

Il passaggio dell'assistenza sanitaria in carcere al sistema sanitario nazionale

di Antonio Salvati

Sommario: 1. Premessa. – 2. Brevi cenni storici dell'assistenza sanitaria in carcere – 3. Principi del decreto legislativo 230/99. – 4. Dalla Commissione Tenebra al d.p.c.m. 1 aprile 2008.

1. Premessa

Dal 14 giugno 2008, le competenze sanitarie della medicina generale e specialistica penitenziaria, i rapporti di lavoro e le risorse economiche e strumentali, prima di allora in capo al Ministero della Giustizia, sono state trasferite al Sistema sanitario nazionale e quindi a Regioni e Asl. Il D.P.C.M. 30 maggio 2008¹ completa il trasferimento di competenze iniziato con il D.Lgs. n. 230/1999², dell'allora ministro della salute Rosi Bindi, attraverso il quale era stata decisa la riconduzione della sanità penitenziaria nel Servizio sanitario nazionale.

Si è trattato, indubbiamente, di un passaggio assai importante, epocale per alcuni, frutto di un ampio e lungo dibattito sviluppatosi nel corso degli anni 90, grazie a un movimento di opinione a favore del passaggio delle competenze sanitarie penitenziarie al servizio sanitario nazionale che, partendo dall'esperienza di singoli e passando attraverso le associazioni di volontariato attive nelle carceri, arrivò a coinvolgere Enti locali, sindacati, autorità politiche. Si tratta di una pietra miliare per la tutela della salute dei detenuti e di un importante passo avanti per la civiltà stessa dell'ordinamento penitenziario. Un passo avanti anche nella ricomposizione di un rapporto positivo tra carcere e società. Sin dall'istituzione dell'ordinamento penitenziario con la L. 354 del 1975, una delle materie più controverse e oggetto di acceso dibattito circa la determinazione di competenze è stata la tutela della salute. La questione sanitaria è ai primissimi posti nella lista del dolore carcerario, quel dolore supplementare che spesso s'innesta prepotente e cresce rigoglioso senza essere previsto da leggi, sentenze, regolamenti. Non è esagerato affermare che la situazione sanitaria in diverse carceri italiane è fuori controllo. Ci sono malati gravissimi che hanno bisogno di interventi urgenti ma che non riescono a curarsi adeguatamente per mancanza di personale, di specialisti, di medicinali. Gli stessi ambienti carcerari dove si pratica la cura sono assolutamente inadeguati, carenti d'igiene, di attrezzature, di climatizzazione; gli stessi operatori sanitari penitenziari denunciano questa situazione di degrado. La domanda di salute che proviene dalle carceri ha trovato solo continui silenzi istituzionali che fanno parlare di malasana, di suicidi in continuo aumento, di malattie sconfitte nella società ma ancora pericolose tra i reclusi.

¹ "Modalità e criteri per il trasferimento al Servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria" (G.U. 30 maggio 2008, n. 126).

² D.Lgs. 22 giugno 1999, n. 230, "Riordino della medicina penitenziaria a norma dell'art. 5, della legge 30 novembre 1998, n. 419" (in G.U. 16 luglio 1999, n. 165, *suppl. ord.* n. 132).

Occorre considerare che l'affermazione dei principi espressi in sede di Consiglio d'Europa³ con diverse risoluzioni sulla stringente necessità di avere un trattamento sanitario per i detenuti e le persone private della libertà personale equivalente o identico alle persone in stato di libertà, hanno attivato tutti i paesi dell'Unione a considerare questo problema e a programmare normative in tal senso. L'Italia, insieme alla Francia, alla Germania e altri Paesi sono stati i primi a legiferare in tema di sanità penitenziaria rendendo applicabili all'interno delle carceri tutte le opzioni disponibili sul territorio per i cittadini liberi. Particolare attenzione è stata posta in tutti gli Stati membri all'assistenza e al recupero dei tossicodipendenti e alle loro comorbilità psichiatriche e infettive, alla tutela dei minori coinvolti in attività criminali, alle donne detenute.

La nota legge 833 del 1978 istitutiva del Servizio sanitario nazionale⁴ testualmente dispone che la salute d'ogni individuo (i detenuti non vengono citati, ma neanche espressamente esclusi) deve essere assicurata dal Servizio sanitario nazionale, nel rispetto della dignità e della libertà della persona umana. Il diritto alla salute di coloro che si trovano in condizione di privazione della libertà deve essere, quindi, garantito quale diritto inviolabile dell'uomo sia come singolo, sia nelle formazioni sociali ove si svolge la sua personalità ed è chiaro che l'istituto penitenziario in cui un individuo viene ristretto, concretizzandosi in una formazione sociale, diviene il luogo in cui lo stesso esplica la propria personalità.

Tuttavia, la responsabilità della gestione e l'organizzazione dei servizi sanitari interni alle carceri è restata per tanti anni fermamente incardinata nel Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria. Le ragioni per tale scelta possono essere ricercate nel parere del Consiglio di Stato⁵ che confermò l'esclusiva competenza dell'Amministrazione penitenziaria in tema di tutela della salute delle persone recluse, ritenendo tale assistenza *"tra i compiti riservati allo Stato, da svolgere con le preesistenti strutture del servizio sanitario penitenziario"*. In altri termini, si ribadisce la *specialità* legittima dell'assistenza sanitaria ai detenuti a causa delle esigenze di sicurezza, e parla della *"necessità istituzionale che la medicina penitenziaria collabori all'opera di trattamento dei detenuti"*. Tale formula era legata alla convinzione di considerare la salute della persona detenuta come parte imprescindibile e propedeutica di qualsiasi forma di trattamento psico-sociale e di recupero. Vi era, inoltre, il timore – più o meno fondato - che la perdita di autorità da parte delle direzioni delle carceri e quindi del Ministero a favore delle Asl su un settore così importante potesse determinare come conseguenza una minaccia per la sicurezza e l'ordine degli Istituti penitenziari.

