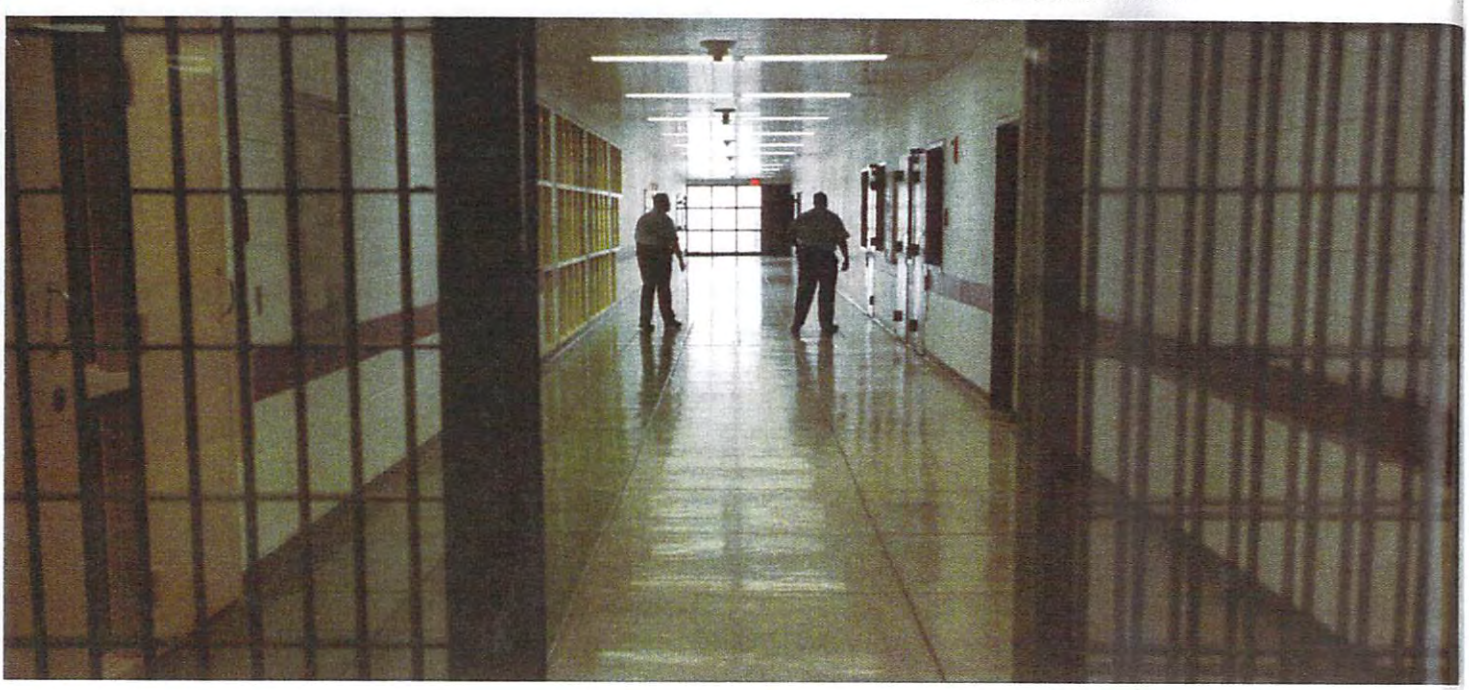
Maria Cristina Parravicini



La salute in carcere

Il trasferimento di competenze in materia di sanità penitenziaria dal Ministero della Giustizia al Sistema Sanitario Nazionale, Regioni e Asl: ne parlano Angelo Cospito e Rodolfo Casati

Come si conformava il servizio sanitario penitenziario prima dei cambiamenti introdotti dal Decreto della Presidenza del Consiglio dell'1 aprile 2008?

