

Le diverse finalità politiche hanno sempre influenzato la nozione di salute negli ordinamenti dei vari momenti storici, il concetto di salute si è trasformato da "bene individuale" (necessità del singolo di essere curato) a "bene collettivo" (interesse della comunità ad avere individui sani), di conseguenza lo Stato è passato da un ruolo assistenzialistico a gestore esclusivo della Sanità.¹ Il diritto alla salute deve essere considerato un diritto sociale del cittadino, gli Stati devono impegnare in modo equo tutte le risorse e gli strumenti di politica pubblica di cui dispongono nel campo della salute. Lo Stato deve prevenire e limitare le situazioni di non-benessere per permettere a tutti i cittadini una vita dignitosa.

Dagli anni '60 a oggi si è verificata un'evoluzione del percorso normativo in materia di diritto alla salute, ma, ancora oggi sia lo stato di salute che la qualità dell'alimentazione e il livello economico e sociale dei detenuti, risultano inferiori a quelli della società esterna.

La questione si fa delicata se si prova a parlare di diritto alla salute in un contesto difficile, come quello dello stato di detenzione, in cui i diritti umani entrano in contrasto con le esigenze di ordine e sicurezza e con le dinamiche interne al rapporto tra controllori-controllati, tipiche delle istituzioni totali.

Quando si parla di diritto alla salute in carcere bisogna distinguere tra il diritto a mantenere una buona condizione di salute per coloro che sono sani, attraverso misure che garantiscano la salubrità dell'ambiente, l'integrità psico-fisica, la possibilità di comunicare con i propri congiunti, il diritto alla partecipazione, il diritto all'accesso alle strutture; e il diritto alla salute per i detenuti malati, come i tossicodipendenti, o i sieropositivi, attraverso misure che garantiscano oltre a quelli appena menzionati anche il diritto all'informazione sul proprio stato di salute e sui trattamenti che il medico vuole effettuare e il diritto a cure gratuite. Ciò che distingue i reclusi da tutti gli altri cittadini consiste nella mancanza di autodeterminazione delle prestazioni mediche, nell'impossibilità di scegliere il luogo di cura, così come il medico curante (la possibilità di avere un proprio medico di fiducia per il detenuto è subordinata alla sua possibilità economica, art. 11. Ordinamento penitenziario).

Esaminando le linee europee su HIV, AIDS ed epatite in carcere,² emerge la prioritaria questione della prevenzione dell'HIV e dell'epatite in carcere, in un momento storico in cui il con-

sumo di droga è aumentato vertiginosamente e la popolazione carceraria ha seguito la stessa drammatica tendenza.

Le cure somministrate dentro e fuori il carcere devono essere le stesse perché i detenuti sono dei cittadini a pieno titolo. Per assicurare all'interno del carcere le necessarie cure preventive e per fornire una continuità di trattamento, per detenuti ed ex detenuti, è fondamentale considerare le carceri come parte integrante della società, assicurando la stretta collaborazione tra istituti penitenziari e le agenzie esterne.

Uno strumento fondamentale per arginare la questione sanitaria, risulta essere, secondo le direttive europee, l'educazione e l'informazione: all'ingresso in carcere i detenuti devono essere informati circa la natura della trasmissione delle infezioni da virus per via sessuale e sanguigna e devono essere messi al corrente dei metodi e delle precauzioni utili a prevenire la diffusione.

Le cure mediche devono essere erogate seguendo gli stessi standard della società libera.

Alcuni Paesi europei, tra i quali non troviamo l'Italia, hanno deciso di promuovere la riduzione del danno connessa alla tossicodipendenza (partendo dal dato certo che in carcere ci saranno sempre pazienti tossicodipendenti) fornendo siringhe ai detenuti in modo da praticare iniezioni endovenose in maniera igienica e sicura.

