

## **Carcere e sanità: situazione e prospettive in Italia**

di Bruno Benigni

**Seac Notizie, n° 1/2 del 2008**

### *La situazione attuale*

A volte, l'opinione pubblica viene a conoscenza dei problemi di salute della popolazione carceraria da notizie drammatiche che rivelano eventi di suicidi o morti per tardivo intervento. La notizia si chiude lì, nella distrazione generale, senza suscitare particolari emozioni e soprattutto senza motivare pronunciamenti autorevoli, indagini di merito e provvedimenti adeguati.

La spiegazione è semplice, riconducibile al carattere chiuso del sistema penitenziario italiano che, nonostante i tanti stimoli ad aprirsi, mantiene molti dei caratteri della struttura totale. La trasparenza non è di casa nelle carceri italiane. Chi, come la Corte dei conti, volesse dare conto dello stato di salute dei detenuti nelle carceri italiane si trova dinanzi ad un vuoto di informazioni organizzate, perché non esiste, dopo cinquanta anni di gestione del Ministero della Giustizia, un sistema epidemiologico che documenti morbilità e mortalità per causa in tempo reale e completo.

Questo non significa affatto che al silenzio corrisponda uno stato normale, analogo a quello dei cittadini liberi. No, il silenzio copre semplicemente uno stato disastroso e insostenibile della salute dei detenuti e degli internati di cui non si dà conto alla collettività.

Parlano poco, quando possono, i detenuti, sono silenti gli operatori, tace l'istituzione responsabile. Eppure, tra le righe, è possibile intravedere la condizione sanitaria delle carceri italiane. Lo ha fatto un'inchiesta parlamentare negli anni Novanta, se ne è occupato l'Ufficio del Commissario per i diritti umani del Consiglio d'Europa nel giugno 2005, ha preso posizione Amnesty International, ha fornito dati discontinui, e naturalmente approssimativi, lo stesso Dipartimento della amministrazione penitenziaria in occasione della stesura di un Progetto obiettivo per la salute dei detenuti.

Anche ad un osservatore esterno come Alvaro Gil Robles, Commissario per i diritti umani per il Consiglio d'Europa, che ha compilato un Rapporto a conclusione della sua visita in Italia dal 10 al 17 giugno 2005 e che ha attinto le informazioni con colloqui diretti con i direttori degli istituti penitenziari, è apparso immediatamente evidente lo scarto tra i bisogni di salute dei detenuti e le risposte tardive e incomplete che il Servizio sanitario penitenziario è in grado di assicurare.

Il quadro allarmato trova conferma nei più recenti dati forniti dal DAP che ha raccolto, a cavallo tra il 2004 e il 2005, alcuni "indici di stato di salute". Pur essendo valutazioni approssimative, lontane dal vero per difetto, la salute sarebbe buona tra i detenuti per il 20 per cento, mediocre e/o scadente per il 75%, grave per il 45%.

I confronti con la salute percepita dai cittadini liberi mostrano uno stato di salute nettamente peggiore. Se poi l'analisi si addentra tra le patologie riscontrate tra i detenuti, si ha la netta percezione di una concentrazione di malati che non ha riscontro in nessuna struttura, almeno da quando sono stati chiusi i manicomi.

Per restare alle patologie più diffuse, si documenta che il 25% dei detenuti sono tossicodipendenti, il 16% affetti da deficit della masticazione, il 17% sono malati mentali, il 10% affetti da malattie cardiocircolatorie, il 9% da malattie infettive, con Hiv e con la recrudescenza della tubercolosi, una minaccia imminente nelle condizioni di sovraffollamento delle carceri italiane. E si potrebbe dettagliare ancora. Se questi pochi dati forniti documentano uno stato critico della sanità penitenziaria italiana, immaginiamo quale sarebbe il quadro veritiero radiografato da una documentazione scientifica, aggiornata e accurata. Una vera e propria calamità sanitaria.

### *Il fallimento dell'attuale servizio*

Dinanzi a questi dati, un Servizio sanitario che si rispetti dovrebbe moltiplicare le sue potenzialità scientifiche, programmatiche, professionali ed organizzative per prevenire, per fornire cure tempestive e qualificate, prendersi cura delle persone prima, durante e dopo la malattia

diagnosticata. Finora non è stato così. Il Ministero della Giustizia si è profuso, per anni e anni, in una miriade di circolari e di disposizioni per avere un buon servizio sanitario, ma quelle circolari hanno avuto l'effetto delle "grida manzoniane" per il fatto che esse cadevano in un sistema 'spappolato', incapace per costituzione di proporsi la presa in carico, la continuità terapeutica e la prevenzione degli stati morbosi pur constatati.

Il Ministero ha tentato, ma non c'è riuscito né ci poteva riuscire. Il sistema messo in piedi ha dato quello che poteva dare, niente di più, cioè un surrogato del sistema sanitario.

Si vuol dire che non è tanto questione di più o meno buona volontà del Ministero. Anche questo conta, certamente, ma se il sistema è raccogliuccio e se si tagliano drasticamente i fondi alla sanità penitenziaria, come è avvenuto con le diverse Finanziarie, il disastro è nelle cose. Bisogna dire, infatti, che il sistema non funzionava nemmeno quando le risorse erano maggiori. Il fallimento, dunque, è strutturale, costitutivo.

Tre sono le cause fondamentali. Prima di tutto, un sistema sanitario non sta in piedi se non ha una sua piena autonomia, se non gli è assicurata la libertà di agire in "scienza e coscienza", se sono negati i postulati del giuramento ippocratico, dal momento che le decisioni sono o possono essere subordinate ad un altro Ordinamento che è l'alfa e l'omega del sistema, cioè a un sistema totale che non ammette autorità altre e decisioni autonome, pur fondate sulla dignità della scienza medica.

Il medico dipende in tutto e per tutto, compresa la sua collocazione al lavoro, dal direttore del carcere e questi dal vertice dell'Amministrazione penitenziaria. Ogni rapporto di fiducia è messo in discussione quando sussiste l'eteronomia dei fini. Di questo hanno patito gli operatori, almeno quelli che sentono il valore della professione.