³ Nel 1987, il Consiglio d'Europa, ha adottato le c.d. Regole minime europee in materia penitenziaria, sulla base di un precedente documento del 1976 concernente il trattamento dei detenuti. La finalità è di stabilire una base di regole minime su tutti gli aspetti dell'Amministrazione penitenziaria *"che siano essenziali per assicurare delle condizioni umane di detenzione e un trattamento positivo"*. Nel Preambolo, si prospetta, inoltre, la possibilità di una evoluzione di tali norme, attraverso l'impegno a *"definire criteri di base realistici, che permettano alle amministrazioni penitenziarie di giudicare i risultati ottenuti e di misurare i progressi in funzione di più elevati standard qualitativi"* nella dichiarata convinzione che l'ambiente e le condizioni personali sono determinanti nei progetti trattamentali di rieducazione. Nell'art. 1 si legge che *"la privazione della libertà deve eseguirsi in condizioni materiali e morali che salvaguardino il rispetto della dignità umana e in conformità con queste regole"*. E ancora all'art. 3: *"la finalità del trattamento dei detenuti deve essere quella di salvaguardare la salute e la dignità"*. Particolare attenzione viene rivolta alle caratteristiche degli istituti, degli ambienti e dei regimi di vita negli stessi e alla tutela della salute del detenuto attraverso una serie di regole sulla prevenzione, sul servizio sanitario generico e specialistico.

⁴ La Riforma sanitaria del 1978 – com'è noto - ha introdotto radicali modifiche istituzionali e di competenza finalizzate alla promozione, al mantenimento e recupero della salute fisica e psichica. Ha innestato ed attivato aspettative, esigenze e nuove necessità, modificando progressivamente la coscienza socio-sanitaria e facendo crescere la domanda di salute, sia in termini di servizi che di assistenza.

⁵ Consiglio di Stato, Sez. III, 7.7.1987. Tale parere, inoltre, considera il medico penitenziario parte integrante del trattamento e come mezzo particolarmente incisivo per far acquisire fiducia verso l'Amministrazione penitenziaria da parte dei detenuti.

È ovvio che l'Amministrazione penitenziaria è chiamata a perseguire i suoi fini istituzionali, rivolti cioè ad assicurare l'ordine, la sicurezza, la disciplina e al contempo a favorire, attraverso il trattamento rieducativo, il reinserimento sociale della persona reclusa. Tuttavia, troppo spesso, si dimentica che nel nostro ordinamento il sistema penitenziario è deputato, attraverso l'attuazione della vigente normativa e la predisposizione di un apparato organizzativo, a garantire la tutela della salute della popolazione detenuta. Le ragioni della rivelanza della tutela non sembrano, a prima vista, così evidenti. Nell'immaginario collettivo, infatti, il carcere è istituzione "restrittiva" e non luogo dove ci si attende alla cura delle persone reclusi. Appare normale credere che nell'ambiente carcerario, dove quotidiana è la tensione tra i momenti della sicurezza e del trattamento, il problema sanitario rivesta una posizione "incidentale". In realtà l'analisi della normativa, del ruolo della medicina penitenziaria, mostra come l'attività rivolta al mantenimento e conservazione del bene salute sia il presupposto indispensabile per una corretta esplicazione dei fini istituzionali dell'amministrazione.

In altri termini, l'amministrazione penitenziaria, pur avendo il compito di gestire l'esecuzione penale, ha il dovere, attraverso l'attività di tutela della salute della popolazione detenuta, di garantire il rispetto di quella dimensione personale senza la quale il carcere diverrebbe sempre più luogo di contenimento di semplici corpi ripiegati negli spazi angusti ed infelici della detenzione. Se così fosse, l'esecuzione della pena verrebbe illegittimamente ad incidere sul diritto alla salute costituzionalmente riconosciuto (art. 32) e si risolverebbe in un trattamento contrario al senso di umanità (art. 27). Appare chiaro, per tali ragioni, che la risposta sanitaria deve essere efficace ed avvalersi di un modello organizzativo adeguato a fronteggiare le diverse emergenze in un ambiente caratterizzato da una forte variabilità legata ad eventi non prevedibili (il flusso della popolazione). Questa esigenza è tanto più sentita nella situazione attuale, dove si assiste a fenomeni come il sovraffollamento, la promiscuità, il mutamento etnico della popolazione, la tossicodipendenza, l'infezione da HIV, il disagio mentale che, accrescendo la sofferenza del detenuto, generano una maggiore tensione nel rapporto salute-sicurezza.

2. Brevi cenni storici dell'assistenza sanitaria in carcere

La tutela della salute rientra tra quei diritti sociali di cui le legislazioni si occupano, prendendosene carico, a partire dal secondo dopoguerra. Nel 1946, l'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) nell'atto costitutivo dichiara che la salute è *“uno stato di completo benessere fisico, mentale, sociale e non consiste soltanto nell'assenza di malattie o infermità. Il possesso del migliore stato di sanità che si possa raggiungere costituisce uno dei diritti fondamentali di ciascun essere umano, qualunque sia la sua razza, la sua religione, le sue opinioni politiche, la sua condizione economica e sociale. I Governi hanno la responsabilità della sanità dei loro popoli: essi per farvi parte devono prendere le misure sanitarie e sociali appropriate”*.