L'esperienza di alcuni Paesi europei dimostra l'esigenza di promuovere la distribuzione di preservativi e lubrificanti in modo anonimo e gratuito, in tutti gli istituti penitenziari, perché gli studi dell'European Network per la prevenzione dell'HIV e dell'epatite hanno dimostrato che in carcere hanno luogo rapporti omo ed eterosessuali. Sarebbe opportuno creare celle in cui sono permesse visite coniugali o dove possono avere luogo rapporti sessuali in condizioni umane e sicure, migliorando, in questo modo, le relazioni con i partner e con le famiglie dei detenuti. In Italia, questa proposta risulta essere un'utopia, vista la difficoltà da parte del Ministero della Giustizia ad ammettere che in carcere ci siano rischi specifici dello stato di reclusione.

Dal 2004, in Italia, non si effettua uno studio completo e descrittivo della condizione di salute della popolazione detenuta; le istituzioni sono responsabili di una tale assenza di conoscenza e di trasparenza e, ci si chiede, come si possa pensare di gestire un'istituzione complessa come quella carceraria e di risolverne i problemi senza un continuo monitoraggio.

Il Decreto legislativo 22 giugno 1999, n. 230,

delinea le linee di indirizzo del passaggio della Medicina penitenziaria al SSN stabilendo che, dalla data del 1/01/2000, le competenze relative a Tossicodipendenze e Prevenzione sono trasferite dal Dipartimento di Amministrazione penitenziaria alle ASL. Inoltre:

- sono individuate, con il Decreto ministeriale della Sanità e della Giustizia del 20 aprile 2000, tre regioni dove avviare in forma sperimentale, per un anno, il graduale passaggio di tutte le altre funzioni sanitarie: Toscana, Lazio e Puglia;
- il passaggio delle funzioni relative alla prevenzione generale (Igiene pubblica) e il trasferimento del personale del presidio per le tossicodipendenze ai SERT territorialmente competenti sono state definite dalla Circolare 578455/14 toss. gen. del 21 gennaio 2000;
- la gestione dei fondi resta, tuttavia, di competenza del Dipartimento dell'Amministrazione penitenziaria e viene deciso che il Ministero della Sanità, d'intesa con il Ministero della Giustizia, deve dedicare, nella Relazione annuale sullo stato sanitario del Paese, un capitolo specifico all'assistenza sanitaria penitenziaria. In questo capitolo si dovrebbe:
 - a. illustrare le condizioni di salute della popolazione detenuta;
 - b. descrivere le risorse impiegate e le attività svolte dai vari istituti penitenziari;
 - c. esporre i risultati ottenuti rispetto agli obiettivi stabiliti nel progetto e quelli conseguiti dalle Regioni nei rispettivi sanitari;
 - d. fornire le indicazioni per l'elaborazione delle politiche sanitarie e per la programmazione degli interventi.

Il SSN, alla luce della più recente normativa, deve assicurare livelli di prestazione analoghi a quelli garantiti ai cittadini liberi, deve svolgere azioni di protezione, di informazione e di educazione per promuovere la responsabilità individuale e collettiva. Inoltre il SSN deve fornire informazioni complete sullo stato di salute all'atto d'ingresso e di dimissione dal carcere e durante il periodo di detenzione; deve promuovere interventi di prevenzione, cura e sostegno del disagio psichico e sociale e garantire l'assistenza sanitaria della gravidanza e della maternità e l'assistenza pediatrica unita ad altri servizi di puericultura che promuovano una crescita sana ed equilibrata per i figli delle detenute o internate che durante la prima infanzia convivono con le madri negli istituti.

Il Dlg. 230/99 ha implementato il riordino della sanità penitenziaria, definendo le competenze delle Regioni sulle funzioni di programmazione e organizzazione e sul controllo del funzionamento dei servizi sanitari negli istituti penitenziari.

Il DPCM del 1 aprile 2008 ha permesso l'attuazione del riordino della Sanità penitenziaria (Dlgs. 230/99) indicando le modalità ed i criteri a seguire per promuovere il passaggio al SSN delle funzioni sanitarie penitenziarie.³

Negli ultimi 10 anni i sistemi sanitari stanno affrontando un difficoltoso passaggio dal modello ospedaliero gerarchico, e quindi burocratico che distingueva il momento sanitario da quello

sociale e che vedeva il prevalere delle esigenze dell'organizzazione rispetto a quelle del paziente, a modelli multi professionali centrati sulle esigenze dei cittadini.