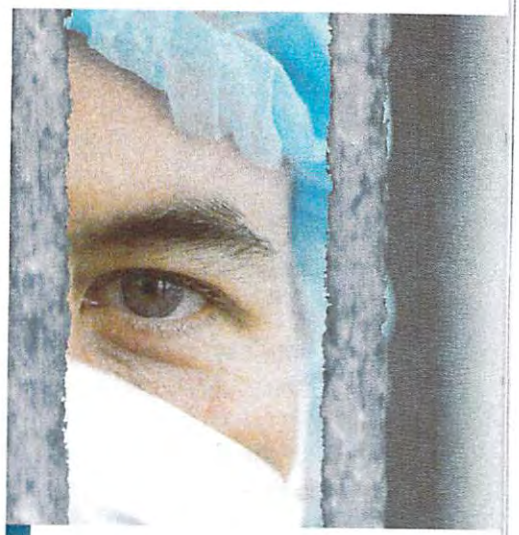
«Tralasciando una serie di cenni storici che ci riporterebbero al 1931 – premette Angelo Cospito – la volontà di esprimere una svolta significativa alla medicina penitenziaria è emersa alla fine degli anni '90 con il D.L. 230/99 che ha statuito come la competenza della salute debba transitare al Sistema Sanitario Nazionale. Infatti al comma 3 dell'art. 2 viene individuato nell'Azienda sanitaria locale l'ente erogatore delle prestazioni sanitarie in favore dei detenuti e degli internati e viene attribuito all'Amministrazione penitenziaria il solo compito di provvedere alla sicurezza dei ristretti. A rafforzamento della disciplina dettata in materia di organizzazione, inoltre, viene specificato che alle ASL sono affidati la gestione e il controllo dei servizi sanitari negli istituti penitenziari e che il direttore generale della ASL risponde della mancata applicazione e dei ritardi nell'attuazione delle misure previste ai fini dello svolgimento dell'assistenza sanitaria negli istituti penitenziari. Di fatto il Servizio Sanitario penitenziario coordina una complessa attività sanitaria orientata sia al "luogo" (igiene ambientale, di comunità ecc.), che alla variegata tipologia di utenti cui si aggiungono gli interventi attuati nei confronti della Polizia Penitenziaria, gli eventuali interventi necessari alle diverse professionalità che, a vario titolo, prestano la

loro opera all'interno degli I.I.P.P. È, insomma, una comunità dalle dimensioni più variabili, cui fino a oggi è stato erogato un servizio di assistenza sanitaria comunque multiprofessionale e spesso plurispecialistico, già integrato organicamente con il SSN per i settori della Prevenzione e della Dipendenza, e funzionalmente con i D.S.M. e l'assistenza ospedaliera. Tali funzioni, che non sono di natura e tipologia emergenziale, ma di "presa di carico" e continuità assistenziale, non sono autoreferenziate dal sistema, in una posizione di chiusura ermetica al territorio, ma discendono da preciso dettato normativo».

Il modello organizzativo dell'Unità Operativa di Sanità Penitenziaria

«Nel biennio 2002/'03, in seguito a specifiche linee di indirizzo dipartimentali, è stata costituita presso il Provveditorato Regionale della Lombardia l'Unità Operativa di Sanità Penitenziaria (UOSP) – di cui io sono il responsabile sanitario e la dott. Patrizia Massa la responsabile amministrativa – con lo scopo di avviare il coordinamento funzionale tra i servizi sanitari degli IIPP della regione e, nel contempo, avviare un'azione di implementazione tecnologica e sinergica con la Regione Lombardia e le Aziende Sanitarie Locali, Università e Aziende Ospedaliere territoriali. Ne è scaturito un modello organizzativo che applica i "circuiti sanitari penitenziari" (c.d.) e che si è rivelato funzionale alla migliore tutela delle problematiche sanitarie degli IIPP». «Come Regione Lombardia quindi – prosegue Cospito – disponevamo già di un'organizzazione funzionante a tutto il 30 settembre 2009, data che segna il passaggio che delega l'assistenza sanitarie nelle carceri alle ASL; in realtà nella nostra regione la legge 31 (legge Borsani) delega dal 1998 tutta la medicina, con esclusione solo della tossicodipendenza e prevenzione che vengono gestite direttamente dall'ASL, alle Aziende Ospedaliere. Si tratta di un passaggio che è importante sottolineare perché, diversamente, sarebbe difficile capire la portata del D.C.P.M dell'1 aprile 2008 e la relativa delega alle ASL che vede il personale, che operava fino ad allora per conto del Ministero della Giustizia, transitare alle Regioni e da queste, con eccezione della sola Lombardia, alle ASL di riferimento in cui è collocata la struttura penitenziaria.