L'assistenza sanitaria in carcere ha una lunga storia che merita di essere ripercorsa, seppur per brevi cenni⁶. Essa è sempre stata storicamente legata all'istituto di pena fin dall'Unità d'Italia, con R.D. 10 marzo 1871, n. 115. In seguito, nel 1931, veniva emanato il Regolamento per gli istituti di prevenzione e pena che prevedeva un medico all'interno di ogni istituto penitenziario in un'epoca in

⁶ In epoca moderna, indizi di medici impegnati nelle carceri li troviamo in sostanza in alcuni sodalizi o congregazioni religiose tipo la San Vincenzo dei Paoli o la Confraternita della Croce e della Pietà che, in caso di estremo fabbisogno, reclutavano il Medico per le necessità che la singola circostanza richiedeva. In un documento del 1561 si parla per la prima volta di infermeria del carcere e di Medico chiamato dai sodalizi per soccorrere i carcerati malati. In un altro documento del 1649 troviamo traccia di un Medico chiamato nelle carceri di Tor di Nona per soddisfare le urgenze cliniche. Su questo vedi V.Paglia, *L'amore cristiano*, Cinisello Balsamo (Milano), 2006, pp. 120 – 167; vedi anche V.Paglia, *La pietà dei carcerati*, Roma, 1980

cui l'assistenza sanitaria non veniva ancora considerata un "diritto" dell'individuo, come poi è avvenuto per effetto della Costituzione italiana del 1948⁷, tanto che il Ministero della Salute venne istituito solo nel 1958 e il Servizio sanitario nazionale nel 1978.

Al Regolamento del 1931 ha fatto seguito la legge 9 ottobre 1970, n. 740, che ha disciplinato il rapporto di lavoro del personale sanitario degli istituti penitenziari, definendo il loro ruolo nelle carceri come eccezionale, ossia non inserito in quello organico dell'Amministrazione penitenziaria. Tale legge consentiva la possibilità per gli operatori sanitari penitenziari (per la maggior parte già titolari all'esterno delle carceri di un rapporto a convenzione o dipendenti del SSN) di continuare a svolgere legittimamente anche la loro opera professionale negli istituti penitenziari. Non pochi hanno denunciato le insufficienze ed inadeguatezze sul piano normativo ed economico della legge 9 ottobre 1970, n. 740, che costringeva – secondo quanto denunciato più volte dall'AMAPI (Associazione Medici Amministrazione Penitenziaria Italiana)⁸ - i Medici Penitenziari ad operare in condizioni di estrema precarietà e disagio, esposti a gravi rischi professionali, fisici e biologici.

Quindi nella legge di Riforma penitenziaria (n. 354/75), cinque anni dopo, si riordina la materia, volendosi allineare con l'art. 27 della Costituzione. Sostituisce il precedente Regolamento per gli istituti di prevenzione e pena, risalente al Codice Rocco del 1931, il primo a prevedere un medico all'interno d'ogni istituto penitenziario. La legge 354, quindi, va a formare l'"Ordinamento penitenziario", che dedica l'art. 11 al Servizio sanitario⁹. Ogni struttura deve avere la presenza garantita di servizi sanitari adeguati alle esigenze della popolazione detenuta, e di specialisti in psichiatria; non sono indicati però i criteri. Al comma 10 ci si occupa del rapporto tra sanità dentro e fuori il carcere, stabilendo che *"l'Amministrazione penitenziaria, per l'organizzazione e per il funzionamento dei servizi sanitari, può avvalersi della collaborazione dei servizi pubblici sanitari locali, ospedalieri ed extraospedalieri, d'intesa con la regione e secondo gli indirizzi del Ministero della sanità"*. La salute dei reclusi resta però una competenza del Ministero della giustizia. La legge 833/1978, che crea il Servizio sanitario nazionale, come abbiamo visto, non menziona e quindi non comprende la medicina penitenziaria; che pertanto continua ad avere carattere autonomo.

Nonostante i numerosi interventi che hanno apportato nel tempo numerose modifiche alla normativa penitenziaria e prescindendo dal Testo Unico sugli stupefacenti del '90, si può notare che la materia sanitaria sia stata solo marginalmente interessata da mutamenti normativi che hanno interessato settori connessi, ma pur secondari, al profilo organizzativo.

Alla fine del decennio scorso si arriva alla legge 30 novembre 1998, n. 419, avente ad oggetto "Delega al Governo per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale e per l'adozione di un testo unico in materia di organizzazione e funzionamento del Servizio sanitario nazionale", che reca tra le quattro distinte deleghe legislative quella contenuta nell'art. 5, volta al riordino della medicina penitenziaria. In forza di questa previsione veniva emanato il D.Lgs. 22 giugno 1999, n. 230 che,

⁷ La Costituzione italiana promette che la Repubblica *"tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge"*, che *"non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana"* (art. 32).

⁸ L'Amapi (fondata a Roma l'8 Maggio 1961) e la Simspe sono le principali organizzazioni di categoria attorno le quali si raccolgono i medici penitenziari.

⁹ L'art. 11, intitolato "Servizio sanitario", è composto da ben 13 commi, detta, in maniera disorganica, una disciplina a larghe maglie: dal primo comma che stabilisce la presenza del servizio medico e farmaceutico *"rispondenti alle esigenze profilattiche e di cura della salute dei detenuti"* si deve passare all'ottavo e decimo comma per tornare a parlare di organizzazione.

ispirandosi all'art. 32 della Costituzione, sancisce il passaggio del personale sanitario e delle risorse dal Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria al SSN¹⁰.