Si stanno diffondendo modelli a "matrice" centrati sul problema assistenziale nei quali si integrano le azioni delle diverse figure professionali coinvolte.⁴

L'autonomia professionale degli operatori sanitari, dovuta al nuovo contesto in cui operano, dovrebbe garantire un nuovo equilibrio tra le esigenze di sicurezza e salute, in favore della tutela della salute dei detenuti.

Si è visto che, in questa prima fase del passaggio da un modello sanitario gerarchico a uno a "matrice", sono aumentati i casi di detenuti che vengono inviati fuori dal carcere per curarsi.

Al momento attuale la raccolta dei dati clinici avviene, nel sistema penitenziario, in maniera differenziata e senza una logica comune.

La cartella clinica cartacea che comprende tutti gli interventi effettuati sulla persona reclusa nel sistema precedente era a disposizione dell'amministrazione penitenziaria e seguiva il detenuto, dovrebbe essere sostituita al più presto da una cartella informatizzata che permetta un monitoraggio continuo e completo che permetterebbe di compiere studi epidemiologici e di fornire risposte più adeguate alla reale condizione del sistema penitenziario.

Nel precedente modello del Ministero della Giustizia, all'interno di ogni istituto c'era il presidio per la tutela della salute, con un medico referente che si occupava della medicina di base e delle attività specialistiche, dei rapporti con la direzione dell'istituto e dei rapporti con l'autorità giudiziaria, in sostanza il medico si occupava dell'organizzazione di tutta l'attività sanitaria dell'istituto, con un impegno orario di 18 ore settimanali, cioè 3 ore al giorno per 6 giorni alla settimana.

La legge che istituiva un servizio sanitario penitenziario risale al 1970, in seguito la popolazione penitenziaria ha raggiunto livelli altissimi e per rispondere alle nuove esigenze furono emanate circolari che prevedevano l'uso dei medici di guardia Servizio integrativo di assistenza sanitaria (SIAS) da impiegare in alcune mansioni, come le visite mediche quotidiane, le relazioni sanitarie, i contatti con i colleghi ospedalieri e altre competenze.

Al momento il rapporto orario di lavoro è rimasto lo stesso, non c'è stato nessun miglioramento nonostante sia aumentato l'impegno burocratico.

Il servizio di guardia medica collabora con il medico incaricato, assolve alle richieste di visite mediche quotidiane ed esegue le visite al primo ingresso, durante le quali avviene la raccolta dei dati anagrafici e dati anamnestici, cercando di rilevare i rischi suicidari ed eventuali tendenze violente. In questo momento si decidono quali indicazioni dare alla polizia penitenziaria per l'organizzazione degli alloggiamenti dei ristretti e la possibilità di prevenire casi di violenza.

Il servizio di guardia medica copre le 24 ore, a volte ci sono diverse unità mediche co-presenti, altre volte la guardia medica è limitata a 6-8 ore

Note

- 1 Ricerca sulla tutela della salute in carcere realizzata dal Centro Studi Ristretti Orizzonti, 2001.
- 2 www.ristretti.it/areastudio/salute/norme/guidaids.htm
- 3 Marina Gentile, supplemento 2009 periodico di informazione e confronto sulle patologie da dipendenza "Il servizio sanitario regionale in carcere: la riforma e la cura dei detenuti tossicodipendenti", Publiedit, p. 3.
- 4 *Ibidem*.

TAVOLA 1 Capienza degli istituti e numero di detenuti al 15 maggio 2009, Regione Piemonte

Istituto	Tipo	Capienza regolamentare			Detenuti presenti	
		D	U	Tot	D	U
Alba	CC	0	124	124	0	188
Alessandria "NC Don Soria"	CC	12	275	287	0	326
Alessandria "San Michele"	CR	0	245	245	0	344
Asti	CC	0	207	207	0	288
Biella	CC	0	216	216	0	309
Cuneo	CC	5	232	237	0	231
Fossano	CR	0	162	162	0	124
Ivrea	CC	0	192	192	0	249
Novara	CC	8	178	186	0	224
Saluzzo	CC	0	262	262	0	371
Torino	CC	80	743	823	P	1693
Verbania	CC	0	94	94	0	96
Vercelli	CC	23	184	207	P	373
Tot regione	13	128	3114	3242	-	4816