La seconda causa sta tutta nella struttura del Servizio sanitario penitenziario, nel suo modello organizzativo. La salute e la cura delle persone hanno bisogno di un solido ed efficace sistema sanitario unitario che garantisca la presa in carico, la continuità terapeutica, l'integrazione tra prevenzione e cura, tra cure primarie e trattamenti specialistici, la qualità delle strutture diagnostiche, un'alta qualificazione delle strutture di ricovero, l'aggiornamento e la formazione degli operatori.

Questo è l'abc di ogni sistema sanitario degno di questo nome. Questo vale per i cittadini liberi, figurarsi quanto sia indispensabile per i cittadini ristretti che hanno bisogno di un più alto impegno strutturale ed organizzativo.

Niente di tutto questo è stato garantito. Dopo la legge n. 740 del 1970 c'è stato un susseguirsi di tentativi concorsuali, di atti convenzionali, di direttive del Ministero della Giustizia che hanno dispiegato una ragnatela di rapporti precari, un labirinto di provvedimenti.

205 medici incaricati definitivi, 150 provvisori, medici con 3 ore giornaliere, medici di guardia a parttime, medici specialisti con convenzioni individuali, ma con tanti altri incarichi di lavoro, fuori del carcere. infermieri dipendenti e infermieri ausiliari, puericultrici, esperti di fisica medica tutti a convenzione e via elencando.

Una babele di rapporti, il contrario di quello che serve. Infatti, un sistema sanitario organico, globale ed unitario non si può ottenere con una miscellanea di rapporti di lavoro precario, a notula, con operatori che non trovano una motivazione nella professione che esercitano e non hanno un rapporto esclusivo con la sanità penitenziaria. Il carcere è già un luogo dove tutto è difficile, dove tutto tende a cronicizzarsi, a diventare routine burocratica, figurarsi come e quanto aumenta l'inefficienza quando lo stesso servizio è precario per costituzione.

In terzo luogo, tutto il sistema sanitario penitenziario si è organizzato nell'attesa della domanda, come un qualsiasi negozio che vende merci, in questo caso prodotti di bassa qualità, senza porsi le giuste domande preventive necessarie in un sistema che, con straordinaria sapienza metabolizzata, sa occultare i problemi esistenziali delle persone detenute.

Se è indispensabile che ogni Servizio sanitario pubblico si proponga come fine centrale la salute e, dunque, un programma di prevenzione primaria e secondaria, in un sistema sanitario penitenziario sarebbe d'obbligo una cultura promozionale per antivedere i problemi che nascono in una struttura di per sé patogena, come è il carcere.

L'esperienza di questi anni è la prova provata che la sanità penitenziaria non è riformabile da parte del Ministero della Giustizia che non potrà mai duplicare il Servizio sanitario nazionale, ma solo creare una sua brutta copia, la parte mercantilistica che lo insidia e lo condiziona.

Certo, sarebbe stata necessaria ed apprezzabile una proposta di riforma dall'interno del Ministero della Giustizia per mettere fine ad un sistema sanitario nei fatti impotente e fallimentare. Quella proposta non c'è stata, anzi si è prodotta una resistenza accanita per evitare che il Servizio sanitario nazionale subentrasse a quello retto dal Ministero della giustizia.

### *Una nuova cultura sul carcere*

Sarebbe assai riduttivo fermarsi ad un'analisi dei dati e dei fatti che riguardano la sanità penitenziaria, restando all'interno delle patologie documentate, magari con la rituale indignazione morale e sia pure con un apprezzabile attivismo politico e sociale. No, i dati e i fatti sanitari non possono essere isolati, ma devono essere spiegati e compresi come specchio della società, nel senso che quelle patologie sono il prodotto di una normalità malata e che il risultato di tutti gli interventi, positivi e negativi, hanno ricadute e conseguenze nel vissuto delle persone detenute e internate che prima o poi ritornano nella società. Se si vuole evitare di fare del carcere il terminale delle impotenze e delle insufficienze della società, una sorta di discarica sociale, è necessario portare l'analisi e la politica sulle determinanti che risiedono nella qualità dei rapporti umani, nei suoi ordinamenti, nelle sue progettualità e considerare il carcere parte della società, non un altro da sé, ma sua filiazione.

Il carcere, come deposito concentrazionale delle diversità e delle irregolarità, un tempo appaiato ai manicomi, è, dunque, società e come tale interpella tutti per agire a monte, nell'ordinamento della giustizia per una equità delle pene e nella società che deve prendere cura dei propri mali, prima che il disagio e la diversità abbiano come esito la infrazione delle regole che la collettività si è data.

Da questo punto di vista, il carcere è segnale e stimolo per una democrazia inquieta che non è in pace con se stessa fino a quando tutti i cittadini non hanno le stesse opportunità di progettare autonomamente la propria personalità, secondo valori e comportamenti compatibili con i fondamenti della Costituzione e del diritto positivo che il popolo italiano si è dato.

Vale per tutti, nessuno escluso, dunque anche per la persona che deve uscire dalla sentenza editale per non rimanere inchiodato nel fatto criminoso, perché ogni persona è sempre più ed altro rispetto ad ogni fatto. È figlio o padre, è amico e sposo, è speranza e sogno, è possibilità infinita.

Nel carcere c'è, ci deve essere posto per una storia di emancipazione e di rinascita possibile di cui i detenuti possano essere protagonisti per la straordinaria capacità che sempre esiste di uscire dal fondo del degrado e dell'abiezione e di fare appello al bisogno e al diritto alla vita.

Al fondo di ogni coscienza c'è in tutti una scintilla che si volge alla vita, alla comprensione e alla solidarietà, al bisogno d'essere componente di una società di liberi e di giusti. L'uomo non è interamente angelo né interamente demone, ma un essere che può cadere o che può elevarsi, con possibilità sempre aperte, infinite.

La Costituzione chiede alle Istituzioni di rendere possibile e di sostenere il riscatto. Anche in questo caso i mezzi sono congeniali ai fini, i percorsi democratici hanno un profondo valore formativo.