Per meglio comprendere le motivazioni, i dibattiti che hanno preceduto e accompagnato il suddetto passaggio, occorre considerare preliminarmente che esercitare l'assistenza sanitaria in carcere non è cosa semplice, per gli aspetti così particolari legati all'ambiente in cui si opera ed alla situazione del paziente. D'altronde la specificità della medicina penitenziaria consiste proprio nella capacità di operare secondo scienza e coscienza, in un ambiente esso stesso causa di patologia¹¹, ma dal quale non si può prescindere. Vi sono aspetti, quindi, che rendono il carcere un ambiente estremamente peculiare: dal punto di vista assistenziale per il concentrazione di patologie, dal punto di vista medico-legale per gli aspetti relativi al costante colloquio con l'autorità giudiziaria e perché gli atti clinici possono influire in maniera significativa non solo sulla salute ma sull'intera storia processuale di una persona detenuta, dal punto di vista organizzativo per l'impossibilità del paziente detenuto alla libera scelta dei servizi sanitari a cui rivolgersi.

Non a caso, alcuni sostenevano - con poco rispetto per la professionalità degli operatori - che i medici e gli infermieri, se dipendenti o convenzionati con il Ministero della giustizia, non potevano operare in "scienza e coscienza", dal momento che le decisioni sono o possono essere subordinate all'Ordinamento penitenziario, cioè a un sistema totale che non ammetterebbe autorità altre e decisioni autonome, pur fondate sulla dignità della scienza medica. Diverso è, invece, affermare, che le decisioni mediche, anche riguardanti la salute delle persone, all'interno degli istituti penitenziari devono considerare gli aspetti organizzativi e di sicurezza prospettati da direttori e forze dell'ordine, rimanendo comunque al professionista la responsabilità di decidere i tempi e i modi dell'agire sanitario¹².

E' evidente che non si tratta semplicemente di affidare le competenze ad un'amministrazione o piuttosto che a un'altra, ma di riformulare completamente un servizio che per oltre un secolo ha svolto compiti istituzionali delicati e sconosciuti a chi oggi deve provvedere alla erogazione delle prestazioni sanitarie sia quando una persona è libera, sia poi detenuta, sia poi, ancora libera.

Il progetto riformatore nell'intento di coloro che hanno promosso la riforma della medicina penitenziaria deve essere di ampio respiro innestandosi nel solco di una tradizione dove si rispecchia e si valorizza l'impegno, la qualificazione e la dignità professionale dei medici penitenziari. Un progetto riformatore dove si restituisca al Medico Penitenziario il ruolo di principale artefice dell'intervento sanitario in carcere. Ovviamente, le specifiche capacità devono essere utilizzate in termini adeguati assegnando ai Medici Penitenziari il ruolo centrale di competenza travalicando pertanto ogni eccesso di condizionamento o peggio ancora di sottomissione al sistema. La Riforma della Medicina Penitenziaria, in altri termini, deve sostanziarsi in un progetto che riesce a coniugare l'impegno professionale con la qualificazione dei servizi che le Aziende USL competenti per territorio metteranno a disposizione., costituendo un vettore importante per sospendere il carcere verso obiettivi di umanità e di civiltà.

Il Medico Penitenziario diviene insostituibile nella misura in cui sia in grado di esercitare la propria professione, ispirandosi sempre ed ovunque agli immutabili valori della vita umana.

¹⁰ Per un excursus complessivo di questo percorso legislativo vedi G.Starnini, *Il passaggio della sanità penitenziaria al Servizio sanitario nazionale*, in *Autonomie locali e servizi sociali*, Il Mulino, 1, aprile 2009, pp. 3-14.

¹¹ Sulla possibilità che il carcere in sé sia, o possa risultare, un'istituzione totale patogena, capace di indurre turbe psico-fisiche che determinano nel recluso, sotto forma di sofferenza legale, un surplus di afflizione, vedi l'interessante volume di D.Gonin, *Il corpo incarcerato*, Edizioni Gruppo Abele, Torino, 1994

¹² Su questa e altre motivazioni poste alla base del transito delle competenze in materia di assistenza sanitaria alla popolazione detenuta dal Ministero della giustizia al Sistema sanitario nazionale, vedi G.Starnini, *Il passaggio della sanità penitenziaria al Servizio sanitario nazionale*, cit..

I medici penitenziari hanno il difficile ruolo di impersonare la salute in uno dei luoghi, per eccellenza, della nonsalute, della sofferenza; questo è l'ennesimo paradosso fra i tanti che si affollano intorno al mondo del carcere. Significativamente Foucault, riporta un testo del 1850 che decanta il ruolo del medico di prigione: *"Il suo concorso è utile in tutte le forme di imprigionamento... nessuno potrebbe entrare più intimamente di un medico nella coscienza dei detenuti, meglio conoscere il loro carattere, esercitare un'azione più efficace sui loro sentimenti, alleviando i mali fisici e approfittando di questo ascendente per far loro intendere parole severe o utili incoraggiamenti"*¹³.

Significativamente il direttore del Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria, Franco Ionta, nel corso di un'audizione alla Camera dei Deputati presso la Commissione parlamentare di inchiesta sugli errori in campo sanitario e sulle cause dei disavanzi sanitari regionali, il 3 febbraio 2010, ha sostenuto che il medico penitenziario, avendo una presenza costante nell'ambiente penitenziario, si rende conto delle effettive necessità, della capacità di molti detenuti di strumentalizzare la propria posizione enfatizzando malattie e creando una serie di situazioni che un medico esperto dell'ambiente è in grado di gestire.