In Lombardia si è operato diversamente rispetto alle altre regioni perché i servizi specialistici non sono garantiti dalle ASL, che



Il Decreto siglato dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri *che porta la data dell'1 aprile 2008, non si limita a trasferire le competenze alle Regioni e alle ASL, iter che aveva preso avvio con il D.L. 230/1999 che riconduceva la sanità penitenziaria al Servizio Sanitario Nazionale, ma innesca dei cambiamenti significativi che dovranno comunque tenere conto delle esperienze pregresse in termini di modelli organizzativi. Del sistema sanitario penitenziario nell'articolazione del Provveditorato Regionale della Lombardia ne parliamo con Angelo Cospito, direttore dell'Unità operativa di sanità penitenziaria della Lombardia e con Rodolfo Casati, direttore dell'U.O. di Medicina Penitenziaria dell'Ospedale San Paolo di Milano*

Rodolfo Casati

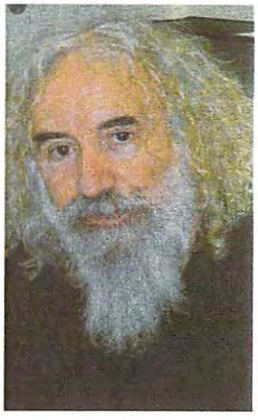
hanno una funzione di controllo, ma sono delegati alle Aziende Ospedaliere.

La creazione dei poli e dei percorsi sanitari: il modello lombardo

«Nella nostra Regione quindi, in qualità di Coordinatori Regionali e come UOSP, – prosegue Cospito – si è provveduto a creare i poli (polo psichiatrico e cardiologico a San Vittore, polo infettivologico e chirurgico a Opera) con lo scopo di favorire lo sviluppo e la migliore distribuzione delle risorse a fronte di una domanda sempre crescente di salute da parte della popolazione detenuta (gli Istituti di Pena della Lombardia ospitano a tutt'oggi 8.400 detenuti e dispongono di due grossi centri clinici di cento posti letto, rispettivamente a San Vittore e Opera). Si è partiti a riorganizzare un servizio che comunque è di una complessità enorme, in quanto non coinvolge solo gli aspetti prettamente sanitari, ma comprende anche il capitolo dell'ordinamento penitenziario e la complessa macchina amministrativa, con risorse economiche che si sono ridotte di anno in anno; ciò nonostante, si è riusciti a riorganizzare e a dare al servizio sanitario penitenziario non solo delle caratteristiche di alta qualità, professionalità, ma anche di umanità che hanno trovato la loro espressione nel convegno «La Metamorfosi della Medicina Penitenziaria: l'Etica nelle Cure» che abbiamo tenuto a Milano. Altro lavoro fondamentale che ci ha permesso di risolvere tanti e gravissimi problemi di tipo organizzativo-sanitario, è stata la creazione dei "Circuiti Sanitari Penitenziari" che prevedono il trasferimento dei detenuti in base alle diverse patologie in accordo con l'ufficio detenuti nei centri clinici al fine di fare una diagnosi e impostare una terapia adeguata alle necessità ricorrendo, là dove necessario,alla diagnostica strumentale come tac, rmn, emg ect; sempre attraverso la U.O.S.P. viene avviata la procedura di ricovero c/o la 5° divisione di Medicina Penitenziaria dell'Ospedale S. Paolo di Milano».