Questa posizione etica implica un concetto di democrazia che include, coinvolge e responsabilizza tutti. Una democrazia aperta e responsabilizzata che cammina quanto più riesce a dare a tutti quello che promette. Questa cultura del carcere, che trova difficoltà ad affermarsi nel senso comune, è alla base del dettato costituzionale che ha fatto proprio il principio della emendabilità dell'uomo, di ogni uomo, e il principio della responsabilità individuale e collettiva, senza sconti per nessuno, in un processo di emancipazione complessiva. Etica democratica e Costituzione sono sulla stessa lunghezza d'onda.

### *Per un rovesciamento della pratica trattamentale*

Se il carcere risulta nel suo complesso in bilico tra apertura costituzionale e chiusura tradizionale, se ancora permangono forti segni di una struttura totale, tutto ciò significa che è ancora forte la linea

del controllo prima di tutto, accompagnata dal sospetto che la pratica dei diritti sia un cavallo di troia che mina le fondamenta della sicurezza del carcere e della società. Ci sono stati e ci sono tuttora esempi di strutture carcerarie aperte, nelle quali si praticano, almeno in parte, i diritti fondamentali dei cittadini detenuti e si costruisce una fitta rete di rapporti con la società esterna rappresentata dalle Istituzioni democratiche e dai soggetti sociali.

C'è una dialettica di posizioni. Ma basta che in quelle strutture avvengano fatti traumatici che destano emozione nell'opinione pubblica perché immediatamente si produca una domanda di controllo totale e si realizzi una stretta autoritaria con la conseguenza che quelle direzioni che si sono espone con l'apertura sono messe sotto accusa, prima o poi penalizzate e rimosse. Basta uno solo di questi segnali per trasmettere a tutto il sistema il richiamo alla supremazia del controllo su ogni altro aspetto della vita in carcere. Così anche i coraggiosi si possono arrendere.

Dopo le tante e buone esperienze positive di carcere aperto, è necessario che la linea dell'apertura e della pratica dei diritti sia assunta come regola generale con la quale si misurano i comportamenti del Ministero, la qualità dei provvedimenti assunti, la cultura e la professionalità degli operatori penitenziari, le risorse impiegate, i risultati ottenuti. Sappiamo che una scelta di campo di questo genere non avviene per ordini di servizio e tanto meno con la bacchetta magica, dall'oggi al domani; sappiamo che è problema di lunga lena che deve avere il suo centro propulsore in un Ministero della Giustizia che ispira all'apertura, alla pratica dei diritti, tutta la sua iniziativa di progettazione, di promozione e di controllo e che sostiene una cultura e una pratica trattamentale che coniuga e fa sinergici gli obiettivi della sicurezza con gli obiettivi della garanzia dei diritti.

In concreto, si tratta di affrontare le sfide che una nuova pratica trattamentale richiede, con serietà, rigore e accortezza, certamente, ma senza farsi travolgere da singoli episodi di violenza e di fughe che devono, caso mai, motivare una riflessione più attenta sulle garanzie dell'apertura, mai nella sua negazione e mai con capri espiatori.

Il recupero sociale richiesto dalla Costituzione può avvenire se matura nel detenuto la convinzione autonoma che è possibile una migliore prospettiva di vita fondata sul rispetto della legalità e sul nesso inscindibile tra responsabilità individuale e diritti di cittadinanza sociale.

Questa linea non fa sconti al reo e non concede nulla al cosiddetto "buonismo", ma fa perno su rapporti tutti ispirati al rispetto del diritto, sulla responsabilità delle Istituzioni e dei detenuti che tutti devono fare la loro parte per avere un carcere della redenzione e una società che sempre più riduce il ricorso al carcere. Un carcere migliore per avere meno carcere. La costituzione materiale delle carceri italiane solo per questa strada può allinearsi progressivamente ai postulati della Carta costituzionale.

### *Il diritto alla salute dei detenuti*

Il diritto alla salute dei detenuti e degli internati si giova e si afferma in un clima di apertura nel carcere e del carcere, ma nello stesso tempo contribuisce alla sua affermazione, portando con sé, se ben realizzato, quella fiducia nella istituzione che deriva dal soddisfacimento dei bisogni e dalla partecipazione ad un progetto di apertura.

Da questo punto di vista, il diritto alla salute non è solo un valore in sé, un diritto dell'individuo, ma un interesse della collettività, valori entrambi tutelati dall'articolo 32 della Costituzione.

Visto il fallimento della sanità penitenziaria alle dipendenze del Ministero della Giustizia, il cambiamento, per migliorare la qualità del Servizio sanitario nelle carceri italiane e con esso le prestazioni, può e deve avvenire solo impegnando la competenza e la responsabilità del titolare della salute in Italia, il Servizio sanitario nazionale, oggi governato dalle Regioni sulla base di principi stabiliti da leggi nazionali.

### *Il Titolo V della Costituzione e la legge n. 230/99*

Con la legge n. 3 del 2001 sono stati recepiti i risultati del referendum confermativo di modifica del Titolo V della Costituzione italiana. L'universalità del diritto alla salute dei cittadini ha trovato una nuova e più elevata tutela costituzionale con l'articolo 117 lettera m) che assegna alla legislazione

statuale “la determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni civili e sociali da garantire in tutto il territorio nazionale”. I livelli essenziali delle prestazioni sanitarie sono stati determinati con il Dpcm del 29 novembre 2001, trasformato in legge dello Stato con la Finanziaria 2002.

Il Titolo V, inoltre, ha fatto propria l’idea di un federalismo solidale e cooperativo, a livello istituzionale con il principio della leale collaborazione tra Istituzioni che hanno pari dignità costituzionale e a livello sociale con la valorizzazione dell’iniziativa autonoma dei cittadini singoli e associati che contribuiscono alla definizione delle scelte e al raggiungimento dei diritti di cittadinanza sociale.

Il Titolo V innova profondamente le competenze attribuite allo Stato centrale e alle Regioni perché inserisce la tutela della salute nella legislazione concorrente per cui “spetta alle Regioni la potestà legislativa, salvo che per la determinazione dei principi fondamentali, riservata alla legislazione dello Stato”. Ad ulteriore conferma della scelta federalista, l’articolo 117 stabilisce che “spetta alle Regioni la potestà legislativa in riferimento ad ogni materia non espressamente riservata alla legislazione dello Stato”. La sanità penitenziaria non figura tra le materie riservate allo Stato e, dunque, è nella piena competenza e responsabilità delle Regioni italiane.