3. Principi del decreto legislativo 230/99.

Il decreto si compone di 9 articoli. I primi due sono estremamente importanti. Nel primo si afferma il diritto alla salute dei detenuti e degli internati, al fine di assicurare loro condizioni uniformi per tutti i livelli d'assistenza individuati nel Piano sanitario nazionale (PSN) con l'esclusione, per la popolazione detenuta di partecipazione alle spese di prestazione sanitaria. L'art. 1 intitolato *"Diritto alla salute dei detenuti e degli internati"* al 1° comma recita: *"I detenuti e gli internati hanno diritto, al pari dei cittadini in stato di libertà, all'erogazione delle prestazioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, efficaci ed appropriate, sulla base degli obiettivi generali e speciali di salute e dei livelli essenziali ed uniformi di assistenza individuati nel Piano sanitario nazionale, nei piani sanitari regionali e in quelli locali"*. La norma ha cura di specificare il principio di globalità delle prestazioni previsto dall'art. 1 della legge 833/78, prevedendo in funzione dell'eguaglianza, il collegamento al PSN per l'individuazione dei livelli di assistenza uniformi e degli obiettivi a livello locale. Il SSN si riappropria della funzione di assistenza sanitaria dei detenuti assicurando, a norma del 2° comma:

- a. livelli di prestazioni analoghi a quelli garantiti ai cittadini liberi;
- b. azioni di protezione, di informazione e di educazione ai fini dello sviluppo della responsabilità individuale e collettiva in materia di salute;
- c. informazioni complete sul proprio stato di salute all'atto d'ingresso e di dimissione dal carcere e durante il periodo di detenzione;
- d. interventi di prevenzione, cura e sostegno del disagio psichico e sociale;
- e. assistenza sanitaria della gravidanza e della maternità, anche attraverso il potenziamento dei servizi di informazione e dei consultori, nonché appropriate, efficaci ed essenziali prestazioni di prevenzione, diagnosi precoce e cura alle donne detenute o internate;
- f. l'assistenza pediatrica e i servizi di puericultura idonei ad evitare ogni pregiudizio, limite o discriminazione alla equilibrata crescita o allo sviluppo della personalità, in ragione dell'ambiente di vita e di relazione sociale, ai figli delle donne detenute o internate che durante la prima infanzia convivono con le madri negli istituti penitenziari.

¹³ Cfr. M. Foucault, *Sorvegliare e punire*, Einaudi, Torino, 1976, pag. 297.

Per i detenuti stranieri, il 5° comma sottolinea che *"hanno parità di trattamento e piena uguaglianza di diritti rispetto ai cittadini liberi, a prescindere dal regolare titolo di permesso di soggiorno in Italia"*. La legge prevede, a tal fine, l'iscrizione obbligatoria al SSN limitatamente al periodo detentivo. L'iscrizione e l'identità del soggetto erogatore dell'assistenza consentono così di evitare quei fenomeni di mancanza d'assistenza che caratterizzava lo straniero prima e dopo la dimissione dal carcere. Questi non sarà più sconosciuto alle istituzioni sanitarie pubbliche. Non si pongono peraltro problemi di ticket dato che il 6° comma prevede l'esclusione di tutti i reclusi dal sistema di compartecipazione alla spesa sanitaria per le prestazioni erogate dal SSN. Il riconoscimento dell'esenzione risolve anche quei problemi legati all'accertamento dello stato d'indigenza favorendo un eguale accesso alle prestazioni sanitarie senza dover ricorrere all'attestazione dell'esenzione per patologia d'organo.

L'art. 2 stabilisce il principio che l'assistenza sanitaria richiede preventivamente la collaborazione reciproca delle amministrazioni, che sola può garantire l'effettività delle prestazioni ed un'attuazione degli obiettivi conforme alle previsioni dei Piani sanitari. In tale direzione è disposta la globalità degli interventi di assistenza sociale e sanitaria da attuare in maniera uniforme da parte dello Stato, delle Regioni e Province autonome, dei Comuni, delle Aziende sanitarie e degli istituti penitenziari, attraverso anche sistemi di informazione ed educazione sanitaria. Il secondo comma specifica i principi che devono informare gli interventi: *"L'assistenza sanitaria ai detenuti e agli internati è organizzata secondo i principi di globalità dell'intervento sulle cause di pregiudizio della salute, di unitarietà dei servizi e delle prestazioni, di integrazione della assistenza sociale e sanitaria e di garanzia della continuità terapeutica"*.

Il terzo comma dell'art. 2 del Decreto 230/99 stabilisce il principio della separazione delle competenze tra le AASSLL e l'amministrazione penitenziaria, prevedendo in capo alle prime il compito di erogare le prestazioni e al secondo la garanzia della sicurezza. In particolare l'art. 3 specifica le competenze degli organi del SSN, prevedendo l'intervento delle "latitanti" autorità sanitarie che portano il loro modello amministrativo decentrato all'interno delle carceri:

- a. il Ministero della Sanità esercita le competenze in materia di programmazione, di indirizzo e coordinamento del SSN negli istituti, già desumibile dalla legge 833/78;
- b. le Regioni esercitano le competenze in ordine alle funzioni di organizzazione e programmazione dei servizi sanitari regionali negli istituti penitenziari e il controllo sul funzionamento degli stessi;
- c. alle AASSLL sono affidati la gestione e il controllo dei servizi sanitari negli istituti.

La nuova legge ha stabilito il trasferimento del personale, delle strutture e delle risorse economiche proprie dell'Amministrazione penitenziaria al SSN. Si tratta di un trasferimento che avverrà gradualmente e attraverso l'emanazione di ulteriori decreti che regoleranno lo stato giuridico dei sanitari coinvolti nell'operazione. Uno di questi provvedimenti individuerà, ex art. 6, 1° comma, il personale operante negli istituti penitenziari da trasferire al SSN, demandando poi alla contrattazione collettiva la definizione e le procedure per il medesimo, attraverso la predisposizione di tabelle di equivalenza onde realizzare l'equiparazione dei sanitari che operano negli istituti con quelli del SSN. Il trasferimento va a ricomprendere altresì gli arredi, le attrezzature e tutti gli altri beni strumentali di proprietà dell'amministrazione penitenziaria.