Come cambierà nell'immediato il modello organizzativo

Come chiarisce Cospito, «dal 1° ottobre la Regione Lombardia ha suddiviso per zone territoriali le carceri per cui, a titolo di esempio, in forza al San Paolo è il carcere di Opera, San Vittore e Bollate all'ospedale Sacco, quindi noi facciamo riferimento a queste aziende che hanno preso in carico il personale che lavorava in carcere per il Ministero della Giustizia. Quale è il lavoro che bisogna fare oggi dopo questo passaggio? I problemi sono di ordine sia contrattuale che organizzativo. Fino a nuove disposizioni tutto rimane allo stato precedente, ma il personale operante nelle carceri vive in un clima di incertezza totale, ed è questo il nocciolo della questione. Non è infatti vero che il personale medico non volesse questa riforma, è vero piuttosto che non voleva il modo in cui è stata fatta. Infatti non è stato scritto che chi prima occupava determinati ruoli resti nella stessa posizione; alla data della pubblicazione sulla Gazzetta Ufficiale è stata concessa a una proroga di 12 mesi al personale medico ma, oltre quella data, le regioni possono agire a discrezione. Il DCPM prevede infatti, in riferimento alla legge 9 ottobre 1970 n. 740, che i medici incaricati, e cioè noi, possano essere collocati a discrezione, ma tutto il resto della convenzione, laddove le aziende per ragioni di budget, ecc. decidano diversamente, non si sa che fine farà. Aggiungo per dovere di cronaca,



Angelo Cospito

che la Lombardia è stata una delle poche regioni a farsi carico di una serie di problemi già prima del passaggio, e questo lo confermo come medico penitenziario e coordinatore generale. Il modello che abbiamo lasciato funzionava e funziona, ma il problema ora è vedere nel tempo cosa succederà. I lavori in essere ai tavoli regionali fanno intuire che, nelle intenzioni, dovrebbe restare il modello precedente, ma il problema che va seguito con attenzione è quello del budget delle AO. Al 30 giugno scadono tutti i contratti, ma la Regione mi ha anticipato che non farà tagli perché un servizio come il nostro – a fronte di 8400 detenuti – non può essere depotenzializzato. Da qui la necessità di realizzare, attraverso tavoli interistuzionali, una nuova realtà di assistenza sanitaria che sia funzionale alle necessità degli IIPP e dei ristretti, che mantenga l'attuale elevato livello di dotazioni tecnologiche e che, infine, dal transito del personale possa rimotivare le migliori professionalità attualmente operanti perché siano elemento positivo di continuità sanitaria e formatori delle nuove professionalità che verranno comunque a operare all'interno degli Istituti penitenziari della regione».

Futuri modelli operativi e conservazione dell'attuale effettivo

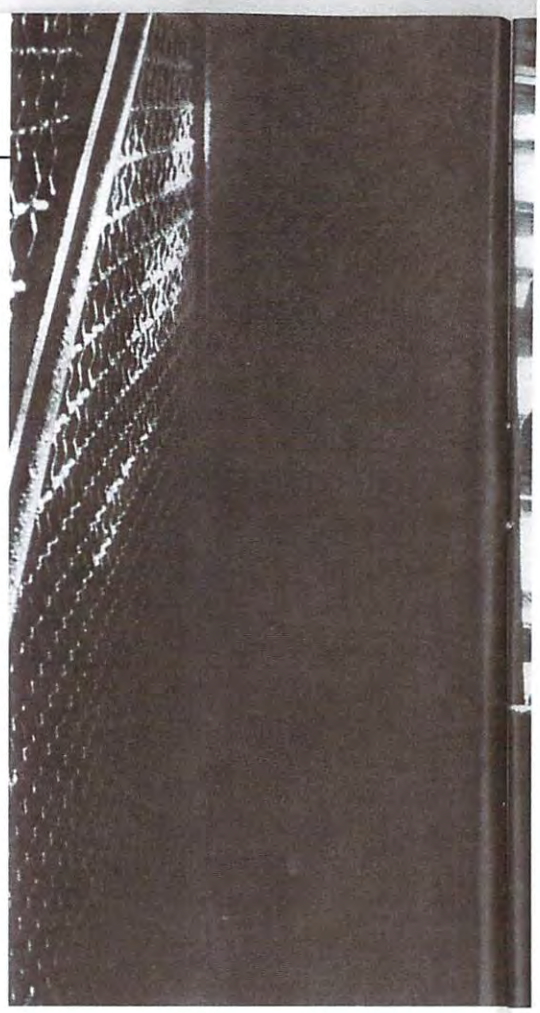
«Per quanto riguarda i futuri modelli operativi – prosegue Cospito – ritengo sia importante il mantenimento di un modello organizzativo che, alla luce delle esigenze attuali e di quelle prevedibili in futuro, confermi – in quanto necessari e funzionali – gli attuali aspetti di autonomia organizzativa del sistema sanitario penitenziario, su futuri analoghi modelli, riconoscendo per ciascun Istituto Penitenziario l'attuale area sanitaria come Unità Operativa (semplice o complessa) del SSN e integrandole su basi di distribuzione territoriale secondo i canoni di utilizzo.
La UOSP dovrebbe mantenere il collegamento tra Ministero della Giustizia, Regione e ASL, continuando ad avere una funzione gestionale proprio per la peculiarità dell'istituzione e per l'esperienza accumulata in questi anni. Le problematiche legate alle risorse materiali, umane) verrebbero gestite dall'ASL competente che, dopo l'interazione con l'Istituto (CR O CC) e con l'UOSP, provvederebbe all'opportuno collegamento con la Regione».