È pertanto il Titolo V della Costituzione, confermato dagli italiani con il referendum del 2006, che ha messo fine alle diatribe sulla legge n. 230 del 1999 di “riordino della medicina penitenziaria” e alle tentazioni coltivate negli anni del governo di centro destra per una sua parziale o totale abrogazione.

La legge n. 230/’99, pertanto, mantiene tutta la sua validità, perché si configura come il complesso dei principi fondamentali sulla sanità penitenziaria di competenza dello Stato nazionale cui deve ispirarsi la legislazione regionale. Mentre l’articolo 1 della legge n. 230/’99 riprende e garantisce il diritto universale alla salute dei detenuti, al pari dei cittadini in stato di libertà, l’articolo 2 raccoglie i principi affermati nella legge quadro n. 833 del 1978 e nella legge n. 229/99 che sono quelli della unitarietà, della globalità e della continuità terapeutica, ma soprattutto quello della prevenzione e dell’educazione alla salute che richiedono la partecipazione attiva degli operatori e dei cittadini.

La novità è straordinaria perché il federalismo solidale, perequativo e cooperativo, né secessionista né competitivo, consente di garantire a tutti i cittadini l’uguaglianza dei diritti di cittadinanza sociale e nello stesso tempo di valorizzare tutte le risorse democratiche delle diverse realtà territoriali per raggiungere nei fatti i diritti proclamati nei principi e nelle norme.

Certamente, né il Titolo V né le leggi quadro, da sole, sono in grado di sventare i rischi del centralismo nazionale e regionale e le disuguaglianze prodotte da un federalismo che sconfina nell’anarchico “fai da te”, perché, come sempre, alle buone leggi deve seguire la buona politica, quella che fa delle riforme, dell’uguaglianza e della partecipazione l’asse centrale delle decisioni e la cartina di tornasole della efficacia dei risultati.

Quello che è accaduto negli anni di governo del centro destra costituisce un insegnamento e un monito per tutte le forze riformatrici dal momento che le buone leggi approvate nel periodo del centro sinistra non sono state un argine sufficiente per impedire un’ampia deregulation, il più sfrenato liberismo sociale accoppiato al recupero di un regressivo autoritarismo istituzionale.

Dunque, allora come oggi, la politica delle scelte a lungo respiro e il buon governo dell’amministrazione, giorno per giorno, è la chiave di volta di ogni riformismo che vuol procedere nel cambiamento della realtà, non solo dall’alto ma con la partecipazione e il consenso dei cittadini.

#### *La legge n. 230/99, tra conservazione e rinnovamento*

Non può meravigliare la resistenza accanita prodotta dalle forze più conservatrici italiane anche alla applicazione della riforma della sanità penitenziaria, soprattutto da quando il governo di centro destra si è fatto portavoce e strumento di una disinvolta concezione autoritaria e insieme privatistica in tutti i campi del sistema sociale, dalla tossicodipendenza alla immigrazione, dalla scuola all’assistenza, dal lavoro al sistema pensionistico.

Anche nella sanità penitenziaria il centro destra ha messo la sordina alla legge n. 230/’99 per proseguire nella gestione di un sistema sanitario penitenziario rimasto in mezzo al guado, un pezzo alle Regioni, un pezzo al Ministero, con l’aumento dello stato confusionale e della precarietà di

tutto il sistema. Lo scopo era quello di impedire il conferimento della competenza e della responsabilità della salute e della sanità al Servizio sanitario nazionale e, dunque, al Ministero della salute e alle Regioni italiane, praticando semplicemente il “non fare niente” e utilizzando anche una sottesa reticenza di molte Regioni italiane preoccupate di aggiungere altra “legna verde” al peso delle complicazioni accumulate nel governo del Servizio sanitario.

Il qualunquismo e il perbenismo sono armi a basso costo, usate a piene mani dal governo di centro destra, ma non sono state sufficienti a spegnere il bisogno di riforme che è all’ordine del giorno del Paese Italia e che è vivo nella coscienza dei cittadini.

Ragion per cui, anche la riforma della sanità penitenziaria ha trovato suoi attivi sostenitori prima di tutto nella Lega delle autonomie locali, che per anni ha retto lo scontro con la parte più retriva e corporativa del sistema carcerario, ma anche in Sindacati confederali come la Cgil, nelle associazioni del volontariato, tra gruppi di operatori e tra Istituzioni democratiche, come la Regione Toscana, l’Emilia Romagna che in vario modo e in più occasioni si sono pronunciate per l’applicazione della legge n. 230/’99.

Questo complesso di istanze democratiche ha dato vita, nell’anno 2003, al Forum nazionale per l’applicazione della legge n. 230/’99 che ha promosso iniziative nazionali aperte per segnalare le inadempienze governative e per unire ed accrescere le forze disponibili per la riforma.

La Regione Toscana, prima tra le Regioni italiane, ha rotto l’omertà del fronte istituzionale ed ha approvato la legge regionale n. 64/2005 che ha fatto propri i principi e le indicazioni della legge nazionale, collocandosi a pieno titolo sui binari del Titolo V della Costituzione e mettendo in mora il governo centrale, responsabile del vulnus costituzionale.

Non si è trattato solo di uno strappo politico, perché la Regione Toscana ha accompagnato questo suo atto di dignità istituzionale con un protocollo d’intesa con il Prap con il quale sono stati ulteriormente sviluppati i rapporti di collaborazione, già eccellenti da anni, per l’assistenza farmacologica ai detenuti e agli internati, per soluzioni di apertura dell’Ospedale psichiatrico giudiziario (Opg) e per un complesso di attività volte ad affermare il diritto dei detenuti al lavoro, alla cultura, all’assistenza, alle attività sportive, canalizzando per questa via l’apporto degli Enti locali toscani, a partire dal comune di Firenze. Volontariato ed Istituzioni democratiche sono scesi in campo per affermare l’attualità della legge n. 230/’99 e per dimostrarne la sua fattibilità.