Note: CC: Casa circondariale, gli istituti più diffusi, presenti praticamente in ogni città sede di Tribunale; vi sono detenute le persone in attesa di giudizio e quelle condannate a pene inferiori ai cinque anni (o con un residuo di pena inferiore ai 5 anni). CR: Casa di reclusione (o casa penale), gli istituti adibiti all'espiazione delle pene. In molte CC c'è una "Sezione penale", e in alcune CR c'è una "Sezione giudiziaria" destinata alle persone in attesa di giudizio. P: presenti.

Fonte: PRAP Regione Piemonte

giornaliere, pur garantendo la copertura su 24 ore dei festivi e prefestivi.

Spesso gli ambulatori sono ricavati dalle celle, con impianti poco sicuri e attrezzature obsolete.

Il passaggio al Servizio sanitario regionale prevede la presenza del collaboratore sanitario dipendente dalla ASL nell'organico degli istituti, il quale, lavorando a stretto contatto con l'organizzazione di ogni singolo presidio, attua le direttive fornite dai medici della struttura e rileva bisogni e necessità dei ristretti, inoltre coordina l'intero servizio di assistenza infermieristica che, per la copertura, si avvale di "gettonisti", ossia personale appositamente retribuito fornito ad orari da altri settori della Sanità esterna, non essendo previsto un organico dedicato per questo.

Ci sono poi gli specialisti in psichiatria, odontoiatria ed infettivologia e di solito sono presenti anche altri specialisti in cardiologia, ortopedia, chirurgia e, se presente la sala RX, in radiologia, ecc. Le consulenze degli specialisti permettono visite senza lunghe attese e senza gravare sul SSN esterno. Per riuscire ad effettuare un passaggio efficace non ci si dovrebbe lasciare guidare dalle esigenze economiche ma dal diritto alla salute.

L'attuazione delle linee di indirizzo per gli interventi del SSN a tutela della salute dei detenuti si basa essenzialmente su un percorso di integrazione dell'assistenza sociale e sanitaria e sulla garanzia di una continuità terapeutica.

L'Azienda sanitaria si occupa di erogare le prestazioni sanitarie, mentre l'Amministrazione

penitenziaria si occupa della sicurezza dei ristretti.

In particolare il SSN assicura protezione, informazione ed educazione per promuovere lo sviluppo della responsabilità individuale e collettiva in tema di salute; fornisce le informazioni complete sul proprio stato di salute all'atto d'ingresso nell'Istituto Penale, durante il periodo di esecuzione della pena e all'atto dell'immissione in libertà; promuove interventi di prevenzione, cura e sostegno del disagio psichico e sociale e garantisce assistenza sanitaria della gravidanza e della maternità, inoltre assicura assistenza pediatrica e servizi di puericultura ai figli delle donne detenute o internate che durante la prima infanzia convivono con le madri negli Istituti Penitenziari.

Attualmente solo la Regione Piemonte ha pubblicato le linee di indirizzo per la strutturazione dei Servizi per la Tutela della Salute in Carcere, DGR n. 26-12968 del 30/12/2009.

Gli operatori delle ASL piemontesi hanno incontrato diverse difficoltà nel reperire i dati riportati nelle tabelle che seguono in quanto essi si presentano incompleti per via dell'assenza di una cultura di monitoraggio informatizzata ed organizzata; per via dell'archiviazione dei dati, realizzata con strumenti cartacei compilati a mano e per la difficoltà a reperire i dati da parte degli operatori dei servizi sanitari di riferimento, problema che si riversa su tutte le regioni italiane e in cui si fa molta fatica ad attuare il passaggio alle ASL proprio per via di una conoscenza frammentaria delle condizioni sanitarie presenti negli istituti.⁵

Nelle tabelle che seguono si riportano i dati relativi alla capienza degli istituti e numero dei detenuti presenti al 15 maggio 2009, la tipologia di detenuti presenti sul territorio in base al tipo di circuiti penali presenti, il personale sanitario presente con il relativo monte ore e le branche specialistiche attivate all'interno degli istituti al momento della transizione al SSN, le attività sanitarie presenti negli Istituti Penali e i dati relativi alle maggiori discipline specialistiche attivate nel 2008, la collocazione dei reparti ospedalieri per detenuti e relativi posti letto disponibili e le sezioni ospedalieri per detenuti e relativi posti letto disponibili e le sezioni detentive destinate a degenza con indicazione del N. Posti letto disponibili.

