

## ***Nuovi orizzonti della medicina penitenziaria***

Giulio Starnini\*, Fabrizio Ferri\*, Luigi Guastini\*, Enrico Giuliani\*\*, Orlando Armignacco\*,

\*Malattie Infettive Ospedale di Viterbo

\*\* Società Italiana di Medicina e Sanità Penitenziaria

### **La realtà penitenziaria italiana e le sue patologie**

La popolazione penitenziaria attuale (al 30-12-2000) è di 53.165 detenuti, nonostante le infrastrutture possiedano la disponibilità per accoglierne solo 35.000. Di questi 50.000 circa 3.000 sono donne, 15.582 sono extracomunitari, 14.602 tossicodipendenti e 1548 i sieropositivi per HIV, a fronte di uno screening effettuato sul 35% degli accessi in Carcere; 4.000 sono i sofferenti di turbe psichiche anche molto gravi. Il Lazio è la prima regione in Italia per numero di tossicodipendenti reclusi (1879 al 30-06-2000) e la terza per affetti da HIV dopo Lombardia e Piemonte. Lo scenario illustrato fa assomigliare spesso alcune sezioni degli Istituti Penitenziari più a corsie di Ospedale che non a luoghi di detenzione. I problemi clinici che affliggono la popolazione detenuta spaziano su tutti i campi della medicina anche se le patologie infettivologiche e psichiatriche sono maggiormente rappresentate. Le malattie emergenti e riemergenti come Epatiti, TBC, AIDS sono motivo di grande impegno economico e per farvi fronte é necessario impiegare circa il 40% del finanziamento per l'approvvigionamento dei farmaci. Le più recenti acquisizioni scientifiche in tema di terapia interferonica e antiretrovirale hanno anche incrementato questa spesa.

Di non minore importanza sono gli altri campi di intervento sulla prevenzione, diagnosi e terapia di malattie più comuni ma ugualmente importanti e rappresentate; in particolare ricordiamo le affezioni dell'apparato gastroenterico con elevate percentuali di pazienti con ulcera peptica. Le patologie dell'apparato cardiovascolare sono quelle che nella maggior parte dei casi producono urgenze cliniche; difatti accanto ad un ragguardevole numero di ipertesi sono presenti molti detenuti affetti da cardiopatia ischemica cronica. Molto frequenti sono anche le malattie osteoarticolari e le bronco-pneumo-patie croniche ostruttive (la stragrande maggioranza dei detenuti è forte fumatore). Ben rappresentate sono le malattie metaboliche e del ricambio come il diabete mellito di tipo I° e II° che comportano l'esecuzione frequente di visite mediche, controlli ematochimici e degli altri organi e apparati (fundus oculi, circolazione arteriosa, microcircolo ecc.).

E' bene a questo punto enumerare quante sono le strutture penitenziarie e il personale sanitario in esse operanti.

Carceri Italiane:	n.207
Case di lavoro:	n.2

Ospedali psichiatrici giudiziari (OPG):	n.6
Personale di ruolo:	
Medici (operanti presso gli OPG):	n.24
Infermieri professionali:	n.298
Personale legato all'amministrazione penitenziaria da rapporto di diritto pubblico speciale (legge 09/10/1970 n.740 e successive modificazioni: rapporto di incarico dopo superamento di concorso per titoli retribuzione a carattere fisso):	
Medici incaricati:	n.350
Personale convenzionato con l'amministrazione penitenziaria: (legge 09/10/1970 n.740 e successive modificazioni: accordo di tipo individuale di durata biennale, tacitamente rinnovabile; escluso ogni trattamento previdenziale o assicurativo, compenso orario).	
Medici SIAS:	n.1.441
Medici di guardia psichiatrica:	n.10
Medici del presidio tossicodipendenti:	n.150
Infermieri professionali:	n.1.475
Medici specialisti:	n.1.957

Le modalità di operatività quotidiana prevedono numerosissimi adempimenti di carattere clinico, medico-legale, burocratico e di amministrazione sanitaria.

Per ovviare a tutte queste necessità è stato pensato di rendere il medico penitenziario sempre più edotto in materia di gestione sanitaria di tipo manageriale tramite l'istituzione di alcuni corsi dedicati all'addestramento di detto personale.

Dal punto di vista *economico* (200 miliardi annui di stanziamenti) il S.S.P. comporta costi indiretti di gestione solo apparentemente più alti del Sistema Sanitario Nazionale per i seguenti motivi:

- si deve far riferimento non a 55.000 detenuti presenti ma ad un turnover di circa 120.000 persone che transitano annualmente nel circuito penitenziario italiano;
- nel budget rientrano le spese indirette per garantire l'esigenza di sicurezza degli istituti (limitare ai casi medici non risolvibili all'interno l'invio alle strutture sanitarie esterne per il pericolo di fughe);
- il rapporto libero-professionale consente una flessibilità del personale sia in termini di modularità delle prestazioni che di impegno orario sconosciuto nel S.S.N.