### *2008 la riforma riparte con il governo di centrosinistra*

Come accade per le riforme che cambiano l’assetto civile e democratico del Paese, anche la riforma della sanità penitenziaria ha un valore generale, interessa tutti e disegna, per questo aspetto, una qualità del futuro del Paese. Così sarà, una volta applicata e portata a regime. Per intanto, la riforma ha possibilità di uscire dalla notte delle inadempienze soltanto per volontà ed iniziativa delle forze politiche che credono nella riforma.

Questo hanno intuito le organizzazioni sociali e le Istituzioni raccolte nel Forum che si sono rivolte, durante la campagna elettorale del 2006, a tutte le forze dell’Unione e al suo Presidente designato, Romano Prodi, per ottenere un impegno esplicito per l’applicazione della legge n. 230/99.

Quelle iniziative hanno fatto centro. Sono stati, infatti, il Ministro del diritto alla Salute, Livia Turco, e il Ministro della Giustizia, Clemente Mastella, a rompere gli indugi, anche con il consenso delle Regioni italiane, a dare risposte positive alle richieste del Forum e ad attivare le procedure per il trasferimento della competenza e della responsabilità della sanità penitenziaria dal Ministero della giustizia al Servizio sanitario nazionale in tutti gli istituti carcerari, dei minori come degli adulti, degli Ospedali psichiatrici giudiziari come delle Case di cura e custodia.

Il 2008 sarà una data storica per il sistema sanitario penitenziario, ma indubbiamente anche l’inizio di una nuova fase del sistema carcerario italiano. Un passaggio simultaneo, senza mezze misure, con tutte le risorse fin qui impiegate, finanziarie, professionali e tecnologiche, con tutte le strutture sanitarie utilizzate dal Ministero della Giustizia. La riforma riguarda 42mila detenuti, oggi, meno di un millesimo della popolazione italiana. eppure per i problemi che affronta è un segno alto e visibile e, insieme, una riprova del riformismo di questo governo.

### *Le potenzialità della riforma. Valore specifico*

Tra gli obiettori della riforma c'era chi mostrava scetticismo riguardo alla utilità di estendere alle carceri italiane il Servizio sanitario nazionale che registra disuguaglianze, corporativismi, lunghe liste d'attesa, malasanità. Le preoccupazioni sono fondate, lo scetticismo meno. I cittadini liberi, pur criticando aspramente il Servizio sanitario pubblico, non intendono rinunciare ad esso e tutte le indagini condotte da Istituti di ricerca attendibili registrano una volontà generale, che arriva all'85% degli intervistati, di preservare un servizio che copre il 100% della popolazione, che contribuisce all'abbattimento della mortalità infantile e all'innalzamento dell'età media degli uomini delle donne, che è al secondo posto, dopo la Francia, per qualità nella classifica dei sistemi sanitari.

Certamente, il Servizio sanitario nazionale deve correggere le sue disfunzioni ed eliminare le vistose disuguaglianze, a partire da quelle che patiscono i cittadini che hanno difficoltà d'accesso alla rete dei servizi sanitari e sociosanitari e che si trovano a volte nel dilemma tra il rinunciare alle cure o ricorrere al privato a pagamento. È l'impegno richiesto al Ministero della Salute, alle Regioni italiane, alle Aziende sanitarie locali e alle Aziende ospedaliere e agli Enti locali.

Tenuta ferma questa necessità, bisogna mettere in rilievo l'incomparabile differenza tra la sanità penitenziaria fatta di pezzi di servizi separati e incomunicabili tra loro e il Servizio sanitario nazionale che ha come scopo l'unitarietà tra prevenzione, cura e riabilitazione, il superamento delle disuguaglianze, la presa in carico della domanda, a partire dai più fragili, l'accesso di tutti alle alte specialità e alle cosiddette "eccellenze". Come per i cittadini liberi, anche per i detenuti, sia pure con le regole richieste, l'intero sistema sanitario pubblico deve essere a disposizione.

A partire dall'Osservatorio epidemiologico, dalla cartella clinica informatizzata, strumenti necessari non solo per conoscere e per programmare gli interventi di cura e di riabilitazione, ma per studiare ed approfondire, in corpore vivo, in un rapporto fecondo tra prassi e teoria, la natura patogena del carcere e per agire sulle determinanti della sofferenza psicologica e mentale dei detenuti. Agli Istituti di ricerca del Servizio sanitario nazionale e alle Facoltà universitarie si pone il problema di includere la salute in carcere come uno dei temi strutturali su cui far convergere, in forme permanenti e sistematiche, studio e formazione. Per la salute dei detenuti, dunque, non soltanto un buon Servizio sanitario organizzato in ciascuno degli Istituti penitenziari, ma tutta la rete sanitaria che è a disposizione dei cittadini, dai Servizi di prevenzione primaria e secondaria a quelli di emergenza territoriale ed ospedaliera, dalle cure primarie a quelle specialistiche, dall'assistenza farmaceutica a quella ospedaliera.

Facile? No di certo, ma possibile, se c'è un comune impegno del sistema penitenziario e del sistema sanitario, dei Prap e delle Regione, dei direttori del carcere e delle Aziende sanitarie locali, se la politica mette al centro i diritti dei detenuti, se diventano flessibili i servizi e i presidi e se questi non si chiudono in una preconstituita autoreferenzialità. Portare le virtualità in atto, sgomberare il campo dai "se" e dai "ma" è compito della buona politica, quella politica che è necessaria per i cittadini liberi come per i cittadini detenuti e internati.

### *Valore generale*

Conferire competenza e responsabilità per la salute dei detenuti e degli internati al Servizio sanitario nazionale, e dunque al Ministero della salute e alle Regioni italiane, contribuisce a portare più avanti, in una concretezza sistematica, l'affermazione di principio che il carcere è società e che le Istituzioni democratiche se ne devono occupare come problema proprio. Il problema è aperto da tempo, e nel tempo si sono realizzati, in forme diverse, molteplici protocolli d'intesa tra il Ministero della giustizia e alcune Regioni italiane sia per la salute che per gli altri diritti di cittadinanza sociale. IL primo, quello con la Regione Toscana nel 1986.

Si è trattato di rapporti importanti che hanno gettato il ponte tra il sistema chiuso delle carceri e la società libera, che hanno consentito di far uscire le istituzioni totali dal loro isolamento e a portare il problema della vita dei detenuti dentro la cultura, la programmazione e la responsabilità delle Regioni, delle Province e dei Comuni.

