penitenziaria non è una figlia minore della psichiatria o delle dipendenze. Appare anche condivisibile, in una fase di prima applicazione, la possibilità del "ruolo ad esaurimento" per quei medici incaricati che dovessero farne richiesta.

Quali sono le malattie più evidenti in carcere?

Il carcere è in sé una malattia. Ma per fasce di età e spesso tipologie criminali non dobbiamo dimenticare come il gruppo di patologie maggiormente rappresentate sono quelle cardiovascolari e respiratorie, oltre che le varie forme di disabilità fisica. E poi le malattie infettive, il disagio mentale, le patologie da dipendenza da sostanze. E' un insieme variegato di malattie, che richiede risposte specifiche e contestualizzate alla situazione ed all'ambiente. Non possiamo dimenticare che l'incompatibilità con la detenzione per problematiche sanitarie è una estrema ratio che spesso l'opinione pubblica non accetta. Quindi ogni percorso diagnostico-terapeutico deve essere corretto ed adeguato.

Mandi un messaggio a sostegno di questo percorso nuovo ed importante.

Il messaggio è alla classe politica: non disperdete il patrimonio di esperienze, non demotivate chi vuole ancora lavorare in carcere come medico, infermiere, psicologo. Non è una medicina di serie B. Questo momento di passaggio deve perdere ogni valenza politico-ideologica e divenire un momento tecnico. La complessità – forse ancora non percepita dai nuovi attori – è tale da configurare una sfida concreta da realizzare all'interno del Sistema sanitario nazionale !