



MEDICINA PENITENZIARIA/ L'iter della riforma procede al rallenti e con soluzioni a

Carceri: Regioni, avanti senza

Le risorse ferme alla Ragioneria dello Stato - E la piena operatività è

Un passo avanti e due indietro. Il passaggio organizzativo del sistema sanitario penitenziario alle Regioni procede a passo incerto. Ma procede. All'appuntamento del 1° ottobre quasi tutte le Regioni a statuto ordinario si sono fatte trovare pronte con le delibere di acquisizione del Dpcm 1° aprile 2008 pubblicate nei rispettivi «Bollettini Ufficiali». Ma il passaggio in molti casi è ancora una scatola vuota, privo com'è dei provvedimenti attuativi che stabiliscono l'operatività di Asl e penitenziari. Le Regioni più veloci hanno presentato modelli gestionali diversificati, specchio della situazione economica e metodologica propria di ciascun territorio.

Se, a domanda esplicita sul passaggio, tutte le Regioni rispondono che ci stanno lavorando, una positiva conferma viene da quelle alle prese con i piani di rientro: Campania, Lazio, Liguria e Abruzzo hanno già deliberato il recepimento delle competenze, il Molise idem, ma ha il Piano sanitario in fase di verifica presso i ministeri dell'Economia e del Welfare. Campania e Lazio, in particolare, non potevano fare altrimenti visto che sul proprio territorio insiste un numero record di detenuti, rispettivamente 6.934 in Campania e 5.359 nel Lazio.

Quest'ultima, già prima del 1° ottobre aveva siglato 6 protocolli d'intesa con le 10 Asl per assicurare la continuità assistenziale durante la fase di passaggio delle

consegne e di recente ha disposto uno stanziamento di 3 milioni per le strutture penitenziarie. Qualcosa di simile è avvenuto in Campania, dove hanno anche il problema della gestione degli ospedali psichiatrici giudiziari. In ritardo attuativo tutte le Regioni autonome, anche se per la loro "specialità", i termini non erano fissati al 1° ottobre. Accanto a situazioni "tranquille" come quelle di Trentino A. Adige e Valle d'Aosta (in totale 427 detenuti) e quella del Friuli (707 carcerati) va chiarita la situazione della Sicilia, con il suo bubbone di 6.018 detenuti per i quali, al momento, tutto è rimasto invariato. Niente di nuovo anche dal fronte sardo, dove la situazione non presenta mutamenti per i 1.808 reclusi. Tornando alle Regioni ordinarie, pagella positiva per l'Emilia Romagna che ha iniziato il cammino di delega della medicina penitenziaria verso il Ssr fin dai tempi del primo decreto firmato da Rosy Bindi 230/1999. A febbraio la Regione ha emanato una legge quadro di tutela per le persone detenute e, in attesa del passaggio di risorse al Ssr, la delibera presenta le direttive di trasferimento del personale penitenziario alle Asl. C'è poi il modello Piemonte che ha istituito un ente interaziendale ad hoc, il Dipartimento regionale per la tutela della salute in carcere e ha costituito 2 strutture operative complesse a Torino e Alessandria. L'obiettivo è coordinare le funzioni in capo alle Asl e garantire omogeneità di intervento su tutto



il territorio. Un'impostazione affine a quella messa in campo dalla Toscana che, mantenendo la divisione del territorio in Aree vaste, ha costituito un Dipartimento tecnico-organizzativo per la salute in carcere e, al contempo, assicura in ogni istituto penitenziario un referente con compiti di controllo interno e di sinergia con le altre realtà carcerarie. Ancora diverso il modello individuato dalla Liguria, che pur avendo un numero relativamente basso di detenuti (1.382 unità), presenta la percentuale più elevata di tossicodipendenti (ben il 50%), mentre il 40% ha l'epatite C. La Liguria si trova anch'essa alle prese con il piano di rientro, ma con una situazione