Dalla tavola 1 emerge che al 15 maggio 2009 la Regione Piemonte presentava un tasso di sovrappollamento pari al 48,5 %, erano presenti 1.574 detenuti in più del previsto.

La CC di Torino contava il numero più alto di presenze, il 35% del totale, con un sovrappollamento pari al 51,3%, l'unica realtà che sembrava non vivere questo problema era la Casa di Reclusione di Fossano, che presentava 24 detenuti in meno della capienza "regolamentare".

Il dato importante riguarda la grande affluenza nelle CC, ovvero quelle in cui i ristretti sono in attesa di giudizio, rispetto alle due CR, ovvero quelle in cui si espiano le pene; la CR di Alessandria "San Michele", infatti, conteneva il 7% dei ristretti della Regione e quella di Fossano ne conteneva il 2,5%.

TAVOLA 2 Personale sanitario e relativo monte ore

Istituti	Monte orario giornaliero			Monte orario mensile		
	Medici incaricati	Servizio medico	Servizio infermieristico	Medici incaricati	Servizio medico	Servizio infermieristico
CC Alba	3	12	12	75	372	372
CC Alessandria	3	24	18	75	744	558
CC Asti	3	24	18	75	744	558
CC Biella	3	24	18	75	744	558
CC Cuneo	3	24	24	75	744	744
CC Ivrea	3	24	18	75	744	558
CC Novara	3	24	18*	75	744	558*
CC Torino	24	96	180	600	2976	5580
CC Verbania	3	12	12	75	372	372
CC Vercelli	3	24	18	75	744	558
CR Alessandria	6	24	18	150	744	558
CR Fossano	3	6	6	75	186	186
CR Saluzzo	6	24	18	150	744	558
Totale	66	338	378	2046	10478	11718

Note: * Attualmente utilizzato monte orario giornaliero di 14 ore e monte orario mensile di 434 ore.

TAVOLA 3 Attività sanitarie negli Istituti Penali e dati relativi alle maggiori discipline specialistiche, 2008

ASL/Istituto	CR AL	CC AL	CC AT	CC VC	CC CN	CC Fossano	CC Saluzzo	CC Alba	CC NO	CC BI	CC VCO	CC Ivrea	CC TO2	Totale
Visite nuovi giunti	170	804	695	0	512	0	0	459	576	449	278	305	10180	14.428
Totale visite guardia medica	10.977	15.144	16.091	0	7.088	750	0	3.460	7.623	9.424	282	3.759	112.180	186.778
Visite spec. int.	1.195	1.934	524	524	1.929	480	0	644	3.304	547	246	3.414	455.543	470.284
Visite spec. est.	292	281	277	271	156	122	0	812	130	181	130	139		1.920
SERT	8.739		520		2.112	70	0	40	2.084		166	2.817	9.372	25.920
Psichiatria	379	1.097		250	600	85	0	460	302	475	55	28	3.487	7.218
Odontoiatria	438	640	410	274	607	236	0	271	265	600	50	569	6.516	10.876
Mal. infettive	7	9	125	14	44	0	0	15	13	12	26	0	4.000	4.265
Ginecologia	0	0	0	12	0	0	0	0	0	0	0	0	468	480
RX	65	46	2	38	141	44	0	90	53	6	23	19	2.760	3.287
Ecografie	48	87	33	14	56	35	0	42	42	8	2	9	840	1.216
Inviati al DEA	22	5	0		14	2	0	66		29	6	2		146
Ricoveri in H	11	6	0	35	3	1	0	1	5	2	1	2	385	452
Inviati al CDT	2	2	0	0	0	1	0	28	1	8	3	5	0	50

Note: DEA: Dipartimento emergenza accettazione.