L'altro nodo sciolto dalla nuova legge riguarda la gestione del capitolo di spesa che era rimasto radicato nell'Amministrazione penitenziaria con gli effetti già visti. L'art. 7 dispone il trasferimento delle risorse finanziarie, iscritte nello stato di previsione della spesa del Ministero di Grazia e Giustizia, al Fondo sanitario nazionale. La manovra finanziaria non potrà però superare l'ammontare delle risorse attualmente assegnate all'Amministrazione penitenziaria per la sanità nelle carceri. Dal punto di vista della mole degli investimenti non vi è stata dunque alcuna variazione.

Il Decreto 230/99 rappresenta, si è detto, un primo provvedimento destinato ad essere successivamente integrato e modificato a seguito di un periodo di sperimentazione da parte del SSN in tre Regioni¹⁴ dove le AASSLL provvederanno alla gestione dell'assistenza sanitaria, fermo restando le strutture in proprietà dell'Amministrazione penitenziaria e il regime giuridico del personale sanitario. In tal modo si attuerà un trasferimento graduale delle funzioni con riferimento, in questo caso, ai soli settori della prevenzione e cura dei detenuti ed internati tossicodipendenti, dove peraltro già era presente il SSN. La novità consiste nella piena gestione delle strutture e del personale sanitario esistente (in dipendenza solo funzionale) oltre ad usufruire di tutte le attrezzature e risorse finanziarie degli istituti. Al termine di tale fase si provvederà al trasferimento delle altre funzioni secondo lo schema già visto all'intero territorio nazionale cercando di mettere a frutto la fase sperimentale intercorsa.

4. Dalla Commissione Tenebra al d.p.c.m. 1 aprile 2008

Nel 2002 veniva istituita, con decreto 16 maggio 2002 del Ministero della giustizia emanato di concerto con il Ministro della Salute la "Commissione mista di studio per il rinnovamento del Servizio sanitario penitenziario". A tale commissione veniva affidato l'incarico di "*pervenire all'adozione di un nuovo modello legislativo*" per "*innovare i metodi organizzativi e la qualità del servizio sanitario penitenziario, tenendo conto dei risultati delle sperimentazioni effettuate*". Si trattava, viste le difficoltà incontrate nella fase di sperimentazione, di elaborare un modello che potremmo definire "intermedio" rispetto al precedente, in quanto avrebbe dovuto mantenere in capo ai medici dell'amministrazione la medicina di base, riservando il compito di garantire medicina specialistica, assistenza farmaceutica e ospedaliera al Sistema sanitario nazionale. L'attività della Commissione proseguiva oltre il tempo stabilito (31 luglio 2002), a causa della complessità di ripensare un sistema di assistenza sanitaria fondato sul criterio base della gestione congiunta dei servizi mediante le strutture sanitarie del Dipartimento per l'amministrazione penitenziaria, nonché del SSN. La commissione ha tenuto più riunioni (tra il 4 giugno 2002 ed il 12 marzo 2003), predisponendo un ventaglio di possibili soluzioni nessuna delle quali la però avuto pratica attuazione¹⁵.

I pochi risultati dei lavori prodotti dalla Commissione interministeriale Tenebra rafforzava il convincimento di chi riteneva non riformabile dall'interno il Sistema sanitario penitenziario. In tal senso, importante ruolo di stimolo nei confronti del Governo Prodi e dei Ministri della salute Livia Turco e della Giustizia Clemente Mastella, affinché si avviasse il percorso di transito di tutti i servizi sanitari alle Asl, continuava ad essere svolto da alcune Regioni (in particolare Toscana, Emilia Romagna e Lazio), dal Forum nazionale per la tutela della salute dei detenuti (organismo che ha sede presso l'Ufficio del garante dei diritti dei detenuti del Lazio, presieduto da Leda Colombini, presidente dell'associazione di volontariato "a Roma Insieme" e responsabile delle politiche sociali di Lega autonomie locali Nazionale), dai Garanti regionali dei diritti dei detenuti, da importanti sigle sindacali (Cgil) e associazioni Onlus (Antigone)¹⁶.

¹⁴ In relazione alla "sperimentazione" prevista all'art. 8, e. 2°, con decreto del Ministero della Sanità e del Ministero della giustizia del 20 aprile 2000, venivano individuate le tre Regioni, Toscana, Lazio e Puglia, ove avviare la fase sperimentale che si doveva concludere il 22 novembre 2000. Con il successivo D.Lgs 22 dicembre 2000, n. 433 sono state apportate disposizioni correttive del D.Lgs 230/99; in particolare il nuovo termine della durata della fase sperimentale veniva prorogato al 30 giugno 2002 e la sperimentazione estesa alle Regioni e alle Province autonome che entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore del decreto medesimo avessero fatto richiesta di parteciparvi al Ministero della salute e al Ministero della giustizia.

¹⁵ Cfr. G.Starnini, *Il passaggio della sanità penitenziaria al Servizio sanitario nazionale*, cit..

¹⁶ Cfr. G.Starnini, *Il passaggio della sanità penitenziaria al Servizio sanitario nazionale*, cit..

Su sollecitazione del Sottosegretario alla Salute Antonio Gaglione, nel maggio 2007, veniva costituito, presso il Ministero della Salute, un gruppo tecnico coordinato dallo stesso sottosegretario e composto dal sottosegretario alla Giustizia, dai Capi della segreteria e da Dirigenti dei due Dicasteri indicati, nonché da componenti delegati dalla Conferenza delle Regioni e Province autonome, con l'obiettivo di redigere una proposta di Dpcm attuativo di quanto previsto dal precedente D.lgs 230/99. Nell'ambito dello stesso gruppo venivano definiti dei "gruppi di lavoro" incaricati di svolgere approfondimenti tecnici sui seguenti dati:

- quadro delle risorse impiegate nel bilancio del Ministero della giustizia nell'ambito della medicina penitenziaria e verosimile proposta di integrazione di risorse funzionali al passaggio di competenze;
- relazione dettagliata sul personale interessato dal trasferimento di competenze ed eventuali problematiche correlate.