meno pesante rispetto alle Regioni che abbiamo precedentemente elencato: per ora sono previsti accordi con le Asl e individuazione di punti critici da superare caso per caso. Un'impostazione simile a quella ligure si riscontra in Basilicata, Calabria, Puglia, Veneto, pur con le diversità dettate dalle differenti situazioni economiche e dal numero di detenuti presenti. Per esempio in Puglia l'assessore alla Salute ha emanato una serie di direttive alle Asl per la costituzione di "cabine di comando" miste costituite da rappresentanti degli istituti penitenziari presenti sul territorio e dai dirigenti delle Asl che assumeranno la responsabilità della gestione delle attività di

tutela della salute dei detenuti. Ultimo modello, e certo non per importanza, visto che ha il record di 8.323 detenuti quello approvato dalla Giunta Formigoni. Ogni istituto penitenziario lombardo è "abbinato" a una diversa azienda ospedaliera (per esempio, il San Vittore all'Ao Sacco di Milano o il carcere di Opera affidato all'Ao San Paolo). Dal Pirellone la situazione sembra sotto controllo e il passaggio pronto a diventare operativo. A Roma, intanto, la politica non sta a guardare. L'ex ministro Livia Turco in un'interrogazione parlamentare ha chiesto di fare il punto sullo sblocco delle risorse per ora ferme alla Ragioneria generale in attesa di

Le Regioni

- **Abruzzo** - Dgr 23 giugno 2008, n. 544
- **Basilicata** - Dgr 17 settembre 2008, n. 1385
- **Calabria** - Dgr in corso di approvazione
- **Campania** - Dgr 1551/2008 (in corso di pubblicazione sul Bur)
- **Emilia Romagna** - Dgr 16 luglio 2008, n. 1063
- **Lazio** - Dgr 4 luglio 2008, n. 407
- **Liguria** - Dgr in corso di verifica ai ministeri di Giustizia e Welfare per il piano di rientro
- **Lombardia** - Dgr 8120/2008 (in corso di pubblicazione sul Bur)

L'INTERVENTO

«La ricetta: dipartimenti a gestione autonoma»

DI ANDREA FRANCESCHINI *

Dal 16 giugno gli operatori di Sanità penitenziaria sono diventati in prima battuta funzionalmente dipendenti del Ssn e delle Asl e dal 1° ottobre lo sono anche economicamente e normativamente, pur essendo ancora inquadrati con la vecchia normativa e con un'assente valutazione nel contesto del Ssn.

E per il futuro? Oggi l'assistenza sanitaria in carcere è a tutti gli effetti un servizio Asl, ma con delle peculiarità che non si possono ignorare. Molti medici penitenziari hanno aderito al passaggio dell'assistenza al Ssn convinti di poter così migliorare i livelli di offerta di salute alla persona reclusa. Il transito, diventato oggi effettivo, è tuttavia ancora lontano dall'essere compiuto. Si devono prima affrontare gravi criticità dovute a un iter che è stato veloce e poco preparato e che oggi non è pronto a fornire le necessarie risposte in tempi adeguati. La fase attuale del cambiamento deve affrontare velocemente il rimpiazzo degli spazi resi vuoti dalla cessazione di competenza dell'amministrazione penitenziaria, ma non ancora colmati dalle competenze Ssn. Mancano da più parti i modelli organizzativi, i riferimenti per gli aspetti gestionali del personale, nonché la conferma di una catena di comando e, non essendo ancora assegnati i fondi, non sono stati attivati i riferimenti per i centri di costo e per la gestione dell'economia.

Mancano ancora oggi una previsione delle nuove posizioni contrattuali per il personale transita-

to, che tuttavia oggi è praticamente il solo che si è sobbarcato l'onere di garantire una continuità nell'assistenza alla persona detenuta, per lo più in assenza di riferimenti. Se dovesse durare a lungo, il gap amministrativo si andrebbe a ripercuotere proprio su quegli assistiti cui il rinnovamento avrebbe dovuto garantire una migliore assistenza.

Il Servizio sanitario nazionale è di fatto il gestore e unico responsabile della salute in carcere. Ma siamo appena all'inizio: ora si dovrà affrontare il piano organizzativo nelle realtà degli istituti e del tessuto penitenziario regionale e nazionale. Sarà una fase in cui il personale, finora non considerato e coinvolto, rappresenta invece un fattore di fondamentale importanza per la buona riuscita del cambiamento. Ignorare questi aspetti può significare la non riuscita operativa e assistenziale.