Circa le ipotesi di ricollocazione del personale, Cospito ritiene che «rispetto ad altre realtà nazionali la situazione della Lombardia, sotto il profilo della qualificazione e della motivazione del personale delle aree sanitarie degli IIPP è buona, in particolare per il gruppo degli ex Medici Incaricati che ha mantenuto nella media un servizio efficiente e funzionante. Peraltro, una possibile prevedibile osmosi con altro personale proveniente dalle convenzioni con il SSN e, in un tempo successivo, anche dai ruoli, necessita di una fase pluriennale di rodaggio e integrazione con l'ambiente penitenziario, con le sue peculiarità sanitarie e di sicurezza, con il particolare target di utenti e con le loro complesse problematiche».
«La maggiore conservazione dell'attuale effettivo – conclude Angelo Cospito – sia pure nell'ambito dei contratti del SSN, appare la migliore strada per affrontare questa fase di integrazione con le migliori possibili ricadute positive e con una attenuazione delle prevedibili criticità e negatività.
La buona realtà delle medicina penitenziaria in Lombardia non è, come erroneamente crede qualcuno, legata a una maggiore disponibilità

finanziaria, ma alla qualità delle risorse umane».
In base alle nuove disposizioni regolatorie la Regione Lombardia ha trasferito tutta l'assistenza sanitaria penitenziaria alle Aziende Ospedaliere e al San Paolo di Milano è stata affidata la gestione della Casa di Reclusione di Opera
«L'assetto sanitario che si vuole proporre – dichiara Rodolfo Casati – non vuole essere solo un modello organizzativo in grado di elevare l'assistenza sanitaria in termini di efficienza ed efficacia, ma fa parte di un processo più ambizioso atto a definire aspetti del tutto nuovi che modificano il concetto stesso di salute in carcere che non comporta semplicemente un dare di più ma un dare meglio; il nodo cruciale è che al detenuto vanno date le stesse garanzie del cittadino libero in campo sanitario. Ovviamente ci sono alcune sostanziali differenze di cui tenere conto: si lavora in un ambito sottoposto a numerosi vincoli "strutturali" e ci si trova a gestire il detenuto paziente in stretta collaborazione con una figura non sanitaria: l'agente di polizia penitenziaria. In questa ottica non si può non tener conto del bagaglio di esperienza professionale che i medici, che da molti anni lavorano nelle carceri, hanno acquisito in termini di "background" relazionale sia con il detenuto, sia con il personale di polizia penitenziaria: tutto ciò rappresenta un patrimonio importantissimo che non dobbiamo assolutamente vanificare o disperdere. Come U.O. di Medicina 5ª, il primo reparto di Medicina Penitenziaria aperto sette anni fa in una Azienda Ospedaliera, siamo il collettore, attraverso la collaborazione con l'U.O.S.P. del Provveditorato Regionale della Lombardia, di tutta l'area penitenziaria lombarda (18 Istituti di pena). Abbiamo dunque acquisito una significativa esperienza professionale sia con il paziente detenuto sia con il personale di polizia penitenziaria».