Anche nel caso della tavola 2 il personale sanitario più rappresentativo in termini di numero e di monte orario giornaliero e mensile risulta essere quello della CC di Torino, vista la grande quantità di detenuti presenti, seguita dalla CR di Alessandria

Dalla tavola 3 emerge che negli Istituti penali della Regione Piemonte, nel 2008, le visite effettuate in maggior numero sono state quelle specialistiche interne, ben 470.284, seguite da 186.778 visite di guardia medica, dato che riflette la necessità di un'assistenza medica che copra le 24 ore e dalle 25.920 visite del SERT, a dimostrazione di quanto sia largamente presente il problema della tossicodipendenza, peraltro correlato a problemi odontoiatrici, come dimostrano le 10.876 visite odontoiatriche, e a problemi psichiatrici, come si evince dalle 7.218 visite inerenti la psichiatria. Relativamente bassi i numeri delle visite all'esterno degli Istituti, 146 gli invii al DEA, 452 i ricoveri in ospedale e solo 50 gli invii nei Centri diagnostico-terapeutici. Altro dato importante è rappresentato dalle 4.265 visite per malattie infettive, date le condizioni di sovraffollamento, le possibilità di diffusione di malattie infettive aumenta vertiginosamente rispetto all'esterno, ponendo a rischio i detenuti e gli operatori sanitari e penitenziari.

La Regione Piemonte intende definire un modello a "rete" che individui le prestazioni sanitarie di base e specialistiche per garantire servizi funzionali e ben organizzati.

Le linee di indirizzo seguono un approccio integrato che si rivolge in parte all'utenza con elevate esigenze di sicurezza (41bis, Alta sorveglianza, Collaboratori, EIV, appartenenti alle forze dell'ordine, ecc.) che viene definito circuito sanitario "ad alta sicurezza" e che per la restante parte si interessa dell'utenza con esigenza di sicurezza ordinaria, definito circuito sanitario a sicurezza ordinaria.⁶

Nel circuito sanitario sono previste funzioni sanitarie di base ed essenziali come la medicina di base e primo soccorso per la popolazione detenuta, l'attivazione di un'attività assistenzia-

le e infermieristica "24h", e funzioni specialistiche (parte integrante di ogni Presidio) come la psichiatria, le dipendenze patologiche, l'odontoiatria, la ginecologia/pediatria nelle sezioni con detenute e in quelle con i bambini, malattie infettive.

A un secondo livello sono previste la cardiologia, dermatologia, ortopedia, oculistica, otorinolaringoiatria, urologia, fisioterapia, fisiochinesiterapia, gastroenterologia, neurologia, pneumologia, radiologia/ecografia da erogare negli Istituti da parte delle ASL competenti sul territorio. Le linee di indirizzo predispongono, inoltre, delle reti di ricovero programmabili, seguendo le procedure dell'art. 11 dell'OP e ricoveri in urgenza/emergenza, secondo le procedure dell'art 17 dell'OP e del regolamento di esecuzione, con il ricorso alle strutture esterne.

Le ASL del territorio si occuperanno di fornire gli strumenti necessari alle prestazioni specialistiche indicate.

Le aree di maggiore criticità, anche per le scarse risorse di personale, sono determinate da: problemi di sicurezza; dall'esigenza di contenere il numero dei trasferimenti, per motivi sanitari, dei detenuti nei reparti ospedalieri; dai circuiti di 41bis, di massima sorveglianza; e dai collaboratori di giustizia. L'intento è quello di ottimizzare la qualità dei servizi, tenendo conto delle risorse economiche disponibili e delle differenti situazioni presenti sul territorio.

Sono pochi gli esempi di regioni che son riuscite ad attivare quanto previsto dalla normativa Dlgs. 230/99 per questo la Regione Piemonte rappresenta un caso da imitare. ^{L7}

Note

5 Linee di indirizzo per la strutturazione dei servizi per la tutela della salute in carcere. DGR n. 26 -12968 del 30/12/2009

6 4.b.1 circuito sanitario "ad alta sicurezza" - Linee di indirizzo per la strutturazione dei Servizi Aziendali per la Tutela della Salute in Carcere-Regione Piemonte