Modelli regionali - In alcune Regioni in cui è stato studiato preventivamente un progetto organizzativo sono stati previsti Dipartimenti regionali di medicina penitenziaria affidandoli a funzionari del Servizio sanitario nazionale, di professionalità indiscutibile, ma con poca esperienza del carcere e delle sue dinamiche interne. L'organizzazione, ancora diffusamente da realizzare nelle strutture penitenziarie, è poi stata valutata ora come "unità operativa" inserita nel distretto territoriale, ora come "servizio": assetti organizzativi che, a parità di tipo-

Il totale dei detenuti in Italia				
Tipo istituto	N. istituti	Donne	Uomini	Totale
Case di reclusione				
Condannati		136	6.383	6.519
Imputati		48	1.406	1.454
Internati		8	228	236
Da impostare		-	1	1
Totale	38	192	8.018	8.210
Case circondariali				
Condannati		838	16.590	17.428
Imputati		1.264	26.728	27.992
Internati		5	19	24
Da impostare		7	99	106
Totale	161	2.114	43.436	45.550
Istituti per le misure di sicurezza				
Condannati		5	111	116
Imputati		13	60	73
Internati		82	1.219	1.301
Da impostare		-	-	-
Totale	7	100	1.390	1.490
Totale generale	206	2.406	52.844	55.250

Fonte: ministero della Giustizia al 31 luglio 2008

logia di istituto detentivo, realizzeranno una diffomità nelle offerte assistenziali da Regione a Regione. Tra quelle più attive nella conduzione programmatica del cambiamento, la Regione Toscana ha però deciso di istituire il Dipartimento regionale di medicina penitenziaria e affidarlo a un medico penitenziario, motivando la sua scelta proprio con il riconoscimento di quell'esperienza e competenza che altri nel Ssn non hanno. E questo è un esem-

pio, per ora isolato, di corretto utilizzo delle risorse esistenti per la migliore riuscita del cambiamento. Di fatto, la disparità di modelli organizzativi profila un'ulteriore criticità solo apparentemente secondaria.

Da tempo l'amministrazione penitenziaria ha cercato di realizzare ciò che la normativa prevede in relazione alla territorializzazione della pena, vale a dire tenere la persona detenuta nella Regione di residenza per consentire

più facili contatti con la famiglia e con il tessuto territoriale per un più efficace reinserimento. Un compito non facile a causa dei trasferimenti dovuti all'affollamento o a motivi processuali. In tali frangenti la disomogeneità tra i diversi modelli operativi comporta per la persona detenuta una diversità nelle occasioni di cura e una necessità di adattamento a seconda dei modelli incontrati nei diversi istituti. Un fattore che in precedenza era stato affrontato con l'organizzazione di aree sanitarie negli istituti, con comune struttura, dalla più semplice alla più complessa, con caratteristiche simili a quelle già in atto nel Ssn.

Epidemiologia - Si deve poi rimarcare come la statistica epidemiologica nelle carceri non sia affatto sovrapponibile a quella della popolazione libera: i dati rilevati mettono in evidenza come circa il 20% della popolazione detenuta mostri sostanzialmente buone condizioni di salute. Il restante presenta condizioni mediocri (38%), scadute (37%) o gravi (4%). La presenza di persone detenute con vissuto di tossicodipendenza (33%) o affette da epatopatie Hbv e Hcv correlate da sieropositività per Hiv (7%) o da tutte e tre contemporaneamente, rende intuibile come nella popolazione detenuta si realizzi un concentrazione di patologie (che prima o poi ritorneranno sul territorio), di quanto siano elevati i bisogni di salute, e di conseguenza di quanto specifi-

ca debba essere l'operatività. I modelli finora ipotizzati appaiono limitati e per lo più minimali. Vi sono poi Regioni che hanno difficoltà di bilancio, situazione che impedisce di investire nel settore penitenziario quando sarebbe il momento più indicato per farlo.