L'orientamento attuale in sanità penitenziaria prevede un sempre maggior impegno nella prevenzione, nella promozione della salute attraverso un migliore stile di vita. Il detenuto-paziente deve essere, al pari degli altri cittadini, considerato nella sua integrità psico-fisica e non essere oggetto di intervento durante il manifestarsi di eventi patologici. La specificità della Medicina Penitenziaria consiste nella capacità di operare secondo scienza e coscienza in un ambiente esso stesso causa di patologia ma dal quale non si può prescindere; cogliere i bisogni inespressi del detenuto (gli atti di autolesionismo ne sono una tragica testimonianza) senza però prestarsi a strumentalizzazioni da qualsiasi parte provenienti (magistrati, direzione, polizia, detenuti stessi.).

Il Sistema Sanitario Penitenziario (S.S.P.) è attualmente ancora una realtà autonoma rispetto al Sistema Sanitario Nazionale (S.S.N.), rientrando nelle competenze specifiche del Dipartimento dell'Amministrazione penitenziaria (legge 740/70) dove esiste attualmente solo una Divisione all'interno dell'Ufficio IV°, con pochissimo personale preposto alla gestione della Sanità. I provveditorati regionali solo da poco si sono dotati di consulenti sanitari, che collaborano con il Provveditore nella Programmazione sanitaria regionale. A livello di singolo Istituto Penitenziario si è cercato di regolamentare le attività sanitarie con l'istituzione delle Aree Sanitarie.

L'art. 5, comma 2, della legge delega 30 novembre 1998 n. 419 ha determinato il riordino della Medicina Penitenziaria nell'ambito del S.S.N.. Nel successivo decreto legislativo 22 giugno 1999, n.230 sono state delineate le linee di indirizzo di detta riforma che si articola in due momenti temporalmente distinti:

- il passaggio, alla data del 01-01-2000 delle competenze relative a Tossicodipendenza e Prevenzione, dal Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria alle ASL;
- l'individuazione di almeno tre Regioni nelle quali avviare il trasferimento graduale in forma sperimentale, di tutte le altre funzioni sanitarie.

Tali regioni sono state successivamente indicate con il decreto del Ministero della Sanità e del Ministero della Giustizia del 20-4-2000, in Toscana, Lazio e Puglia.

Il 25 maggio 2000 è stato poi pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale il Progetto obiettivo per la tutela della salute in ambito penitenziario che evidenzia i settori con priorità di intervento: la Prevenzione, l'Assistenza medica generica, la medicina d'urgenza, le malattie psichiatriche, la tossicodipendenza, i problemi degli immigrati in carcere, le malattie infettive, l'assistenza ai minori, le attività di riabilitazione; viene poi individuato il modello organizzativo di tipo Dipartimentale, come quello più idoneo per il raggiungimento degli obiettivi preposti, in termini di efficacia efficienza ed economicità.

In osservanza ai disposti legislativi sopra menzionati e in assenza del relativo decreto di trasferimento delle risorse finanziarie e del personale, il Ministero della Giustizia di concerto con quello della Sanità, ha provveduto ad emanare la Circolare n. 578455/14 toss. gen. del 21- 01- 2000 con la quale si è definito il passaggio delle sole funzioni relative alla prevenzione generale (di pertinenza dell'Igiene pubblica) e delle competenze in materia di prevenzione, diagnosi e terapia delle dipendenze dal Dipartimento alle ASL (in pratica il passaggio funzionale del personale del presidio per le tossicodipendenze ai Ser.T territorialmente competenti), conservando peraltro l'onere finanziario della relativa spesa al Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria.

### **Prospettive future**

Il Decreto 230/99 prevede la confluenza del SSP nel SSN, a costo zero con modalità ancora da definire mediante l'emissione di Decreti Attuativi ancora non emanati.

Lo stesso Ministero della Sanità ha confermato che il costo dell'operazione sarà decisamente superiore all'attuale stanziamento di fondi necessari a garantire il diritto alla salute delle persone detenute.

Per contro la Medicina Penitenziaria ha dimostrato di saper utilizzare i limitati fondi disponibili, ha fatto finora parte integrante del trattamento penitenziario e ha offerto risposte idonee, con i mezzi a disposizione, ai problemi di sicurezza, presupposti entrambi che non sembra possano essere riconfermati con un passaggio incondizionato alle ASL.