Le patologie più frequenti

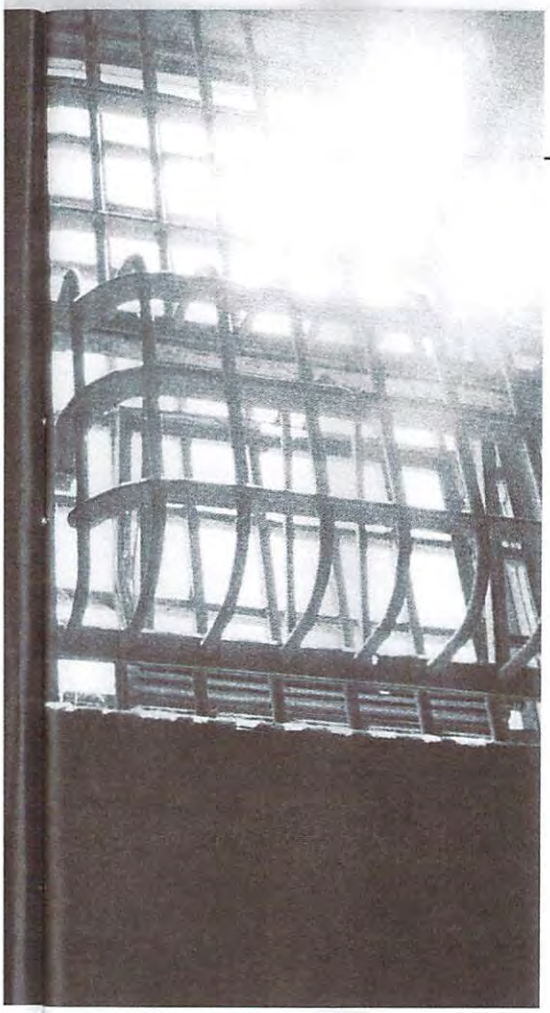
«Analizzando lo storico dei nostri sette anni di attività – prosegue Casati – posso dire che osserviamo "in piccolo" quello che succede negli Istituti: le malattie che curiamo più frequentemente sono di tipo infettivologico: l'epatite C e B e la sieropositività da HIV rappresentano il 34% della nostra casistica. (1ª e 2ª diagnosi da DRG) Anche la cardiopatia ischemica è una patologia molto frequente (30%): i fattori di rischio sono identici rispetto al resto della popolazione, ma in carcere sono sicuramente enfatizzati. In carcere non è vietato fumare: questo fa sì che ci sia un enorme numero di pazienti forti fumatori e, se a questo si aggiunge il problema della sedentarietà e dell'utilizzo del cosiddetto "sopravvitto", (l'acquisto allo spaccio interno dell'Istituto di generi alimentari), si capisce che esistano problemi di obesità, dislipidemie, diabete e ipertensione. A seguire, le malattie respiratorie, endocrinologiche, gastroenterologiche, uro-nefrologiche, onco-ematologiche. Per quanto riguarda l'età, la media dei pazienti è piuttosto bassa (tra i 45 e i 49 anni) rispetto a quella di in un reparto di medicina di una



grande città. Anche le persone molto giovani si possono ammalare perché il carcere perpetua e cronicizza certe malattie, quando addirittura non le autogenera a causa di fattori come il sovraffollamento e l'arrivo di pazienti extracomunitari che portano patologie da noi praticamente quasi estinte; per esempio la tubercolosi».

Stress, disagio e rifiuto delle terapie

«Tra i fattori di rischio – afferma Casati – lo stress gioca un ruolo importante: lo stress cui è sottoposto il detenuto in attesa di giudizio, crea un disadattamento psichico molto forte. Nei pazienti cosiddetti definitivi, quelli cioè che hanno superato i tre gradi di giudizio, la definitività della pena attenua in parte lo stress. Per quanto riguarda le malattie psichiatriche, spesso sono