Tra le criticità emerse in sede di discussione si faceva rilevare la grande discrepanza tra le retribuzioni riconosciute al personale sanitario di ruolo e non di ruolo dell'amministrazione penitenziaria, e quelle erogate nell'ambito del Servizio sanitario nazionale per analoghe funzioni svolte.

Al fine di assicurare adeguate risorse al processo di riforma il Ministero della salute propose l'inserimento di uno specifico articolo nella legge finanziaria del 2008, comprensivo dell'assistenza sanitaria negli istituti penali per adulti, negli istituti per minori e negli Ospedali psichiatrici giudiziari, anche con la previsione di risorse aggiuntive individuate nell'ambito del bilancio del dicastero¹⁷.

Nella G.U n. 126 del 30 maggio 2008 veniva quindi pubblicato il Dpcm. 01 aprile 2008 "Le modalità, i criteri e le procedure per il trasferimento al Servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie, delle risorse finanziarie, dei rapporti di lavoro, delle attrezzature, arredi e beni strumentali relativi alla sanità penitenziaria" in attuazione dell'art. 2, legge 24 dicembre 2007, n. 244 (Finanziaria 2008). Il Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria aveva in precedenza assicurato che entro febbraio 2008 i Provveditori regionali avrebbero fatto pervenire gli elenchi aggiornati delle attrezzature, degli arredi e dei beni strumentali di proprietà dell'Amministrazione penitenziaria trasferiti alle Aziende sanitarie, in base alle competenze territoriali (art. 4 del citato Dpcm)¹⁸.

Tuttavia, a oltre un anno dall'entrata in vigore del Dpcm 30 maggio 2008 arranca il trasferimento della medicina penitenziaria dalla Giustizia al SSN¹⁹. Le Regioni si muovono in ordine sparso. C'è

¹⁷ L'articolo 2, comma 283, della legge 24 dicembre 2007, n. 244 (legge finanziaria per il 2008) prevede che, al fine di dare attuazione al riordino della medicina penitenziaria comprensivo dell'assistenza sanitaria negli istituti penali minorili, nei centri di prima accoglienza, nella comunità e negli ospedali psichiatrici giudiziari, sono definite con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro della salute e del Ministro della giustizia, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze e con il Ministro per le riforme e le innovazioni nella pubblica amministrazione, d'intesa con la Conferenza Stato-regioni, le modalità e i criteri per il trasferimento dal Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria e dal Dipartimento della giustizia minorile del Ministero della giustizia al Servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali, in materia di sanità penitenziaria

¹⁸ Cfr. G.Starnini, *Il passaggio della sanità penitenziaria al Servizio sanitario nazionale*, cit..

¹⁹ L'articolo 6, comma 1, del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 1o aprile 2008 prevede che, ai fini dell'esercizio da parte del Servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie afferenti alla medicina penitenziaria, le risorse finanziarie trasferite nelle disponibilità del Servizio sanitario nazionale sono quantificate complessivamente in 157,8 milioni di euro per l'anno 2008, in 162,8 milioni di euro per l'anno 2009 e in 167,8 milioni di euro a decorrere dall'anno 2010; l'articolo 6, comma 3, del citato decreto del Presidente del Consiglio dei ministri prevede che, nelle more del trasferimento alle aziende sanitarie locali, per il tramite delle regioni, delle risorse finanziarie di cui al comma 1 e comunque, non oltre il 30 settembre 2008 il Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria e il Dipartimento della giustizia minorile del Ministero della giustizia continuassero a svolgere le funzioni di uffici erogatori dei trattamenti economici in godimento per il personale trasferito

una reticenza da parte di alcune Regioni che sono preoccupate di aggiungere ulteriori problemi al peso delle complicazioni accumulate nel governo del Servizio sanitario²⁰. La riforma della sanità penitenziaria potrebbe incagliarsi nella burocrazia. E' necessario che le Istituzioni, le Regioni, le Aziende sanitarie locali, gli enti locali collaborino affinché ai detenuti sia fornito non solo un buon servizio sanitario, ma tutta una rete sanitaria che è a disposizione dei cittadini, dai Servizi di prevenzione primaria e secondaria, alle cure primarie e specialistiche, all'assistenza farmaceutica e ospedaliera²¹. In altri termini, la Sanità penitenziaria naviga a vista²². I medici penitenziari lamentano che il passaggio delle competenze in materia d'assistenza sanitaria dal ministero alle Regioni non ha ancora prodotto i frutti sperati, *"ma non per mancanza di fondi"*²³. Alcuni medici penitenziari, invece, sottolineano il pericolo che possa pesare anche la situazione di crisi finanziaria di alcune Regioni e che si releghi questa area dell'assistenza in un ruolo residuale, sebbene sia di significativa importanza in ambito clinico, epidemiologico e sociale. Ovviamente, la Sanità penitenziaria è finita con il passaggio alle Asl. Vi sono una serie di questioni che devono essere affrontate per favorire il trasferimento della medicina penitenziaria dalla Giustizia al SSN, in particolar modo la rivisitazione puntuale dei compiti professionali dei singoli operatori che si dovrà avvalere della rete dei servizi che le Aziende USL competenti per territorio metteranno a disposizione. Una rivisitazione che non può essere realizzata senza considerare adeguatamente la competenza acquisita in anni di esperienza in organizzazione dei servizi sanitari penitenziari. Non a caso, il direttore del Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria, Franco Ionta, nel corso della suddetta audizione alla Camera dei Deputati, ha chiaramente manifestato la seguente preoccupazione in merito al completamento del passaggio dalla sanità penitenziaria al SSN: se i medici che frequentano l'ambiente penitenziario acquisiscono la professionalità che aveva già il medico penitenziario, il sistema può funzionare, mentre, se c'è una sorta di "liquidazione" del problema, di avvio verso l'ospedale "pur di", le cose siano destinate a peggiorare. La parziale applicazione del D.p.c.m. 1 aprile 2008 è stata denunciata anche nel corso del Forum nazionale per la salute in carcere, tenutosi nella sede della Provincia di Roma il 17 dicembre 2009²⁴. Un processo non ancora concluso, anche perché le risorse finanziarie previste per l'anno 2009 per la sanità penitenziaria non sono ancora state trasferite. Al governo spetta di assegnare rapidamente le risorse, e di allineare i trasferimenti per l'anno 2010 a quelli previsti per il Fondo sanitario nazionale. Richieste urgenti, al fianco delle quali ci sono quelle a lungo termine: l'inserimento della sanità penitenziaria nel Patto per la salute, la redazione di un Piano nazionale per le carceri italiane da concordare fra ministero della Giustizia e Conferenza Stato-Regioni, l'attivazione di un