Da lì è partito un processo di riappropriazione che si è fatto irreversibile per il semplice fatto che gli amministratori ora vedevano il carcere dal di dentro, ora sapevano che lì c'erano problemi umani che li interpellavano e non potevano né tacere né lavarsene le mani. Ma i protocolli su base volontaria non bastano più.

Ora la novità è straordinaria, perché per la prima volta le Istituzioni titolari della competenza della salute entrano nelle carceri *ope legis*, con mandato costituzionale e dunque con pari dignità rispetto alle Istituzioni che sono titolari della sicurezza e del trattamento penitenziario.

Cosicché il rapporto tra il Ministero della Giustizia e le Regioni italiane passa dalla volontarietà alla necessità, dalla occasionalità alla sistematicità, dalla responsabilità limitata alla responsabilità piena, senza riserve. In tutto il sistema penitenziario, non più a pelle di leopardo.

Naturalmente la novità ha suscitato e suscita interesse culturale e politico, da un lato, ma risveglia anche antichi sospetti, dall'altro, che in alcuni sconfinano nell'allarme e in una ottusa opposizione alla stessa riforma. Sarebbe un grave errore sottovalutare la portata politica della novità e non affrontare con spirito costruttivo i problemi che essa chiede di discutere e risolvere.

### *Alcuni problemi aperti. La collaborazione tra le Istituzioni*

La sicurezza e la salute sono due diritti tutelati dalla Costituzione e tra le Istituzioni responsabili devono essere realizzate intese fondate sul principio costituzionale della "leale collaborazione" che tanto più è efficace quanto più il diritto alla sicurezza si nutre, come affermato, della pratica della cittadinanza sociale e quanto più le Regioni e gli Enti locali si fanno consapevoli e responsabili della specificità del luogo carcere dove il diritto alla salute deve essere garantito.

Competenze e responsabilità specifiche, certamente, ma una comune cultura e una stessa disponibilità e attitudine a rendere possibile l'esplicitazione della reciproche competenze. Il problema deve essere affrontato contestualmente al trasferimento della competenza sulla salute al Servizio sanitario nazionale, con un modello di collaborazione che impegna i due Ministeri, il Prap e la Regione, le Direzioni del carcere e le Direzioni delle Aziende sanitarie locali.

Per il fatto che le attività in carcere interessano più soggetti istituzionali, la Conferenza Stato Regioni, prima, e la Conferenza unificata, poi, sono le sedi idonee per esaminare e definire i rapporti di collaborazione e dar luogo a veri e proprie intese formali in cui deve essere chiaro chi fa che cosa e quali sono i reciproci impegni per l'espletamento dei doveri istituzionali e per una superiore qualità del carcere e della vita dei detenuti.

Collaborare è una necessità che non fa venir meno le reciproche responsabilità, anzi le esplicita e le verifica. Responsabilità dei Ministeri e delle Regioni italiane. Alcuni, in buona fede, hanno sollevato preoccupazioni sulla volontà e sulla capacità delle Regioni italiane di farsi carico di questo nuovo e delicato adempimento, obiezioni motivate dalle scarse prove di buon governo della sanità in alcune Regioni italiane. In verità, il panorama è assai diversificato, con Regioni che hanno dimostrato sensibilità e concrete disponibilità a farsi carico della salute dei detenuti, con altre Regioni che hanno espresso uno scarso impegno nelle prime competenze trasferite, come la prevenzione e la tossicodipendenza.

Tutto vero. C'è però da mettere nel conto un consistente e concreto impegno del Ministero della Salute e delle Regioni italiane, tutte, a superare distorsioni e sprechi nella sanità di tutti i cittadini e i risultati di questi sforzi, già palpabili, sono qualcosa di più di un argomento a favore della capacità delle Regioni a far fronte al diritto alla salute dei detenuti, dal momento che esso diventa un loro compito ineludibile e una loro diretta responsabilità, svolta coram populo, dunque verificabile e sempre migliorabile. Per i detenuti come per tutti i cittadini.

### *Le risorse finanziarie*

La legge n. 230/99 stabilisce all'articolo 1 che: "i detenuti e gli internati hanno diritto, al pari dei cittadini in stato di libertà, alla 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”.

Questo è il fondamento e il riferimento per la definizione dell'entità delle risorse finanziarie che devono essere assegnate al Fondo sanitario nazionale in un Capitolo di spesa vincolato, “Finanziamento per la sanità penitenziaria”, da distribuire alle Regioni italiane sulla base di criteri stabiliti in Conferenza Stato Regione. La sua entità è costituita, in fase di avvio, dalle somme presenti in più Capitoli di spesa del Ministero della Giustizia e da una congrua integrazione per il fatto che il finanziamento alla sanità penitenziaria è stato da sempre sottostimato e per di più ridotto con le Finanziarie successive al 1999, anno della approvazione della legge n. 230.

Mentre gli arredi, gli archivi sanitari e le tecnologie diagnostiche dovranno essere trasferite e consegnate in proprietà alle Regioni, le strutture fisiche restano, ovviamente, in proprietà del sistema penitenziario e date in comodato d'uso permanente al Servizio sanitario nazionale, per cui gli interventi di manutenzione, di ammodernamento e di nuove strutture (ad es. gli spazi ospedalieri) devono trovare adeguate soluzioni in Conferenza Stato Regioni, in corrispondenza degli obblighi delle rispettive Istituzioni, il Ministero della Giustizia e il Ssn.

È evidente, comunque, che per la sanità penitenziaria deve essere aperta una linea di accesso alle risorse in conto capitale previste dall'articolo 20 della legge n. 67 del 1988, appositamente istituita per il finanziamento delle strutture e delle tecnologie del Servizio sanitario nazionale.

### *Il modello organizzativo*

IL Titolo V della Costituzione assegna alle Regioni la competenza legislativa, di programmazione, di organizzazione e di controllo del Servizio sanitario. È uno degli aspetti dirimenti del federalismo istituzionale che consente una differenziazione dei modelli organizzativi, ma con l'obbligo di assicurare i livelli essenziali ed uniformi delle prestazioni civili e sociali, come richiede l'articolo 117 della Costituzione.