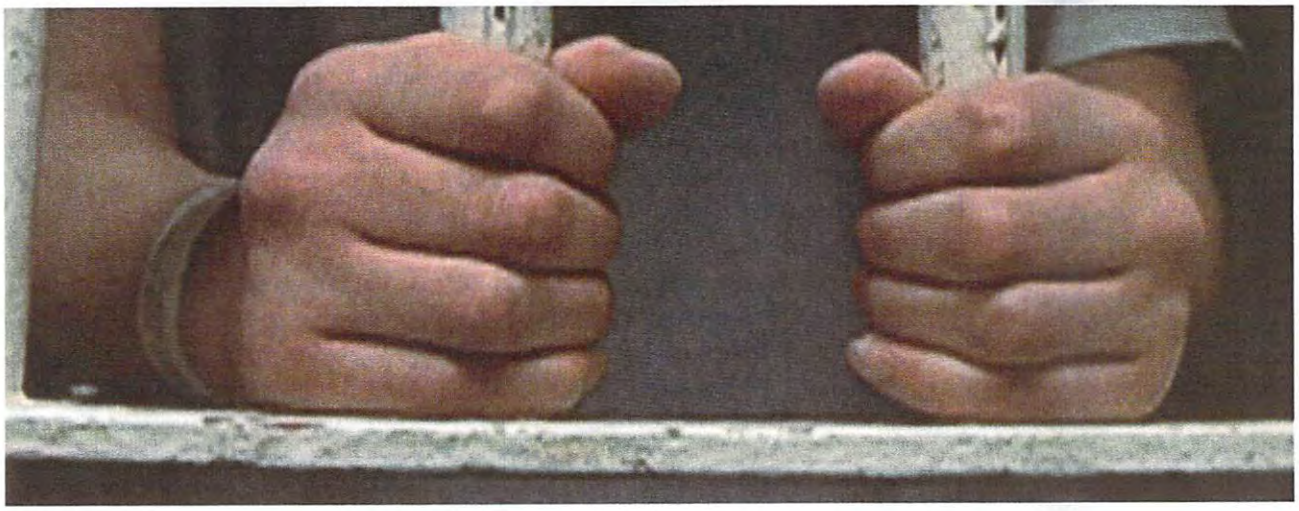
preesistenti alla carcerazione ma è anche vero che il carcere contribuisce a enfatizzarle e a peggiorare la loro prognosi. Esiste poi il disagio psichico indotto dalla detenzione stessa oppure dal fatto che il detenuto si sente «vittima innocente» del sistema giudiziario che lo ha giudicato: in questi casi, può mettere in atto forme di opposizione come il rifiuto della terapia, dell'intervento chirurgico e del ricovero. Nei casi più gravi si manifestano tentativi autolesionistici che talvolta possono condurre al suicidio. Va detto che un detenuto in grado di intendere e di volere può "autodeterminarsi": infatti il far persistere artificiosamente o enfatizzare lo stato di malattia può favorire la richiesta di benefits come gli arresti domiciliari, il trasferimento in una struttura più vicina alla famiglia, il differimento anche temporaneo della pena ecc. L'Autorità Giudiziaria può però chiedere un parere non vincolante sulla cosiddetta "incompatibilità" dello stato di salute con il regime detentivo e il Magistrato potrà decidere se concedere o meno questi benefits».

La presenza dei detenuti stranieri

«I pazienti stranieri nella nostra struttura – specifica Casati – sono circa il 30% e comportano da parte di tutto il personale sanitario una capacità di sviluppare modalità relazionali orientate alla comprensione della diversità e il nursing trans-culturale. La nostra esperienza, che nel corso di questi anni ha coinvolto più di 5.000 pazienti, ci ha suggerito di inserire nella nostra equipe degli operatori sanitari stranieri che hanno facilitato non poco il superamento degli atteggiamenti di diffidenza o di opposizione. Inoltre, se necessario, ci avvaliamo dell'intervento di mediatori culturali che hanno la funzione non soltanto di tradurre l'idioma ma avvicinare culture sanitarie così diverse; infatti l'atteggiamento di un paziente africano nei confronti della malattia è completamente diverso da quella di un paziente europeo».