²⁰ Nella regione Toscana – ha riferito il direttore del Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria, Franco Ionta, nel corso di un'audizione alla Camera dei Deputati presso la Commissione parlamentare di inchiesta sugli errori in campo sanitario e sulle cause dei disavanzi sanitari regionali, il 3 febbraio 2010 - *"orientativamente, nel primo semestre del 2009 sono state portate dai vari centri di detenzione agli ospedali 534 persone; nel secondo semestre del 2009 ne sono state portate 777, per un totale di circa 1.300. Questo significa che un medico dell'azienda sanitaria locale – non più un medico penitenziario - ha disposto la visita ospedaliera per circa 1.300 persone. A fronte di questo dato, ci sono stati circa 200 ricoveri. Quindi, sono uscite dalle varie carceri della Toscana 1.321 persone e ne sono tornate indietro più di 1.100, dal momento che ne sono state trattenute per ricovero solo 206. Questo significa o che il medico che ha visitato le persone detenute ha largheggiato, oppure che la struttura sanitaria ha una forte resistenza al ricovero, cosa che mi sembra abbastanza improbabile"*.

²¹ Si è certo consapevoli che la riforma della sanità penitenziaria, come del resto ogni riforma, ha bisogno dell'adesione, della partecipazione e della motivazione degli operatori sia sanitari che penitenziari, protagonisti, insieme ai detenuti, di una nuova e superiore qualità delle prestazioni preventive, curative e riabilitative in un carcere dove la pratica dei diritti è la garanzia più vera della sicurezza dei cittadini.

²² Cfr. M. Perrone, *Salute in carcere, riforma in "alto mare"*, Il Sole 24 Ore-Sanità, 16-22 giugno 2009.

²³ Cfr. G. Starnini, *Ripensare le pene per guarire il pianeta carcere*, Il Sole 24 Ore-Sanità, 22-28 settembre 2009.

²⁴ Cfr. *Garantire la salute in carcere, è un'impresa improba*, Redattore Sociale - Dire, 17 dicembre 2009.

Osservatorio nazionale sulla salute dei detenuti e degli internati negli Opg, la riserva del 50% dei fondi della Cassa delle ammende per programmi alternativi alla detenzione presentati dalle regioni. A queste ultime, invece, viene chiesta la definizione di modelli organizzativi della sanità penitenziaria per ogni istituto presente nella regione, considerando il servizio sanitario penitenziario come articolazione del sistema sanitario regionale e aziendale: l'obiettivo ultimo è quello di garantire stabilmente un servizio di cure primarie in ogni carcere, di modo che l'assistenza sanitaria sia garantita 24 ore su 24 e sette giorni su sette.

Un ulteriore contributo a questa fase di transizione è arrivato dalla Conferenza Unificata con l'accordo sottoscritto il 26 novembre 2009²⁵. In esso si elencano le strutture sanitarie esistenti con indicazione dello stato funzionale²⁶, si fornisce la loro classificazione secondo il modello precedente al transito al SSN, si definiscono i criteri da seguire nella realizzazione dei modelli di sanità penitenziaria ed in particolare viene sottolineata la necessità della creazione di un rete sanitaria Regionale e Nazionale che vada dagli ambulatori per la cura, soprattutto di patologie croniche, all'interno di ciascun Istituto penitenziario, ai posti-letto negli ospedali esterni, ai reparti ospedalieri detentivi (già realizzati a Milano, Roma, Viterbo, Napoli) con autonomia organizzativa e gestionale, ai CDT (Centro Diagnostico e Terapeutico nella vecchia denominazione del Ministero della Giustizia) realizzati all'interno degli Istituti Penitenziari, ai reparti per detenuti HIV, a quelli per disabili, per minorati psichici, ai reparti di osservazione psichiatrica, agli Istituti o sezioni a custodia attenuata.

²⁵ Cfr. Conferenza Unificata 26 novembre 2009 G. U. n. 2 del 04 gennaio 2010

²⁶ Gli elenchi e le indicazioni contenute nell'accordo forniscono indicazioni utili per meglio fronteggiare uno dei problemi della popolazione detenuta, ossia quello della sua elevata mobilità. Ciò attiene al serio problema dell'omogeneità dei trattamenti sanitari da erogare non solo nell'ambito della singola ASL (in alcune Regioni le ASL hanno dimensioni provinciali e sul loro territorio possono essere compresi più carceri dipendenti da diversi Distretti S. S.), ma anche a livello Regionale e Nazionale. Al detenuto trasferito da un Istituto all'altro deve essere assicurata la continuità terapeutica e più in generale, vi deve essere una omogenea distribuzione sul territorio, di strutture idonee alla cura delle più varie patologie.