Un ottimale modello operativo dovrebbe prevedere, per esempio, settori che si interessino non solo del carcere, ma di tutte le esigenze del complesso dell'area penale, compresa l'assistenza nei tribunali e nell'area penale esterna. Ma volendo rimanere legati solo ai modelli assistenziali all'interno delle mura del carcere, allora bisogna pensare a un dipartimento o unità operativa dotati di autonomia ed economia propria alle dipendenze e al controllo della direzione generale dell'Azienda sanitaria, correlato al territorio, ma non dipendente da esso, in grado di dare esaustiva risposta ai bisogni di salute a persone che non hanno alternative sanitarie. Un presidio nel quale operi personale esperto, in grado di trasmettere alle future leve esperienza e competenza. Ritorniamo quindi al discorso iniziale, ossia a considerare quel personale ex amministrazione della giustizia e oggi del Ssn, che attende nuove posizioni contrattuali. Prima quel personale sarà stabilizzato nel contesto del Ssn e più facile sarà realizzare un cambiamento efficace ed efficiente.

* Direttore sanitario casa circondariale Regina Coeli Roma

macchia di leopardo

fretta

solo un miraggio

in regola

- **Marche - Dgr 8 settembre 2008, n. 1157**
- **Molise - Psr in corso di verifica ai ministeri di Giustizia e Welfare per il piano di rientro**
- **Piemonte - Dgr 10 giugno 2008, n. 2-8947**
- **Puglia - Dgr 23 settembre 2008, n. 1747 (in corso di pubblicazione sul Bur)**
- **Toscana - Dgr 8 settembre 2008, n. 693**
- **Umbria - Dgr 9 giugno 2008, n. 682**
- **Veneto - Dgr 29 luglio 2008, n. 2144**

essere trasferite alle Asl. Le aziende sono costrette agli extrabudget perché devono sobbarcarsi gli oneri economici di tutte le operazioni di trasferimento, nonché gli stipendi del personale finora a carico del ministero di Giustizia. Intanto si è svolta la prima riunione del tavolo tecnico interregionale istituito dalla Commissione Salute a cui partecipano Piemonte, Sardegna, Lazio, Veneto e Toscana per fare il punto sulle convenzioni che riguardano il personale di Polizia penitenziaria, i locali dove svolgere le attività sanitarie, i rapporti con gli psicologi.

Lucilla Vazza

LE QUESTIONI APERTE AL PASSAGGIO DI CONSEGNE

Il personale chiede un accordo quadro e competenze professionali riconosciute

DI LUCIANO LUCANIA *

La complessità del processo di riforma dell'assistenza sanitaria penitenziaria fa emergere un punto critico: la ricollocazione del personale in transito. Se è sembrato pacifico il passaggio diretto nei ruoli Ssn del personale proveniente dai ruoli ordinari del ministero della Giustizia, il maggior numero di operatori (circa 4mila) che fino a oggi hanno assicurato, negli spazi operativi e con i limiti imposti dalla specifica contingenza, l'assistenza sanitaria nei penitenziari nazionali e che discende dalla legge 740/1970 istitutiva del servizio e fonte delle specifiche convenzioni, non ha trovato che prospettive incerte o la cessazione del rapporto di convenzione al 30 giugno prossimo. Abbiamo sostenuto da quasi un decennio che la legge 740 necessitava di un profondo processo di revisione, a seguire le modifiche del 1991 (ridefinizione della pianta organica nazionale e delle funzioni medico-legali nei confronti del Corpo di Polizia penitenziaria) e del 1993, quando con apposito provvedimento legislativo ai medici operanti nelle carceri venne consentita la piena compatibilità con le attività in ambito Ssn. E se proprio questo aspetto è stato fortemente cautelativo dell'attività dei medici e degli infermieri penitenziari, quale unico elemento di autonomia rispetto a un sistema chiuso e totalizzante, oggi, in una fase di "normalizzazione" e ridefinizione dei servizi sanitari, non può esser considerato un peccato originale. Esiste, in realtà, un forte scontro generazionale anche all'interno della Sanità penitenziaria, che ha assorbito professionisti provenienti da svariate esperienze esterne al penitenziario e che, proprio in virtù di questo meccanismo hanno assicurato la necessaria osmosi culturale tra l'esercizio professionale all'interno e all'esterno del carcere. Questo meccanismo ha inoltre consentito sia pure in alcune realtà di nicchia in ambito della Giustizia, il disegno e l'avvio operativo di modelli sanitari già vicini al Ssn e di conseguenza funzionali alla migliore tutela della salute in ambito