Aspetto importante e di grande responsabilità istituzionale per evitare, da un lato, che i diversi modelli siano causa delle disuguaglianze e per consentire, dall'altro, la valorizzazione delle specificità e l'aderenza del sistema dell'offerta al sistema della domanda. La sanità penitenziaria ha bisogno di differenziare i modelli organizzativi, stante la grande varietà delle tipologie carcerarie, della popolazione detenuta (uomini e donne, minori, immigrati, tossicodipendenti, malati mentali, ecc.) e nello stesso tempo ha il dovere di assicurare ai detenuti e agli internati la fruizione in modo uniforme del diritto alla salute e alla cura.

Il panorama delle carceri italiane presenta 200 stabilimenti penitenziari, alcuni grandi, altri medi e piccoli, carceri con sezioni femminili, carceri isolate, istituti per minori e Ospedali psichiatrici giudiziari (Opg) e per ciascun istituto deve essere predisposto uno specifico modello organizzativo. Anche in questo caso vale il principio costituzionale della “leale collaborazione” tra il centro e la periferia, tra il sistema penitenziario e il sistema sanitario, Regione per Regione, stabilimento per stabilimento.

La sede dell'intesa è ancora una volta, ai sensi del Titolo V, la Conferenza Stato Regioni per la discussione e la definizione di “modelli organizzativi dei servizi sanitari penitenziari anche di tipo dipartimentale, differenziati secondo la tipologia di istituto” come recita il comma 3, lettera b, dell'articolo 5 della legge n. 230/99. In sostanza, ci sono tutte le condizioni normative per realizzare un sistema sanitario penitenziario che sappia coniugare la sua necessaria unitarietà con l'altrettanto sua necessaria differenziazione.

### *Gli operatori*

Si dice una cosa ovvia, ma niente affatto scontata, affermando che la riforma la fanno gli operatori. Questo è vero, ma la riforma della sanità penitenziaria parte da uno stato di profonda precarietà e di grande disagio professionale di migliaia di operatori sanitari i quali, nello stesso tempo, coltivano vive speranze ed attese che non possono e non devono andare deluse. È necessario che le Istituzioni, responsabili a tutti i livelli del Servizio sanitario nazionale, comprendano la specificità, la

complessità e la difficoltà che ogni operatore incontra a prestare la propria professionalità in un ambiente dalle tante durezze ed asperità umane.

Visitare e seguire un detenuto in una cella o in un anonimo e spesso squallido ambulatorio non è la stessa cosa che osservare un paziente al domicilio o in una corsia di ospedale. È una condizione di lavoro che accomuna operatori sanitari e operatori penitenziari che necessariamente lavorano fianco a fianco e condividono le sofferenze, le ansie, lo sconforto, i sogni e le speranze proprie di ogni persona ristretta. Operatori che svolgono compiti distinti, ma non separati, tra i quali la regola aurea è il dialogo, lo scambio di informazioni in una pratica comune, difficile e rischiosa, e insieme di alto livello formativo e civile.

Operatori che non sono tutti uguali e non tutti hanno lo stesso rapporto con la professione. In molti c'è da sostenere una motivazione acquisita, in altri c'è da cancellare il distacco inerte, il mercantilismo della professione e dimostrare che ha senso occuparsi di persone condannate ma non perse, che è fondamentale e civile sentirsi uomini che dialogano con altri uomini.

È aspetto centrale per fondare un nuovo principio educativo nell'azione di ogni giorno in ogni carcere. Ma perché il principio non si risolva in una predica al vento, è necessario che siano risolte positivamente le questioni materiali della condizione di lavoro, mettendo fine alla precarietà, assicurando organici adeguati e giusti inquadramenti, valorizzando le competenze, aggiornando la professione, garantendo giuste condizioni dal punto di vista giuridico ed economico. Una condizione di lavoro certa e tranquilla che favorisca l'attitudine allo studio, alla ricerca, al confronto e alla verifica nell'ambito dell'unico sistema sanitario, per essere dei professionisti assertori ed emuli del giuramento di Ippocrate, coscienti di agire nella trincea del carcere che deve diventare, anche in virtù del loro lavoro, sempre più luogo della speranza e dell'emancipazione umana.

È problema principe che deve stare a cuore alle Istituzioni, ai Ministeri interessati e alle Regioni, che devono predisporre un vero e proprio sistema formativo che parta dalle Università e prosegua con programmi di aggiornamento di tutti gli operatori, come parte integrante e vincolante del rapporto di lavoro, per una professionalità che sia fondata sulla cultura e sulla pratica dipartimentale e interdisciplinare del nuovo servizio, sul carattere peculiare della sanità penitenziaria, sui legami necessari del servizio sanitario con le forme aperte del trattamento penitenziario.

Senza separazioni e senza presunzioni. Ricordiamolo. La riforma della sanità penitenziaria potrebbe incagliarsi nelle secche della burocrazia se tutto il sistema penitenziario non fosse partecipe del progetto e non traesse da questa nuova fase la lezione necessaria al suo cambiamento, dal vertice alla periferia, con tutto il suo apparato amministrativo. La burocrazia è la palla al piede della Pubblica amministrazione quando essa non si identifica e non fa propri gli obiettivi della riforma, quando dimentica che dietro le carte, i bolli, le procedure, i nulla osta ci sono uomini in carne ed ossa che attendono risposte pronte ed efficaci, quando trascura e ignora che la sua pigrizia, insensibilità e indifferenza mette in crisi il lavoro di chi sta in trincea e produce una non necessaria e ingiustificabile aggiunta di sofferenza.

Come alle Regioni italiane sono state conferite competenze e responsabilità nel governo del Servizio sanitario nazionale, così al Provveditorato Regionale della Amministrazione Penitenziaria (Prap) dovranno essere conferite competenze decisionali sulle risorse finanziarie e professionali per l'assunzione di responsabilità che siano in sintonia e contestuali con le decisioni e gli atti che maturano a livello regionale, senza quei rinvio al centro che snervano e bloccano ogni progetto di rinnovamento, di sperimentazione e di nuova prassi trattamentale. Programmazione, trasparenza e decentramento sono temi all'ordine del giorno del sistema penitenziario italiano. Gli apparati devono essere funzionali ai diritti, non viceversa. Come si vede, la riforma è solo al suo inizio e non potrà fermarsi qui. Oggettivamente.