D'altra parte va sottolineato che l'attuale organizzazione delle ASL sembra inadeguata ad assumersi gli oneri relativi alla gestione della salute del detenuto in una realtà complessa e articolata come quella del Penitenziario non tanto per mancanza di personale, strutture, servizi (alle quali si potrà ovviare con stanziamenti che permettano di confermare l'efficacia dell'assistenza con gli attuali parametri) ma per una completa assenza di competenza in materia di sanità penitenziaria.

Proprio quest'ultimo aspetto, la mancanza di conoscenza e le diffidenze reciproche tra organizzazioni complesse come il SSN e il DAP con finalità differenti tra loro, ha fatto sì che fallissero le precedenti esperienze come quelle delle Case Mandamentali e ha molto limitato le convenzioni tra ASL e Istituti Penitenziari.

E' per questi motivi che qualsiasi Riforma del SSP che preveda l'inserimento nel SSN non potrà prescindere dal requisito di **"autonomia organizzativa"** e da **norme di salvaguardia per il personale attualmente in servizio presso le strutture sanitarie penitenziarie** affinché non si disperda quel bagaglio di esperienza raggiunto in decenni di attività, difficilmente sostituibile in breve tempo, non sottostimando **il ruolo di "ammortizzatore sociale delle tensioni repressive" svolte dai medici e dagli infermieri professionali** penitenziari.

Notevolmente complesso dovrà essere l'intervento di razionalizzazione a livello centrale (Ministero della Sanità) o intermedio (Regione); l'applicazione del decreto ministeriale ormai non più procrastinabile, oggi è resa più difficile dalla necessità di conciliare le esigenze di salute, sicurezza ed economicità nonché le competenze dei due Ministeri (Giustizia e Sanità) finora indifferenti l'uno alle ragioni dell'altro.

A tal fine si potrebbe ipotizzare in sintesi una Riforma della Sanità Penitenziaria che comprenda vari livelli:

- un'Agenzia Centrale presso la Sanità composto da Dirigenti di entrambi i ministeri (Sanità e Giustizia) per la programmazione;
- un Ufficio presso ogni Assessorato Regionale alla Sanità responsabile di tradurre le indicazioni centrali in soluzioni operative compatibili con le realtà regionali;
- strutture sanitarie penitenziarie periferiche organizzate sul modello Dipartimentale poste all'interno delle ASL territorialmente competenti ma con autonomia organizzativa e finanziaria, viste le peculiarità sopra ricordate.

Le competenze necessarie per le strutture sopra ipotizzate dovranno essere ricercate tra le figure che già rivestono attualmente incarichi di responsabilità o coordinamento.

Analizziamo la posizione dei vari operatori dell'area sanitaria nell'ambito dei modelli organizzativi di riferimento.

In primis si deve specificare che, per grandi linee esistono attualmente due tipologie di personale:

un gruppo di operatori che svolgono esclusivamente i loro compiti nell'ambito delle strutture penitenziarie ed un gruppo di operatori che già intrattengono un rapporto di dipendenza con le ASL.

E' indubbio che per il primo raggruppamento non si può ovviare al diritto basilare di dover garantire la salvaguardia del posto di lavoro mediante un inserimento progressivo (per concorsi riservati) nei ruoli di dipendenza a tutti gli effetti dalla ASL.

Sarà possibile ipotizzare per questo personale anche altre forme di rapporto (convenzioni libero-professionali) se richieste o opportune.

Per il secondo gruppo è invece ipotizzabile la possibilità di operare presso l'Istituto penitenziario o come dipendente a rapporto esclusivo o continuare con l'attuale istituto delle compatibilità a rapporto orario limitato (18 ore settimanali).

Il Dirigente sanitario: per questa figura professionale è ipotizzabile un inserimento nel ruolo di Dirigente medico responsabile di struttura complessa con mansioni prevalentemente legate al coordinamento di tutta l'attività sanitaria dell'Istituto penitenziario. Il medico incaricato: questo operatore sanitario potrebbe essere inquadrato nel ruolo di dirigente medico responsabile di struttura semplice con mansioni di direzione e gestione clinica di un singolo reparto di struttura penitenziaria che prevede una popolazione detenuta di almeno 150 internati.

Il medico SIAS: potrebbe essere inquadrato nel ruolo di dirigente medico con mansioni di gestione delle urgenze cliniche, attività medico legali e attività sanitaria di base. Il medico del presidio tossicodipendenti: potrebbe essere inquadrato nell'organico del SER.T. competente per territorio.