intramurario. Oggi il rischio è quello di disperdere o marginalizzare un patrimonio di esperienze, poiché questa particolare e specifica branca della medicina di comunità integra alla clinica, nella sua accezione più ampia, la medicina legale ed è inserita nei binari rigidi di previsioni normative (codice di procedura penale, ordinamento penitenziario, regolamento di esecuzione) all'interno dei quali anche l'attività sanitaria penitenziaria trova aspetti di specifica collocazione. Sotto il profilo strettamente sindacale ci sembrano doverose la tutela e la valorizzazione di queste specifiche e pregiate esperienze professionali, anche perché l'applicazione della vigente normativa consentirà nell'immediato l'emersione dei valori motivazionali di ciascun operatore.

Il sistema sanitario della Giustizia già prevedeva una funzione dirigente d'Istituto, poi applicata anche ai Provveditorati e al Dap: il medico incaricato, vincitore di specifico concorso pubblico, collocato in una dotazione organica nazionale e minutamente disciplinato dalla già citata normativa. Gli erano affiancati medici del Servizio integrativo di assistenza sanitaria e medici specialisti, oltre che infermieri e tecnici sanitari. Quest'ultimo personale esercitava attività con rapporto convenzionale orario o a prestazioni. La cronica lentezza dei meccanismi interni alla Giustizia ha ampliato nell'ultimo decennio (l'ultimo concorso risale agli anni '90) il numero dei medici incaricati provvisori che in atto sono circa un terzo dei quasi 400 incaricati. Non sembrano esservi dubbi sulla ricollocazione del personale ex 740/1970, salva l'applicazione della vigente normativa del Ssn. Il transito degli specialisti alla corrispondente conven-

zione Ssn è stato già previsto nell'Acn 2005-'08 e in analogia, sulle convenzioni di medicina generale e continuità assistenziale, dovrebbero essere rimodulate le convenzioni Sias. È inoltre necessaria la previsione della valorizzazione di questa specifica attività intramuraria ai fini di prevedibili concorsi per la copertura dei posti che si renderanno vacanti. Per il medico incaricato il transito al ruolo unico della dirigenza, finalizzato in particolare alla conservazione delle funzioni esercitate (la direzione tecnico-sanitaria delle aree di Istituto penitenziario, le funzioni di coordinamento regionale e di staff presso il Dap o altri organismi centrali, tutte possibili sedi di unità operative del Ssn) che sono indispensabili alla corretta prosecuzione delle complesse attività sanitarie penitenziarie ci sembra un passaggio doveroso. Né sembra in conflitto l'ipotesi di un c.d. "ruolo a esaurimento" come previsto dalla 740. Le funzioni non possono in questo caso essere automaticamente attribuite al professionista che voglia optare per il mantenimento dello status quo a esaurimento. Infermieri e tecnici sanitari a convenzione oraria potrebbero mantenere l'attuale configurazione dell'attività, mediante meccanismi di straordinario, incentivazioni e plus-orario, tramite le rispettive aziende sanitarie e ospedaliere. In più occasioni abbiamo chiesto a tutti i livelli di non disperdere il patrimonio prezioso che la medicina penitenziaria rappresenta e auspichiamo uno specifico accordo quadro nazionale in cui queste prospettive trovino l'adeguata e corretta definizione.

* Segretario nazionale Simspe

I ruoli in transito verso le Asl

Dirigenti (legge 154/2005)	526
Dirigenti comparto ministeri	56
Direttori penitenziari	653
Medici penitenziari	42
Assistenti sociali	1.630
Educatori	1.376
Psicologi	95

Fonte: min. Giustizia al 31 dicembre 2006