### *L'Ospedale Psichiatrico Giudiziario*

Il trasferimento della competenza della sanità penitenziaria alle Regioni italiane consente di risolvere, in linea di fatto prima ancora che sul piano legislativo, una delle contraddizioni più stridenti dell'Ordinamento giuridico italiano che ha previsto per i prosciolti folli un carcere anziché

un luogo di cura, il Manicomio giudiziario, prima, l'Ospedale psichiatrico giudiziario (Opg), poi, cambiando nome, all'italiana, senza modificarne la sostanza.

Attualmente, sono cinque gli Opg dipendenti direttamente dal Ministero della giustizia (Reggio Emilia, Montelupo Fiorentino, Aversa, Napoli, Barcellona Pozzo di Gotto) e uno, Castiglione delle Stiviere, a convenzione con la Regione Lombardia, gestito dall'Azienda sanitaria locale di Mantova, per un totale di circa 1200 internati.

Nella nuova situazione istituzionale, si apre la possibilità di un graduale e progressivo superamento della struttura degli Opg, tenendo conto delle sentenze della Corte costituzionale che hanno aperto la strada a forme di trattamento aperto, al di fuori e oltre l'Opg, e mettendo in pratica il principio della territorializzazione nella esecuzione della pena, in modo da riportare le persone nei contesti sociali dove è possibile una sinergia dei servizi sanitari e sociali per la cura e il recupero sociale dei malati di mente prosciolti perché "incapaci di intendere e volere".

In questa area dell'intervento sanitario, per il trattamento dei prosciolti a legislazione invariata, è essenziale un rapporto di collaborazione a tutti i livelli istituzionali tra sistema sanitario e sistema penitenziario per un comune impegno a differenziare il trattamento senza far venir meno le esigenze della sicurezza ancora implicate nella sentenza.

### *La partecipazione degli operatori e dei detenuti*

Come in tutto il sistema sanitario nazionale, anche la partecipazione degli operatori sanitari penitenziari alle scelte e alla loro realizzazione è problema da risolvere. A differenza di quanto sta avvenendo nell'attuale Servizio, dove il lavoro comune e la partecipazione sono negati in radice dalla miriade di rapporti di lavoro tutti individuali, nel Servizio sanitario nazionale la legge n. 229/99 rende possibile il governo clinico degli operatori, applicando coerentemente l'articolo 17 con il Collegio di direzione che partecipa alle scelte della Direzione generale dell'Azienda sanitaria locale e l'articolo 17bis, con la modalità dipartimentale prevista in tutti i settori del Servizio sanitario.

Più complessa, ma non meno importante è la partecipazione dei detenuti e degli internati ad un progetto per la salute per i contributi di conoscenza che possono venire dagli interessati per l'attuazione di programmi di prevenzione, cura, riabilitazione e recupero sociale, con particolare riguardo ai percorsi di preparazione all'uscita.

Pur nella varietà delle situazioni che esigono forme differenziate ed appropriate di partecipazione, è possibile istituire "momenti di ascolto" e di "consultazione periodica" dei detenuti e degli internati da parte di ogni singola Direzione degli Istituti penitenziari e degli Istituti penali per minorenni, congiuntamente all'Azienda sanitaria di riferimento e al Garante dei detenuti, là dove istituito. Particolare importanza, per un rapporto trasparente tra detenuti ed Istituzione e per la certezza dei diritti e dei doveri, assume la Carta dei servizi da consegnare ad ogni detenuto.

### *Il Volontariato e i programmi di salute per i detenuti e gli internati*

Nelle carceri italiane si registra, ormai da molti anni, una consistente presenza del volontariato che svolge una proficua attività, in collaborazione con le Direzioni carcerarie e con le Istituzioni locali, sui diversi piani della vita dei detenuti e degli internati: nel campo dell'assistenza sociale, delle attività formative, nei programmi di inserimento al lavoro, della cultura e dello sport. Già da diversi anni è in corso di realizzazione, sia pure a livelli differenziati, quanto previsto dal comma 4, dell'articolo 118 della Costituzione che richiede alle Istituzioni di "favorire l'autonoma iniziativa dei cittadini, singoli e associati, per lo svolgimento di attività d'interesse generale".

Il modello culturale proattivo dei servizi sanitari che passano dall'attesa alla promozione, l'attivazione di programmi di prevenzione primaria e secondaria, di educazione alla salute nelle carceri italiane offrono un ulteriore campo di collaborazione tra le associazioni del volontariato, i servizi sanitari e la Direzione del carcere. A questo proposito, sono auspicabili intese in ogni Istituto penitenziario, per adulti e minori, tra le Istituzioni impegnate a garantire la salute dei detenuti e degli internati e il diversificato e prezioso mondo del volontariato.

### *La riforma non finisce qui*

È nella natura delle riforme un processo ininterrotto di adeguamento ai bisogni inediti dei cittadini. La riforma della sanità penitenziaria non sfugge a questo principio, anzi essa a maggior ragione ha bisogno di un buon inizio e di un adeguamento continuo alla realtà diversificata delle carceri italiane.

Il cambiamento istituzionale nel governo della sanità penitenziaria pone problemi di rapporti ma anche di nuova organizzazione nei due sistemi, nelle Regioni e nel Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria (Dap).

L'Osservatorio epidemiologico, la partecipazione degli operatori e dei detenuti e, soprattutto, una guida istituzionale coerente e consapevole, a tutti i livelli, dell'importanza e della complessità della riforma sono i pilastri per un miglioramento qualitativo in progress del sistema sanitario penitenziario italiano.

La riforma è una risposta necessaria per garantire il diritto alla salute dei detenuti, è un adempimento coerente con i principi della Costituzione italiana ed è anche una pietra miliare per elevare il livello giuridico del nostro Paese e per stare con la necessaria dignità nella Comunità europea e internazionale. Le idee ci sono, ci sono sempre state, ora servono le coerenze e i fatti che sono sempre mancati.