La continuità assistenziale: il carcere in ospedale

Per Rodolfo Casati «continuità assistenziale significa un livello di assistenza ad alta intensità che nel carcere non è possibile erogare: poiché nel carcere – per vincoli strutturali e giudiziari – non è possibile trasferire un ospedale, il percorso è stato quello di far confluire il carcere nell'ospedale in modo da poter curare più agevolmente questi pazienti. Il nostro, come ho detto, è un piccolo reparto di 22 posti letto, ma è stato dotato di un buon numero di attrezzature per renderlo il più autonomo possibile; infatti il problema non è semplicemente quello di ricoverare il paziente detenuto da un Istituto al San Paolo, una struttura sorvegliata e con tutte le garanzie di sicurezza, ma dotarlo di tutte quelle tecnologie che riducono le possibilità di trasferimento all'esterno del reparto. Per gli esami che richiedono l'impiego apparecchiature ad alta tecnologia come TAC, RMN e PET, abbiamo la fortuna di essere ubicati strutturalmente proprio nel centro dell'ospedale, a pochissima distanza dai servizi più importanti come la radiologia, la medicina nucleare, l'endoscopia, le sale operatorie ecc. ove, se occorre, il paziente viene trasferito accompagnato dalla scorta. Tutti gli altri esami minori, vengono eseguiti nel nostro reparto. Evidentemente questo tipo di organizzazione non si può ricreare in un carcere, anche se Opera, uno dei più grandi Istituti di pena d'Europa, carcere di massima sicurezza con il suo Centro Diagnostico-Terapeutico da 100 posti letto, con l'area protetta per i detenuti in regime di 41bis (altre 100 persone) e con l'alto tasso di medicalizzazione presente nei reparti, non dico che si possa paragonare a un ospedale ma, da un punto di vista organizzativo, può essere inteso come un presidio territoriale dell'Azienda Ospedaliera. Considerato dalla stessa Amministrazione Penitenziaria polo sanitario di rilevanza nazionale, nel



carcere di Opera stiamo cercando di introdurre dei parametri di assistenza che fanno parte delle linee di indirizzo indicate dal DPCM; il percorso, non semplice, che è stato ben descritto e razionalizzato sulla carta, avrà sicuramente bisogno di qualche anno per poter essere pienamente compiuto».

Fornire buona salute in carcere migliorando i livelli assistenziali

Per Casati «il miglioramento dei livelli assistenziali può portare inizialmente a un aumento dei costi che tuttavia, nel corso degli anni, può essere recuperato da una riduzione degli sprechi e da una razionalizzazione delle risorse impiegate: se puntiamo sulla qualità oltre che sulla quantità, se inseriamo i criteri dell'appropriatezza delle indicazioni, se perseguiamo una medicina che non sia difensivistica, certamente i costi si abbasseranno. Non da ultimo aggiungo come mia riflessione che se si cura meglio la persona in carcere, meno persone avranno bisogno di essere ricoverate e il vantaggio ricadrà, soprattutto in termini economici, su due versanti. Sul versante del Servizio Sanitario Nazionale in quanto il paziente detenuto ricoverato in una struttura pubblica crea enormi disagi per la presenza della scorta, perché il detenuto va isolato (in genere tutti i liberi cittadini ricoverati vivono un giustificato disagio se accanto a loro c'è un detenuto!) e per gli innegabili problemi di sicurezza legati ai tentativi di fuga che spesso si verificano durante i ricoveri. Anche l'Amministrazione Penitenziaria avrà i suoi vantaggi: custodire e sorvegliare un detenuto in ospedale comporta un enorme impiego di risorse umane per fornire una scorta adeguata di agenti, 24 ore su 24, in funzione della pericolosità sociale del paziente detenuto».

«Lavorare in carcere – conclude Casati – è difficile, in talune occasioni frustrante, anche se il "ritorno" sul piano professionale e umano è innegabile; questo vale non solo per i medici, ma anche per gli infermieri e tutto il personale non sanitario, inclusi gli agenti che, a loro volta, devono permearsi di questo cambiamento culturale nei confronti del paziente detenuto. Elevare gli standard qualitativi e quantitativi dell'assistenza sanitaria in carcere è un progetto impegnativo e complicato che non può essere appannaggio solo degli addetti ai lavori, gli Operatori Sanitari, ma deve coinvolgere molti più attori: educatori, assistenti sociali, assistenti volontari, la Polizia Penitenziaria in particolar modo che, oltre a occuparsi di sorveglianza e sicurezza, dovrebbe avere tra gli obiettivi istituzionali il reinserimento sociale del detenuto. La buona salute può diventare uno dei fattori determinanti anche ai fini del reinserimento sociale.

L'esperienza maturata in sette anni di attività al San Paolo, ci ha fatto capire che la tanto temuta carcerizzazione dell'ospedale non è avvenuta, anzi, semmai, è avvenuto il contrario: il progetto è ambizioso, ma è anche una sfida: perché non dovrebbe riuscire la "medicalizzazione" di un grande carcere?» ■